

2011/217
154

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ANALISIS DE CIRUGIA GINECOLOGICA EN PACIENTES COMPRENDIDAS
ENTRE 45 y 85 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ESPAÑOL

Trabajo reglamentario para obtener
el diploma de especialización en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
que presenta el Médico y Cirujano
Carlos Alberto Matute Estrada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D.F. 2002





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.

AGRADECIMIENTOS

Al Honorable Cuerpo de Profesores del
Departamento de Ginecología y Obstetri-
cia del Hospital Español de México.

Al Dr. Enrique Gutiérrez Murillo por su
valiosa ayuda en la revisión de los ca-
sos presentados en este trabajo.

A mi Maestro, Doctor Alfonso Alvarez Bravo
quien me guió y enseñó durante estos tres
años de especialización y dirigió en este
trabajo de Tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICO ESTA TESIS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Medicina

Al Hospital Español

A mis padres

A mis hermanos

A mi esposa

A mis hijos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

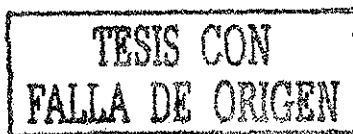
ANALISIS DE CIRUGIA GINECOLOGICA EN PACIENTES COMPRENDIDAS
ENTRE 45 y 80 O MAS AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ESPAÑOL

INTRODUCCION

El envejecimiento constituye un proceso biológico multieslabonado que se inicia antes de la instauración de la ancianidad, procede en forma estable a lo largo de un curso determinado por características intrínsecas y conduce a la limitación de sus capacidades adaptativas y por lo tanto, a la probabilidad creciente del fallecimiento. (1). El envejecimiento del organismo es el resultado de una alteración de los mecanismos autorregulatorios y de las alteraciones primarias en el sistema genético. Sin embargo, el fenómeno de envejecimiento involucra dos causas: las causas fisiológicas, básicas o primarias, - son las más importantes, ya que aparecen en todos los individuos y las condiciones patológicas que son las secundarias, ya que se adquieren por accidente y no ocurren necesariamente en todos los individuos, pero de presentarse aceleran el envejecimiento al agregar factores debilitantes al organismo; si bien el proceso de envejecimiento del organismo ocurre en todas las etapas de la vida, es más aparente al final de ella. (2, 4).

Todos los organismos nacen con la capacidad de adaptarse al medio ambiente en que se desarrollan, capacidad que les permite mantenerse en buen estado de salud y sobrevivir. La capacidad de adaptación va decreciendo, ante la aparición progresiva de procesos degenerativos debidos a cambios del metabolismo relacionados con la edad. (3, 4).

Estos cambios del metabolismo de los ácidos nucleicos, proteico, energético y las alteraciones del sistema genético traen como conse-



cuencia trastornos de la función celular de donde se relacionan con la debilidad de la función del sistema nervioso, de las glándulas endócrinas, del sistema cardiovascular, respiratorio, locomotor, digestivo, renal y que se traducen en la reducción progresiva de la capacidad adaptativa del organismo. Manifestándose en cambios en la apariencia física y en la actitud mental del individuo, y la longevidad constituye un reflejo de nivel elevado de la eficacia de los mecanismos de adaptación del organismo. (5, 6, 7, 8).

Por lo que respecta a la cirugía, no hace muchos años se consideraba que la edad avanzada en un paciente era causa suficiente para contraindicar una operación. Este concepto ha cambiado radicalmente. Los notables adelantos en las técnicas quirúrgicas y de anestesia y en los cuidados pre, trans y postoperatorios, permiten en la actualidad realizar prácticamente cualquier procedimiento quirúrgico en la siempre creciente población de enfermos de edad avanzada. El acto quirúrgico en la anciana debe tener una indicación precisa, ser cuidadosamente planeada su ejecución, la cual deberá de ser delicada y rápida. Cuando la indicación sea precisa nunca deberá de aplazarse la operación, ya que puede volverse intervención de urgencia, o dar el tiempo para que el padecimiento se torne más grave y empobrecer su diagnóstico. Aunque el anciano tiene apego a la vida, el cirujano ginecólogo debe ser muy cauteloso y deberá de emplear su experiencia y juicio al proponer una operación que efectivamente tenga la paciente las mayores probabilidades de curarse o mejorarse según el caso. (9. 10).

En lo que se refiere a las pacientes con padecimientos incurables las operaciones paliativas constituyen en algunos casos bien seleccionados e individualizados, un medio de aliviar el sufrimiento y vivir los últimos días con dignidad. (2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El riesgo operatorio puede ser abordado como un problema estadístico y su riesgo expresarse como una probabilidad. Las complicaciones estarán influenciadas por la tolerancia de la paciente y los cuidados que se tomen modifican en gran proporción los resultados. (11).

OBJETIVO:

El estudio que comprende este trabajo de tesis tiene el objetivo de analizar las características de la paciente quirúrgica anciana y de las intervenciones quirúrgicas realizadas en ella, en comparación con la cirugía realizada en pacientes menores de 65 años de edad.

ANTECEDENTES:

1. Prevalencia y causas de cirugía en la anciana

La cirugía ginecológica después de los 65 años de edad no es muy frecuente. Sin embargo, en nuestros casos hemos venido observando - que cada año hay mayor número de pacientes de esta edad que requieren cirugía. Es evidente que el aumento constante de la longevidad hace cada día más necesario el concurso de la Gerontocirugía y el estudio de sus problemas y sus posibilidades.

Por otra parte, el tema es de interés porque la anciana tiene una patología que le es particular, requiere a menudo de cirugía que precisa de métodos propios para estas pacientes y que en ocasiones exige técnicas quirúrgicas específicas para pacientes de edad avanzada.

Las causas más frecuentes de ingresos en pacientes entre 40 y más años son: prolapsos genitales, sangrado uterino anormal, adenomiosis, sarcoma del útero, cáncer de cervix, cáncer de la mama, posición anormal del útero, incontinencia urinaria, carcinoma del endometrio y de la vulva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El riesgo operatorio puede ser abordado como un problema estadístico y su riesgo expresarse como una probabilidad. Las complicaciones estarán influenciadas por la tolerancia de la paciente y los cuidados que se tomen modifican en gran proporción los resultados. (11).

OBJETIVO:

El estudio que comprende este trabajo de tesis tiene el objetivo de analizar las características de la paciente quirúrgica anciana y de las intervenciones quirúrgicas realizadas en ella, en comparación con la cirugía realizada en pacientes menores de 65 años de edad.

ANTECEDENTES:

1. Prevalencia y causas de cirugía en la anciana

La cirugía ginecológica después de los 65 años de edad no es muy frecuente. Sin embargo, en nuestros casos hemos venido observando - que cada año hay mayor número de pacientes de esta edad que requieren cirugía. Es evidente que el aumento constante de la longevidad hace cada día más necesario el concurso de la Gerontocirugía y el estudio de sus problemas y sus posibilidades.

Por otra parte, el tema es de interés porque la anciana tiene una patología que le es particular, requiere a menudo de cirugía que precisa de métodos propios para estas pacientes y que en ocasiones exige técnicas quirúrgicas específicas para pacientes de edad avanzada.

Las causas más frecuentes de ingresos en pacientes entre 40 y más años son: prolapsos genitales, sangrado uterino anormal, adenomiosis, sarcoma del útero, cáncer de cervix, cáncer de la mama, posición anormal del útero, incontinencia urinaria, carcinoma del endometrio y de la vulva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El riesgo operatorio puede ser abordado como un problema estadístico y su riesgo expresarse como una probabilidad. Las complicaciones estarán influenciadas por la tolerancia de la paciente y los cuidados que se tomen modifican en gran proporción los resultados. (11).

OBJETIVO:

El estudio que comprende este trabajo de tesis tiene el objetivo de analizar las características de la paciente quirúrgica anciana y de las intervenciones quirúrgicas realizadas en ella, en comparación con la cirugía realizada en pacientes menores de 65 años de edad.

ANTECEDENTES:

1. Prevalencia y causas de cirugía en la anciana

La cirugía ginecológica después de los 65 años de edad no es muy frecuente. Sin embargo, en nuestros casos hemos venido observando - que cada año hay mayor número de pacientes de esta edad que requieren cirugía. Es evidente que el aumento constante de la longevidad hace cada día más necesario el concurso de la Gerontocirugía y el estudio de sus problemas y sus posibilidades.

Por otra parte, el tema es de interés porque la anciana tiene una patología que le es particular, requiere a menudo de cirugía que precisa de métodos propios para estas pacientes y que en ocasiones exige técnicas quirúrgicas específicas para pacientes de edad avanzada.

Las causas más frecuentes de ingresos en pacientes entre 40 y más años son: prolapsos genitales, sangrado uterino anormal, adenomiosis, sarcoma del útero, cáncer de cervix, cáncer de la mama, posición anormal del útero, incontinencia urinaria, carcinoma del endometrio y de la vulva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. La función renal en el paciente anciano.

El riñón es el responsable de mantener el volumen y composición del líquido extracelular en todas las edades. Con la edad hay una disminución fisiológica de esta función. Este cambio sucede en forma paralela con la función cardiaca, ya que el volumen circulatorio provee de sangre al riñón. El índice cardiaco se determina por el método de Fick, el cual disminuye suavemente a medida que se incrementa en edad de los 3 años a los 69 años. (12). Para cada año después de los 3, el índice cardiaco cae $0.0266/\text{min}/\text{m}^2$. Por lo que podría esperarse que la caída del volumen circulante con la edad produzca la disminución del volumen renal. (13). La combinación de lesiones vasculares y glomerulares resulta en pérdida de la población de nefronas y en la caída de la tasa de filtración glomerular. Sin embargo la disminución del volumen circulante renal es más marcado que la tasa de filtración, la fracción de filtración se eleva.

El mayor cambio en la función tubular en el anciano ocurre con la acidificación y concentración de la orina. (14).

La habilidad del riñón para excretar sustancias nitrogenadas cae en proporción a la disminución de la tasa de filtración glomerular, es probable que influya la disminución de la ingesta de fósforo y reducción en la disponibilidad de sustancias buffer. Se encuentra también una disminución de la osmolalidad urinaria. (15).

Debido a la enorme reserva funcional del riñón, a pesar de los cambios ya descritos, no se traducen en manifestaciones clínicas, a menos que una enfermedad se interponga y entonces si los cambios serán más aparentes al demandar una función renal mayor. (16).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. El transporte de oxígeno y la curva de disociación oxihemoglobina

La hemoglobina de la sangre que transporta el oxígeno, su relación se expresa por la curva de disociación oxihemoglobina, define la presión parcial necesaria para que se sature la mitad de la concentración de hemoglobina. Esta afinidad está influenciada por varios factores fisicoquímicos como la temperatura, pH, concentración de sales, fosfatos orgánicos principalmente el ácido 2-3 difosfoglicerato (2-3 DPG) y el ATP. Su valor normal es de 26.52 a 37.5°C y un pH_c de 7.20 (pH_c es el pH intracelular cuando el pH plasmático es de 7.4). (17, 18, 19, 20). La edad por sí misma parece no tener efecto sobre la curva de disociación. (21). Sin embargo la edad de los glóbulos rojos y principalmente su contenido en 2-3 DPG sí tiene influencia. La difusión del oxígeno disminuye con el aumento de la concentración de proteína plasmática. Un aumento en la concentración de proteína se ha observado con el avance de la edad, principalmente de globulina y colesterol. (22). De donde resulta una declinación de la difusión del oxígeno con el paso del tiempo; esto puede ser una factor importante asociado con la pérdida de la memoria. (23).

Pacientes con enfermedades crónicas como insuficiencia cardiorespiratoria, (24) cardiopatía cianótica (25), anemia (26), se encuentran debajo de las condiciones óptimas para mantener una tasa de oxígeno tisular adecuada.

Las enfermedades hepáticas como la cirrosis, las hemoglobinopatías, los nitritos, las sulfonamidas, los defectos enzimáticos, el smog, el monóxido de carbono, tabaco, alteran el contenido de 2-3 DPG y por lo tanto la curva de disociación se altera. (18, 24, 25, 27).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es muy importante para el cirujano realizar una evaluación preoperatoria del transporte de oxígeno del paciente. Para ello cuenta con métodos sencillos y otros más sofisticados. La medida de los gases arteriales, la saturación de oxígeno, la concentración de hemoglobina, hematocrito y los test de función pulmonar, son de utilidad para descubrir cualquier enfermedad preexistente que podría tener gran influencia en la afinidad de la hemoglobina con el oxígeno.

La anestesia general produce cambios en la curva de disociación oxi-hemoglobina (28), algunos como el Halotano, Fluoroxeno, Oxido Nitroso no producen esta disociación según algunos autores. (30).

La sangre conservada pierde su afinidad al oxígeno, debido a disminución del contenido de 2-3 DPG. La magnitud de este cambio depende de la "vejez" de la sangre. (29). Tiene también niveles elevados de amoniaco, fibrina, potasio y hemoglobina libre, lo que puede perjudicar a los pacientes con enfermedad hepática o renal.

Estos factores junto con la hipotensión, anestesia, el uso de mezclas de oxígeno, sepsis extrapulmonar, pueden causar insuficiencia pulmonar. Esto debido a la formación de micro-émbolos en el pulmón (31) y por un efecto humoral que afecta la vascularidad pulmonar. (32). La disminución en el transporte y en consumo de oxígeno es un fenómeno que sucede conforme avanza la edad y la homeostasis del medio interno se mantiene por el transporte de oxígeno, el medio extracelular y el aspecto nutricional (33).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. El problema de la anestesia en el paciente de edad

El desarrollo de mejores métodos de estudio y de las mejoras en el efecto de la anestesia sobre el paciente de edad ha conducido al concepto de que desde el punto de vista de la anestesia no existen problemas que sean exclusivos del anciano. Se ha encontrado en estos pacientes en cuanto a función pulmonar se refiere, una disminución de la capacidad vital, aumento del volumen residual y de la capacidad funcional residual y aumento en la relación volumen residual y capacidad pulmonar total, de una normal de 20% a 35% a 40%. (34, 35).

En la ventilación está disminuido el volumen minuto a expensas de la frecuencia respiratoria y del volumen corriente; el espacio muerto está aumentado y disminuido el consumo de oxígeno y la producción de bióxido de carbono. Estas condiciones respiratorias dan origen a que la captación y eliminación del O_2 y del CO_2 y de los gases anestésicos sea más lenta y requieren un control más preciso. (36, 37, 38, 39).

En el aparato cardiovascular se ha encontrado una disminución del índice cardíaco y prolongación del tiempo de circulación, esto puede producir fácilmente una sobredosis con los agentes de inducción intravenosa si no se reducen las dosis y la velocidad de la inyección. (40) La instalación de la parálisis muscular después de la inyección del relajante puede estar retardada. Desde el punto de vista renal, se ha demostrado la disminución de la filtración glomerular y de la concentración tubular. La combinación de la disminución de las funciones renal y cardíaca hace que los cálculos de pérdidas y reemplazo de volumen y electrolitos en el anciano deban ser mucho más precisas. Lo que se traduce en una excreción renal disminuída de las drogas, como agentes de inducción, los relajantes musculares y el digital. (41).

La contribución de enfermedades preexistentes a la mortalidad qui-

rúrgica ha sido bien documentada en numerosos estudios, esta mortalidad se ha encontrado aumentada frecuentemente en ancianos con enfermedad previa crónica y aún más cuando la enfermedad previa fue aguda. La patología más frecuente en el anciano es: la cardiopatía hipertensiva, la insuficiencia coronaria, el infarto del miocardio, la hipertensión arterial sistémica sin cardiopatía, con o sin insuficiencia vascular cerebral o periférica; la enfermedad pulmonar obstructiva, principalmente la bronquitis y el enfisema, la diabetes y la obesidad; y es de gran interés la consideración de las drogas que se han administrado para el tratamiento de estos padecimientos, su continuación o suspensión antes del acto quirúrgico y la interacción posible con los agentes usados en anestesia. (5, 7, 42, 43)

En cirugía de urgencia es imperativo tomar tiempo con sentido de urgencia para estudiar y preparar lo mejor posible al paciente. La mortalidad en cirugía de urgencia puede ser hasta cinco veces mayor que en la electiva, debido a la falta de tiempo para controlar condiciones preexistentes como pueden ser la insuficiencia cardíaca, los desequilibrios electrolíticos, la hipovolemia, la anemia, la insuficiencia respiratoria y la diabetes, etc., por lo que el paciente es llevado a la sala de operaciones en condiciones muy desfavorables. (44, 45, 46, .

La evaluación preoperatoria es de capital importancia para planear y ajustar el método y drogas anestésicas para cada caso particular, de gran importancia es la valoración de la condición física del individuo y en nuestro Hospital se utiliza la clasificación de la Asociación Norteamericana de Anestesiólogos. En el examen preanestésico intere el sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio y renal. La tele-radiografía de tórax, el electrocardiograma, la biometría hemática, el nitrógeno ureico y los electrolitos son de rutina. Con respecto al sistema respiratorio, la medición de los diferentes volúmenes pu

monares, la ventilación y los gases sanguíneos son de utilidad. (48).

La anestesia que se utiliza frecuentemente en el Hospital es la anestesia general balanceada, que consiste en el uso combinado de agentes diferentes para proporcionar analgesia, hipnosis, relajación muscular e inhibición de reflejos neurovegetativos y la ventilación mecánica que facilita el control para una ventilación adecuada. La monitorización durante el acto quirúrgico y los cuidados en el post-operatorio han reducido los índices de morbi-mortalidad. (3)

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo se realizó con el estudio retrospectivo de los expedientes clínicos de todas las pacientes sometidas a cirugía pélvica mayor en el Servicio de Ginecología del Hospital Español de México durante los años 1975 a 1979, investigando en cada uno, noventa - parámetros distribuidos en las diez categorías que se señalan a continuación:

1. Edad
2. Antecedentes personales
3. Padecimientos Asociados
4. Diagnósticos
5. Intervenciones quirúrgicas
6. Anestesia
7. Complicaciones
8. Cuidados críticos
9. Mortalidad
10. Días de estancia en el Hospital

Los datos se tabularon en tres grupos de edad: Pacientes menores de 65 años, pacientes de 45 a 64 años y pacientes de 65 o más años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

monares, la ventilación y los gases sanguíneos son de utilidad. (48).

La anestesia que se utiliza frecuentemente en el Hospital es la anestesia general balanceada, que consiste en el uso combinado de agentes diferentes para proporcionar analgesia, hipnosis, relajación muscular e inhibición de reflejos neurovegetativos y la ventilación mecánica que facilita el control para una ventilación adecuada. La monitorización durante el acto quirúrgico y los cuidados en el post-operatorio han reducido los índices de morbi-mortalidad. (3)

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo se realizó con el estudio retrospectivo de los expedientes clínicos de todas las pacientes sometidas a cirugía pélvica mayor en el Servicio de Ginecología del Hospital Español de México durante los años 1975 a 1979, investigando en cada uno, noventa - parámetros distribuidos en las diez categorías que se señalan a continuación:

1. Edad
2. Antecedentes personales
3. Padecimientos Asociados
4. Diagnósticos
5. Intervenciones quirúrgicas
6. Anestesia
7. Complicaciones
8. Cuidados críticos
9. Mortalidad
10. Días de estancia en el Hospital

Los datos se tabularon en tres grupos de edad: Pacientes menores de 65 años, pacientes de 45 a 64 años y pacientes de 65 o más años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los datos se sometieron a estudio computarizado con el fin de obtener para cada parámetro de cada grupo el por ciento correspondiente y poder comparar los grupos, parámetro por parámetro. Para cada parámetro se analizó la diferencia entre los tres grupos y se determinó su significación estadística.

RESULTADOS:

Durante los 5 años comprendidos en el presente estudio se operaron 817 pacientes, con una distribución por edad que se muestra en el cuadro N° 1. El número de pacientes de 65 o más años fue de 89 (10.89%) del total y el número de pacientes entre 45 a 85 años fue de 435 - (53.24%) del total. De los 435 casos estudiados 346 (79.54%) estuvieron comprendidas en el grupo de edad entre 45 y 64 años y 89 (20.46%) en el grupo de 65 años o más, como se aprecia en el cuadro N° 2.

El número de pacientes operadas tiende a disminuir conforme aumenta la edad de la mujer, como se muestra en el cuadro N° 3. El cuadro N° 4 muestra una mayor incidencia de tabaquismo y alcoholismo en las mujeres menores de 65 años. Por otra parte la incidencia de cirugía vaginal fue francamente mayor en las pacientes de más de 65 años existiendo una diferencia de 7.38%.

El análisis comparativo de la incidencia de padecimientos asociados como se muestra en el cuadro N° 5, puede verse que los padecimientos broncopulmonares y cardiovasculares son frecuentes después de los 65 años de edad. La Bronquitis Crónica y el Enfisema Pulmonar fueron 5 veces más frecuentes y los padecimientos cardiacos 4.8 veces más comunes que en las pacientes menores de 65 años, destacando, sobre todo, la alta incidencia de cardiopatía hipertensiva e isquémica.

Por otra parte se aprecia también una gran diferencia, de insuficiencia venosa debida a la presencia de várices o a Síndromes Post-

Los datos se sometieron a estudio computarizado con el fin de obtener para cada parámetro de cada grupo el porcentaje correspondiente y poder comparar los grupos, parámetro por parámetro. Para cada parámetro se analizó la diferencia entre los tres grupos y se determinó su significación estadística.

RESULTADOS:

Durante los 5 años comprendidos en el presente estudio se operaron 817 pacientes, con una distribución por edad que se muestra en el cuadro N° 1. El número de pacientes de 65 o más años fue de 89 (10.89%) del total y el número de pacientes entre 45 a 85 años fue de 435 - (53.24%) del total. De los 435 casos estudiados 346 (79.54%) estuvieron comprendidas en el grupo de edad entre 45 y 64 años y 89 (20.46%) en el grupo de 65 años o más, como se aprecia en el cuadro N° 2.

El número de pacientes operadas tiende a disminuir conforme aumenta la edad de la mujer, como se muestra en el cuadro N° 3. El cuadro N° 4 muestra una mayor incidencia de tabaquismo y alcoholismo en las mujeres menores de 65 años. Por otra parte la incidencia de cirugía vaginal fue francamente mayor en las pacientes de más de 65 años existiendo una diferencia de 7.38%.

El análisis comparativo de la incidencia de padecimientos asociados como se muestra en el cuadro N° 5, puede verse que los padecimientos broncopulmonares y cardiovasculares son frecuentes después de los 65 años de edad. La Bronquitis Crónica y el Enfisema Pulmonar fueron 5 veces más frecuentes y los padecimientos cardiacos 4.8 veces más comunes que en las pacientes menores de 65 años, destacando, sobre todo, la alta incidencia de cardiopatía hipertensiva e isquémica.

Por otra parte se aprecia también una gran diferencia, de insuficiencia venosa debida a la presencia de várices o a Síndromes Post-

flebíticos de los miembros inferiores, lo cual es un antecedente de importancia en cirugía y, más especialmente, en pacientes sometidas a cirugía pélvica por favorecer complicaciones tromboflebíticas en el postoperatorio que, además se ven incrementadas por la mayor incidencia en esta edad, de padecimientos neoplásicos que requieren tratamiento quirúrgico. En el cuadro N° 6 aparecen los padecimientos de las esferas renal y digestiva e interesa comentar que la Nefroesclerosis y la Úlcera Gastroduodenal fueron más comunes aunque no muy frecuentes.

La presencia de padecimientos de la nutrición tiene mucho interés tanto por su repercusión que tienen sobre la salud de la paciente, como por los problemas que generan durante el acto quirúrgico y el postoperatorio. En el cuadro N° 7 puede verse que la incidencia de Diabetes mellitus fue de 3.8 veces mayor en el grupo de pacientes de 65 años o más y que la obesidad fue de una y media veces más común que en el grupo menor de 65 años. En cambio los antecedentes neuropsíquicos y, en particular, los diversos tipos de neurosis, fueron cuatro veces más frecuentes en las pacientes menores de 65 años. Los diagnósticos de las mujeres operadas se presentan a continuación:

El análisis de la incidencia de los diversos padecimientos ginecológicos en los dos grupos de edad que venimos considerando muestra con gran claridad que la patología de uno y otro son francamente diferentes en frecuencia. En el cuadro N° 8 puede apreciarse que la Fibromiomatosis uterina y la Endometriosis pélvica que en conjunto representan el 41.07% del grupo de mujeres menores de 65 años, no se presentan en pacientes de más de 65 años. En cambio, los síndromes de relajación pélvica (Prolapsos genitales, Enteroccele e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo) que en su conjunto representaron el 67.41% de las indicaciones para tratamiento quirúrgico en pacientes de más de 65 años, fueron tres veces más frecuentes que en las mujeres me-

nores de 65 años.

Por otra parte, como puede verse en el cuadro N° 9, el otro grupo de entidades nosológicas de las pacientes de 65 años o más de edad, es el de las neoplasias malignas, que en conjunto (Carcinoma del cuello uterino, Carcinoma del endometrio, Sarcoma del útero, Carcinoma del ovario y Carcinoma de la vulva) representan el 20.22% de los padecimientos propios de esta edad, por ciento que comparado con el 5.63% del grupo menor de 65 años, resulta 3.6 veces mayor.

En esta estadística se hace evidente que los dos Cánceres más frecuentemente operados a partir de los 65 años de edad son el Carcinoma del Endometrio y el Carcinoma del Ovario. El Carcinoma del Cuello Uterino es propio de las décadas inmediatamente anteriores y, además, a diferencia del Cáncer del Endometrio, requiere tratamiento quirúrgico con poca frecuencia.

Las intervenciones quirúrgicas aparecen en los cuadros Nos. 10 y 11; como era de esperarse, la Histerectomía Total Abdominal fué cuatro veces más frecuente antes de los 65 años de edad debido a que es la intervención que se utiliza habitualmente para el tratamiento quirúrgico de la Fibromatosis Uterina y de la Endometriosis que, como ya dijimos, son frecuentes a esas edades. En cambio la Histerectomía Vaginal, la Operación de Manchester y las Plastías Perineovaginales son mucho más frecuentes después de los 65 años en que se emplean para el tratamiento de los diversos tipos de Relajación Pélvica. La Histerectomía Radical fué 3.6 veces más frecuente en esta edad, como lo fueron también las Neoplasias Malignas que requieren de esta operación. En el cuadro N° 11 puede apreciarse que también después de los 65 años son más frecuentes las Cistouretroplastías para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. La li-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gamentopexia uterina, operación que tiene tan pocas indicaciones en la actualidad, no se realizó nunca después de los 65 años.

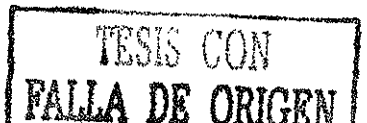
Merece comentario especial el grupo que se integró en el término de "Otras Operaciones". El 16.21% que aparece para el grupo menor de 65 años corresponde a operaciones que nunca se realizaron en el grupo de pacientes mayores, es decir, resecciones cuneiformes de ovarios, plastías tubarias, miomectomías, metroplastías, resección de lesiones endometriósicas, etc. El 6.74% que aparece en este renglón para las pacientes de 65 años o más, corresponde a casos de Carcinoma del Ovario en que por las condiciones de desarrollo y grado de invasión de la neoplasia no fué posible hacer operaciones que fueran más allá de la Laparotomía y Biopsia, resección parcial de masa tumoral u omentectomía.

Con respecto a la anestesia ninguna de nuestras pacientes fué operada bajo anestesia peridural u otro tipo de anestesia regional. Se empleó neuroleptoanalgesia y anestesia general balanceada, apreciándose, como puede observarse en el cuadro N° 12, preferencia de nuestros anestesiólogos por esta última en el grupo de edad de 65 años o más.

En las pacientes sometidas a cirugía vaginal y particularmente en las histerectomías vaginales realizadas en pacientes de más de 65 años de edad, se empleó siempre la infiltración subvaginal de Xilocaína.

La duración de la anestesia, en promedio individual calculado sobre todas las operaciones realizadas en cada grupo de edad, fué prácticamente igual.

La consideración cuidadosa del cuadro N° 13 permite apreciar que la incidencia de complicaciones trans y postoperatorias fué relativamente baja en los dos grupos de edad. Siendo más frecuente



la retención urinaria y la enfermedad tromboembólica en el grupo de más de 65 años. La mayor parte de los casos de Hemorragia transoperatoria correspondieron a operaciones sangrantes por neoplasias malignas o por endometriosis, en pacientes cuyas edades fluctuaron entre 45 y 64 años de edad. No tuvimos este problema en pacientes mayores de 65 años. Las Heridas transoperatorias de uréter o vejiga, en incidencia baja, se presentaron en el grupo de edad joven debido al tipo de padecimientos operados y no a la edad de las pacientes. Las heridas de tubo digestivo fueron más frecuentes en las pacientes operadas de neoplasias malignas.

La infección urinaria postoperatoria y la retención de orina fueron más frecuentes en el grupo de edad de 65 años o más, en el cual fué también la cistouretroplastía que requiere cateterismo vesical prolongado y después de la cual hay en ocasiones dificultad para que se restablezca la micción.

Como era también de esperarse, la frecuencia de la necesidad de cuidados críticos intermedios y terapia intensiva fué mayor en el grupo de edad de 65 años o más, muy raramente por problemas surgidos en el transoperatorio y casi siempre como medidas para proteger a la paciente en su evolución después del trauma quirúrgico.

No hubo ningún caso de muerte quirúrgica en el grupo menor de 65 años. En el grupo de 65 años o más hubo una defunción, que representa el 1.12% en una paciente de 73 años de edad. En el cuadro N° 14 puede apreciarse que el promedio individual de días de estancia en el Hospital fué de 8.11 para las pacientes menores de 65 años y de 12.25 para las mayores de esa edad, lo cual se debe en gran parte a la mayor incidencia de neoplasias malignas del aparato genital que requieren operaciones importantes y postoperatorios largos, así como a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayor frecuencia de retención urinaria consecutiva a las cistoureteroplastias.

DISCUSION:

Los resultados obtenidos ameritan la discusión de ciertas características más importantes; las mujeres en este estudio tuvieron unos límites de edad entre 21 años la menor y 85 la mayor y el promedio de edad en el grupo de pacientes mayor de 65 años fue de 72.28 años. Esta cifra se traduce en una relación con los padecimientos asociados principalmente los cardiovasculares y broncopulmonares, así como diabetes y obesidad, lo cual obliga a considerar la cirugía en ellas como "cirugía de alto riesgo", pues sabemos bien que la reserva funcional de la homeostasis y, por lo tanto, la capacidad de adaptación y el riesgo quirúrgico, dependen en gran parte del estado anatómico de los órganos y de las estructuras vitales.

El estudio estadístico del diagnóstico de los padecimientos que indicaron la intervención quirúrgica corroboró una impresión de que los padecimientos más frecuentes antes de los 65 años (en realidad antes de los 50 años) son las fibromiomas uterina y la endometriosis. El bajo porcentaje de prolapsos genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo del grupo menor de 65 años correspondió a pacientes de 50 - a 64 años de edad. Por el contrario, de los 65 años en adelante los dos grupos de padecimientos que dominan por completo son los síndromes de relajación pélvica y las neoplasias malignas del aparato genital. Estas dos estadísticas, en conjunto, dieron el 87.63% de las indicaciones quirúrgicas a partir de los 65 años de edad.

De acuerdo con esta patología, las operaciones realizadas también varían de un grupo de edad al otro, predominando antes de los 65 años de edad diversos tipos de cirugía conservadora y la histerectomía to-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayor frecuencia de retención urinaria consecutiva a las cistoureteroplastias.

DISCUSION:

Los resultados obtenidos ameritan la discusión de ciertas características más importantes; las mujeres en este estudio tuvieron unos límites de edad entre 21 años la menor y 85 la mayor y el promedio de edad en el grupo de pacientes mayor de 65 años fue de 72.28 años. Esta cifra se traduce en una relación con los padecimientos asociados principalmente los cardiovasculares y broncopulmonares, así como diabetes y obesidad, lo cual obliga a considerar la cirugía en ellas como "cirugía de alto riesgo", pues sabemos bien que la reserva funcional de la homeostasis y, por lo tanto, la capacidad de adaptación y el riesgo quirúrgico, dependen en gran parte del estado anatómico de los órganos y de las estructuras vitales.

El estudio estadístico del diagnóstico de los padecimientos que indicaron la intervención quirúrgica corroboró una impresión de que los padecimientos más frecuentes antes de los 65 años (en realidad antes de los 50 años) son las fibromiomas uterina y la endometriosis. El bajo porcentaje de prolapsos genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo del grupo menor de 65 años correspondió a pacientes de 50 - a 64 años de edad. Por el contrario, de los 65 años en adelante los dos grupos de padecimientos que dominan por completo son los síndromes de relajación pélvica y las neoplasias malignas del aparato genital. Estas dos estadísticas, en conjunto, dieron el 87.63% de las indicaciones quirúrgicas a partir de los 65 años de edad.

De acuerdo con esta patología, las operaciones realizadas también varían de un grupo de edad al otro, predominando antes de los 65 años de edad diversos tipos de cirugía conservadora y la histerectomía to-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tal abdominal. en cambio, después de los 65 años de edad predominó la histerectomía vaginal y otras operaciones para tratamiento de los diversos tipos de relajación pélvica, por una parte y, por la otra, diversas operaciones indicadas por cáncer ginecológico, desde la simple laparotomía o biopsia hasta la histerectomía radical o la vulvectomía radical. La incidencia de complicaciones trans y postoperatorias en toda la serie de 817 casos fué muy moderada y con ligeras diferencias entre uno y otro grupo de edad dependientes más del tipo de cirugía realizado en unos y otros casos, que de la edad de las enfermas.

Los buenos resultados obtenidos en el grupo de 65 años o más se deben a que en la rutina del manejo de la paciente anciana en nuestro Servicio de Ginecología se procura compensar las deficiencias órgano-funcionales que conducen a la disminución de la reserva funcional, por medio de cuidados pre, trans y postoperatorios adecuados.

Para el preoperatorio la rutina incluye pruebas preoperatorias completas (biometría hemática, bioquímica SMA 12/60 y pruebas de coagulación), examen cardiovascular (con Electrocardiograma y las pruebas adicionales que el cardiólogo considere necesarias), valoración de la reserva funcional de homeostasis y corrección, mejoría o estabilización de los factores anormales. Es también importante la preparación psicológica de la paciente para el acto operatorio.

En la cirugía de los diversos tipos de relajación pélvica tiene interés el mejorar la troficidad de la mucosa vaginal por medio de estrógenos locales.

En el transoperatorio deben tomarse medidas adecuadas según el caso. Por ejemplo, vendaje de miembros inferiores, posición elevada de las piernas en cirugía vaginal, hidratación de la paciente, evi-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tar caídas de la tensión arterial, etc. Igualmente, en cirugía vaginal recurrimos a la infiltración subvaginal de Xilocaína con Beta-hypohamina o con epinefrina, como para disminuir el sangrado de los cortes vaginales y zonas disecadas. Igualmente, en la anciana hay indicación en ocasiones para preferir técnicas quirúrgicas específicas. Empleamos, por ejemplo, la técnica de histerectomía vaginal de Castillejos por permitir una operación más rápida, menos traumática y segura. Por otra parte, en algunos tipos de prolapsos moderados, si el riesgo es alto, pueden estar indicadas, diversos tipos de plastías perineo-vaginales. Aunque en la actualidad se recurre en forma excepcional a las colpocleisis tanto por sus inconvenientes, como por la posibilidad de la cirugía moderna de emprender con seguridad tratamientos quirúrgicos adecuados y completos.

En el postoperatorio se ponen en práctica las indicaciones de la cirugía moderna, se aplican, en cuanto se considera necesario, los valiosos recursos de la Terapia Respiratoria y se emplean medidas profilácticas para la tromboflebitis postoperatoria (vendaje de miembros inferiores, deambulación precoz, correcta hidratación de la paciente, medida de la circunferencia de las piernas diariamente, etc.). Estas indicaciones postoperatorias son particularmente importantes en las pacientes que tienen insuficiencia venosa y, más aún, cuando se operan con motivo de neoplasias malignas.

Con más frecuencia que en pacientes de menor edad, se les proporciona el apoyo inestimable de los cuidados intermedios o de la terapia intensiva, según el caso.

La incidencia de cirugía ginecológica en la anciana es relativamente poco frecuente (10.89%) del total de casos de cirugía mayor y la mortalidad fué de 1.12% y correspondió a una paciente de 73 años



de edad en quien se practicó histerectomía radical abdominal por carcinosarcoma del útero. Murió al 7° día postoperatorio por embolia pulmonar. Tenía bronquitis crónica, enfisema pulmonar e insuficiencia venosa de miembros inferiores. Recibió cuidados críticos intensivos desde el postoperatorio inmediato y tuvo embolia pulmonar masiva sin manifestaciones previas de tromboflebitis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

1. El envejecimiento es un proceso que se inicia desde el nacimiento y que se caracteriza por un deterioro multifactorial del individuo.
2. El proceso de envejecimiento se manifiesta por una disminución de la capacidad funcional de diferentes órganos y sistemas, que afecta fundamentalmente el aparato cardiovascular, renal y respiratorio.
3. Es probable explicar el proceso de envejecimiento por errores biológicos, acumulo de tóxicos y por un proceso programado que se inicia desde la concepción y termina con la muerte.
4. Debido al aumento constante de la longevidad, el número de pacientes ginecológicas que requieren cirugía ha aumentado en los últimos años.
5. En el estudio preoperatorio de las pacientes es importante la investigación de padecimientos asociados como los cardiovasculares, broncopulmonares, diabetes y obesidad.
6. La Patología más frecuentemente encontrada en pacientes de 65 o más años fué: los prolapsos genitales, la incontinencia urinaria de esfuerzo, el carcinoma del endometrio y el carcinoma del ovario.
7. La intervención más frecuentemente realizada en el grupo de pacientes menores de 65 años fué: la histerectomía total abdominal.
8. Las intervenciones más frecuentemente realizadas en el grupo de pacientes de 65 años o más fueron: la histerectomía vaginal, la histerectomía radical, la operación de Manchester y las plastías perineo-vaginales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. La anestesia más frecuentemente administrada a nuestras pacientes fue la general balanceada.
10. Los cuidados pre, trans y postoperatorio, la correcta elección del tipo de anestesia y las precauciones para evitar que las pacientes de edad sufran desviaciones de sus funciones vitales, el pronóstico con estos cuidados mejora desde el punto de vista de la morbi-mortalidad quirúrgica.

RECOMENDACIONES:

1. La correcta evaluación de los padecimientos asociados, por la historia y el examen físico permite el mejor manejo de las pacientes mayores de 65 años o más.
2. Debe de evaluarse muy bien el estado de la función cardiovascular, pulmonar y renal en el estudio preoperatorio de estas pacientes.
3. La anestesia general balanceada constituye hasta ahora, el menor riesgo de complicaciones pulmonares trans y postoperatorias.
4. Es necesario proseguir estudios sobre la biología del envejecimiento, debido a que no hay una hipótesis unánimemente aceptada que lo explique.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. La anestesia más frecuentemente administrada a nuestras pacientes fue la general balanceada.
10. Los cuidados pre, trans y postoperatorio, la correcta elección del tipo de anestesia y las precauciones para evitar que las pacientes de edad sufran desviaciones de sus funciones vitales, el pronóstico con estos cuidados mejora desde el punto de vista de la morbi-mortalidad quirúrgica.

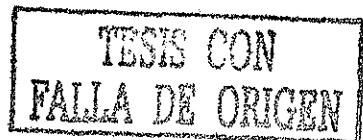
RECOMENDACIONES:

1. La correcta evaluación de los padecimientos asociados, por la historia y el examen físico permite el mejor manejo de las pacientes mayores de 65 años o más.
2. Debe de evaluarse muy bien el estado de la función cardiovascular, pulmonar y renal en el estudio preoperatorio de estas pacientes.
3. La anestesia general balanceada constituye hasta ahora, el menor riesgo de complicaciones pulmonares trans y postoperatorias.
4. Es necesario proseguir estudios sobre la biología del envejecimiento, debido a que no hay una hipótesis unánimemente aceptada que lo explique.

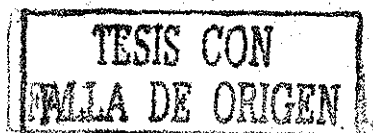
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

- 1.- Von Hahn H.P.
Geriatría Práctica. Editorial El Manual Moderno, S.A. 1977
Cap. I pp. 1-106.
- 2.- Muñoz R.
Simposio Cirugía Ginecológica en la anciana. Reunión Anual de exalumnos. Hospital Español de México, México, D.F. 29 de noviembre de 1980.
- 3.- Lewin I., Lerner A.G., Green S.H., Del Guercio L.R.M., et al:
Physical Class and Physiologic Status in Prediction of Operative Mortality in the Aged Sick Ann Surg 174: 217, 1971.
- 4.- Mithoefer J., Mithoefer J.C.
Studies of the Aged Surgical Mortality.
Arch. Surg 69: 58, 1954.
- 5.- Howell T.H.
Multiple Pathology in Nonagerians
Geriatrics 18 : 899, 1963
- 6.- Monroe R.T.
Diseases in old age: A Clinical and Pathological Study of 7,941 individuals over 61 years of age.
Cambridge, Harvard Univ. Press, 1951
- 7.- Powers J.H.
Coexisting Debilitating and Degenerative Diseases
Preoperative Investigation and Managment of Elderly Patients
I N Powers J.H. (ed): Surgery of the Aged and Debilitated Patient.
Philadelphia and London, Saunders, 1968 p. 205.
- 8.- Wilson L.A., Lawson I.R., Brass W.
Multiple Disorders in the elderly
Lancet 2: 841, 1962
- 9.- Siegel J.H., Greenspan M. Cohn J.D., Del Guercio L.R.M.
The Prognostic implications of altered physiology in operations for portal hypertension.
Surg Gynecol Obstet. 126: 249, 1968.
- 10.- Delp M.H., Manning R.T. (eds.); Major's Physical Diagnosis,
Ed. 7. Philadelphia, London, Saunders 1968 p. 93.
- 11.- De la Rosa C.
Simposio Cirugía Ginecológica en la anciana. Reunión Anual de exalumnos. Hospital Español de México. México, D.F. 29 de noviembre de 1980.



- 12.- Normal Standards for Cardiovascular data.
I Examination of the Validity of Cardiac Index.
John Hopkins Med. J. 130: 174-186, 1972.
- 13.- Davies D.F., Shock N.W.
Age Changes in Glomerular Filtrations Rate, effective Renal Plasma Flow, and tubular excretory capacity in adult males.
J. Clin. Invest. 29:496-507. 1950.
- 14.- Dontas A.S., Marketer S.G.
Mechanisms of Renal Tubular Defects in Old Age
Postgrade Med. J. 48: 295-303, 1972.
- 15.- Holmes J.H.
Measurements of Osmolality in serum, urine and other biological fluids by the freezing point determination, in Preworkshop Manual of the Workshop on Urinalysis and Renal Function. Studies. Soc. Clin. Pathol, 1962.
- 16.- Adler S., Lindeman R.D., Yiengst.M.J., Beard E. et al
Effect of Acute Acid Loading on Urinary Acid Excretion by the aging Human Kidney.
J. Lab. Clin Med 72: 278-289, 1968.
- 17.- Keys A., Snell A.M.
Respiratory Properties of the arterial blood in Normal man and in patients with disease of the liver; position of the oxygen dissociation curve.
J. Clin. Invest. 17: 59-67, 1938.
- 18.- Astrup P. Rorth M.
Oxygen Affinity of Hemoglobin and red cell 2,3 D.P.G. in hepatic cirrhosis.
Scand J. Clin Lab. Invest. 31: 311-317, 1973.
- 19.- Brarcroft J. Camis M.
The dissociations Curve of Blood
J. Physiol (London) 39: 118-142, 1969.
- 20.- Benesch R.E., Benesch R.
The reaction Between Diphosphoglycerate and hemoglobin.
Biochem Biophy Res Comm 26: 162-167, 1967.
- 21.- Duvelieroy M.A., Buckles R.G., Rosenkaimer J., Tung C.
An Oxyhemoglobin Dissociation Analyzer.
J. Appl. Physiol. 28:227-233, 1970.
- 22.- Bunn H.F., May M. Kocholaty W.I.
Hemoglobin Function in Stored Blood
J. Clin. Invest 48: 311-321, 1969.



- 23.- Chisolm G.M., Terrado E.N., Gainer J.G.
Physiological Transport in relation to Aging Nature
230: 390-392, 1971.
- 24.- Valeri C.R., Forties N.L.
Red Cell 2,3 diphosphoglycerate and Creatinine Levels in
Patients with red cell mass deficit or with cardiopulmonary
insufficiency.
N. Engl. J. Med. 281 (26): 1452-1455, 1969.
- 25.- Oski F.A; Gottlieb A. J. Miller W.
Red cell 2,3 diphosphoglycerate levels in subjets with
chronic hypoxemia.
N Engl J. Med 280: 1165-1166, 1969.
- 26.- Torrance J, Jacobs P, Restrepo A, Eschbach J.
Intraerythrocytic adaptation to anemia
N Engl J Med 283: 165-169, 1970.
- 27.- Goldsmith J, Landaw S.
Carbon Monoxide and human health
Science 162: 1352-1358, 1968.
- 28.- Smith T C, Colton E T Behar M G.
Does Anesthesia Alter Hemoglobin Dissociation
Anesthesiology 32: 5-10, 1970.
- 29.- McConn R, Derrick J B
The respiratory function of blood: Transfusion and blood
storage.
Anesthesiology 36 (2): 119-127, 1972.
- 30.- Proctor H J, Parker J C, Johnson G
Alterations in erythrocyte 2,3 diphosphoglycerate in post-
operative patient.
Ann Surg 173: 357-362, 1971.
- 31.- Swank R L
Alteration of blood on storage: Measurement of adhesivness
of "agring" platelets and leukocytes and their removal by
filtration.
N Engl J Med 265: 728-733, 1961.
- 32.- Veith F G, Hagstrom J W C
Pulmonary microcirculatory response to shock, transfusion
and pump oxygenator procedures: a unified mechanism under-
lyng pulmonary damage.
- 33.- Villazón A.
Simposio cirugía ginecológica en la anciana. Reunión Anual
de exalumnos. Hospital Español de México, México, D.F.
29 de noviembre de 1980.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 34.- Boren H G, Kory R C, Dyner J S
The Veterans Administration- Army Cooperative study of pulmonary function. II. The lung volume and its subdivisions in normal man.
Am J Med 41:96, 1966.
- 35.- Campbell E J M
Respiratory Failure
Br Med J 1:145, 1965.
- 36.- Comroe J H (ed): The lung, ed 2. Chicago, Yearbook, 1967.
- 37.- Frumin M J, Bergman N A, Holaday D A, Rackow H, et al.
Alveolar-arterial O_2 differences during artificial respiration in man.
J Appl Physiol 14: 694, 1959
- 38.- Laver M B, Seifen A
Measurement of blood oxygen tension in anesthesia
Anesthesiology 26: 73, 1965.
- 39.- Mellengard K
Alveolar-arterial oxygen difference: size and components in normal man.
Acta Physiol Scand 67:10, 1966
- 40.- Prys-Roberts C, Kelman G R, Greenbaum R
The influence of circulatory factors on arterial oxygenation during anesthesia in man
Anesthesia 22: 257, 1967.
- 41.- Wesson L G Jr.
Physiology of the human kidney, New York, Grune & Stratton 1969.
- 42.- Nachlas M M, Abrams S J, Goldberg M M
The influence of arteriosclerotic heart disease on surgical risk.
Am J Surg 101: 447, 1961
- 43.- Blumenthal H T, Goldenberg S
Diabetic as an etiologic factor in arteriosclerosis, ed 2.
Blumenthal H T (ed). Springfield, Ill, Thomas, 1967 p 120.
- 44.- De Peyster F. A, Paul O, Gilchrist R K
Risk of urgent surgery in presence of myocardial infarctation and angina pectoris.
Arch Surg 65: 448, 1952.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 45.- Miller W F, Wu N, Johnson R L
Convenient method of evaluation pulmonary ventilatory
function with a single breath test.
Anesthesiology 17: 480, 1956.
- 46.- Peters R M, Hiberman M
Respiratory insufficiency: diagnosis and control of therapy.
Surgery 70: 280, 1971.
- 47.- Pontoppidan H, Laver M B, Geffin B
Acute respiratory failure in the surgical patient.
Adv. Surg 4: 163, 1970.
- 48.- Anderson W H, Dossett B E, Hamilton G L
Prevention of postoperative pulmonary complications.
JAMA 186:763, 1963.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES

total de pacientes 817 (100.00%)

Pacientes de < 65 años 728 (89.11%)
Límites de edad: Mínima: 21 años
Máxima: 85 años

Pacientes de ≥ 65 años 89 (10.89%)
Límites de edad: Mínima: 65 años
Máxima: 85 años
Promedio de edad: 72.28 años
Desviación Est. : 5.29
Varianza: 27.75

Pacientes de 45 a 95 años 435 (53.24%)
Límites de edad: Mínima: 45 años
Máxima: 85 años

26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE 45 a 85 AÑOS

Pacientes de 45 a 85 años de edad: 435 (100.00 %)

Pacientes de 45 a 64 años: 346 (79.54 %)

Límites de edad: Mínima 45
Máxima 64

Promedio de edad: 51.62 años

Desviación Est. : 5.62

Varianza 31.52

Pacientes de >65 años: 89 (20.46 %)

Límites de edad: Mínima 65
Máxima 85

Promedio de edad: 72.28 años

Desviación Est. : 5.29

Varianza 27.75

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 3

CLASES DE EDADES DE 45 a 85 AÑOS

<u>De 45 a 64 años</u>		<u>De ≥ 65 años</u>	
De 45 a 49:	147 (33.79 %)	De 65 a 69:	34 (7.82 %)
De 50 a 54:	107 (24.60 %)	De 70 a 74:	27 (6.21 %)
De 55 a 59:	47 (10.80 %)	De 75 a 79:	16 (3.68 %)
De 60 a 64:	45 (10.34 %)	De 80 a 85:	12 (2.76 %)
		De 45 a 85 años: 435 (100.00 %)	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 4

ANTECEDENTES PERSONALES

	← 65 años	45-64 años	→ 65 años
Tabaquismo	19.09	15.90	6.74
Alcoholismo	2.61	1.45	0.00
Medicación corticosteroide	1.24	1.45	2.25
Cirugía previa: Abdominal	37.64	44.80	38.20
Pélvica	14.01	14.45	13.36
Vaginal	4.40	7.23	14.61

Las cifras expresan porcentos de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 5

PADECIMIENTOS ASOCIADOS

	< 65 años	45-64 años	≥ 65 años
BRONCOPULMONARES			
Bronquitis crónica	2.88	4.05	8.99
Enfisema pulmonar	1.65	2.02	14.61
CARDIOVASCULARES			
Cardiopatía Hipertensiva	10.58	18.21	48.31
Cardiopatía isquémica	1.92	4.05	11.24
Trastornos del ritmo	0.69	1.16	2.25
Trastornos de la conducción	0.27	0.87	3.37
Sind. de insuf. venosa	8.79	13.58	19.10

Las cifras expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 6

PADECIMIENTOS ASOCIADOS (2)

	<65 años	45-64 años	≥65 años
RENALES			
Pielonefritis crónica	2.20	2.84	1.12
Glomerulonefritis crónica	0.14	0.00	0.00
Nefroesclerosis	0.00	0.00	2.25
Insuficiencia renal	0.14	0.00	0.00
DIGESTIVOS			
Úlcera gastroduodenal	0.84	1.16	3.37
Padecimientos hepatobiliares	0.41	0.87	0.00

Las cifras expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 7

PADECIMIENTOS ASOCIADOS (3)

	< 65 años	45-64 años	≥ 65 años
METABOLICOS			
Diabetes mellitus	2.34	6.36	8.99
Obesidad	15.11	23.12	23.60
NEUROPSIQUICOS			
Neurosis	5.49	6.65	1.12
Psicosis	0.41	1.16	1.12
OTROS PADECIMIENTOS	1.37	2.89	4.42

Las cifras expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICOS (1)

	<65 años	45-64 años	≥65 años
Prolapsos genitales	18.68	28.03	60.67
Enterocèle	0.27	0.00	1.12
Incontinencia urinaria esf.	3.85	5.78	5.62
Fístulas urinarias	0.27	0.29	0.00
Fístulas rectovaginales	0.14	0.29	0.00
Inflamación pélvica aguda	0.82	0.00	0.00
Inflamación pélvica crónica	1.10	0.00	1.12
Fibromiomatosis uterina	35.58	36.99	1.12
Endometriosis pélvica	5.49	2.60	0.00

Las cifras expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICOS (2)

	< 65 años	45-64 años	≥ 65 años
Displasia del cuello uterino.	0.69	1.45	4.49
Carcinoma del cuello uterino.	3.16	2.89	2.25
Hiperplasia del Endometrio	9.75	12.43	2.25
Carcinoma del Endometrio	1.51	2.31	11.24
Sarcoma del útero	0.27	0.59	1.12
Tumores ováricos benignos	3.98	1.73	3.37
Carcinoma del ovario	0.69	1.45	4.49
Carcinoma de la vulva	0.00	0.00	1.12
OTROS DIAGNOSTICOS	12.77	4.91	0.00

Las cifras expresan porcentos de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTERVENCIONES QUIRURGICAS (1)

	< 65 años	45-64 años	> 65 años
Histerectomía total abdominal	48.90	33.53	12.36
Histerectomía vaginal	17.85	24.28	38.20
Histerectomía radical	2.34	3.18	7.87
Operación de Manches ter	0.14	1.16	7.87
Vaginopexia abdominal	0.27	0.00	0.00
Plastias perineo-vaginales	2.88	4.05	12.36

Las cifras expresan porcentos de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 11

INTERVENCIONES QUIRURGICAS (2)

	← 65 años	45-64 años	→ 65 años
Cistoureteroplastias	5.49	8.38	11.24
Colpocleisis	0.00	0.00	1.12
Operaciones sobre los anexos (ovariectomía, salpingectomía).	3.29	1.16	5.61
Ligamentopexia uterina	2.06	0.00	0.00
Vulvectomy Radical	0.00	0.00	1.12
OTRAS OPERACIONES	16.21	3.18	6.74

Las cifras expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad.

CUADRO No. 12

ANESTESIA

37

	< 65 años	45-64 años	≥ 65 años
TIPO DE ANESTESIA			
Neuroleptoanalgesia	25.00	26.59	14.61
General balanceada	75.00	73.12	85.39
DURACION DE LA ANESTESIA			
Promedio (horas)	2.00	2.00	1.58

Las cifras del tipo de anestesia expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES

	<65 años	45-64 años	≥65 años
Hemorragia (trans y post-operatoria).	1.65	2.31	0.00
Heridas de ureter o vejiga	1.51	1.45	0.00
Heridas del tubo digestivo	0.41	0.29	2.25
Infección de región operada	4.40	4.62	2.25
Infección urinaria	2.61	3.18	8.99
Retención urinaria	3.30	4.62	8.99
Infecciones broncopulmonares	1.10	0.29	1.12
Enfermedad tromboembólica	1.37	1.16	2.24
Eventración postoperatoria aguda.	0.14	0.00	0.00
Paro cardíaco	0.14	0.00	0.00

Las cifras expresan porcentos de su respectivo grupo de edad.

38

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUIDADOS CRITICOS

< 65 años 45-64 años ≥ 65 años

Cuidados intermedios	1.10	1.16	3.37
Terapia Intensiva	0.41	0.58	4.49

MORTALIDAD

Muerte transoperatoria	0.00	0.00	0.00
Muerte dentro de las 24 horas.	0.00	0.00	0.00
Muerte dentro del primer mes.	0.00	0.00	1.12

DIAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL

Promedio por paciente	8.11 días	9.80 días	12.21 días
-----------------------	-----------	-----------	------------

Las cifras expresan porcentajes de su respectivo grupo de edad, salvo el número de días de estancia.

