

11209 53

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 1
"GABRIEL MANCERA"

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL
PACIENTE ANCIANO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A A:
DR. JOSE MANUEL CASTRO RUIZ. ✓

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

JUNIO, 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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CMN. S. XXI. IMSS.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

GASTROCIRUGIA

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL "GABRIEL
MANCERA" No. 1.**

TITULO

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL
PACIENTE ANCIANO.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo *receptional*.

NOMBRE: Jose Manuel
Castro Ruiz

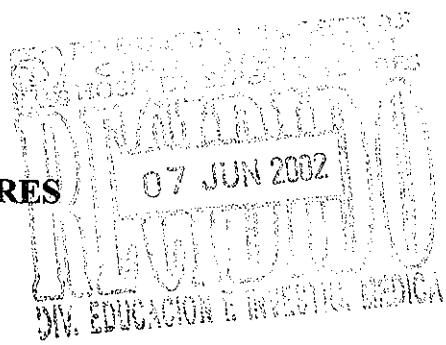
FECHA: 12/Nov/2002

FIRMA: [Firma manuscrita]

MEXICO, D.F. 2002



AUTORES



C. DR. JOSE HALABE CHEREM

JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA HE CMN S. XXI

C. DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HE CMN S. XXI

C. DR. JOAQUIN VALERIO URENA

CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL HGR No 1

C. DR. GILBERTO GUZMAN VALDIVIA

CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL HGR No 1

C. DR. JOSÉ MANUEL CASTRO RUIZ

RESIDENTE DE 4to. AÑO CIRUGÍA GENERAL DEL HE CMN S. XXI

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

El dolor abdominal agudo representa del 20 al 40% de los motivos de ingreso a un servicio de urgencias; ^{1,2} la incidencia de complicaciones en personas ancianas a las que se les diagnostica abdomen agudo es del 50%. ¹⁻³ En la literatura se menciona la importancia de un diagnóstico preliminar correcto de las complicaciones abdominales realizado en la sala de urgencias, con una tasa del 8% de mortalidad, comparada con el 19% cuando el diagnóstico retarda después de la admisión a piso, la morbilidad en los pacientes quirúrgicos entonces es del 57% , se menciona además que el 79% de los pacientes son quirúrgicos. El punto básico inicial es discernir entre los que ameritan resolución quirúrgica inmediata o mediata de los que definitivamente no necesitan operarse. Una historia clínica minuciosa y el examen físico escrupuloso son a menudo suficientes para establecer una sospecha diagnóstica bien fundamentada, aunque en algunos casos se necesitan estudios de laboratorio y gabinete. La posible necesidad de cirugía en estos pacientes es el principal motivo de interconsulta para el cirujano general. ^{1,3,4-6}

Las causas quirúrgicas más frecuentes son apendicitis aguda, colecistitis crónica agudizada, obstrucción intestinal por adherencias o por hernias encarceladas o estranguladas, diverticulitis aguda, pancreatitis aguda, enfermedad vascular mesentérica, úlcera péptica perforada, adenitis mesentérica y diverticulitis de Meckel, dolor de mitad de ciclo o por folículo roto y embarazo ectópico, sin embargo existen otras causas de dolor abdominal como enfermedad de Crohn, cólico renoureteral, enfermedad ácido péptica, síndrome de intestino irritable, gastroenteritis aguda, pancreatitis crónica, infección de vías urinarias, enfermedad pélvica

inflamatoria, endometriosis, aneurisma aórtico abdominal, infarto agudo al miocardio, neumonía, neuropatía visceral, síndrome urémico, peritonitis primaria, crisis drepanocíticas, lupus eritematoso sistémico, herpes zoster, intoxicación por metales pesados, entre otros a las que tenemos que enfrentarnos cuando el paciente llega a urgencias; No siempre es fácil distinguir a estos pacientes de los primeros y con alguna frecuencia la única manera de saberlo es después de haberlos sometido a una laparotomía exploradora. ^{7,13-15}

La edad no es una limitante para presentar abdomen agudo y afecta también a la senectud; las enfermedades crónico-degenerativas son más frecuentes conforme la edad avanza y pueden contribuir al pronóstico final. En estos pacientes la magnitud de los síntomas y los hallazgos en la exploración física, suelen ser menos significativos que en el adulto joven y los cambios en la fórmula blanca no siempre son importantes, lo cual dificulta en gran medida el diagnóstico y lo convierte en uno de los retos más grandes que el cirujano pueda encontrar en su práctica profesional.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La medicina moderna y una mejor alimentación han elevado significativamente la longevidad generación tras generación y por otra parte conforme los países alcanzan niveles mas elevados de desarrollo socioeconómico a disminuido la tasa de natalidad por lo que también se ha elevado la cantidad proporcional de ancianos como puede verse en algunos países no europeos. Podemos dividir la senectud en dos grupos, el de la tercera edad entre los 65 y 90 años y el de la cuarta edad cuando rebasan los 90 años.^{1,13,16}

Para el anciano, los índices de mortalidad después de una cirugía abdominal de urgencia, son del 12 al 21%, lo cual es significativamente mayor que en el grupo de adultos menores de 65 años y se atribuye fundamentalmente a 5 factores: ²⁴

1. Menor resistencia física.
2. Menor capacidad para la respuesta inmune.
3. Retardo en el diagnóstico por menor magnitud sintomática o deterioro en la capacidad neurológica del paciente.
4. Enfermedades concomitantes.
5. Por la gravedad del padecimiento que origina el abdomen agudo.

En un análisis de la literatura donde se comparan dos grupos de ancianos: de 70 a 89 años y mayores de 90 años las enfermedades crónicas concomitantes se presentaron en el 10% y 41% respectivamente, destacando las enfermedades cardiovasculares con 16% y 36%, las

enfermedades pulmonares con 0% y 13%, y la patología neurológica con 11% y 36% respectivamente. Se ha visto que en el paciente anciano desarrolla frecuentemente en el postoperatorio, deterioro mental, como delirio y demencia, contribuyendo con esto a la morbilidad.^{10,12,17-35}

Las infecciones en el anciano son otro problema que agravan su situación y empeoran sus condiciones, son relativamente más frecuentes y severas que en personas jóvenes; la neumonía asociada a bacteriemia por focos infecciosos extrapulmonares (infecciones del tracto urinario, colecistitis, apendicitis, diverticulitis, abscesos, etc) comprometen una función respiratoria que habitualmente ya esta restringida.^{10,11,22,23,36-42}

El rápido diagnóstico y la pronta institución del tratamiento correspondiente son esenciales para mejorar la sobrevivencia en esta población.^{36,43}

JUSTIFICACIÓN

Dado que el HGR No 1 "Gabriel Mancera" IMSS, se encuentra ubicado en la zona centro de la ciudad de México atiende una elevada proporción de derechohabientes ancianos, el 48% son mayores de 50 años y en el servicio de Cirugía General el 42% de los pacientes que ingresan son mayores de 60 años. En apariencia son estos pacientes los que más se complican, más tiempo permanecen hospitalizados y más recursos humanos, tecnológicos y económicos demandan por lo que nos ha surgido la inquietud de analizar si efectivamente dicha observación es cierta e investigar que posibles factores intervienen para que esto suceda en pacientes sometidos a cirugía de urgencia por abdomen agudo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

* ¿Cuáles son las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico en el paciente anciano en el HGR No 1 "Gabriel Mancera", IMSS? y ¿Cuáles son las cirugías de urgencia realizadas con más frecuencia en estos pacientes?

* ¿Cuáles son las enfermedades concomitantes de los pacientes ancianos que requirieron manejo quirúrgico por abdomen agudo?

* ¿Cuáles son los factores principales que intervienen en la morbilidad y mortalidad del paciente anciano que ameritó manejo quirúrgico por abdomen agudo?

HIPOTESIS GENERAL.

* Las enfermedades crónico-degenerativas y la edad representan factores de riesgo en la morbimortalidad del abdomen agudo quirúrgico en el anciano porque conllevan diagnósticos etiológicos más graves y un retardo entre el diagnóstico y la resolución quirúrgica.

HIPOTESIS ALTERNA 1.

* El retardo en el tratamiento representan factores de mayor riesgo de morbimortalidad postoperatorias que la edad y las enfermedades crónico-degenerativas en el anciano.

HIPOTESIS ALTERNA 2.

* El abdomen agudo quirúrgico en el anciano representa mayor riesgo de morbimortalidad por el diagnóstico etiológico que por la edad o las enfermedades crónicodegenerativas que padezcan.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuales son las características clínicas del paciente anciano con abdomen agudo quirúrgico y su evolución, en el Hospital General Regional #1 "Gabriel Mancera", IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Identificar las causas de abdomen agudo quirúrgico en el anciano en el HGR No 1.
- * Establecer cuales son las enfermedades concomitantes en el paciente anciano con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.
- * Conocer el intervalo entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y entre este y el momento de la cirugía.
- * Investigar la certeza de la sospecha diagnóstica preoperatoria al correlacionarla con los hallazgos postquirúrgicos.
- * Identificar posibles factores que influyen en la morbilidad-mortalidad y el tiempo de estancia hospitalaria en el anciano sometido a cirugía de urgencia por abdomen agudo.

MATERIAL Y METODÓ

Dado que el objetivo del presente estudio es determinar si la edad, la etiología del abdomen agudo y las enfermedades concomitantes representan factores de riesgo para la morbimortalidad en el paciente anciano, estableceremos 2 grupos de pacientes: el primero será un grupo testigo en el cual las enfermedades crónicodegenerativas son frecuentes pero que solo se consideran como adultos mayores constituido por todos los pacientes quirúrgicos entre 50 y 65 años y se compararán con el grupo en estudio formado por todos los ancianos catalogados a partir de los 65 años de edad.

El grupo senil se analizará a su vez en bloques de 5 años cada uno y un último subgrupo de pacientes mayores de 85 años pacientes entre 80 años o más. Revisaremos cuales fueron los diagnósticos dados por el cirujano en urgencias, tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y su llegada al hospital; tiempo transcurrido desde su llegada al hospital y el momento de la cirugía y enfermedades concomitantes. Se revisarán las notas postoperatorias para conocer los hallazgos, las complicaciones transoperatorias y la técnica quirúrgica empleada además de analizar la evolución postoperatoria y el tiempo de estancia hospitalaria.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Todos los pacientes mayores de 50 años del HGR no 1 que requirieron cirugía de urgencia por dolor abdominal en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2001.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables demográficas:

- * Edad: Cuantitativa divididos en quinquenios a partir de los 65 años.
- * Sexo: Cualitativa nominal. Masculino y femenino.

Variable dependiente: Abdomen agudo.

Variable independiente: Todas las siguientes variables.

Variables de interés primario:

- * Enfermedades concomitantes: Cualitativa decreciente.
- * Diagnóstico quirúrgico Cualitativa ordinal decreciente.

- * Intervalo entre el inicio de la sintomatología y el ingreso: Cuantitativa. escala de medición en horas.
- * Intervalo entre el inicio de la sintomatología y la cirugía: Cuantitativa. Escala de medición en horas.
- * Estado postoperatorio inmediato: Cualitativa ordinal. (grave y estable).
- * .Días de estancia hospitalaria: Cuantitativa. Escala de medición en días.
- * Complicaciones: Cualitativa ordinal. Escala de medición por números que indiquen el tipo de complicación.
- * Causa de defunción: Cualitativa ordinal. Escala de medición por números que indiquen la causa de defunción.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Procedimiento para obtener la muestra:

Se revisarán las notas de alta y de autorización quirúrgica para incluir a los patients seleccionados.

Determinación estadística del tamaño de la muestra:

No requiere por incluir los casos de un periodo de tiempo establecido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía por patología abdominal aguda entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2001.

Expediente clínico completo (Ver hoja de recolección de datos).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Expediente clínico incompleto.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Pacientes que hayan ingresado al servicio para control postoperatorio de cirugía abdominal reciente realizadas fuera de la unidad.

PROCEDIMIENTO:

El Dr. José Manuel Castro, médico responsable del proyecto de investigación será el encargado de recabar la información contenida en los expedientes clínicos, para lo cual habrá de solicitar autorización firmada al archivo clínico.

Asimismo será el encargado de hacer cumplir con los criterios de selección anteriormente descritos y de llevar a cabo el análisis estadístico de las variables.

La revisión del proyecto correrá a cargo del Dr. Joaquín Valerio Ureña y el Dr. Gilberto Guzmán Valdivia, que fungen como asesores del proyecto de investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El plan de análisis estadístico será de tipo descriptivo, por lo que para las variables cualitativas se realizarán distribución de frecuencias, porcentajes y gráficas. Asimismo, para las variables cuantitativas se usarán medidas de tendencia central, y de dispersión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación no expone en ningún momento la integridad física y moral de los pacientes, ya que se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo en el que no se manejarán los nombres de los pacientes y cuyos resultados no requieren de confidencialidad, de manera que impidan su publicación.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

HUMANOS:

Dr. Joaquín Valerio Ureña.

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia.

Dr. José Manuel Castro Ruíz.

MATERIALES:

- Expedientes clínicos
- Censo del servicio de cirugía
- Resúmenes de egreso
- Computadora personal
- Software: Word 97, Works, programas de análisis estadístico.
- Material bibliográfico procedente de bibliohemerotecas del HECMN S. XXI, CENAIDS, H. General de México, S.S.A., HGR # 1 "Gabriel Mancera", I.M.S.S.
- Internet.

FINANCIEROS:

No se requiere de partida especial para el proyecto y los gastos el papelería correrán a cargo de los médicos responsables del mismo.

RESULTADOS

Se realizó la revisión de expedientes clínicos de los casos de abdomen agudo quirúrgico en pacientes derechohabientes del Hospital General Regional No1 "Gabriel Mancera" del IMSS; del mes de enero del 2001 al mes de enero del 2002 , se formaron dos grupos, el grupo 1 fue de pacientes entre 50 y 60 años de edad, designado como grupo control, el grupo 2, lo conformaron pacientes de 65 años en adelante. Se obtuvieron 177 pacientes del grupo 1 y 207 pacientes del grupo 2, de los cuales para el grupo 1 fueron 78 varones (44%) y 99 mujeres (56%); en el grupo 2 fueron 93 varones y 87 varones (42%) y 120 mujeres (58%) (grafica 1 y 2). La media de edad para el grupo 1 fue de 55 años, para el grupo 2 fue de 77.8 años, con un rango de 65 a 97 años. En el grupo 1 los antecedentes patológicos fueron los siguientes: tabaquismo en 77 pacientes (43%), alcoholismo en 62 pacientes (35%), diabetes en 25 pacientes (14%), hipertensión en 33 pacientes (18%), cardiopatía en 29 (16.5%), patología pulmonar en 16 pacientes (9%), cáncer en 9 pacientes (5%), enfermedad neurológica en 16 pacientes (9%), enfermedad urológica en 9 pacientes (5%), hepatopatía en 10 pacientes (5.6%). En el grupo 2 los antecedentes patológicos fueron los siguientes: tabaquismo en 89 pacientes (42%), alcoholismo en 71 pacientes (34%), diabetes en 63 pacientes (30.4%), hipertensión en 94 pacientes (45%) cardiopatía en 47 (22.7%), patología

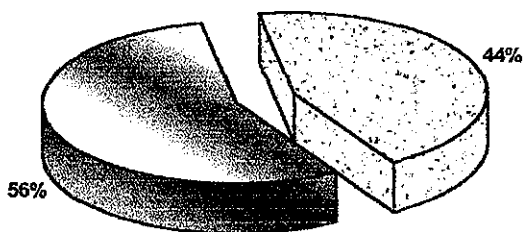
FINANCIEROS:

No se requiere de partida especial para el proyecto y los gastos el papelería correrán a cargo de los médicos responsables del mismo.

RESULTADOS

Se realizó la revisión de expedientes clínicos de los casos de abdomen agudo quirúrgico en pacientes derechohabientes del Hospital General Regional No1 "Gabriel Mancera" del IMSS; del mes de enero del 2001 al mes de enero del 2002 , se formaron dos grupos, el grupo 1 fue de pacientes entre 50 y 60 años de edad, designado como grupo control, el grupo 2, lo conformaron pacientes de 65 años en adelante. Se obtuvieron 177 pacientes del grupo 1 y 207 pacientes del grupo 2, de los cuales para el grupo 1 fueron 78 varones (44%) y 99 mujeres (56%); en el grupo 2 fueron 93 varones y 87 varones (42%) y 120 mujeres (58%) (grafica 1 y 2). La media de edad para el grupo 1 fue de 55 años, para el grupo 2 fue de 77.8 años, con un rango de 65 a 97 años. En el grupo 1 los antecedentes patológicos fueron los siguientes: tabaquismo en 77 pacientes (43%), alcoholismo en 62 pacientes (35%), diabetes en 25 pacientes (14%), hipertensión en 33 pacientes (18%), cardiopatía en 29 (16.5%), patología pulmonar en 16 pacientes (9%), cáncer en 9 pacientes (5%), enfermedad neurológica en 16 pacientes (9%), enfermedad urológica en 9 pacientes (5%), hepatopatía en 10 pacientes (5.6%). En el grupo 2 los antecedentes patológicos fueron los siguientes: tabaquismo en 89 pacientes (42%), alcoholismo en 71 pacientes (34%), diabetes en 63 pacientes (30.4%), hipertensión en 94 pacientes (45%) cardiopatía en 47 (22.7%), patología

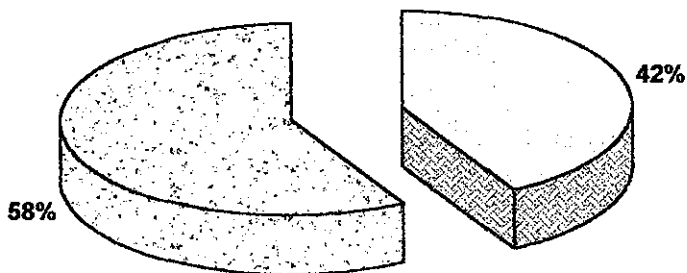
Grupo 1



□ MASCULINO □ FEMENINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grupo 2



□ MASCULINO □ FEMENINO

pulmonar en 27 pacientes (13%), cáncer en 25 pacientes (12%), enfermedad neurológica en 55 pacientes (26.5%), enfermedad urológica en 17 pacientes (8.2%), hepatopatía en 19 pacientes (9.1%).

Dentro de los antecedentes quirúrgicos en estos dos grupos se encontró lo siguiente: grupo 1 apendicetomía en 35 pacientes (19.2%), cesárea en 14 pacientes (7.9%), colecistectomía en 23 pacientes (12.9%), resección intestinal en 5 pacientes (2.8%), histerectomía en 7 pacientes (3.9%), salpingooforectomía en 20 pacientes (11.2%), plastía umbilical en 28 pacientes (15.8%) y plastía inguinal en 15 pacientes (8.4%); en el grupo 2, apendicetomía en 41 pacientes (19.8%), cesárea en 11 pacientes (5.3%), colecistectomía en 29 pacientes (14%), resección intestinal en 22 pacientes (10.6%), histerectomía en 19 pacientes (9.1%), salpingooforectomía en 10 pacientes (4.8%), plastía umbilical en 35 pacientes (16.9%) y plastía inguinal en 23 pacientes (11.1%).

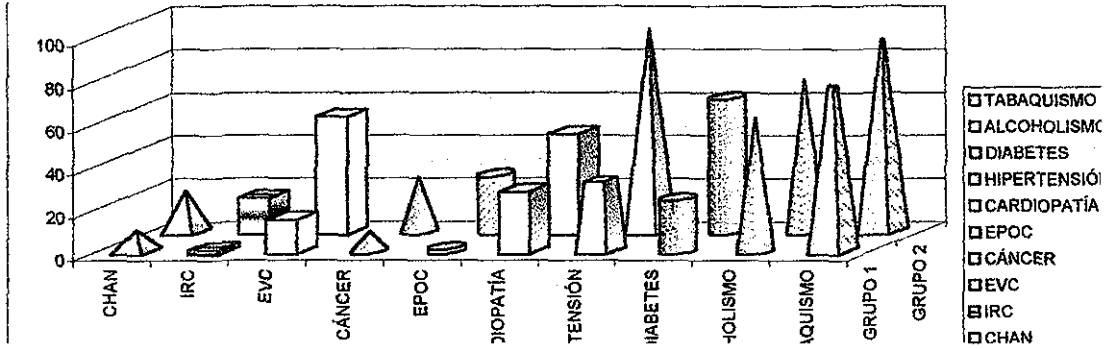
Los diagnósticos quirúrgicos encontrados en ambos grupos se muestran en la tabla 1.

Los procedimientos quirúrgicos realizados en ambos grupos se muestran en la tabla 2.

En cuanto al tiempo en que se inició la sintomatología de abdomen agudo y el tiempo en que se llegó a un diagnóstico fue el siguiente: para el grupo 1 el tiempo promedio fue de 17.9 horas, la media fue de 8.4 hrs., la mediana de 9 hrs., la moda de 12 hrs. Para el grupo 2 fue en promedio de 29 hrs, la media fue de 26.4 hrs., la mediana de 24 hrs., la moda de 28hrs. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la intervención fue el siguiente:

Grupo 1 el promedio fue de 4 horas, la media de 4.25, la mediana de 3 y la moda de 5. Grupo 2, el promedio fue de 8 horas, la media de 8.45 hrs, la

ANTECEDENTES PATOLOGICOS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES QX

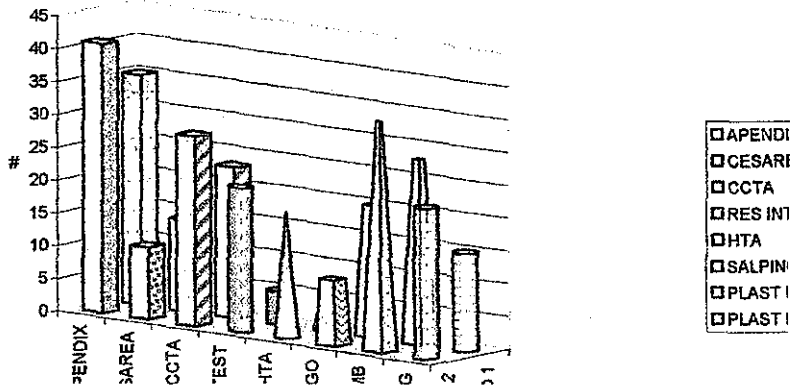


TABLA 1

DX QUIRÚRGICO	GPO 1	DX QUIRÚRGICO GRUPO 2	GPC
CCLA	35	ENF. DIVERT COMPLICADA	25
PERF INTEST	21	APENDICITIS	21
APENDICITIS	17	TROMBOSIS MESENERICA	21
HERNIA POSTINCIS	16	HERNIA POSTINCISIONAL	19
HERN FEM ESTRANG	11	CCLA	18
COLEDOCOLIT	10	HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA	15
HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	9	HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	14
ENF DIVERT COMPL	8	HERNIA FEMORAL ESTRANGULADA	12
HERNIA FEM ENCARCERADA	8	HERNIA FEMORAL ENCARCELADA	12
HERN ING ENCARCERADA	7	CA COLON	11
HERN ING ESTRANG	6	HERNIA INGUINAL ENCARCELADA	10
ABSC HEP AMEB	5	ULC GASTRICA SANGRANTE	8
QUIST OVAR TORC	5	PERFORACION INTESTINAL	5
ABSC PERIRENAL	4	ABSCESO PERIRENAL	3
TROMBOSIS MESENT	4	COLÉDOCOLITIASIS	3
CA COLON	3	ULC DUODENAL PERFORADA	3
ULCERA DUOD SANGR	3	ULC DUODENAL SANGRANTE	2
ULC GASTR SANGR	2	ULC GÁSTRICA SANGRANTE	2
ULCERA DUOD PERF	1	CA VESÍCULA	2
ULCERA GASTR PERF	2	ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO	1
CA VESICULA	1	QUISTE OVARICO TORCIDO	0
TOTAL	177	TOTAL	207

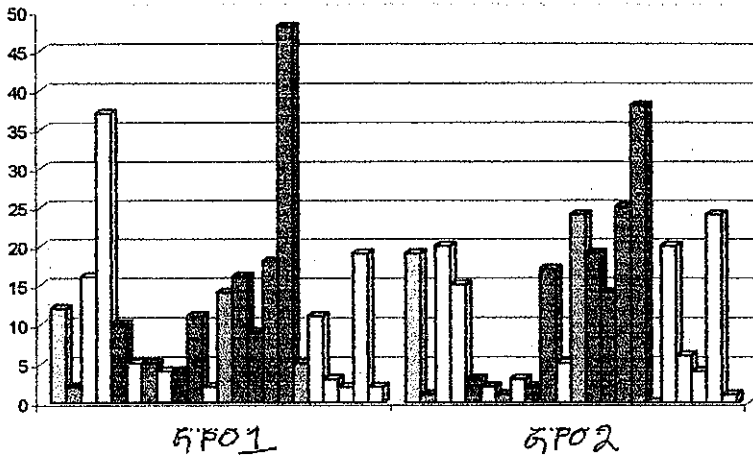
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	GPO 1	GRUPO 2
ADHERENCIOLISIS	12	19
PROC BLANCO	2	1
APENDIX	16	20
CCT	37	15
CCT/EVB	10	3
COLECISTECT PARC	5	2
DREN ABSC AMEB	5	1
DREN ABSC PERIREN	4	3
ESPLENORRAFIA	4	2
HEMICOLECTOMIA	11	17
PARCHE GRAHAM	2	5
OMENECTOMIA	14	24
PLAST PARED	16	19
PLAST UMB	9	14
PLASTIA ING	18	25
RIEEATT	48	38
SALPINGOOF	5	0
SIGMOIDECTOMIA	11	20
VAGO PILORO	3	6
VAGOANTREC	2	4
PLAST FEM	19	24
ESPLENECTOMIA	2	1
TOAL	255	263

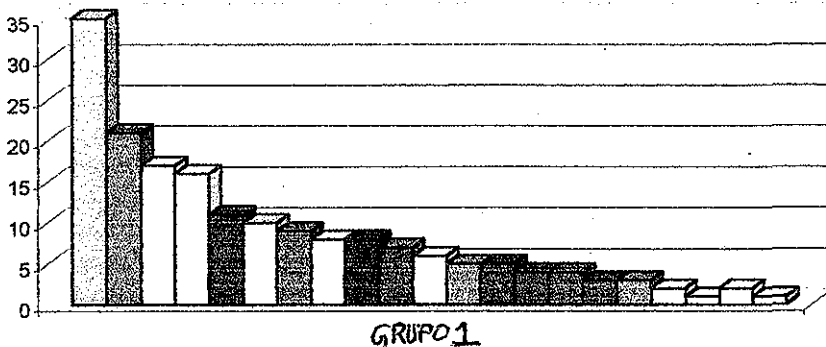
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS



- ADHERENCIOLISIS
- PROC BLANCO
- APENDIX
- CCT
- CCT/EVB
- COLECISTECT PARC
- DREN ABSC AMEB
- DREN ABSC PERIREN
- ESPLENORRAFIA
- HEMICOLECTOMIA
- PARCHE GRAHAM
- OMENTECTOMIA
- PLAST PARED
- PLAST UMB
- PLASTIA ING
- RIEATT
- SALPINGOOF
- SIGMOIDECTOMIA
- VAGO PILORO
- VAGUANI REC
- PLAST FEM

FIG



- CCLA
- PERF INTEST
- APENDICITIS
- HERNIA POSTINCIS
- HERN FEM ESTRANG
- COLEDOCOLIT
- HERNIA UMBILICAL COMPLICADA
- ENF DIVERT COMPL
- HERNIA FEM ENCARCERADA
- HERN ING ENCARCERADA
- ABSC HEP AMEB
- HERN ING ESTRANG
- ABSC PERIRENAL
- QUIST OVAR TORC
- CA COLON
- TROMBOSIS MESENT
- ULC GASTR SANGR
- ULCERA DUOD SANGR
- ULCERA DUOD PERF
- ULCERA GASTR PERF
- CA VESICULA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

moda de 10 hrs, la mediana de 9 hrs.

Dentro de las complicaciones observadas en ambos grupos, se muestran en la tabla 3.

Hay un notorio aumento de complicaciones a nivel pulmonar, desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico, infección a nivel intrabdominal y en herida quirúrgica, en el grupo 2 si se compara con el grupo 1.

Se observo diferencia estadística entre las complicaciones pulmonares, infecciosas y cardiacas de $p = 0.00001$.

En cuanto a la mortalidad ésta se muestra en la tabla 4.

Se observa clara diferencia entre uno y otro grupo, la mortalidad global para el grupo 1 fue del 18.07% y para el grupo 2 fue del 52.65%, teniendo una significaría estadística de $p = 0.00001$.

En cuanto a la estancia intra hospitalaria, esta fue en promedio para el grupo 1 de 5 días en piso y en UCI de 13 días, para el grupo 2 fue de 9 y 19 respectivamente.

TABLA 3

COMPLIC POSTOPERATORIAS	GPO 1	GPO 2
ACID MET	1	8
ABSC HUECO PELV	1	4
ABSC PARED	3	3
ABSC RESIDUAL	1	4
ATELECT	5	12
COLEDOCOLIT RESIDUAL	3	3
DEHISC HERIDA QX	4	18
DEHISC MUÑ DUODENAL/STDA	1	1
DESEQ HIDRELECTROLITICO	1	17
EVISCERACIÓN	1	4
EVENTRAC/INFEC HX QX/SEPSIS ABD	3	11
FIST ENTEROCUT	1	6
INF HX QX	2	16
NEUMONIA	9	24
IRC AGUD	1	5
SEPSIS ABDOMINAL	2	15
CARDIOPATÍA	9	19
DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA	5	13
TOTAL	53	183

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4

DEFUNCIONES	GRUPO 1	%	GRUPO 2	%
DESEQUILIBRIO ÁCIDO BASE	6	3.38	22	10.6
SHOCK HIPOVOL	3	1.69	5	2.4
SHOCK SÉPTICO	7	3.95	27	13
IAM	10	5.6	33	15.9
FOM	6	3.38	22	10.6
TOTAL	32	18.07	109	52.65

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

Las posibles causas son muchas, intra abdominal como extrabdominal se debe discernir cual es el diagnóstico lo más pronto posible, ya que el paciente anciano tiene un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad al momento de decidir o no una intervención quirúrgica de urgencia, ya que la mayoría de ellos tienen múltiples enfermedades sistémicas, lo que los hace vulnerables y que toleren pobremente las intervenciones quirúrgicas. ^{2,5,7-13}

Para éstos pacientes, los índices de mortalidad después de una cirugía abdominal de urgencia, es del 24%, concomitantemente las condiciones médicas y la pobre salud en general de estos pacientes, incrementan este índice de mortalidad ^{1,13,16}

Dentro de las enfermedades crónicas concomitantes, las que destacan son las enfermedades cardiovasculares y las neurológicas como la demencia su incidencia es del 15 al 70% ^{17,18.} ; predominando ambas en el grupo de edad mayor a 90 años. ^{10,19.} Se ha visto que en el paciente anciano desarrolla con frecuencia depresión en el postoperatorio, siendo predictivo de mortalidad ^{20,21,22.} Otras enfermedades son de origen pulmonar, cirrosis hepática, diabetes, patología renal, entre otras. ^{10,12,20-33}

Las infecciones en adultos mayores se han asociado con aumento de la morbilidad, de las cuales se cita a la neumonía, que frecuentemente se asocia a bacteriemia, sitios extrapulmonares de infección, con compromiso en la función ventilatoria y resolución tardía, se relaciona a infecciones del tracto urinario, infecciones intrabdominales (colecistitis, apendicitis, diverticulitis, etc.), con la formación de abscesos que muchas veces

progresan a la perforación y en consecuencia a una catástrofe generalizada^{10,11,14, 22, 23, 36-42}

En suma, la prevención y un estilo de vida saludable llevado en la vida de adulto joven puede traer como resultado menos enfermedades crónicas, menos incapacidad y un mejor impacto en la calidad de vida en el futuro de la vejez, al mismo tiempo disminuirán los costos en cuanto al manejo médico de dichos pacientes.

CONCLUSIONES

- El abdomen agudo en el paciente anciano, representa un reto para el cirujano; el diagnóstico e intervención quirúrgica oportunas, disminuyen considerablemente el riesgo, la morbilidad y mortalidad para éste tipo de pacientes.
- En este estudio se observó un claro aumento de las complicaciones postoperatorias en el grupo 2 en aquellos pacientes cuyos antecedentes patológicos se relacionaban con alteraciones pulmonares (16%), cardiacas (20%) y neurológicas (12%) en este mismo orden y además en aquellos en donde el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico se realizaba tardíamente y por ende el procedimiento quirúrgico.
- Se debe tomar en cuenta desde el ingreso a urgencias de un paciente anciano con abdomen agudo que se sospecha quirúrgico, que la mortalidad es de un 8% y si e diagnóstico se llega a retrasar será del (19 %), según se refiere en la literatura, en nuestro estudio se encontró que la mortalidad para el grupo 1 fue de un 18.07% y para el grupo 2 del 52.85% respectivamente teniendo una significancia estadística de $p = 0.0001$, lo cuál está directamente relacionado con los antecedentes patológicos y las complicaciones postoperatorias ya mencionadas.
- Se debe tomar en cuenta en un paciente anciano que llegó al servicio de urgencias sus antecedentes patológicos y llegar a un diagnóstico temprano para así reducir la morbimortalidad del mismo si se somete a un procedimiento quirúrgico de urgencia por un diagnóstico de abdomen agudo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kizer K., Vassar M., "Emergency Department Diagnosis of Abdominal Disorders in the Elderly". *Am J Emerg Med* 1998, 16, (4):357-62.
2. Rothrocks SG., Greenfield RH. "Acute abdominal pain in the elderly: Clues to identifying serious illness: Part 2- Diagnosis and management of common disorders. *Emerg Med Reports*, 1992; 13:185-192.
3. Fenyo G: "Diagnostic problems of acute abdominal disease in the aged. *Acta Chir Scand*, 1974; 140:396-405.
4. De Dombal FT: "Acute abdominal pain in the elderly". *J Clin Gastroenterol*, 1994; 19:331-335.
5. Greenburg AG., Salk RP., Farris JM, et al. "Operative mortality in general surgery". *Am J Surg*, 1982; 144:22-28.
6. Bugliosi TF., Meloy TD., Vukov LV: "Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med*, 1990, 19:1383-1386.
7. Pérez A., Roesch F., Díaz F., et al. "Experiencia en colecistectomía laparoscopia en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar en el paciente anciano". *cirujano general*, 2000. 22(1):35-40.
8. Buxbaum JL., Schwartz AJ. "Consideraciones perianestésicas en el paciente anciano". *Med Clin North Am*. 1994, 74: 47-68.
9. Garza-Flores JH., Basurto E., Vázquez R. "Cirugía en ancianos". *Cir Gen*. 1997, 19: 32-6.
10. Trayner E., Celli B. "Postoperative medical complications". *Med Clin North Am*. 2001, 85 (5): 90-120.
11. Lawrance VA., Hilsenbeck SG., Murlow CD., et al "Incidence and hospital stay of cardiac and pulmonary complications after abdominal surgery". *J Gen Int Med*. 1995, 10: 671-78.
12. Smetana GW., Preoperative pulmonary evaluation". *N Engl J Med*. 1999, 340: 937-44.
13. Nishida K., Okinaga K., Miyazawa Y., et al. "Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older". *Surg Today*. 2000, 30 (1): 22-7.
14. Rico MF., Ramirez GY., Escalante OM., et al. "Complicaciones respiratorias en pacientes quirúrgicos". *Cir Gen*. 1986, 8: 23-7.
15. Ponsky JL. "Complications of laparoscopic cholecystectomy". *Am J Surg*. 1991, 161: 393-5.
16. Keighley MR. "Emergency abdominal Surgery". *Gut*, May 2000, 46 (5): 741-48.

17. Farrell J., Friedman L. "Gastrointestinal bleeding in older people". *Gastroenterol Clin.* 2000, 29 (1).
18. Campion EW. "The value of geriatric interventions". *N Engl J Med.* 1995, 332: 1367-78.
19. Sloss E., Solomon D., Shekelle P., et al. "Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults". *J Am Geriatrics Soc.* April 2000, 48 (4).
20. Teno JM., Harrell Jr FE., Knaus W. Et al. "Outcomes of hospitalized patients aged 80 years and older". *J Am Geriatr Soc.* May 2000, 48 (5).
21. Winogard CH., Linderberg EC., Chavez CM. Et al. "Identifying hospitalized older patients at vabarina risk for physical performance decline: A new approach". *J Am Geriatr Soc.* 1997, 45: 604-9.
22. Koenig HG., Shelp F., Goli V., et al. "Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression". *J Am Geriatr Soc.* 1989, 37: 599-606.
23. Rennotte MT., Baele P., Aubert G., et al. "Nasal continuous positive airway pressure in the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea syndrome submitted to surgery". *Chest.* 1995, 107: 367-74.
24. Reuben DB., Rubenstein LV., et al. "Value of functional status as a predictor of mortality". *Am J Med.* 1992, 93: 663-69.
25. Carti MC., Guralnik Jm., Salive ME. Et al. "Serum albumine level and physical disability as predictors of mortality in older persons". *JAMA.* 1994, 272: 1036-42.
26. Mayer-Oakes SA., Aye RK., Leake B. "Predictors of mortality in older patients following medical intensive care: The importance of functional status". *J Am Geriatr Soc.* 1991, 39: 862-68.
27. McClellan WM., Anson C., et al. "Functional status and quality of life: Predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease". *J. Clin Epidemiol.* 1991, 44: 83-89.
28. Rakowski W., Mor V., et al. "The asociación of physical activity with mortality among older adults in the longitudinal study of aging (1984-1988)". *J Gerontol.* 1992, 47: M122-29.
29. Gloth M. "Pain Management in the elderly". *Clin Geriatr Med.* 2001, 17 (3).
30. Gordon RS. "Pain in the elderly". *JAMA.* 1979, 241: 2491.
31. Parmelee PA., Katz IR., Lawton MP., et al. "The relación of pain to depression among institutionalized aged". *J Gerontol.* 1991, 46:15.
32. AGS Panel on chronic pain in older persons: The management of chronic pain in older persons". *J Am Geriatr Soc.* 1998.
33. Tinetti M., Speechley M., Ginter SF. "Risk factors for falls among elderly persons