

11209
K6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
S. S. A

CIRUGIA DE URGENCIAS EN
ANCIANOS.

T E S I S
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A

PABLO MEDINA GARCIA

TUTOR DE TESIS:

DR. ROBERTO PEREZ GARCIA



MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

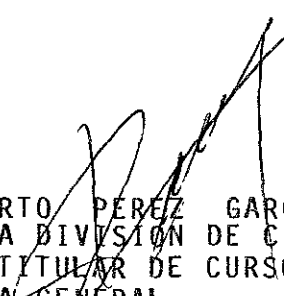


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


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.




DR. ROBERTO PEREZ GARCIA
JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE POSGRADO
DE CIRUGIA GENERAL.
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, S.S.



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO. S.S.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
— FACULTAD DE MEDICINA —
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

Actualmente en el mundo 35 millones de personas se encuentran sobre la edad de 65 años y 3.9 millones sobre los 85 años, la expectativa de vida ha aumentado y se estima que en la unión americana para el año 2030, 1 de cada 5 personas (aproximadamente 35 millones) alcance los 65 años y 1 de cada 4 personas sea mayor de 85 años.

En México país de casi 2 millones de kilómetros cuadrados ocupando el onceavo lugar en territorio y onceavo en población total con 97 014 867 millones de habitantes según el censo de INEGI del 2000, con un grueso en la pirámide de población de 15 a 64 años con un total de 59 736 480 millones y con 4 843 237 millones para el grupo de edad de 65 años o más lo que equivale a 61% y 4.99% respectivamente, dentro del grupo de 65 años o más 13% son mayores de 85 años.

Con una esperanza de vida al nacer de cada mexicano 72 años para los varones y 74 años para las mujeres gracias a los adelantos en la ciencia médica y los logros de cobertura en salud de los organismos federales, lo cual trae como consecuencia el mayor número de personas de tercera edad, a todo esto si agregamos la disminución de el número de nacimientos en nuestro país y el cambio de explosión demográfica que poco a poco estamos enfrentando, lo cual obligará a reforzar esfuerzos en materia de salud y de infraestructura ya que la gran mayoría de los pacientes seniles sufren de enfermedades crónicas degenerativas, de ahí la importancia de este estudio en búsqueda de alternativas en mejorar la atención de estos pacientes, conociendo la patología quirúrgica que con mayor frecuencia les afecta, ya que según cifras mundiales La mortalidad en este grupo de edad por patología quirúrgica y las enfermedades concomitantes es de 16 hasta un 30%.

Otro aspecto importante para este estudio es el número de personas por estado en el que habitan y su cercanía con el D.F. donde se localiza nuestro hospital, de estos estados el mismo D.F. concentra 510000 mil habitantes mayores de 65 años, seguido del estado de México con un total de 499274 mil, Veracruz 374452 mil como los estado con mayor número, además de Guanajuato, Michoacán, y Puebla con número poco mayor de 200000 mil, todos ellos cercanos a nuestra entidad sede, a los que en gran número se les brinda atención médica.

Debido a los cambios en la explosión demográfica del mundo globalizado y la tendencia del nuestro propio resulta un tema oportuno, puesto que la población mundial se ha incrementado en gran notable durante la última generación, los progresos médicos han prolongado la esperanza de vida del individuo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se estima que para el año 2025 la población mayor de 65 años constituirá el 16% de la población y se consumirá el 25% del presupuesto médico, conforme envejezca la población se realizarán mayor número de intervenciones quirúrgicas en pacientes ancianos

Resulta necesario hacer referencia a los aspectos relacionados con la asistencia quirúrgica de los ancianos a causa de los problemas sociales existentes. Durante el próximo decenio cambiara de manera drástica nuestro criterio hacia la asistencia de la salud y su disponibilidad como recurso.

Aunque el cirujano general está capacitado para atender a los ancianos, sólo hace poco ha empezado a concentrarse en las necesidades particulares del septuagenario, octogenario, el nonagenario e incluso el centenario, que requiere cuidados quirúrgicos sencillos y complicados y sus complicaciones y la mortalidad que ya se comentó a nivel mundial es alta pero no contamos con estadística propia, de ahí la importancia de este estudio, así como conocer las patologías abdominales quirúrgicas más frecuentes entre otros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO DE REFERENCIA

TEORIAS

Como se señaló, es un esfuerzo por explicar el fenotipo de los organismos envejecidos, se han postulado muy diversas hipótesis sobre la causa o causas de este fenómeno, lo que se sabe sobre los mecanismos moleculares fundamentales que participan en el envejecimiento sigue siendo motivo de controversia, y no se han podido comprobar en su mayor parte. Un motivo principal es la complejidad indudable del problema. Los cambios del envejecimiento son manifiestos desde el nivel molecular hasta el nivel orgánico, los factores ambientales afectan a las observaciones experimentales, los efectos secundarios complican la identificación de los mecanismos primarios, y se carece de "biomarcadores" definidos con precisión y fáciles de medir. Sin embargo, los datos insuficientes no han impedido que se promulguen innumerables teorías, a menudo tendenciosas, sobre el envejecimiento. A pesar de estos obstáculos, es mucho lo que se sabe y que fincará una base sólida para la investigación futura.

Si bien muchas teorías publicadas en los textos científicos resultan deficientes en cierto aspecto, la estructura de todas permite someter a valoración experimental su validez. Dada la complejidad inherente al proceso del envejecimiento, no es posible que exista una sola teoría unificadora, es probable que los mecanismos del envejecimiento sean muy distintos en los diferentes organismos, tejidos y células. A pesar de esta situación desafortunada, puede haber mecanismos fundamentales básicos a diferentes niveles de la organización biológica, aunque quizá no compartan detalles específicos respecto a la expresión del envejecimiento. De ahí la utilidad de estudiar éste dentro del contexto de las teorías principales.

Las diversas teorías del envejecimiento son demasiadas para tratarse por separado, pero puede dividirse, desde el punto de vista operativo, en dos categorías generales: teoría probabilística y teoría genética del desarrollo.

La sociedad sigue envejeciendo, y con suerte proseguirá esta tendencia. Los progresos médicos logrados durante el último siglo han permitido a los miembros de la sociedad vivir más y conservarse sanos durante un tiempo mucho mayor.

En 1987, 29 millones de estadounidenses, o 12% de la población, tenía 64 años de edad o más. Se espera que el número de ancianos se incremente al aproximarse a los 65 años la generación del "auge de los nacimientos" (baby boom), se estima que en año 2050 hasta 23% de los estadounidenses tengan por lo menos 65 años de edad. Se proyecta que los pacientes que lleguen a los 80 años vivirán cuatro años más, y los que lleguen a 100 años vivirán otros tres, lo que pone de relieve el hecho de que, conforme se incremente la edad promedio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la población, se efectuarán más procedimientos quirúrgicos en los muy ancianos

La investigación durante los últimos decenios sobre los riesgos perioperatorios en ancianos sugiere que, por sí misma, la edad avanzada sólo aumenta de manera mínima el riesgo operatorio. Factores de riesgo más importantes son enfermedades crónicas subyacentes (como hipertensión, cardiopatías, aterosclerosis generalizada) que son más preponderante en los ancianos y representa trastornos patológicos, más que los cambios fisiológicos normales relacionados con el envejecimiento. Por añadidura, las operaciones de urgencia incrementan en gran medida el riesgo operatorio en los ancianos, desde cerca de 1% para los casos planeados hasta 45% para los procedimientos de urgencia.

El proceso del envejecimiento afecta a todos los sistemas orgánicos, con secuelas funcionales variables que pueden tener un impacto negativo en la reacción del anciano al estrés quirúrgico. Por tanto, es imperativo que los cirujanos comprendan y sepan reconocer los cambios fisiológicos que se producen en los diversos sistemas orgánicos con el envejecimiento. La finalidad de esta revisión es identificar los cambios normales que se producen en este proceso y relacionar estos trastornos con los problemas potenciales que se encuentra el cirujano cuando opera a un paciente de edad avanzada. Lo más importante en esta revisión es reconocer que, en situaciones normales y sin estrés, los cambios fisiológicos que se producen en corazón, pulmón, riñones y tubo digestivo con el envejecimiento no producen trastornos funcionales, sin embargo, en caso de estrés (como por enfermedad aguda o intervención quirúrgica) la reacción del paciente anciano a la mayor demanda se trastorna en gran medida a causa de disminución de la capacidad de reserva.

Cambios cardiovasculares

Uno de los aspectos principales que debe distinguirse al considerar el aparato cardiovascular y el envejecimiento es el efecto de la enfermedad aterosclerótica, considerada por la mayoría de los investigadores como un trastorno patológico, más que un proceso normal del envejecimiento. En esta sección se analizan los cambios fisiológicos normales que se producen en los vasos sanguíneos y el corazón, que pueden afectar a la manera en que el paciente reacciona a una intervención quirúrgica.

Vasos sanguíneos

Los cambios que ocurren en los vasos sanguíneos con el envejecimiento consisten en hiperplasia de la íntima media de la aorta y los grandes vasos que culminan en fragmentación de la lámina elástica, son secuelas una menor capacidad de distensión y mayor rigidez de la aorta y las arterias generales. Esta reducción de la distensibilidad vascular contribuye a una mayor presión sistólica en el anciano, a pesar de la presión media normal y, si esto se añade a un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

corazón sometido a estrés, podría trastornar de manera importante el riego coronario del miocardio y producir isquemia y lesión miocárdicas

Corazón

Entre los cambios anatómicos que experimenta el corazón está la hipertrofia compensatoria resultante de incremento de la presión arterial sistólica. Con la edad sobreviene también el engrosamiento y calcificación del endocardio de las aurículas y los bordes de las válvulas. Aunque el gasto cardíaco básico se conserva sin cambios con el envejecimiento, el anciano no reacciona en menor grado al incremento inducido por las catecolaminas y, por tanto, depende más de la dilatación ventricular (precarga) para incrementar el gasto cardíaco. Los individuos más jóvenes incrementan el gasto cardíaco principalmente al incrementar la frecuencia cardíaca, en tanto que los ancianos lo aumentan al elevar el volumen por contracción, principalmente por aumento de volumen diastólico terminal. Al depender más el paciente anciano de la precarga, tolerará en menor grado que los jóvenes la deficiencia del volumen intravascular, fenómeno frecuente durante el periodo perioperatorio. Se incrementa el tiempo de relación del miocardio lo que a su vez pone en mayor problema a un el llenado y el gasto cardíacos durante el estrés hipermetabólico en la persona senecta

Son frecuentes en estos pacientes la disritmia cardíacas, y la mayoría de los sujetos de 60 a 85 años de edad manifiesta ectopia ventricular o supraventricular asintomática. Por añadidura, son más preponderantes las anomalías de la conducción en los ancianos entre las más frecuentes están bloqueo ventricular anterior izquierdo prolongación asintomática del intervalos PR o bloqueo cardíaco verdadero de primer grado, e incremento, relacionado con la edad del tiempo de conducción entre la aurícula y el az de His

En conjunto, los principales cambios cardiovasculares propios del envejecimiento se relacionan con endurecimiento y disminución de la distensibilidad de las arterias generales y de la pared cardíaca. En el cuadro dos se resumen los efectos del envejecimiento en los vasos sanguíneos y el corazón en condiciones normales estos cambios no afectan de manera adversa al funcionamiento del aparato cardiovascular pero durante los periodos de estrés el anciano puede no funcionar también como el del paciente joven a causa del llenado más lento durante la diástole. Como casi 50% de todas las defunciones posoperatorias que se producen en los ancianos se atribuyen a cardiopatía, se han hecho esfuerzos por identificar a los pacientes que están en alto riesgo de complicaciones. Gerson y colaboradores han demostrado que la incapacidad para efectuar dos minutos de ejercicios supino en bicicleta y la incapacidad para lograr una frecuencia cardíaca máxima por arriba de 99 latidos por minuto con el ejercicio fueron aspectos muy predictivos de resultados clínicos adversos en los ancianos después de la intervención quirúrgica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aparato respiratorio

El envejecimiento conlleva cambios en la fisiología pulmonar que trastorna la capacidad para deshacerse de las infecciones y otras situaciones de agresión ambiental. Además de la disminución del funcionamiento pulmonar, el paciente geriátrico pierde funciones inmunológicas (p. ej., disminuye la actividad de las células T efectoras), lo que reduce más aun la posibilidad de evitar las infecciones pulmonares.

Los cambios que afectan la función respiratoria en los ancianos consiste en trastornos de la pared torácica, los músculos respiratorios y el propio parénquima pulmonar. El tórax se vuelve más rígido con el envejecimiento, a causa de calcificación de los cartílagos costales y disminución de los espacios entre los discos intervertebrales, lo que da por resultado un aumento del diámetro anteroposterior del tórax y reducción de la excursión costal. Por añadidura, con el paso de la edad disminuyen las propiedades de rebote elástico del pulmón, lo que produce un incremento modesto de los volúmenes residuales y disminución de la distensibilidad. Con el envejecimiento la capacidad pulmonar total se conserva igual, sin embargo, la capacidad funcional residual (FRC), que es el volumen que tiene un pulmón al final de la espiración, se incrementa como resultado de disminución de las fuerzas elásticas pulmonares. De manera semejante, el volumen de los alvéolos afectados, colapso de las vías respiratorias finas de conducción, falta de uniformidad de la ventilación alveolar y atrapamiento de aire.

De manera colectiva, los efectos químicos de estos cambios consisten en disminución gradual de la P_{O_2} arterial, aumento del espacio muerto y disminución del volumen espiratorio y el flujo respiratorio. Por añadidura, hay disminución de la función ciliar y los mecanismos generales de defensa del huésped (como función de las células T). Estos cambios de la fisiología pulmonar con el envejecimiento incrementan en gran medida el riesgo de atelectasia y neumonía durante el periodo posoperatorio.

FUNCION RENAL

El envejecimiento se caracteriza por pérdida gradual del tamaño de los riñones y disminución de su funcionamiento. El peso combinado del riñón a los 50 años de edad es de 250 a 270 g, y disminuye en cerca de 30% (180 a 185 g) cuando se llega a los 90 años. Esta pérdida del tamaño renal se debe primordialmente a una disminución del tamaño cortical, con preservación relativa de la médula renal. La esclerosis glomerular, que se caracteriza por obliteración acelular de la estructura capilar glomerular, produce pérdida de la capacidad para efectuar ultrafiltración del plasma, lo que da por resultado una disminución de la filtración glomerular (GFR) de cerca de 1ml/min por cada año hasta los 40 años de edad. Esta reducción de la GFR no se refleja como incremento de las concentraciones séricas de creatinina, a causa de la pérdida concomitante de músculo que ocurre con el paso de la edad, por tanto, se obtiene una determinante más precisa de la reducción del funcionamiento renal en el anciano,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mediante la valorización de la depuración de creatinina, que está relacionada de manera inversa con la edad

APARATO DIGESTIVO

En general el envejecimiento de los órganos del aparato digestivo se manifiesta como disminución de la motilidad, la secreción y la capacidad de absorción. Por fortuna, la capacidad de reserva de estos órganos es grande, de modo que las disminuciones observadas en los aspectos fisiológicos no suelen dar por resultado trastorno funcional real. Hasta fecha reciente eran pocos los estudios en los que se habían examinado, de manera rigurosa, los cambios que se producen en el aparato digestivo con la edad. Los primeros estudios afrontaron el obstáculo de técnicas de distribución alatorias inadecuadas, por tanto, los resultados son a veces ambiguos y las conclusiones tentativas a causa de la heterogeneidad de cada paciente y de la presencia de procesos patológicos en evolución. En la descripción que sigue se encontrarán detalles sobre los cambios fisiológicos que están comprobados en la investigación y que son de interés para la asistencia quirúrgica global del anciano.

Esófago

El proceso del envejecimiento afecta principalmente a la motilidad esofágica.

El término presbiesófago, que se ha aplicado a la disfunción motora del esófago atribuida a envejecimiento, indica que este órgano manifiesta una reacción desorganizada generalizada a la deglución y defectos en la relajación del esfínter esofánico inferior. Se han efectuado estudios que demuestran la presencia de múltiples contracciones terciarias no propulsoras, retraso del vaciamiento esofágico y dilatación esofágica, con un defecto de la relajación del esfínter esofágico inferior, a pesar de la presión del esfínter esofágico inferior normal en reposo.

Entre las complicaciones que pueden sobrevenir en el anciano como resultado de estos cambios de la motilidad están un mayor riesgo de aspiración y problemas por disfagia.

Estómago

El envejecimiento se acompaña de modificaciones secretoras y morfológicas del estómago que se caracterizan por cambios degenerativos, disminución de la secreción de ácido y pepsina, y atrofia de la mucosa. Parece producirse un retraso leve del vaciamiento gástrico con el paso de la edad, sin embargo, estos cambios son motivo de controversia, a causa de la variabilidad de los métodos empleados para valorar el vaciamiento gástrico.

En el ser humano disminuyen con el paso de la edad las secreciones gástricas tanto basales como estimuladas. La explicación más frecuente es la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pérdida de células parietales a causa de gastritis atrófica, cuya incidencia se incrementa sostenidamente con la edad. No se sabe si la atrofia de la mucosa fundica sea un efecto normal del envejecimiento. Es notable que la secreción de ácido se conserva normal en los ancianos que tienen mucosa gástrica normal.

Khalil y colaboradores estudiaron ratas Fischer de dos meses de edad observaron disminución de la secreción gástrica basal y estimulada de ácido. Dicha disminución conlleva una reducción importante de las concentraciones tanto séricas como antrales de gastrina en las ratas viejas, y puede explicar en parte una disminución de la secreción del ácido. Es aún motivo de controversia el efecto que tiene el envejecimiento en la gastrina sérica en el ser humano. En algunos estudios se señala disminución de las concentraciones de gastrinas (en ayuda), en tanto que otros indican que no hay cambios.

La secreción de pepsinógeno disminuye ligeramente con el envejecimiento pero no en una proporción tan grande como ocurre con la secreción de ácido.

Las concentraciones sérica de pepsinógeno guardan la mejor correlación con el aspecto morfológico de la mucosa gástrica. La senescencia se caracteriza también por disminuciones leves de la secreción de factor intrínseco, y en los ancianos está incrementada la deficiencia de este factor, sin embargo, a causa de las cantidades excesivas de factor intrínseco que secretan todos los días, rara vez se observa en aquéllos deficiencia de vitamina B₁₂.

A pesar de la disminución generalizada de la secreción gástrica de ácido a niveles basal y estimulado, los estudios clínicos de Bonnevie, en Dinamarca, y de Kurata y colaboradores, en Estados Unidos, han demostrado que la incidencia de úlcera duodenal se incrementa con el envejecimiento.

Intestino delgado

En la mayoría de los individuos se inicia, cerca de los 60 años de edad, una reducción general de la altura de las vellosidades de la mucosa del intestino delgado. Se cree que esta reducción del área de superficie de la mucosa contribuye a la disminución de la absorción de ciertas sustancias, entre ellas calcio y hierro. Por añadidura, en la mayor parte de los estudios efectuados en seres humanos y ratas se describe un deterioro de la absorción intestinal de grasas y carbohidratos (como D-xilosa) relacionado con la edad. No está claro el efecto de la edad en la absorción de proteínas, pero se acepta en general que se conserva bien la absorción. Además, no parece haber anomalías de primera importancia con el tránsito intestinal después de las comidas, se ha postulado, aunque no ha podido comprobarse, una disminución del tono del intestino delgado con el envejecimiento.

Colon

Los cambios que ocurren en el colon consisten en atrofia de la mucosa, anomalías morfológicas de las glándulas mucosas, infiltración celular de la lámina

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

propia, hipertrofia de la capa muscular de la mucosa e incremento del tejido conectivo

Se produce un aumento de las capas musculares tanto circular como longitudinal, con incremento concomitante del contenido de elastina y tejido conectivo. Muchos de los problemas del colon durante la senescencia (como estreñimiento e impacción fecal) se relacionan, en parte, con esta hipertrofia muscular de la pared del intestino. La diverticulosis puede atribuirse también al aumento del espesor de la pared del colon, en combinación con debilidad relativa de la capa muscular propia en el sitio de paso de los vasos perforantes por las capas musculares. Se estima que la incidencia de diverticulosis es de 20% en los pacientes de 40 años de edad, de 40% en los 60 años de edad y de 60% en los 80 años. A pesar de las pruebas anecdóticas en contra, los estudios manométricos del colon desde la región anorrectal en los ancianos no pueden identificar una disminución de la motilidad relacionada con la edad.

Hígado

Se producen diversos cambios en el hígado con el envejecimiento, pero la reserva hepática es tan grande que sólo producen pérdida mínima de la función real. Se ha comprobado en estudios una disminución real del tamaño de hígado con el envejecimiento, sin embargo, con la edad se produce hipertrofia de los hepatocitos restantes y aumento del número de hepatocitos binucleados, para compensar la pérdida del tamaño del hígado. El flujo sanguíneo hacia el hígado y desde el mismo puede poner de manifiesto una disminución correspondiente conforme disminuye el tamaño relativo de este órgano. Esto tiene gran importancia potencial para el metabolismo de ciertas sustancias (como propranolol e isoproterenol) que se depuran normalmente desde el plasma por el "primer paso" a través del hígado. Los resultados de la mayor parte de las pruebas sistemáticas de la función hepática (valoraciones de bilirrubina, fosfatasa alcalina y transaminasa) se conservan sin cambios a pesar de la edad. Al parecer, con la edad disminuye la excreción de bromosulfaleína (BSP), lo que sugiere capacidad disminuida en cierto grado para transportar y almacenar aniones orgánicos en los ancianos. La desintegración normal de diversos compuestos por procesos de detoxificación, desmetilación, conjugación o extracción hepática no parece verse afectada por el paso de los años en condiciones normales sin tensión, sin embargo, quizás el hígado no sea capaz de incrementar su función sintética y metabólica durante los periodos hipermetabólicos.

Vesícula biliar

La incidencia de enfermedad de vesícula biliar y de cálculos biliares se incrementa con la edad. La cinética y la capacidad de absorción de la vesícula no cambian de manera apreciable con el envejecimiento, sin embargo, Khalil y colaboradores han demostrado que en el ser humano disminuye la sensibilidad de la vesícula biliar a la colecistisina (CCK) con el envejecimiento. Esta disminución parece paralela al aumento de la descarga de CCK, lo que determina una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ausencia de cambios del vaciamiento de la vesícula. No obstante, se incrementa la secreción de colesterol por el hígado. Este incremento del colesterol, junto con la disminución concomitante de la síntesis de ácidos biliares, pueden dar por resultado aumento de la saturación de la bilis, y predisponerse a la formación de cálculos biliares.

Páncreas

Ocurren cambios degenerativos específicos en el páncreas con el envejecimiento. Entre éstos están metaplasia del epitelio de los conductos, con un leve incremento del diámetro del conducto pancreático principal. Otros cambios relacionados con la edad consisten en trastornos degenerativos de los alveolos, caracterizados por atrofia nuclear, incremento de las sustancias nucleolares y dilatación de los acinos y los conductos, que culminan en aplanamiento del epitelio y formación de quistes pequeños.

La secreción exocrina del páncreas suele afectarse en grado mínimo con la edad de la mayoría de los individuos. Puede observarse una leve disminución de la descarga estimulada de amilasa y tripsina en el jugo pancreático en los ancianos. Por añadidura, la absorción de grasa en estos individuos puede estar ligeramente alterada a causa de disminución de la lipasa pancreática. Al parecer, el flujo y la excreción de bicarbonato por el páncreas no cambian con el envejecimiento.

Se ha comprobado el efecto de la edad sobre el páncreas endocrino, en una serie de estudios sobre la glucosa y las hormonas gluco reguladoras. Las concentraciones séricas de insulina se incrementan con la edad, pero disminuye la sensibilidad a ella, lo que da por resultado pruebas de tolerancia a la glucosa anormales. Entre los diversos mecanismos que explican esta disminución de la sensibilidad de la glucosa están las disminuciones en la degradación de la insulina, los receptores de insulina de la membrana celular en los tejidos blanco y la tasa de descarga de insulina.

ANESTESIA PARA EL ANCIANO

Riesgo perianestésico

Es abundante el material publicado en el que se comprueba que la morbilidad y la mortalidad están incrementadas en los pacientes geriátricos durante el periodo perianestésico. Marx y colaboradores demostraron una mortalidad de 8.2% en sujetos mayores de 81 años de edad, en comparación con la cifra global de 1.9% en los pacientes quirúrgicos dentro de los 7 días siguientes a la administración de la anestesia. Farrow y colaboradores señalaron un aumento de la mortalidad en los individuos mayores de 65 años de edad. Muchos investigadores han confirmado estos resultados. Los datos adicionales indican que la edad en sí puede no ser el factor más importante en la morbilidad. En un estudio de vigilancia, Fowkes y colaboradores subclasificaron a sus pacientes basándose en los trastornos médicos coexistentes. En el individuo mayor de 65 años de sin

enfermedad coexistente sometido a una reparación quirúrgica planeada, la mortalidad fue semejante a la de los pacientes menores de esa edad

Medicación preoperatoria

Los ancianos toman gran variedad de medicamentos que se les prescriben por diversos trastornos. Muchos de éstos, entre ellos antihipertensores, broncodilatadores y fármacos antianginosos, deben seguir administrándose durante el periodo perianestésico. No suelen darse hipoglucemiantes orales al paciente que no debe recibir nada por la boca. Puede interrumpirse también la administración de insulina o ajustarse su dosis a la baja antes de la anestesia. A menudo se interrumpe la administración de diuréticos a causa de preocupación por la hipovolemia intravascular resultante durante el periodo transoperatorio.

La conversación preanestésica amplia con el paciente ayudará a reducir su ansiedad. Algunos pacientes necesitan medicación analgésica y sedante adicional, antes de anestesiarse. Al paciente geriátrico puede tener mayor sensibilidad a los sedantes y a los analgésicos, y agitarse y confundirse después de su administración. Por lo general, deberá considerarse la administración de medicaciones de acción más breve con propiedades sedantes o analgésicos leves, o incluso omitirse la administración de sedantes hipnóticos y analgésicos.

Asistencia anestésica

Debe tenerse cuidado durante el traslado de los pacientes geriátricos hacia la sala de operaciones. La sedación excesiva puede dar por resultado hipoventilación e hipoxia no reconocidas por un personal de traslado mal capacitado. Los cambios bruscos de posición del cuerpo pueden producir inestabilidad e hipotensión ortostática. Lo mejor es hacer que una enfermera o médico acompañe personalmente al paciente a la sala de operaciones, con monitores instalados para valorar la estabilidad cardiopulmonar y del sistema nervioso central.

Si no se les puede llevar directamente a la sala de operaciones para la anestesia y la operación, deberá someterse a observación y vigilancia electrónica controladas y sostenidas en un área de espera, con personal capacitado para reconocer y tratar la inestabilidad cardiopulmonar y del sistema nervioso central.

Una vez que el paciente se encuentra en la sala de operaciones, se contará con valoración cardiopulmonar rápida y digna de confianza mediante la aplicación de un manguito de presión arterial automatizado no penetrante, y colocación de electrodos de ECG y de oxímetro de pulso. La siguiente etapa de la valoración cardiopulmonar es la inserción de una línea intravenosa para la anestesia y la operación. Se tendrá cuidado con la administración de líquidos una vez establecida esta línea. Aunque es casi seguro el déficit de líquidos en muchos ancianos, a causa de la abstención de la alimentación oral y de la administración crónica de diuréticos, quizá el paciente no pueda "manejar" la carga aguda de líquido.

Por tanto, la corrección de los déficit debe equilibrarse con la capacidad del enfermo para hacerse frente a una carga cardiovascular aguda de líquidos

Cuidados posanestésicos

La asistencia de los pacientes de edad avanzada después de la anestesia y la intervención quirúrgica no es otra cosa que la continuación de la vigilancia que se inició en la sala de operaciones (véase Asistencia anestésica del paciente anciano, antes) como guía para volver óptima su fisiología. Son varias las consideraciones especiales que pone al anciano en mayor peligro durante el periodo posanestésico inmediato, que lo que sucede en el paciente de menor edad

Es más preponderante en los ancianos la desigualdad V/Q que los predispone a hipoxia. La hipotermia posanestésica, problema más frecuente en este grupo de edad, puede dar por resultado escalofríos, con el riesgo concomitante de hipoxia. La coagulación anormal es resultado de hipotermia que trastorna la función plaquetaria. Este fenómeno puede limitar también la capacidad del anestesiólogo para revertir los efectos de los relajantes musculares que se emplearon durante la anestesia general. Esto podría obligar al paciente a continuar durante tiempo prolongado bajo intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

El mejor tratamiento para la hipotermia consiste en prevenirla, conservando al paciente a una temperatura idónea en la sala de operaciones. Para conservarlo caliente son útiles las medidas de calentamiento de superficie, como aire caliente, cobertores y lámparas de calor radiante en la unidad de cuidados intensivos. Se prestará atención especial al uso de relajantes musculares, hasta que los pacientes hayan recuperado el calor corporal, para eliminar los escalofríos y el incremento concomitante del consumo de oxígeno en estos casos.

Tratamiento del dolor posoperatorio

El anciano se beneficia en gran medida del tratamiento del dolor posoperatorio, después de haberse sometido a un procedimiento abdominal, torácico u ortopédico mayor. A menudo, el dolor posoperatorio se trata de manera deficiente. Lo que es más importante, su tratamiento permite una función respiratoria más eficaz, caracterizada por ventilación y eliminación de las secreciones, con lo que se reduce el riesgo de hipoxia e infección. El tratamiento del anciano, aunque muy conveniente, plantea diversos desafíos clínicos importantes. Es necesario ajustar la dosis de los medicamentos para el dolor (reducirla en la mayor parte de los casos) ante los cambios observados en la farmacocinética y la farmacodinámica en el paciente geriátrico (véase cambios fisiológicos y anatómicos en los ancianos, antes). Se requiere, por ejemplo, menor cantidad de narcótico epidural en el anciano después de las operaciones abdominales. Los intervalos entre dosis son también más prolongados en ellos. Son eficaces para aliviar el dolor los narcóticos administrados por vías epidural o

intratecal, lo mismo que los analgésicos en la solución intravenosa que el propio paciente controla, pero estas medidas están "plagadas" por una complicación que pone en peligro la vida, la depresión respiratoria. Aunque hay seguridad en el empleo de narcóticos, deberá valorarse con mucho cuidado la relación entre dosis y la reacción en cada paciente, de modo que se aplique la más apropiada, esto es, la que tiende menos a originar depresión respiratoria. El personal auxiliar que atiende estos pacientes debe ser capaz de valorar el alivio del dolor, estar al tanto de la presión respiratoria potencial inducida por narcóticos, y disponer de todas las ordenes necesarias para afrontarla en caso de que ocurra. Resulta valiosísima la vigilancia mediante oximetría de pulsos cuando se atiende a pacientes ancianos en esta situación.

JUSTIFICACIÓN

Debido al incremento en la esperanza de vida en nuestro país , el incremento de la población mayor de 65 años, el impacto que implica el tratar los padecimientos quirúrgicos de urgencias y las enfermedades crónico degenerativas de esta población mayor de 65 años, y los cuidados que debe recibir prequirúrgicos el tipo de cirugía, y el manejo post operatorio, resulta de gran importancia el conocer ampliamente los mayores aspectos de atención de este grupo de edad ante el incremento que se presentara durante el próximo decenio y la escasa información nacional con la que contamos, buscando además el beneficio integral del paciente en términos de calidad y cantidad de vida a futuro

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible disminuir la mortalidad del paciente geriátrico si se conoce la patología abdominal quirúrgica más frecuente y sus complicaciones asociadas a enfermedades crónicas degenerativas?

OBJETIVOS

- Identificar las principales causas de patología abdominal quirúrgica de ingreso a salas de urgencias en pacientes mayores de 65 años
- Identificar la edad y el sexo
- Identificar enfermedades concomitantes
- Las principales complicaciones
- Días de estancia intra hospitalaria
- Estimar el porcentaje de mortalidad

HIPOTESIS

Si se conoce las causas más frecuentes de abdomen agudo en pacientes seniles y sus enfermedades crónico degenerativas entonces si puede ser posible un manejo integral en pro de disminuir la mortalidad del paciente geriátrico

MATERIAL Y METODO

Se realiza la revisión de expedientes clínicos en el servicio de cirugía general del hospital Juárez de México del 1 de marzo de año 1995 al 1 de marzo del año 2000 de todos los pacientes mayores de 65 años, los cuales requieren intervención quirúrgica de urgencias durante el periodo mencionado aplicando los criterios de inclusión y de exclusión

Se revisaron un total de 894 expedientes quedando a reportar un total de 632 intervenciones quirúrgicas una vez aplicado los criterios de exclusión con los siguientes resultados

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 65 años
- Patología abdominal de urgencias

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 65 años
- Pacientes operados en otra unidad
- Pacientes operados por alguna sub especialidad
- Pacientes operados y complicados en otra unidad

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expedientes incompletos

DISEÑO DEL ESTUDIO

Retrospectivo ,Longitudinal , Observacional

Hoja de captura de datos

EDAD

SEXO

DIAGNOSTICO POS OPERATORIO

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

DIAS DE ESTANCIA INTRA HOSPITALARIA

COMPLICACIONES

CAUSA DE DEFUNCIÓN

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

01 MARZO 2001 TITULO DE TRABAJO

10 MARZO AL 10 ABRIL 2001 REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

17 ABRIL –12 MAYO 2001 ELABORACIÓN DE PROTOCOLO

15 MAYO AL 30 NOVIEMBRE 2001 CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

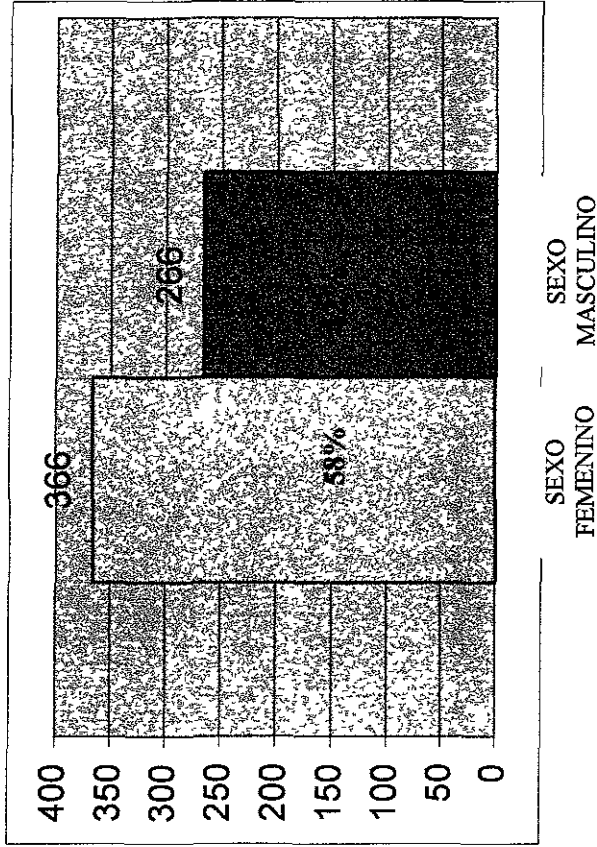
01 DICIEMBRE AL 31 DICIEMBRE 2001 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

11-ENERO 2002 ENTREGA DE PROTOCOLO

01 FEBRERO 2002 ENTREGA DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

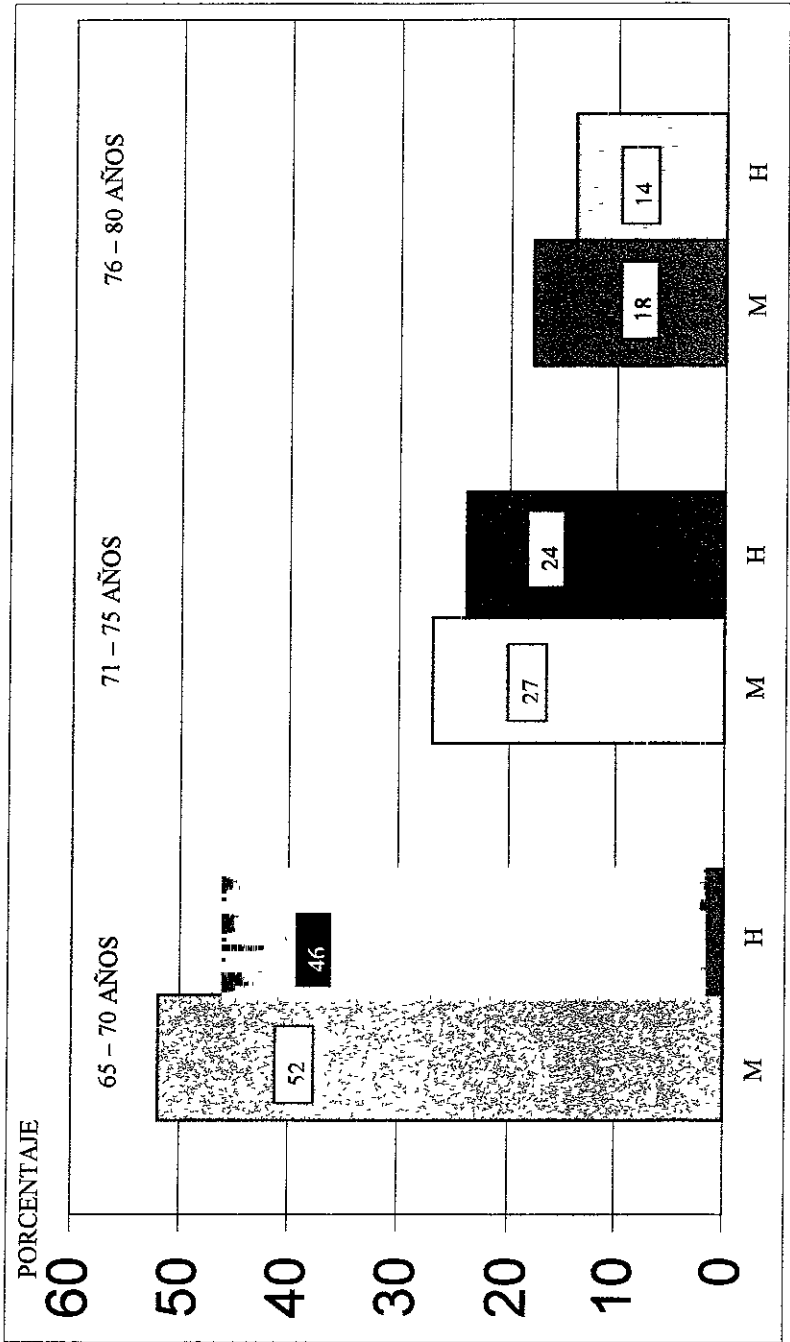
Total de pacientes mayores de 65 años estudiados del 1° de marzo del 95 al 1° de marzo del 2000 dividido por sexos



Total = 632 pacientes
Femeninos = 366 Masculinos = 266

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

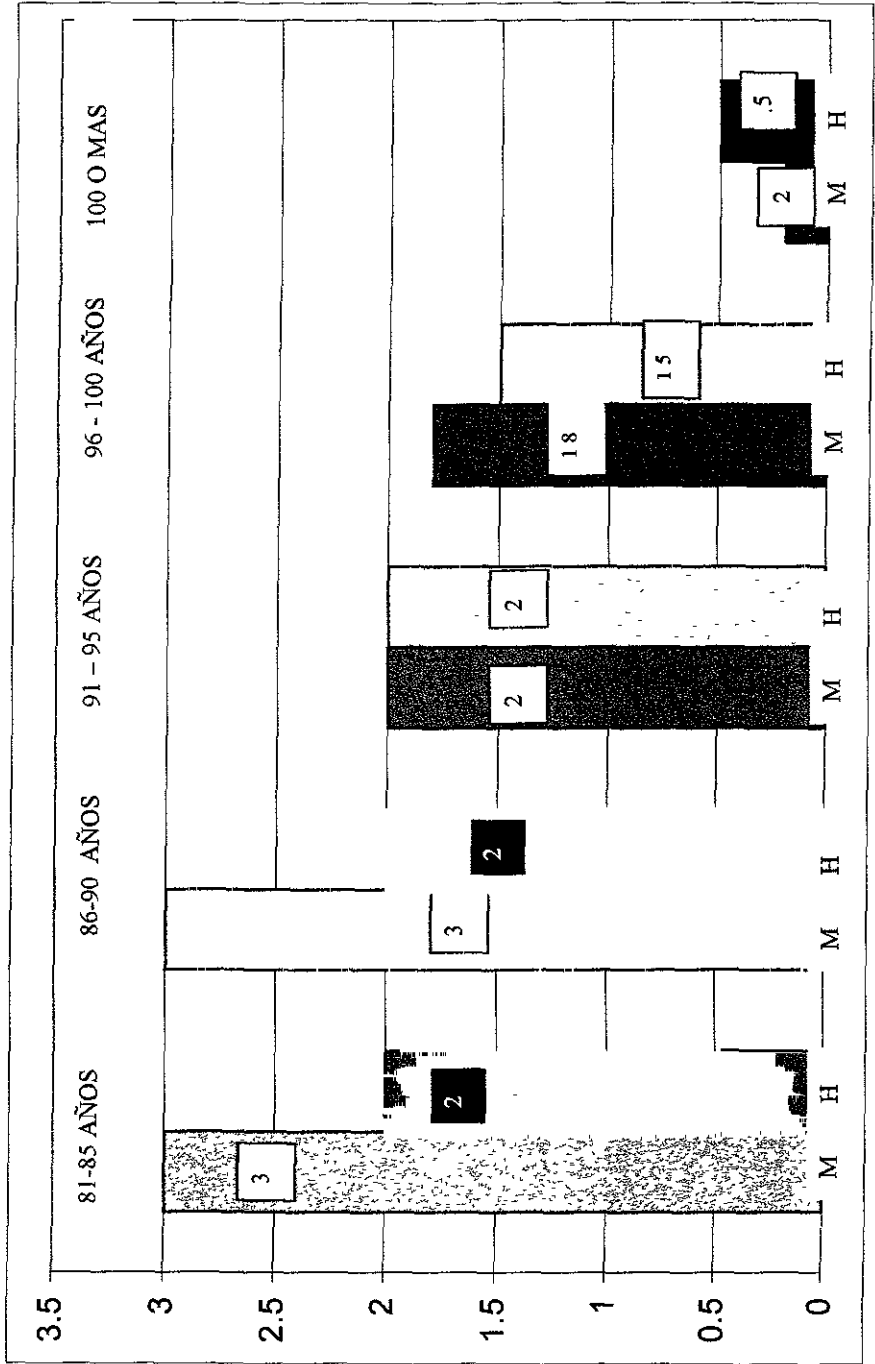
TOTAL DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO ESTUDIADOS EN UN PERIODO DE CINCO AÑOS
 DIVIDIDOS EN GRUPOS A PARTIR DE 65 AÑOS A 100 O MAS AÑOS.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

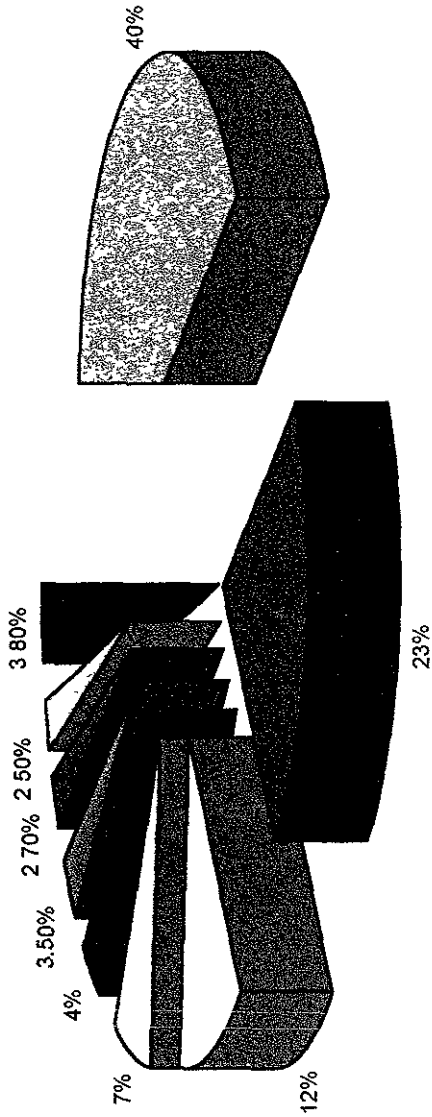
25

TOTAL DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO ESTUDIADOS EN UN PERIODO DE CINCO AÑOS
 DIVIDIDOS EN GRUPOS A PARTIR DE 65 AÑOS A 100 O MAS AÑOS



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

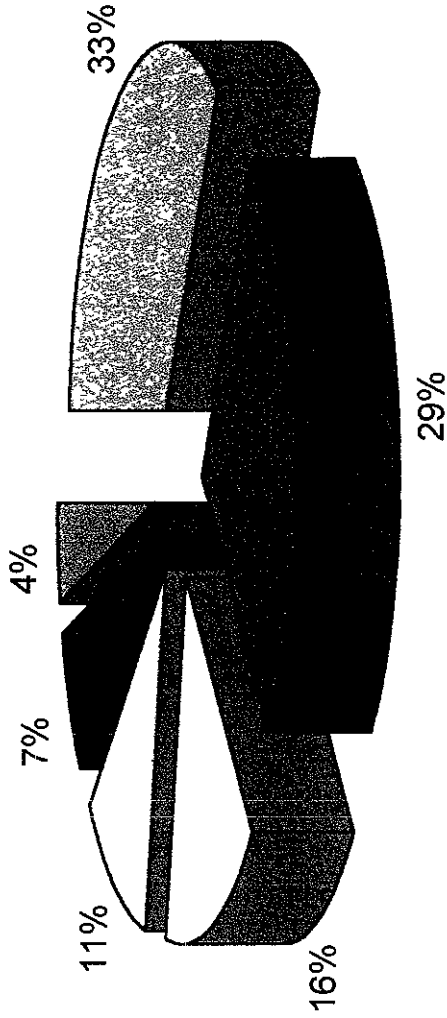
TOTAL DE PATOLOGIAS ABDOMINALES EN 632 PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS



- Hernias de pared abdominal
- Apendicitis
- oclusión intestinal por bridas postquirúrgicas
- Oclusión intestinal por CA de colon
- Enfermedad diverticular
- Absceso hepático
- Úlcera gástrica perforada
- Volvulos sigmoideo
- Otros

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

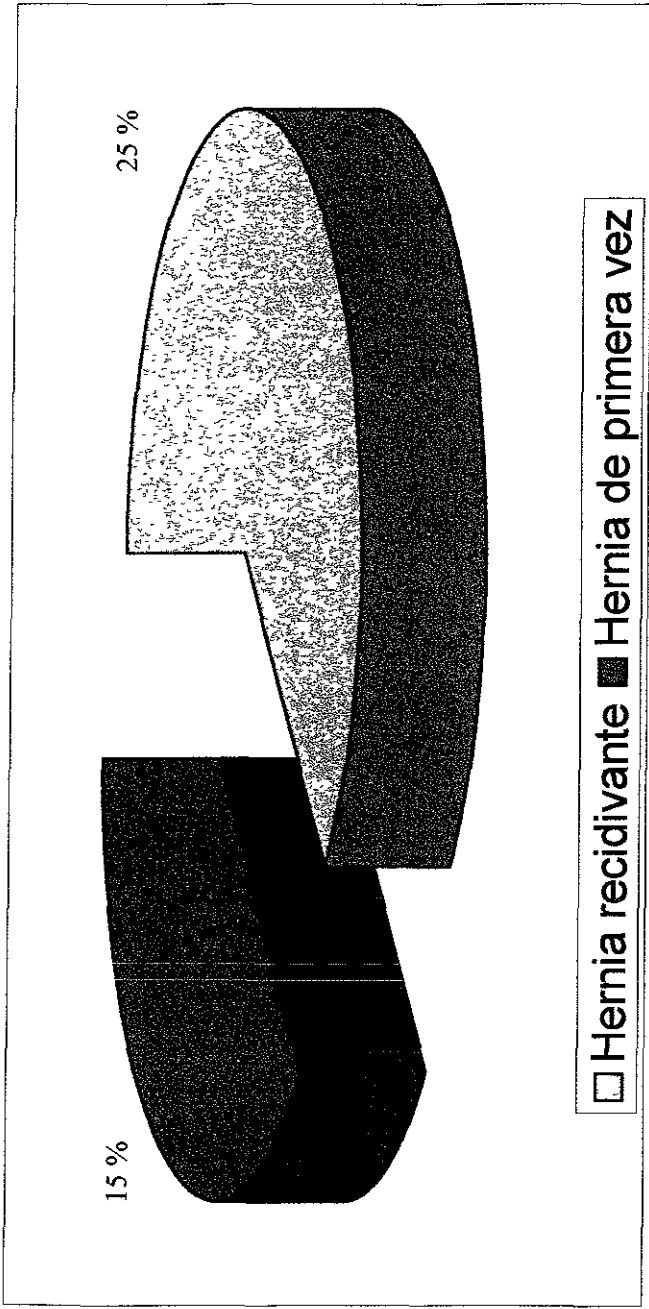
OTRAS PATOLOGIAS CON MANEJO QUIRURGICO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS



- Hidrocolecisto
- Pícolecisto
- Isquemia intestinal mesentérica
- Síndrome de Fournier
- Fascitis necrozante
- Volvulos cecal

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

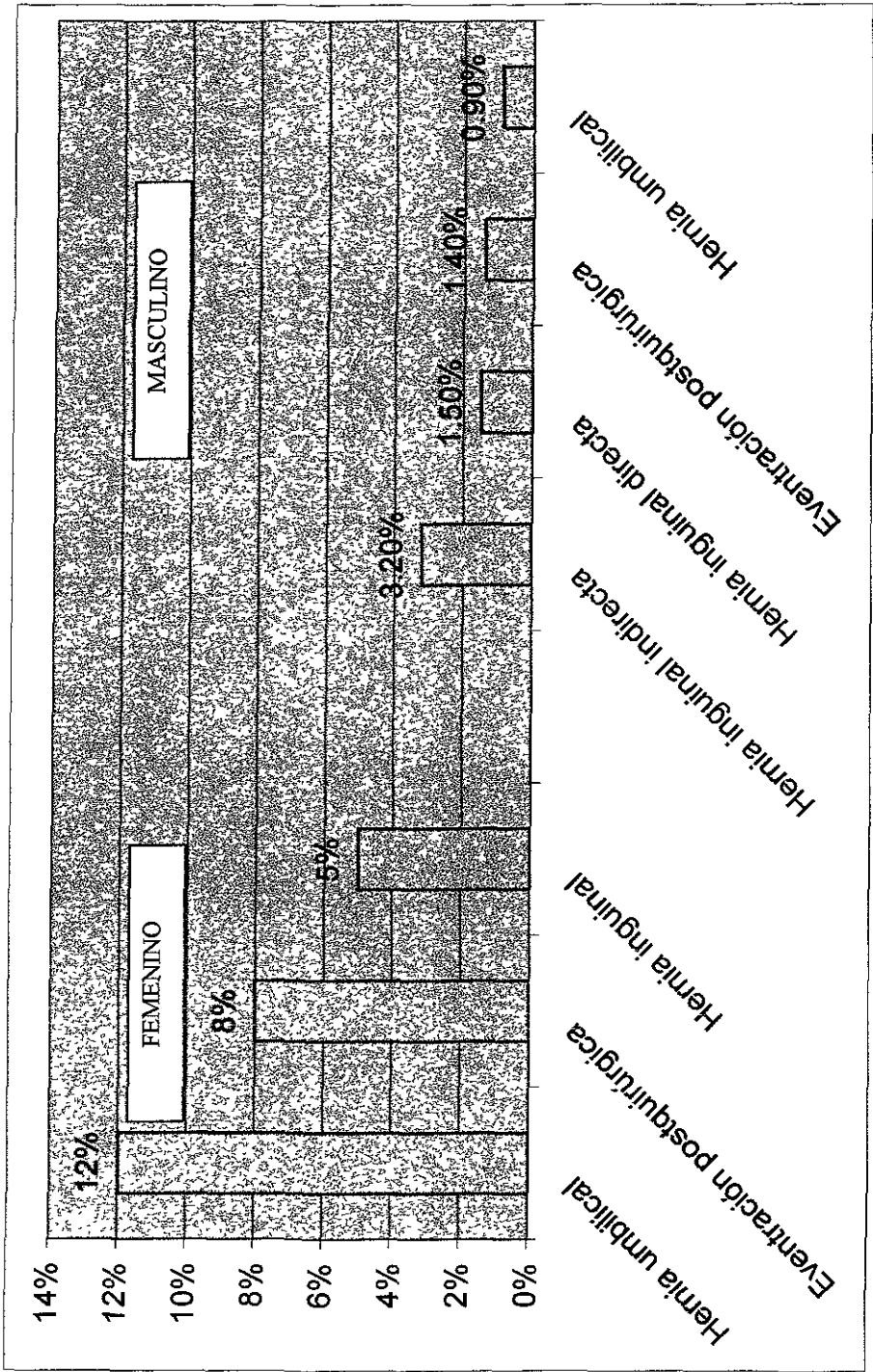
PORCENTAJE DE HERNIA RECIDIVANTE Y DE PRIMERA VEZ EN UN TOTAL DE 379 PACIENTES CON HERNIAS DE PARED ABDOMINAL EN UN PERIODO COMPRENDIDO DE 5 AÑOS Y QUE AMERITARON MANEJO QUIRURGICO DE URGENCIAS



TOTAL DE PACIENTES 379
 HERNIA RECIDIVANTE = 284 PACIENTES
 HERNIA DE PRIMERA VEZ = 95 PACIENTES

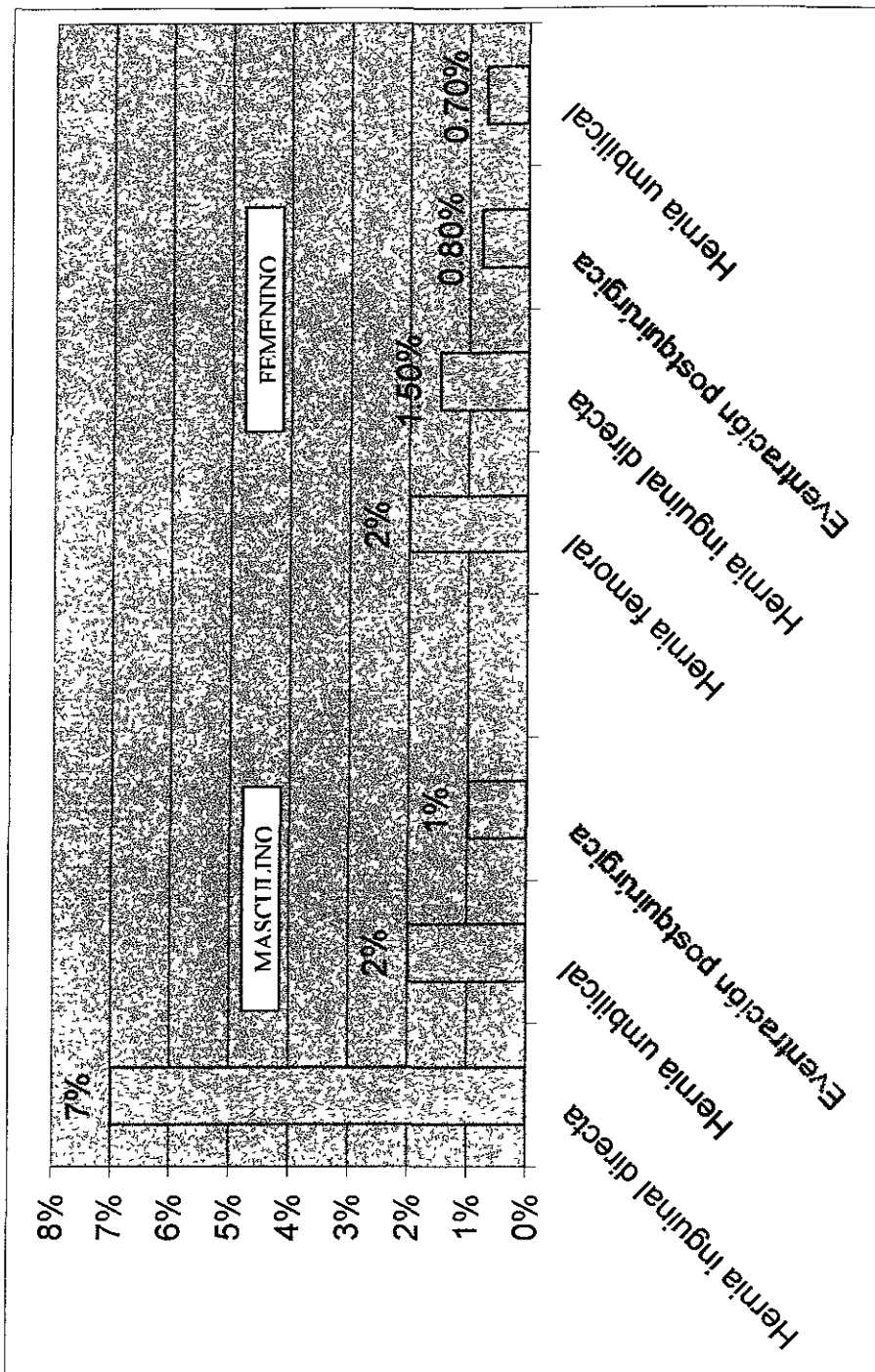
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TIPOS DE PRESENTACION DE HERNIA RECIDIVANTE EN CADA SEXO DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS



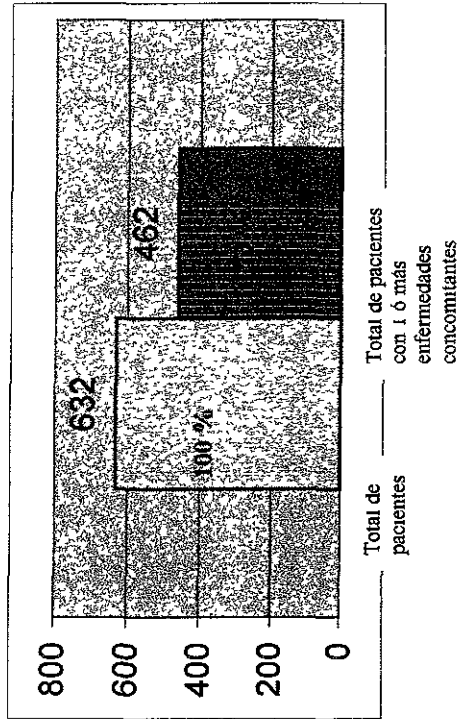
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EVENTO PRIMARIO DE HERNIA DE PARED ABDOMINAL POR SEXOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.



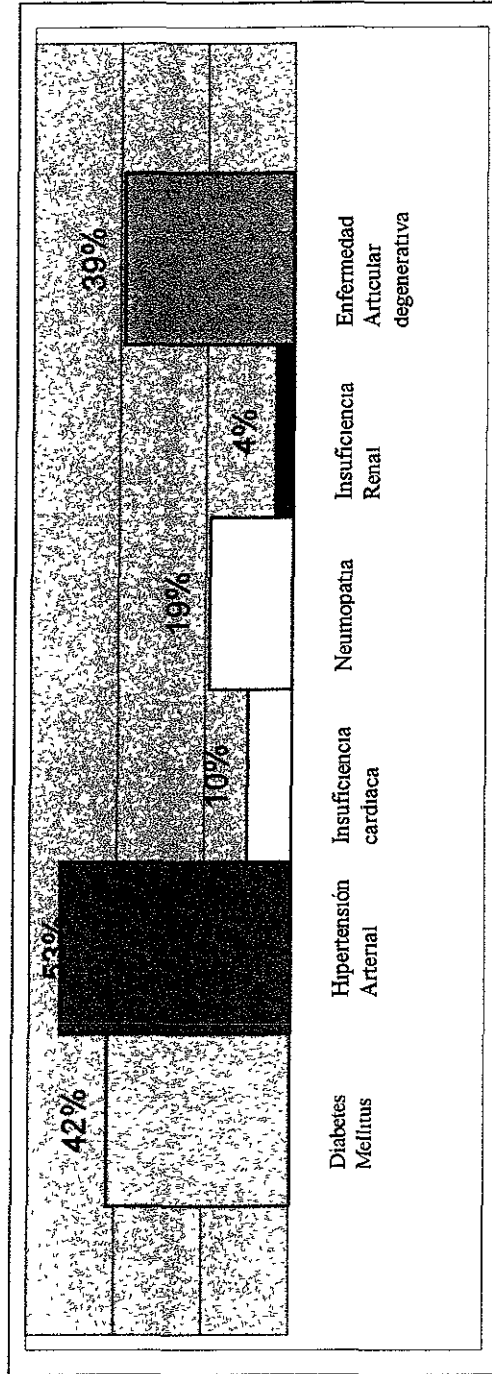
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS



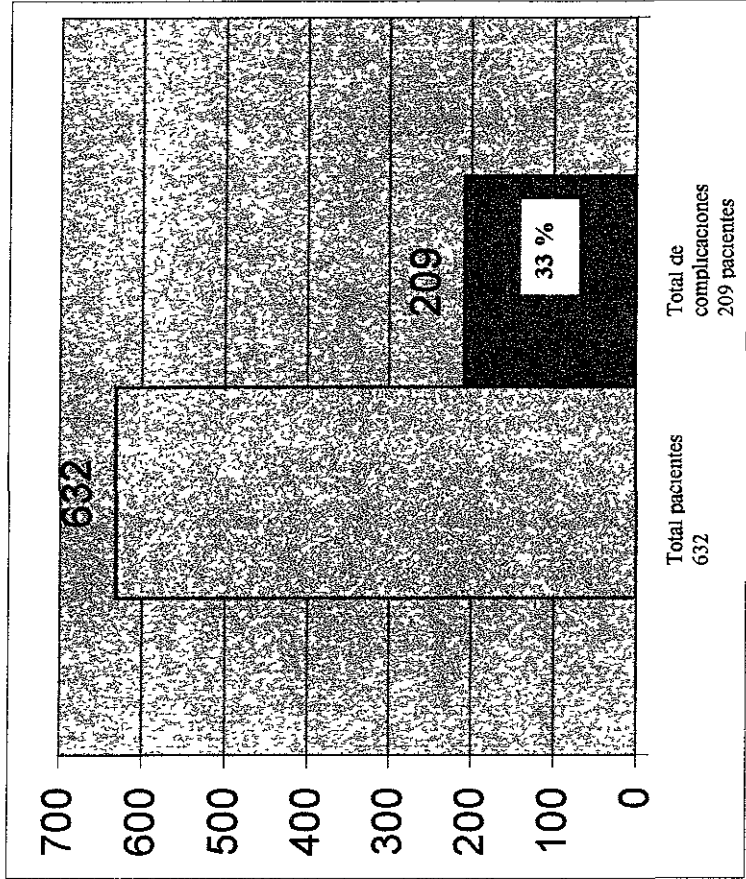
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN POR CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS



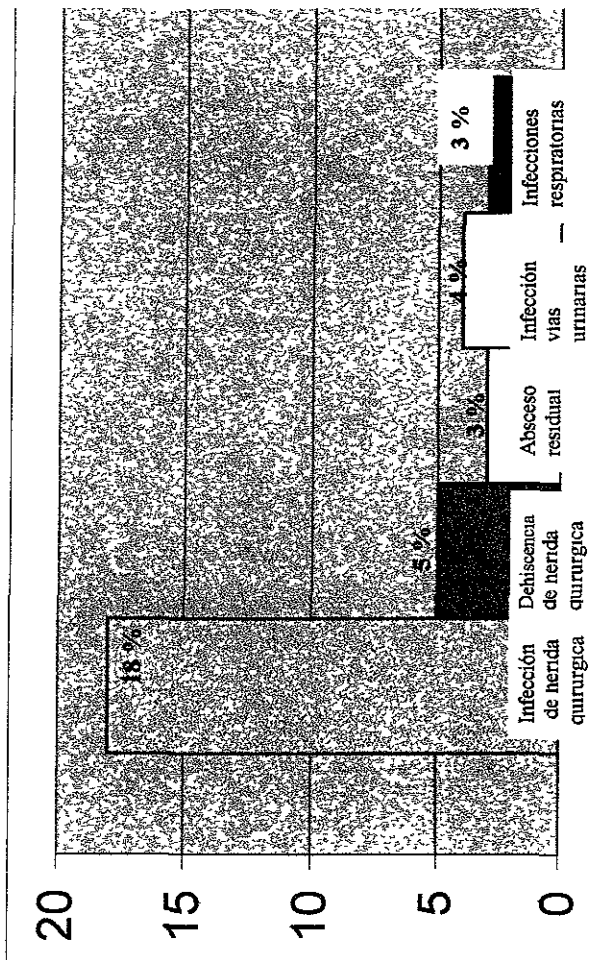
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE COMPLICACIONES POS OPERATORIAS EN CIRUGIA DE URGENCIAS
EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DE UN TOTAL DE 632 CASOS



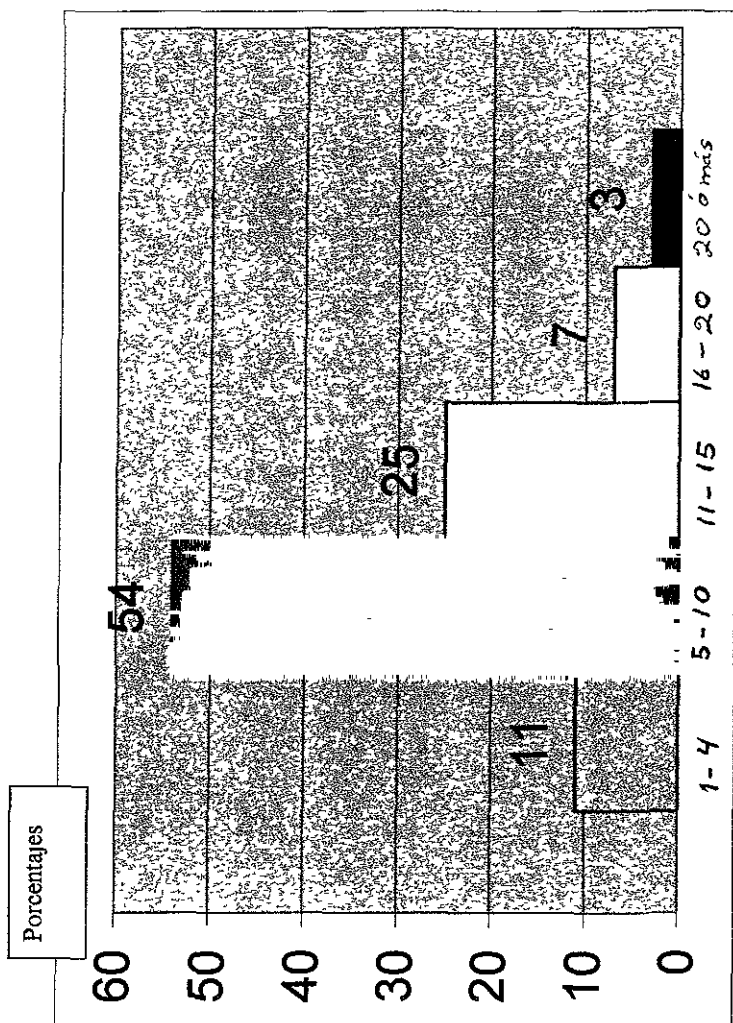
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POSTOPERADOS DE CIRUGIA ABDOMINAL DE URGENCIAS



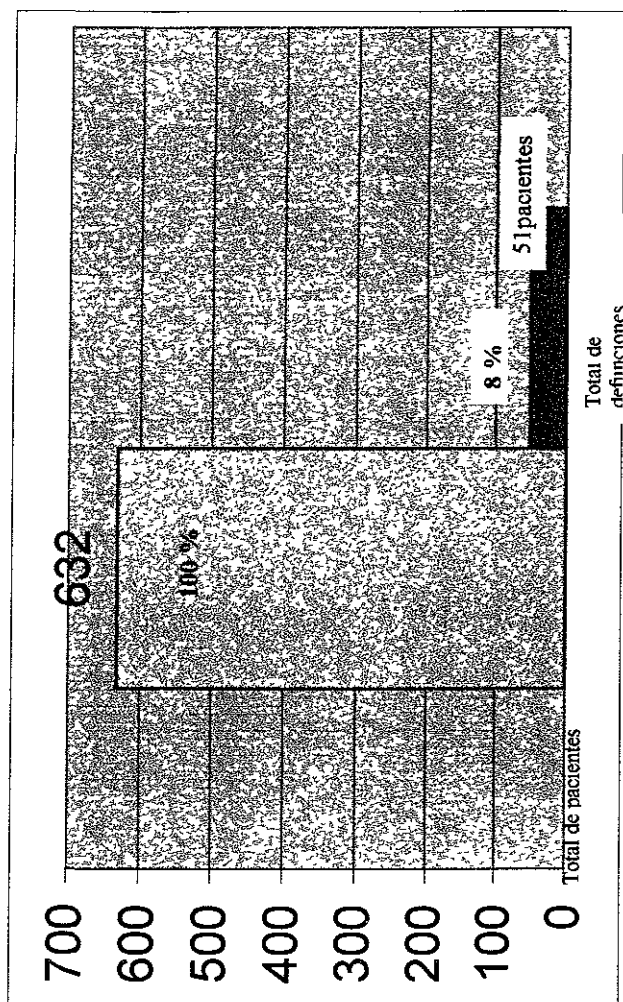
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS
 POSTOPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIAS.



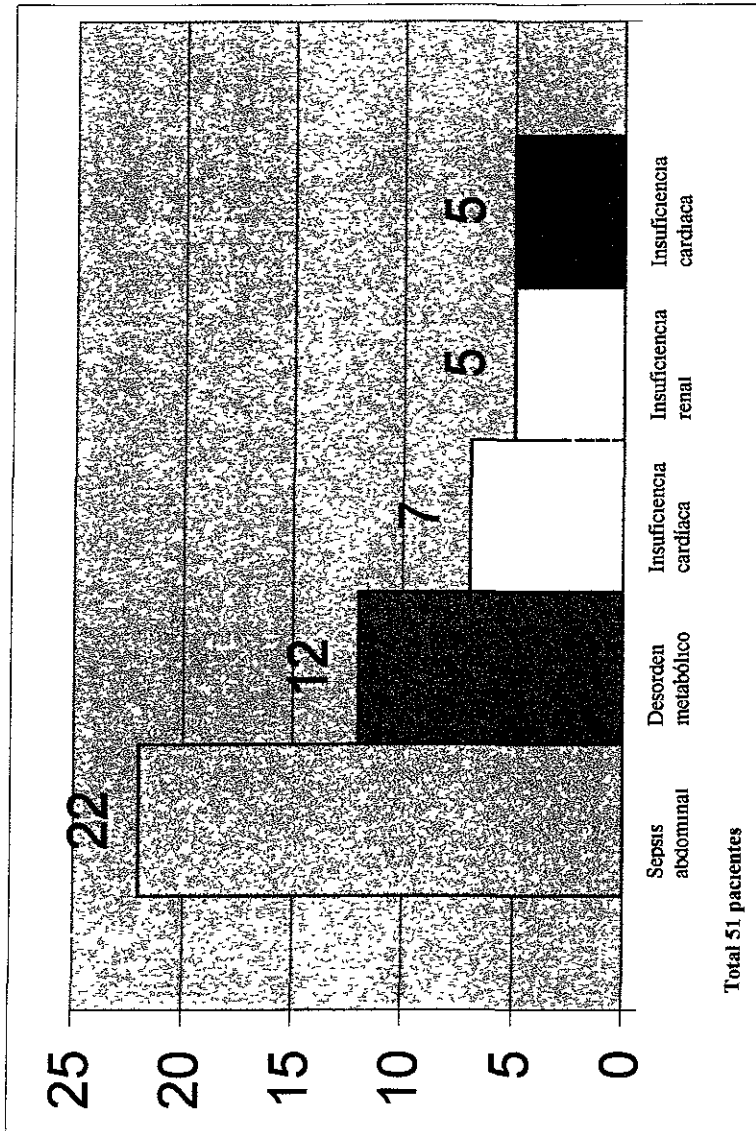
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE DEFUNCIONES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS
POSTOPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIAS.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE DEFUNCIONES Y SUS CAUSAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POSOPERADOS DE CIRUGIA ABDOMINAL DE URGENCIAS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE RESULTADOS

La tendencia mundial de la población es incrementar la esperanza de vida, por la búsqueda de una mejor calidad de esta y la cobertura de los servicios de salud, de ahí la importancia de este estudio, en búsqueda de la problemática actual de nuestros ancianos y de la proyección en un futuro cercano

De los resultados obtenidos se observa lo siguiente, el sexo femenino es predominante tanto lo reportado en las estadísticas nacionales e internacionales, lo cual se corrobora en este estudio con un total de 632 pacientes estudiados en un periodo de 5 años comprendido del 1 de marzo del año 1995 al 1 marzo del año 2000 el cual arroja los siguientes resultados un total de 366 pacientes femeninos (58%), y 266 pacientes masculinos (42 %), esto se explica por la esperanza de vida de por si mayor en comparación con su contraparte en el que la tasa de mortalidad es mayor en la edad productiva, pero con el ingreso de la mujer a la vida productiva de este mundo globalizado se espera que en breve las estadísticas sean parejas y aun con una esperanza de vida mayor para ambos sexos, donde encontramos que actualmente en nuestro país existen cerca de 5 millones de personas mayores de 65 años y que solo el 13% es mayor de 85, por todo esto los rangos de edad analizados fueron de 65 años a 100 o mas años, donde observamos que el porcentaje mayor de pacientes atendidos por patología abdominal en ambos sexos se encontraron en los grupos de edad de 65 a 73 años con un total de 71 % para el sexo femenino y 66 % para los varones, y con un promedio total de edad de 73.3 años con un solo caso de 102 años de edad

Estos resultados de alguna manera eran esperados como parte de del proyecto de salud en nuestro país en cuanto ala esperanza de vida en su primera parte y que no se aleja mucho de las estadísticas internacionales, lo cual explica la transición demográfica que estamos enfrentando paulatinamente ya que actualmente en nuestro país se reporta una tasa de natalidad de 2.6 millones por año y una mortalidad general de 525 mil personas y que en 20 años la población senil constituirá el 16 % de la población y demandara gran parte del presupuesto en salud y muy probablemente será necesario integrarlos a la vida productiva de este país para lo cual es importante aplicarnos en la prevención de enfermedades concomitantes que enfrenta este grupo de edad, y que con mucho acarrearán un sin numero de complicaciones en sus manejos quirurgicos, postoperatorios y de rehabilitación y de estos se mencionan en el siguiente apartado tratando de describir el por que de los cambios propios del envejecimiento en un intento por entenderlos

De el total de pacientes estudiados el 73 % presentaba una o mas enfermedades crónico degenerativas donde destaca hipertensión arterial con un 53 % de los casos con enfermedad. Los cambios que ocurren en los vasos sanguíneos con el envejecimiento con hiperplasia de la intima y fragmentación de la lamina elástica, resulta en una reducción de la distensión de los vasos

ANÁLISIS DE RESULTADOS
DE LA ENFERMEDAD

sanguíneos , y son la causa de aumento en la presión arterial del anciano ,pero no muy lejos de estas cifras se encuentra diabetes mellitus con 42% debido a la falta de sensibilidad a la insulina de estos pacientes ,pero que no solo es la presencia de enfermedad si no sus complicaciones que con lleva a largo plazo

Pero mas sorprendente resulta el 39% de pacientes con enfermedad articular degenerativa lo cual no se reporta en otras series ,pero que si es importante por las complicaciones propias del reposo en cama y el retardo en restablecer al anciano a sus capacidades físicas y funcionales , además de la ingesta de AINES que trae consecuencias gástricas , que también son observadas en este grupo de edad y que se discuten poco más adelante

Otro de los puntos analizados y que llama la atención es la cantidad de pacientes con neumopatías , lo cual también se vera incrementado en los próximos años por el aumento de contaminantes ambientales y el abuso del tabaco , también existe un numero significativo de pacientes con insuficiencia cardiaca y renal como parte del envejecimiento y de las complicaciones de diabetes e hipertensión durante el desarrollo en edades tempranas , pero que si merece consideración y atención en su prevención en la búsqueda de mermar efectos adversos en los futuros pacientes ancianos

En cuanto a los hallazgos de las patologías que ameritaron manejo quirurgico destaca en primer lugar las hernias de pared abdominal con 40% de la totalidad de los casos ,donde queremos destacar que un 25 % total de ese porcentaje corresponde a hernias recidivantes, de pacientes que fueron intervenidos durante la edad productiva y que dividimos por sexo para enunciar por orden de presentación ,para el sexo femenino que fue el más afectado por hernias recidivantes con un total de 18% de el total mencionado y las causas fueron en primer lugar las provocadas por hernia umbilical seguida de eventración posquirúrgica , principalmente de cirugía ginecológica y en tercer lugar la inguinales , y en ultimo lugar con el menor porcentaje las de tipo femoral ,caso contrario en el sexo masculino donde le corresponde el 7% de el total de las hernias recidivantes y la modalidad de presentación fue hernia inguinal indirecta seguida de tipo directo ,en tercer orden eventraciones postoperatorias y en ultimo caso las hernias de tipo umbilical ,tratamos de explicar porque el sexo femenino presento el mayor numero de casos de recidiva y con padecimientos distintos al de los varones ,la principal causa es el aumento en la presión intra abdominal en la mujer por el estado de gravidez al que ella está o puede estar sujeta durante la edad productiva ,contrario a la primera causa de plastia en los varones durante la edad productiva y donde la hernia inguinal indirecta tiene su mayor índice de presentación por las causas de todos conocida ,pero más sorprendente es el podernos explicar porque la recidiva durante la tercera edad y esto puede ser en gran parte a la falla de la técnica elegida , el poco cuidado y vigilancia postoperatoria de estos pacientes ,puesto que la mayoría de estos pacientes recidivaron antes de los 65 años y no

recibieron atención por largo tiempo hasta presentar síntomas que ameritaron su hospitalización

Para el 15 % restante del total de los caso la situación es completamente distinta ya que fueron pacientes que por primera vez presentaron una hernia de pared ,donde el sexo predominante fue el sexo masculino con el 10% total y padecimientos muy distintos a los ya descritos ,destacando los casos de hernia inguinal directa con su modalidad inguino escrotal ,eventración post quirúrgica , hernia umbilical ,en segundo y tercero respectivamente ,entendiendo como factores causales el estreñimiento crónico obstrucción de la salida de orina de la vejiga , tos crónica y cifoscoliosis , en ambos sexos para pacientes mayores de 65 años Para el sexo femenino con el 5% restante las causas fueron también distintas con hernia femoral en primer lugar seguida de inguinal directa , eventración pos quirúrgica y hernia umbilical en menor porcentaje

La apendicitis aguda aparece como la segunda causa en este estudio con el 23 % ,considerando los cambios atróficos en el proceso apendicular la disminución de aporte sanguíneo y la presentación clínica atípica en la mayoría de los casos sin fiebre y leucocitosis, es posible entender por que la progresión del proceso inflamatorio y la perforación con consecuencias graves postoperatorias

En cuanto a la oclusión intestinal por bridas posquirurgicas del 12% total de la muestra de este estudio, se presentaron en pacientes con cirugía de hernias de pared abdominal o eventraciones postoperatorias por cirugía ginecológica , pélvica o por laparotomía exploradora , de estos sólo el 25 % fue manejado con resección intestinal y entero entero anastomosis termino terminal

Pero por otro lado el CA de colon sigue siendo la principal neoplasia intra abdominal en este grupo de edad y su presentación clínica en estos casos fue la oclusión intestinal ,donde debemos comentar que esto se vera incrementado en la medida que nuestra población envejezca y los efectos de atrofia de mucosa e hipertrofia de la capa muscular de la mucosa y todo lo relacionado con la teoría de la segmentación estreñimiento crónico,,la falta de fibra en la dieta ,la exposición a carcinógenos en la mucosa ,por lo que será necesario brindar ,brngadas de prevención y de detección temprana ,ya que en la mayoría de los casos el estadio de esta neoplasia es avanzado , por lo que estos pacientes en su totalidad fueron manejados con resección intestinal y colostomia disfuncional y referidos a la especialidad correspondiente para continuar con su tratamiento

Ya que mencionamos la teoría de la segmentación con estreñimiento crónico ,patologías como volvulus sigmoideo o cecal así como enfermedad diverticular incrementaran sus cifras con mayor frecuencia como lo demuestra nuestros resultados y que no existe en otras series

Por mucho tiempo con la aparición de los bloqueadores H2 se redujo de manera importante los padecimientos gástricos mas aun en gente anciana,

pero el numero actual de pacientes en esta edad, la atrofia de células parietales con disminución de secreción gástrica nos llevaría a pensar en que estos cuadros prácticamente no serían vistos , pero si tomamos en cuenta la cantidad de fármacos ,principalmente AINES para sus enfermedades crónicas ,como las de tipo articular que padece la gran mayoría de la población senil ,esto explica el por que el porcentaje de perforación gástrica en este estudio

Lo que si es sorprendente para el grupo de edad que estamos hablando es la cantidad de pacientes geriátricos con absceso hepático con un 35 % de presentación y esto sólo nos explica el nivel de vida y de los hábitos higiénico dietéticos que llevan personas de este grupo de edad y el atraso de nuestro sector salud , en cuanto a las medidas de saneamiento o bien el grado de desnutrición , como factores de riesgo ya que la totalidad de estos pacientes su origen era de zonas rurales o sub urbanas

El paciente anciano y como parte de su envejecimiento el proceso de aterosclerosis , cardiopatías son factores que precipitan la isquemia intestinal mesentérica por embolo o por trombosis ,anteriormente con 70 a 90 % de mortalidad , hoy en día con la identificación de factores se logra disminuir este tipo de catástrofe ,pero aun tiene en nuestro hospital una presentación de el 07% con una alta mortalidad

En otras series los procedimientos de colecistectomia son los más frecuentes en nuestro hospital sólo atendemos sus complicaciones como procedimiento de urgencias tales como hidro o pirocolecisto o bien en el caso de colangitis sec coledocolitiasis o CA de via biliar ,razón para explicar la baja proporción en nuestra estadística ,en comparación con otras series

Nos referimos anteriormente a pacientes diabéticos y sus efectos a largo plazo como descontrol metabólico , disminución inmunológica , lo cual los hace vulnerables a infecciones de tejidos blandos , como ejemplo sx de fourmier o fascitis necrozante en sexo masculino y femenino respectivamente ,aunque estos padecimientos no son abdominales en le sentido estricto de la palabra si ameritaron manejo quirúrgico de urgencias con lavado y cistostomia y colostomia cuando se aplico estricto criterio ,motivo por el que se contemplo como parte de este estudio

También se presentan aunque en baja proporción las perforaciones intestinales en este grupo de edad aunque las dividimos en dos grupos las neoplásicas y no neoplásicas , de estas ultimas la principal causa fue la infecciosa por salmonella y en menor porcentaje por tuberculosis intestinal ,pero para las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

neoplásicas dos de ellas fueron por ca carcinoide y un solo caso por adenocarcinoma

En cuanto a las complicaciones estas fueron más lejos del 30% y en gran medida la causa principal fue la provocada por infección de herida quirúrgica, principalmente de pacientes post operados de apendicitis ,perforaciones intestinales tanto infecciosos como neoplásicos, y de drenaje de absceso hepático y de hernias encarceladas y estranguladas ,seguidas por ende de dehiscencia de herida quirúrgica ,por las razones ya mencionadas ,además de desnutrición clínica en buena parte de estos pacientes , seguido de complicaciones en menor porcentaje de absceso residuales como consecuencia de pacientes con perforación intestinal y las comunes para pacientes post operados y seniles como las respiratorias y de vías urinarias

Conociendo las complicaciones además de las propias de la edad y sus enfermedades concomitantes podemos decir el porque de su estancia prolongada como lo demuestran nuestras graficas, donde el porcentaje mayor de pacientes 54% se localizo en los 5 a 10 días de estancia ,y para los casos de más de 10 días son pacientes con mayor numero de complicaciones y no propiamente las del acto quirúrgico y en los que fue necesario el apoyo de otras especialidades para tratar de restablecer las funciones del anciano y de rehabilitación ,por lo que quiere decir que el promedio de estancia de un paciente anciano aun sin complicaciones es de 3 veces más que el de un paciente joven ,aun en padecimientos detectados y atendidos a tiempo para prevenir complicaciones

Para el porcentaje de pacientes que prolongaron su estancia más de 20 días es ahí donde se arrojan las cifras de 8 % de mortalidad general para este grupo de edad ,donde se puede ver que por si sola la sepsis abdominal fue la primera causa de muerte , pero si sumamos las cifras de complicaciones por desorden metabólico ,falla renal cardíaca ,y respiratoria superan por mucho a la primera mencionada ,lo cual demuestra que las enfermedades concomitantes si repercuten seriamente en el pronostico de vida de los pacientes seniles que requieren tratamiento quirúrgico de urgencias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Al terminar este estudio podemos mencionar que se identifica el sexo femenino como el predominante y las razones que lo explican, así como el promedio de edad de nuestra población senil, las patologías abdominales que afectan a nuestra población su frecuencia su etiología y sus factores precipitantes, el como y porque las enfermedades crónico degenerativas repercuten seriamente en la salud del paciente anciano y prolongan su estancia intra hospitalaria, e inciden en sus complicaciones post operatorias y en la mortalidad

Con lo que conociendo las patologías abdominales y las enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones asociadas en lo sucesivo se buscara ofrecer una mejor calidad de vida en el paciente anciano y abatir los índices de mortalidad que esto con lleva

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1/9

Conclusión final

La atención aplicada de manera apropiada y oportuna puede afectar de manera positiva los resultados quirúrgicos ,al restablecer el anciano sus capacidades físicas y promover su función independiente. Las técnicas y los programas específicos que se basan en los principios de atención ayudan a superar los trastornos de los sistemas orgánicos que acompañan al propio envejecimiento , mas aún ,es posible prevenir o corregir con rapidez las complicaciones esperadas por el reposo en cama y el descondicionamiento posoperatorio que tiene un impacto negativo sobre la movilidad funcional y la capacidad para cuidarse por si mismo

El cirujano debe estar familiarizado con los conceptos de la preservación y el restablecimiento de las funciones ,los miembros que constituyen el equipo de salud y la serie de programas y sitios disponibles para el paciente anciano

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA:

Predicting Adverse Postoperative Outcomes in Patients Aged 80 years and older (clinical investigation) JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, Liu Linda L et al , Vol 48, No 4 April 2000, Págs 405-412

Surgical Care in Octogenarias, THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY, Bufalari, A et al , vol 83, No 12 December 1996, pags 1783-1787

Selecting target conditions for quality of care improvement in Vulnerable Older Adults (clinical investigation), JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, Sloss, Elizabeth M , et al , Volumen 48, No 4, April 2000, pags 363-369

Total Gastrectomy Updated Operative Mortality and Long-Term Survival with particular Reference to patients Older than 70 years of Age ANNALS OF SURGERY, Bittner, reinhard M D et al , vol 224, No 1, July 1996, pags 37 a 42

Pulmonary function after laparoscopic Cholecystectomy in the elderly THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY, Milnerio. A M D et al , vol 83, No 8, August 1996, pags 1059-1061

Yeyunostomia técnicas indicaciones y complicaciones, WORLD JOURNAL OF SURGERY Tapia M D et al , vol 23, No 6, pags 596-602

The surgical approach to non-neoplastic abdominal pathology in the geriatric patients, MINERVA CHIRURGICA (ITALIAN), Siragusa G M D , et al , Vol 54, No 9, Págs 591-595

Doggett DL, Rotember MO, Pignolo RJ, et al Differential gene expression between Young and senescent WI-38 cells Mech Ageing Dev 65 239, 1992

Feber A, Chang CD Sell C, et al failure of senescent human fibroblasts to express IGF-I and IGF-I mRNA J Biol Chem 268 17833, 1993

Hosking MP, Warner MA, Lobdell CM, et al Outcome of surgery in patients 90 years and older JAMA 261 1909-1915, 1989

Keating HJ, Lubil MF Perioperative considerations of the physician/geriatrician Clin Geriatr Med 6 459-467, 1990

Lau WY, Fan SI, Yiu IF , et al Acute appendicitis in the elderly Surg Gynecol Obstet 161 157-160, 1985

Marshall WH, Fahey PJ Operative complications and mortality in patients over 80 years Of age Arch Surg 88 896-904, 1964

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valvona J, Sloan F datawatch: Rising rates of surgery among the elderly Health Affairs
4 108-119, 1985

Walker RM DNR in the OR: Resuscitations as an operative risk JAMA 266 2407-2412,
1991, letters 267:1465-1467, 1992

Wilder RJ, Fishbein RH Operative experience with patients over the 80 years of age
Surg Gynecol Obstet 113:205-211, 1961

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN