

11209

67
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**PROBLEMAS QUIRURGICOS EN EL ANCIANO :
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 169 ADMISIONES
CONSECUTIVAS**

265476

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

P R E S E N T A :

DR. CARLOS ALBERTO MORILLO DAZA

ASESOR : DR. DAVID JUAREZ CORONA

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA".

DR. JAVIER ORTEGA GONZALEZ.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 25 "IGNACIO ZARAGOZA".

DR. ANGEL ZARATE AGUILAR.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL.

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA".

DR. SERGIO FLORES GOMEZ.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL.

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 25 "IGNACIO ZARAGOZA".

DRA. GRACIELA ZERMENO GOMEZ.

DR. LUIS MADRAZO LOZANO.

PROFESORES ADJUNTOS DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL.

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA".

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

ASESOR DE TESIS.

INVESTIGADOR PRINCIPAL.

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

RESPONSABLE DEL PROYECTO.

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

DR. CARLOS ALBERTO MORILLO DAZA.

COLABORADORES.

DR. CARLOS ALBERTO MORILLO DAZA.

DR. SAMUEL SENTIES CARVAJAL.

DR. RODOLFO PADILLA GOMEZ.

DR. FEDERICO McKINNEY V.

DR. GUSTAVO ISLAS.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

POR EL GRAN AMOR Y APOYO INCONDICIONAL QUE -
SIEMPRE ME HAN BRINDADO. GRACIAS POR SU COM-
PRENSIÓN, POR HABER HECHO REALIDAD MI SUEÑO,
POR SU CARIÑO, Y, SOBRE TODO "POR ESPERAR".

A MI HIJO:

POR HABERME HECHO SENTIR LO QUE HAN SENTIDO-
MIS PADRES POR MÍ, POR HECERME VER LAS COSAS
CON MÁS CLARIDAD Y REALIDAD.

A ROSY:

POR HABER ESTADO PRESENTE EN TODOS MIS MOMEN-
TOS DIFICILES, POR DARME TANTO AMOR Y LO MÁS
HERMOSO QUE TENGO "MI HIJO".

A G R A D E C I M I E N T O S

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

MEDICO CIRUJANO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO 25 DEL I.M.S.S.

GRACIAS POR SU APOYO INCONDICIONAL Y COMPARTIR SU --
TIEMPO CONMIGO, POR SU COMPRESIÓN Y POR HACER POSIBLE LA
REALIZACIÓN DE ÉSTA TESIS.

A MIS MAESTROS.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 24 DEL I.M.S.S.

EN ESPECIAL PARA EL DR. JUAN PEDRO AMEZCUA PEREZ, POR
HABER HECHO QUE CRECIERA EN MÍ ESE ESPIRITU DE INQUIETUD-
Y SUPERACIÓN CONSTANTE.

A MIS MAESTROS.

HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO "LA RAZA".

ESPECIALMENTE AL DR. ANTONIO ALBARRAN, DR. NELSON --
MARTINEZ, DR. GILBERTO GUINTO, DRA. OLGA SILVA, POR SU --
CONTINUA ENSEÑANZA. NO ENCUENTRO PALABRAS PARA AGRADECER-
LES TANTO.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

CON QUIENES COMPARTÍ TANTOS MOMENTOS DE ALEGRÍA Y --
TRISTEZA, MUY ESPECIALMENTE A JOSÉ E. ROJAS, RAUL SALADO,
JUAN JOSÉ VIEYRA, HORACIO PANTALEÓN, JOSÉ LEDEZMA Y ANTO-
NIO ARMERÍA.

A LA FAMILIA LEMUS HERNANDEZ.

POR SU APRECIO Y CARIÑO, POR QUE LOS QUIERO MUCHO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

POR PERMITIR MI SUPERACIÓN Y LA REALIZACIÓN DE MI MA-
YOR ANHELO.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO.

POR QUE PARA MI ES UN ORGULLO SER UN NICOLAÍTA, HIJO
DE TAN ILUSTRE RECINTO, PORQUE POR MI ESCUELA SOY LO QUE-
SOY.

A COLOMBIA.

TIERRA QUE ME VIÓ NACER Y DONDE SE ENCUENTRAN QUIE--
NES HICIERON POSIBLE MI LOGRO "MI FAMILIA".

A MEXICO.

GRAN PAÍS DONDE ME HE FORMADO EN MUCHOS ASPECTOS, ME
HICE MÉDICO Y ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL.

UNIDAD DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL #25 "IGNACIO ZARAGOZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

NUMERO DE REGISTRO DE TESIS

I N D I C E

<u>T E M A</u>	<u>P A G I N A</u>
TITULO	1
OBJETIVO	2
PROBLEMA	3
HIPOTESIS	4
TIPO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO ESTADISTICO	5
CRONOGRAMA DE TRABAJO	6
INTRODUCCION	7
MATERIAL Y METODOS	9
CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y DE EXCLUSION	10
RESULTADOS	11
COMENTARIOS	18
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	23

T I T U L O

PROBLEMAS QUIRURGICOS EN EL ANCIANO: ESTUDIO
EPIDEMIOLOGICO DE 169 ADMISIONES CONSECUTIVAS

O B J E T I V O

MOSTRAR EPIDEMIOLOGICAMENTE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRE--
CUENTES QUE REQUIEREN MANEJO QUIRÚRGICO EN LOS PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD.

P R O B L E M A

EL INCREMENTO DE LA EDAD EN LOS PACIENTES ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 25 DEL I.M.S.S. ES BASTANTE COMÚN. EL CALCULO DE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA CADA UNO DE LOS DIVERSOS PADECIMIENTOS REDITÚA EN UN CONOCIMIENTO QUE RETROALIMENTA LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN EN ÉSTE GRUPO DE PACIENTES, QUE GENERALMENTE SON CONSIDERADOS COMO UN GRUPO ESPECIALMENTE "DIFÍCIL", DADO QUE SE ACOMPAÑAN DE UNA GRAN DIVERSIDAD DE FACTORES QUE MODIFICAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, RESPUESTA INMUNE Y POR ENDE EL PRONÓSTICO.

H I P O T E S I S

¿EL CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA ESTADÍSTICA DE LAS PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL RETROALIMENTA LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEL GRUPO QUIRÚRGICO?.

TIPO DE ESTUDIO

RETROSPECTIVO

TRATAMIENTO ESTADISTICO

DESCRIPTIVO

CALCULO DE INCIDENCIA

C R O N O G R A M A

ETAPA I	MONTAJE E INSTRUMENTACION	15	12	94
ETAPA II	DESARROLLO DE TECNICAS	15	12	94
ETAPA III	OBTENCION DE DATOS	30	12	94
ETAPA IV	ANALISIS DE RESULTADOS	05	01	95
ETAPA V	PRESENTACION DEL INFORME	10	01	95

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

LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE SENIL SE INCREMENTA CONSTANTEMENTE (1), NO SOLO EN LA CIRUGÍA MENOR, SINO INCLUSO CIRUGÍA DE ALTO GRADO DE DIFICULTAD (1-4), LA HISTORIA DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO SE HA INCREMENTADO CONSTANTEMENTE Y ENFATIZANDO SU NECESARIA APLICACIÓN A LAS ESPECTATIVAS DE VIDA ACTUAL, CON UN INCREMENTO NOTORIO EN LA LONGEVIDAD DE LA POBLACIÓN (5). USUALMENTE LOS ESTUDIOS COMPARANDO GRUPOS DE PACIENTES JOVENES Y SENILES MUESTRAN DISTRIBUCIONES DISTINTAS CON INCREMENTO EN LA MORTALIDAD EN RELACIÓN AL AUMENTO DE LA EDAD (5), Y LA GRAN VARIEDAD DE PATOLOGÍAS EN EL PACIENTE ANCIANO, Y LA MAYOR FORMALIDAD DEL CIRUJANO PARA ATENDERLAS HAN PROPORCIONADO UNA GRAN ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN ÉSTE GRUPO DE EDAD.

SIN EMBARGO, LA DECISIÓN DE LLEVAR A LA PRÁCTICA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES UN PROCESO COMPLICADO Y DIFÍCIL (1,5-8), AUNQUE CADA VEZ MÁS SEGURO DEBIDO A LOS GRANDES PROGRESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN EL POSTOPERATORIO Y MANEJO ANESTESICO (1).

EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO ES MOSTRAR EPIDEMIOLÓGICAMENTE LA FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS PRESENTES EN LAS ADMISIONES DE PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN BASE A:

- 1.-FACTORES ESTADÍSTICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS QUE INCREMENTAN EL NÚMERO DE CANDIDATOS A CIRUGÍA ENTRE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS.
- 2.-EL NUEVO PODER DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO MEJORAN EL RENDIMIENTO Y LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS QUIRÚRGICOS EN EL ANCIANO.

3.-ÉL DESCUBRIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE QUE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA ES ESPECIFICAMENTE DISTINTA INCREMENTA LA ATENCIÓN HACIA ÉSTE GRUPO DE SUJETOS. (TOMADO Y MODIFICADO DE 1-3).

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

SERÁN ANALIZADOS LOS DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES - ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL- GENERAL REGIONAL #25 DEL I.M.S.S. CON 60 AÑOS O MÁS DE -- VIDA, A PARTIR DEL PRIMERO DE ABRIL DE 1994 HASTA EL 30-- DE NOVIEMBRE DE 1994.

DETERMINAREMOS EN FORMA GLOBAL EL PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DE CADA PATOLOGÍA PARA CALCULAR LA FRECUENCIA - DE ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS EN ÉSTE GRUPO DE EDAD.

SE OBSERVARÁ LA FRECUENCIA ACORDE AL SEXO EN LOS PA- CIENTES EN FORMA GLOBAL Y POR DECADAS.

CRITERIOS DE INCLUSION

PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE INGRESEN AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 25 EN TRE EL PRIMERO DE ABRIL DE 1994 Y EL 30 DE NOVIEMBRE DE -- 1994.

CRITERIO DE NO INCLUSION

PACIENTE QUIRÚRGICOS DE OTRAS ESPECIALIDADES COMO: -- UROLOGÍA, ANGIOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, - ETC, Y PACIENTES MENORES DE 59 AÑOS 11 MESES DE EDAD, ADEMÁS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE INGRESEN PARA- CIRUGÍA AMBULATORIA.

CRITERIOS DE EXCLUSION

PACIENTES CON EXPEDIENTE INCOMPLETO.

R E S U L T A D O S

FUERON ANALIZADOS LOS DIAGNÓSTICOS DE 169 ADMISIONES HOSPITALARIAS CONSECUTIVAS AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 25 DEL I.M.S.S., A PARTIR DEL PRIMERO DE ABRIL DE 1994 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 1994.

56.8% (96 PACIENTES) SE ENCONTRABAN ENTRE 60 Y 69 -- AÑOS, 31.95% (54 PACIENTES) ENTRE 70 Y 79 AÑOS, 10% (17-- PACIENTES) ENTRE 80 Y 89 AÑOS Y 1.18% (2 PACIENTES) CON-- 90 AÑOS O MÁS. 98 PACIENTES PERTENECÍAN AL SEXO FEMENINO-- (57.98%) Y 71 AL SEXO MASCULINO (40.01%).

LA DISTRIBUCIÓN DEL SEXO ACORDE A LOS CUATRO GRUPOS-- DE EDAD MOSTRÓ: ENTRE LOS 60 Y 69 AÑOS (58 PACIENTES) --- 60.4% PERTENECÍAN AL SEXO FEMENINO (N=96) Y 38 (39.58%) - (N=96)AL MASCULINO; ENTRE 70 Y 79 AÑOS 29 PACIENTES PERTENE-- NECÍAN AL SEXO FEMENINO (53.70% (N=54)) Y 25 AL SEXO MAS-- CULINO (46.29% (N=54)); MIENTRAS QUE ENTRE LOS 80 Y 89 -- AÑOS, 9 PACIENTES PERTENECÍAN AL SEXO FEMENINO (52.94% (-- N=17)) Y 8 AL MASCULINO (47.05% (N=17)); FINALMENTE EN EL GRUPO DE PACIENTES DE 90 AÑOS O MÁS, LOS 2 PACIENTES --- (100%) CORRESPONDIERON AL SEXO FEMENINO.

LOS DIAGNÓSTICOS OBTENIDOS EN LOS 169 PACIENTES DE - NUESTRA SERIE SE ENLISTAN EN LA TABLA I.

T A B L A I

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=169)</u>
COLELITIASIS	72	42.6
APENDICITIS AGUDA	17	10.0
HERNIA POSTINSICIONAL ENCARCELADA	9	5.3
HERNIA INGUINAL ENCARCELADA	7	4.1
OCCLUSION POR BRIDAS	6	3.5
ULCERA PEPTICA PERFORADA	5	2.9
HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA	5	2.9
CANCER DE COLON	5	2.9
ABSCESO PERIANAL	5	2.9
BOCIO	3	1.7
ENTEROSTOMIA	3	1.7
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON	3	1.7
INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	3	1.7
CANCER DE PANCREAS	3	1.7
TRAUMA ABDOMINAL	2	1.1
VOLVULO DE SIGMOIDES	2	1.1
CANCER GASTRICO	2	1.1
CANCER DE OVARIO	2	1.1
DISFAGIA POR EVC**	2	1.1
ESTENOSIS PILORICA BENIGNA	2	1.1
ENFERMEDAD DE CAROLI	1	0.5
CANCER DE VIA BILIAR	1	0.5
FISTULA PERIANAL	1	0.5
CANCER DE ESOFAGO	1	0.5
LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL	1	0.5
COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA	1	0.5
GASTRITIS ATROFICA	1	0.5
VARICES ESOFAGICAS	1	0.5
CISTADENOMA OVARICO	1	0.5

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=169)</u>
CANCER DE VESICULA BILIAR	1	0.5
TROMBOSIS MESENTERICA	1	0.5
TOTAL.....	169	97.7%

**ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

LOS DIAGNÓSTICOS OBSERVADOS EN LOS PACIENTES DIVIDIDOS POR DECADAS SE ENLISTAN EN LAS TABLAS II, III, IV, Y V.

T A B L A II

DIAGNOSTICO DE 96 PACIENTES ENTRE 60 Y 69 AÑOS.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=96)</u>
COLELITIASIS	40	41.6
APENDICITIS AGUDA	10	14.4
HERNIA POSTINSICIONAL ENCARCELADA	4	4.1
HERNIA INGUINAL ENCARCELADA	4	4.1
ABSCESO PERIANAL	4	4.1
BOCIO	3	3.1
ULCERA PEPTICA PERFORADA	3	3.1
HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA	3	3.1
CANCER DE COLON	3	3.1
ENTEROSTOMIA	3	3.1
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON	3	3.1
TRAUMA ABDOMINAL	2	2.0
ESTENOSIS PILORICA BENIGNA	2	2.0
INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	2	2.0
OCLUSION INTESTINAL POR BRIDAS	2	2.0
VOLVULO DE SIGMOIDES	1	1.0
ENFERMEDAD DE CAROLI	1	1.0
COLANGIOCARCINOMA	1	1.0
CANCER GASTRICO	1	1.0
FISTULA PERIANAL	1	1.0

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=96)</u>
CANCER DE ESOFAGO	1	1.0
CANCER DE OVARIO	1	1.0
LIPOSARCOMA	1	1.0
TOTAL.....	96	102.9%

T A B L A III

DIAGNÓSTICO DE 54 PACIENTES ENTRE 70 Y 79 AÑOS DE --
 EDAD ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=54)</u>
COLELITIASIS	27	50.0
APENDICITIS AGUDA	7	12.9
HERNIA POSTINSICIONAL ENCARCELADA	5	9.2
HERNIA INGUINAL ENCARCELADA	2	3.7
CANCER DE PANCREAS	2	3.7
CANCER DE COLON	2	3.7
COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA	1	1.8
GASTRITIS ATROFICA	1	1.8
VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES	1	1.8
OCLUSION POR BRIDAS	1	1.8
HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA	1	1.8
CISTADENOMA OVARICO	1	1.8
INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	1	1.8
CANCER GASTRICO	1	1.8
CANCER DE OVARIO	1	1.8
TOTAL.....	54	99.4%

T A B L A IV

DIAGNOSTICO DE 17 PACIENTES ENTRE 80 Y 89 AÑOS.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>%(N=17)</u>
COLELITIASIS	5	29.4
OCLUSION POR BRIDAS	3	17.6
ULCERA PEPTICA PERFORADA	2	11.7
DISFAGIA FUNCIONAL POR EVC	2	11.7
ABSCESO PERIANAL	1	5.8
HERNIA INGUINAL	1	5.8
VOLVULO DE SIGMOIDES	1	5.8
CANCER DE PANCREAS	1	5.8
CANCER DE VESICULA BILIAR	1	5.8
TOTAL.....	17	99.4%

T A B L A V

DIAGNOSTICO DE 2 PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS EN ÉSTA SERIE.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>%(N=2)</u>
HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA	1	50.0
TROMBOSIS MESENTERICA	1	50.0
TOTAL.....	2	100.0%

T A B L A VI

EN ÉSTA TABLA SE MUESTRAN LOS DIAGNÓSTICOS DE LOS --
169 PACIENTES ENGLOBALADOS ACORDE AL TIPO Y LOCALIZACIÓN DE
LA PATOLOGÍA.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=169)</u>
TRACTO BILIAR	73	41.3
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL	21	12.4
APENDICITIS AGUDA	17	10.0
ENFERMEDAD MALIGNA	17	10.0
ENFERMEDAD COLORECTAL	12	7.1
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	7	4.1
OCLUSION INTESTINAL	6	3.5
PROBLEMAS TIROIDEOS	3	1.7
OTROS	13	7.6
TOTAL.....	169	97.7%

DE LOS 169 PACIENTES, 90 FUERON INGRESADOS POR PRO--
BLEMAS URGENTES (53.25%) Y 79 DE LOS CASOS PROVENÍAN DE -
LA CONSULTA EXTERNA PARA CIRUGÍA ELECTIVA (46.7%). EN AM-
BOS CASOS LOS PROBLEMAS DEL TRACTO BILIAR FUERON LOS MÁS-
COMUNES.

EN LA TABLA VII Y VIII SE ENLISTAN LOS DIAGNÓSTICOS-
DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA Y DE URGEN-
CIA.

T A B L A VII

DIAGNÓSTICO DE 79 PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS SOME-
TIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=79)</u>
COLELITIASIS	50	63.29
ENFERMEDAD MALIGNA	14	17.72
PATOLOGIA TIROIDEA	3	3.7

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=79)</u>
PROBLEMAS COLORECTALES	2	2.53
DISFAGIA FUNCIONAL	2	2.53
VARIOS	8	10.2
TOTAL.....	79	99.27%

T A B L A VIII

DIAGNÓSTICO DE 90 PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE URGENCIA.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No PACIENTES</u>	<u>%(N=90)</u>
COLELITIASIS	22	24.44
HERNIAS COMPLICADAS	21	23.33
APENDICITIS AGUDA	17	18.88
PROBLEMAS COLORECTALES	10	11.11
OCCLUSION INTESTINAL	6	6.66
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	5	5.55
PATOLOGIA MALIGNA	3	3.33
VARIOS	6	6.66
TOTAL.....	90	99.96%

COMENTARIOS

LA DEFINICIÓN DE ANCIANO COMO GRUPO DE EDAD, NO ESTÁ UNIVERSALMENTE ACEPTADA (9), YA QUE EL "ENVEJECIMIENTO" FISIOLÓGICO ES INDIVIDUAL Y SE PRODUCE A UNA VELOCIDAD INDEPENDIENTE EN CADA INDIVIDUO (9), LA SENEENCIA ESTÁ MARCADA POR DIVERSAS ALTERACIONES EN LA QUE PUEDE DESTACARSE - LA RESPUESTA INMUNITARIA CONSIDERANDOSE QUE LOS NIVELES - MÁS ALTOS SE PRESENTAN EN LA PUBERTAD Y DISMINUYEN A PARTIR DE ENTONCES EN FORMA CONSTANTE (9,10).

EL TIMO SE CONSIDERA UN RELOJ BIOLÓGICO, RESPONSABLE DEL "ENVEJECIMIENTO" INMUNITARIO (9), LA INVOLUCIÓN TIMICA ES PROGRESIVA MOSTRANDOSE NIVELES CADA VÉZ MENORES DE LA HORMONA TIMICA, DE FORMA QUE A LOS 60 AÑOS DE EDAD ES - PRACTICAMENTE INDETECTABLE (10,11), ESTA SITUACIÓN NOS -- PERMITIÓ ELEGIR A LOS 60 AÑOS DE EDAD COMO EDAD LÍMITE PARA ENCASILLAR A NUESTROS PACIENTES DENTRO DEL GRUPO DE "PACIENTES SENILES".

ESTE GRUPO DE PACIENTES SE HA INCREMENTADO NOTORIAMENTE, CONSIDERANDOSE EN LOS ESTADOS UNIDOS QUE CORRESPONDEN AL 15% DE LA POBLACIÓN TOTAL, Y SE CALCULA QUE ÉSTA - CIFRA SE DUPLICARÁ PARA EL AÑO 2000 (12).

LA IMPORTANCIA PARA EL ANALISIS DE ÉSTE GRUPO ESPECÍFICO DE PACIENTES, RADICA EN LA SITUACIÓN QUE SE PRESENTA ANTE LA NECESIDAD DE SOMETERLOS A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (13). LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SON BASICAMENTE SEMEJANTES EN ADULTOS DE TODAS LAS EDADES, PERO --- EXISTEN EN REALIDAD MARCADAS DIFERENCIAS YA QUE LOS SINTOMAS EN EL ANCIANO SON MÁS INCIDIOSOS, INESPECÍFICOS Y ATÍPICOS (14,15), ADEMÁS, MÁS DEL 50% DE LOS PACIENTES ANCIANOS TIENEN DOS O MÁS PROBLEMAS MÉDICOS QUE PUEDEN MODIFICAR LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS (14) Y DE LABORATORIO -- (16), EN ÉSTOS PACIENTES EL ESTUDIO POR IMAGEN DEBE REALIZARSE CON ELEVADO ÍNDICE DE SOSPECHA DADO QUE USUALMENTE-

RESULTA DETERMINANTE PARA LA DECISIÓN QUIRÚRGICA, SOBRE--
TODO SI EL PACIENTE ES TRATADO EN FORMA URGENTE (17).

LAS INFECCIONES INTRABDOMINALES GRAVES EN LOS ANCIA--
NOS SON PRODUCIDAS POR ALGUNOS PROCESOS FUNDAMENTALES CO--
MO: ENFERMEDAD DE LA VÍA BILIAR, APENDICITIS Y ENFERMEDAD
COLORECTAL (18,19).

FENYO ET AL (20), CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD AGUDA--
DEL PACIENTE ANCIANO ES DIFERENTE EN MUCHOS ASPECTOS EN--
RELACIÓN AL GRUPO DE PACIENTES MÁS JOVENES Y QUE ES FRE--
CUENTEMENTE DIFÍCIL EL DIAGNÓSTICO Y DECIDIR LA INTERVEN--
CIÓN QUIRÚRGICA, LO CUAL INFLUENCIA EN LOS RESULTADOS DEL
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

VARIAS REVISIONES DE PACIENTES ANCIANOS OBSERVARON -
COMO CAUSAS MÁS FRECUENTES: COLECISTITIS, ENFERMEDAD MA--
LIGNA, ILEO, HERNIAS COMPLICADAS Y APENDICITIS (20); EN--
FERMEDAD DE LAS VÍAS BILIARES, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, EN--
FERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA, DIVERTICULITIS Y APENDICITIS (21);
COLELITIASIS, ENFERMEDAD MALIGNA, ILEO, DOLOR INESPECIFI--
CO Y OTROS (19).

EN NUESTRA SERIE, LOS 5 DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES SO--
METIDOS CIRUGÍA URGENTE FUERON: COLELITIASIS, HERNIAS COM--
PLICADAS, APENDICITIS AGUDA, PROBLEMAS COLORECTALES Y --
OCCLUSIÓN INTESTINAL.

EN REALIDAD, LOS ESTUDIOS QUE ANALIZAN LA CASUÍSTICA
DEL PACIENTE ANCIANO TIENEN UN OBJETIVO PRIMORDIAL, QUE -
IMPLICA LAS MEJORAS EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE PA--
CIENTES PARA INCREMENTAR EL NÚMERO DE CIRUGÍAS PROGRAMA--
DAS EN BASE AL DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y DE ÉSTA FORMA REDU--
CIR COSTOS Y MORBILIDAD (5).

LA COLELITIASIS SE INCREMENTA CON LA EDAD (22,23), -
OCASIONANDO QUE LOS PROBLEMAS DEL TRACTO BILIAR, SE CON--
VIERTAN EN LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA MÁS COMÚN EN ÉSTE GRU--
PO DE EDAD, TANTO EN LA CIRUGÍA ELECTIVA COMO URGENTE(24),

SIENDO LA COLECISTECTOMÍA EL PROCEDIMIENTO RESOLUTIVO --- (23), AUNQUE, FRECUENTEMENTE EXISTAN CONDICIONES QUE IMPLIQUEN DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚGICAS ASOCIADAS ACORDE A -- LOS DIAGNÓSTICOS TRANSOPERATORIOS (23) COMO SON: COLECISTOSTOMÍA, COLECISTECTOMÍA PARCIAL O COLEDOCOTOMÍA (23).

LAS HERNIAS Y APENDICITIS AGUDA OCUPARON UN LUGAR -- IMPORTANTE POR SU FRECUENCIA EN NUESTRA SERIE, EN ÉSTE -- GRUPO DE PACIENTES SOLO PRESENTAMOS LOS CASOS CON HERNIAS COMPLICADAS, DADO QUE LAS HERNIAS OPERADAS EN FORMA ELECTIVA SE MANEJARON POR CIRUGÍA AMBULATORIA Y POR ESO NO SE INCLUYEN EN ÉSTE ESTUDIO.

LA APENDICITIS AGUDA A PESAR DE LA CREENCIA GENERAL -- DE LOS CIRUJANOS NO ES MUY FRECUENTE EN ÉSTE GRUPO DE -- EDAD (20,21), SIN EMBARGO, ES VERIDICA LA ASEVERACIÓN DE -- QUE LAS COMPLICACIONES MAYORES Y LA MORTALIDAD ELEVADA SE PRESENTAN CON LOS EXTREMOS DE LA EDAD (25), EN ÉSTOS CA-- SOS LA SINTOMATOLOGÍA ES MUCHO MÁS VAGA Y EL CURSO DE LA -- ENFERMEDAD PROGRESA RAPIDAMENTE (26) ACOMPAÑÁNDOSE DE MUL -- TIPLES PATOLOGÍAS ASOCIADAS, MULTIPLICANDO LOS POSIBLES - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES (26).

UN PROBLEMA ESPECIALMENTE DIFÍCIL DEBIDO A LA CONTRO -- VERSIA QUE EXISTE PARA ELEGIR EL MOMENTO IDONEO DE LA CI -- RUGÍA ES LA OCLUSIÓN INTESTINAL (27), ES FRECUENTE QUE ÉS -- TA PATOLOGÍA EN LOS PACIENTES SENILES SE CONSIDERE CON - UNA MORTALIDAD ELEVADA DEBIDO AL RETRAZO EN LA INTERVEN -- CIÓN QUIRÚRGICA (28), LAS CAUSAS MÁS COMUNES SON LAS ADHE -- RENCIAS SEGUIDAS DE LAS HERNIAS Y EL CANCER (27), PERO -- TAMBIÉN SE MENCIONAN: VOLVULO, DIVERTICULITIS, TROMBOSIS -- VENOSA, CUERPOS EXTRAÑOS, ILEO BILIAR, ENTRE OTROS.

EL CANCER ES FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADO EN LOS GRU -- POS DE MAYOR EDAD (29), LA INCIDENCIA VARÍA DE UN RANGO - DE 2085.3 POR 100000 PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, MIEN -- TRAS QUE EN LOS GRUPOS MÁS JOVENES SOLO SE PRESENTAN EN --

193.9 POR 100000 CASOS (30), EL MEJOR CONOCIMIENTO DE BIOLOGÍA DEL CANCER Y LOS AVANCES DE LA CIENCIA MÉDICA PROPORCIONAN UN METODO EFECTIVO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE MEJORAS TERAPEUTICAS PARA MUCHOS PROBLEMAS CRÓNICOS INCLUYENDO EL CANCER (31), LA EDAD SE RELACIONA CON IMPORTANTES FACTORES ETIOLÓGICOS QUE INCLUYEN, UN ESTADO INMUNITARIO ALTERADO, EXPOSICIÓN PROLONGADA A AGENTES CARCINOGENICOS, AL IGUAL QUE UNA MAYOR SENSIBILIDAD CELULAR A ÉSTOS AGENTES, DISMINUCIÓN DEL DNA DE REGENERACIÓN Y DEFECTO -- EN LA ACTIVACIÓN DE GENES SUPRESORES DE TUMORES Y AMPLIACIÓN O ACTIVACIÓN DE GENES ONCOGENICOS (32), TODO ESTO - LE PROPORCIONA UNA ESPECIAL ATENCIÓN AL DIAGNÓSTICO DE PADECIMIENTOS MALIGNOS EN ÉSTE GRUPO DE EDAD, QUE AUNQUE NO RESULTA LA PATOLOGÍA MÁS COMÚN PARA LOS PACIENTES SENILES MÁS DEL 55% DE LOS CANCERES SE DIAGNOSTICAN EN LOS GRUPOS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD (29,30).

CONCLUSIONES

EL INCREMENTO EN EL NÚMERO DE PACIENTES SENILES QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA, SE DEBE AL AUMENTO SUSTANCIAL DE LOS AÑOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN MUNDIAL.

EN ÉSTAS CONDICIONES EL MEJOR CONOCIMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS QUE SE PRESENTAN CON UNA FRECUENCIA DETERMINADA POR LOS ESTUDIOS DE ANALISIS EPIDEMIOLOGICO, PERMITEN UNA ASISTENCIA MÉDICA Y QUIRÚRGICA QUE DEBE REDITUAR TAMBIÉN EN UNA MEJOR ATENCIÓN, Y POR ENDE REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD, TOMANDO EN CUENTA QUE LA EDAD NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REQUERIDO.

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

- 1.-REISS R., DEUTSCH A., NUDELMAN I. SURGICAL PROBLEMS IN OCTOGENARIANS: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF 1083 CONSECUTIVES ADMISIONS. WORLD J. SURG 1992; 16: 101-7.
- 2.-REISS R., DEUTSCH A., ALIASHIV A. DECISION MAKING PROCESS IN ABDOMINAL SURGERY IN THE GERIATRIC PATIENTS. - WORLD J. SURG 1983; 7: 522.
- 3.-MUÑOZ E., STEIRMAN H., GOLDSTEIN J. FINANCIAL RISK AND HOSPITAL COST FOR ELDERLY PATIENTS IN RUN-AGE STRATIFIED SURGICAL DRUGS. ANN SURG 1988; 54: 535.
- 4.-WILDER R.J., FISHBEIN R.H. OPERATIVE EXPERIENCE WITH PATIENTES OVER 80 YEARS OF AGE. SURG GYNECOL OBSTET -- 1961; 113: 215.
- 5.-GARDNER B., PALASTI S. A COMPARISON OF HOSPITAL COST AND MORBIDITY BETWEEN OCTOGENARIANS AND OTHER PATIENTS UNDERGOIN GENERAL SURGICAL OPERATIONS. SURG GYNECOL -- OBSTET 1990; 171: 299.
- 6.-DJOKOVIC J., HEDLEY-WHYTE J. PREDICTION OF OUTCOME OF SURGERY AND ANESTHESIA IN PATIENTS OVER 80. JAMA 1979; 2: 2301.
- 7.-WARNER M., HOSKING M., LOBDER P. SURGICAL PROCEDURES - AMONG THOSE _90 YEARS FOR AGE. ANN SURG 1988; 207:380.
- 8.-MARSHALL H., FAHEY P. OPERATIVE COMPLICATIONS AND MORTALITY IN PATIENTS OVER 80 YEARS AGE. ARCH SURG 1960;- 80: 897.
- 9.-PLEWA M.C. RESPUESTA INMUNOLÓGICA ALTERADA E INFECCIONES ESPECIALES EN EL ANCIANO. CLIN MED URG N.A. 1990;- 2: 205.
- 10.-WEKSLER M.E. SENESCENCIA DEL SISTEMA INMUNITARIO. CLIN MED N.A. 1983; 2: 295.

- 11.-SALTZMAN R.L., PETERSON P.K.. IMMUNODEFICIENCY OF THE ELDERLY. REV INFECT DIS 1987; 9: 1127.
- 12.-YOUNG E.A.. NUTRICIÓN, ENVEJECIMIENTO Y ANCIANOS. --- CLIN MED N.A. 1982; 2: 295.
- 13.-RORBAEK-MADSEN M., DUPONT G., KRISTENSEN K., HOLMT., - SORENSEN J., DAHGER H. GENERAL SURGERY IN PATIENTS - AGED 80 YEARS AND OLDER. BR. J. SURG 1992; 79: 1216.
- 14.-SAMIY A.H.MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ENFERMEDAD - EN ANCIANOS. CLIN MED N.A. 1983; 2: 421.
- 15.-ALTMAN D.F.. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN ANCIANOS. CLIN MED N.A 1983; 2-3: 421.
- 16.-VELANOVICH V. PREOPERATIVE LABORATORY SCENING BASES- ON AGE GENDER AND CONCOMITANT MEDICAL DISEASES. SURG- 1994; 115: 56.
- 17.-LOBERANT N., ROSE C.H.. CARACTERISTICAS DE LA IMAGENES DE DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS. CLIN MED URG N.A. 1990; 2:409.
- 18.-WAKEFIELD K.M., HENDERSON S.T., STREIT J.G. FIBRE DE- ORIGEN DESCONOCIDO EN EL ANCIANO. CLIN PRAC MED L989; 2: 515.
- 19.-BALSANO N., CAYTEN C.G. URGENCIAS ABDOMINALES QUIRÚGI CAS. CLIN MED URG N.A. 1990; 2: 451.
- 20.-FENYO G. ACUTE ABDOMINAL DISEASE IN THE ELDERLY. AM J. SURG 1982; 143: 751.
- 21.-BENDER J.S.. CUADRO ABDOMINAL AGUDO. CLIN MED N.A.1989 6: 1549.
- 22.-HAFIF A., GUTMAN M., KAPLAN O., WINKLER E., ROLIN R.R. SKORNICK Y. THE MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN- THE ELDERLY PATIENTS. ANN SURG 1991; 57: 648.
- 23.-GLENN F. SURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS - IN PATIENTS 65 YEARS OF AGE AND OLDER. ANN SURG 1980; 1: 56.

- 24.-HUBER D.F., MARTIN E.W.. CHOLECYSTECTOMY IN ELDERLY-PATIENTS. AM. J. SURG 1983; 146: 719.
- 25.-OWENS B.J., HAMIT H.F. APPENDICITIS IN THE ELDERLY.- ANN SURG 1988; 187: 392.
- 26.-WILLIAMS J.S., HALE H.W.. ACUTE APPENDICITIS IN THE- ELDERLY. REVIEW OF 83 CASES. ANN SURG 1965; 162: 208.
- 27.-BENDER J.S. BUSUITO M.J. SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN- ELDERLY. AM SURG 1989; 55: 385.
- 28.-GREENE W.W. BOWEL OBSTRUCTION IN THE AGED PATIENTS.- A REVIEW OF 300 CASES. AM J. SURG 1969; 118: 541.
- 29.-YANCIK R., RIES L.G. CANCER IN THE AGED: AN EPIDEMIO- LOGIC PERSPECTIVE OF TREATMENT ISSUES. CANCER 1991; - 68: 2502.
- 30.-YANCIK R., RIES L.A. CANCER IN OLDER PERSONS: MAGNI-- TUDE OF PROBLEM-HOW DO WE APPLY WHAT WE KNOW?. CANCER 1994; 74: 1995.
- 31.-BERKMAN B., ROHAN B., SAMPSON S. MYTHS AND BIASES RE- LATED TO CANCER IN THE ELDERLY. CANCER 1994; 72: 2004.
- 32.-COHEN H.J.. BIOLOGY OF AGING AS RELATED TO CANCER. -- CANCER 1994; 74: 2092.