



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
CIRUGÍA GENERAL

**DOLOR ABDOMINAL QUIRÚRGICO
EN EL PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS-
DIAGNÓSTICO DIFÍCIL O ERROR DIAGNÓSTICO**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR
DRA. LETICIA NÚÑEZ REYES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL

DIRECTORES DE TESIS
**DR. JESÚS FERMIN ESCOBEDO ANZURES
DR. ARMANDO CIRIACO ROSALES AYALA**

- 2005 -

m348324



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.

**DOLOR ABDOMINAL QUIRÚRGICO
EN EL PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS-
DIAGNOSTICO DIFÍCIL O ERROR DIAGNÓSTICO**

Autora Dra. Leticia Núñez Reyes

Vo.Bo.
Dr. Alfredo Vicencio Tovar

Profesor Titular del Curso de Especialización de
Cirugía General

Vo.Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Director de Educación e Investigación

**DOLOR ABDOMINAL QUIRÚRGICO
EN EL PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS-
DIAGNOSTICO DIFÍCIL O ERROR DIAGNÓSTICO**

Autora Dra. Leticia Núñez Reyes

Vo.Bo.

Dr. Jesús Fermín Escobedo Anzures



Director de Tesis
Jefe Servicio Cirugía General
Hospital General Dr. Rubén Leñero

Vo.Bo.

Dr. Armando Ciriaco Rosales Ayala



Director de Tesis
Médico Adscrito Cirugía General
Hospital General Rubén Leñero

AGRADECIMIENTOS

A mi madre:

Por estar presente en todo momento, con gran cariño y respeto.

A mis hermanos:

Por aguantar mis caprichos, con el cariño de siempre.

A Miguel Ángel:

Por su amor y compañía en estos años apoyando siempre mis decisiones aun las que no he tomado.

A mis compañeros:

Por compartir mis angustias, alegrías, tristezas y anhelos

A mis maestros:

Por la enseñanza que me brindaron

A todos ustedes GRACIAS. . .

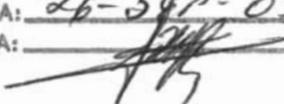
INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	

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

NOMBRE: Leticia Nuñez Reyes

FECHA: 26-5-05

FIRMA: 

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características clínicas y de atención de los pacientes mayores de 60 años intervenidos quirúrgicamente de urgencia por patología abdominal en el Hospital General Dr. Rubén Leñero del periodo de mayo 2003 a abril 2005.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de pacientes mayores de 60 años, operados de urgencia por patología abdominal. Las variables estudiadas: edad, sexo, antecedentes patológicos, cuadro clínico, diagnóstico; tiempos: de evolución, de prediagnóstico y prequirúrgico, causas de retardo diagnóstico y terapéutico; complicaciones. En el análisis estadístico se utilizaron porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS: Se obtuvieron expedientes de 108 pacientes, que se dividieron en 61% del sexo femenino y 39% al masculino, edad promedio 72 años. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor y distensión abdominal, náuseas (90%, 80% y 65%). A la exploración física se presentó dolor abdominal en el 80% e irritación peritoneal solo en 33%. La biometría hemática estaba alterada en el 55% y datos radiológicos patológicos en 46%. Las causas más comunes fueron, colecistitis aguda en 38%, oclusión por hernias en 31% y apendicitis 6%. El tiempo de evolución promedio fue de 72 horas, prediagnóstico 5 horas y prequirúrgico 11 horas. Complicaciones se presentaron el 48% de los casos, siendo las más comunes respiratorias 44%, infecciosas 33% y quirúrgicas 23%. Mortalidad del 20%.

CONCLUSIONES: En la atención del paciente adulto mayor de 60 años, con abdomen agudo, el realizar un interrogatorio y exploración física detallada, puede determinar el diagnóstico. Es fundamental identificar las enfermedades comórbidas, así como establecer el tratamiento oportuno en el menor tiempo ya que estos aspectos son las principales condicionantes de morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: Abdomen agudo, síndrome abdominal, adulto mayor, vejez.

INTRODUCCION:

Los avances en la ciencia médica, así como la intervención de la salud pública, han logrado que en las últimas décadas la expectativa de vida de la población aumente. La población señil en nuestros tiempos ha aumentado progresivamente, esto secundario a un aumento en la expectativa de vida y una disminución en el número de nacimientos. Actualmente hay más de 600 millones de personas de 60 o más años de edad en el mundo y se estima que para el 2020 la población mayor de 60 años en Estados Unidos corresponderá al 23% de su población total.^(1,3,4,6) Los avances en la ciencia médica, geriatría, anestesiología, cuidados peri operatorios y técnicas quirúrgicas, han contribuido a esto, reportándose en las personas de 75 años una expectativa de vida de 10 años para los hombres y 12 años para las mujeres en los países desarrollados.^(1,4,10) En los países en desarrollo la esperanza de vida al nacer es de 66.5 años y se estima será de 73 años para en el año 2020. Este crecimiento demográfico hacia una población senil, incide en lo económico y lo social al ser una parte muchas veces improductiva y que requieren mayor gasto en atención médica, pensiones y jubilaciones

En el paciente mayor de 60 años, el abdomen agudo quirúrgico es igualmente frecuente pero tiene características que lo hacen diferente de el mismo padecimiento en el paciente joven, empezando por el hecho de que no se presenta el "abdomen agudo" tal como este es definido, por lo cual es importante identificar esas características que lo hacen diferente, ya que la rapidez del diagnóstico es de vital importancia no sólo para salvar sus vidas, sino también para reducir las complicaciones, más aún cuando estos pacientes ya tienen por

su edad otros factores que pueden incidir en el pronóstico. En el paciente senil, muchas veces los desequilibrios hemodinámicos, metabólicos y respiratorios que acompañan a estos cuadros pueden necesitar de un diagnóstico y tratamiento más urgente que la afección que los origina. Sus causas pueden ser de origen hemorrágicas, inflamatorias, oclusivas, vasculares, traumáticas o postoperatorias. (2, 3,9).

La edad "por si misma" no es una contraindicación para la cirugía en el anciano, aunque hace algunas décadas era considerado un factor de riesgo que contraindicaba las intervenciones quirúrgicas, actualmente se ha determinado que el adulto mayor tiene la capacidad de tolerar procedimientos quirúrgicos incluso complejos. Esto no quiere decir que la edad deba ser ignorada, por el contrario, se debe tener mayor precaución y cuidado en la evaluación y detección de patología concomitante. Estas enfermedades asociadas, su número, características, la estancia preoperatorio, la demora en el diagnóstico y la intervención, la magnitud de la cirugía y la causa de la misma, son condiciones que deben tenerse en cuenta ya que modifican el riesgo quirúrgico elevándolo en la mayoría de los casos, reportándose aumento de la mortalidad de 1.5 a 5.1% cuando se detectan 2 a 3 condiciones clínicas comórbidas. (2, 4, 5,6, 10)

Por otra parte, a estos pacientes muchas veces se les solicitan exámenes complementarios que sólo retrasan el tratamiento quirúrgico, en ocasiones incluso el tratamiento médico, aumentan las complicaciones o llevan a la muerte del paciente, y en una gran parte, no aportan mayores elementos para el diagnóstico.

En casos como la apendicitis, la demora en el tratamiento es la causa de más del 40 por ciento de las perforaciones, lo que aumenta las complicaciones y la mortalidad; y en el caso de la trombosis de la arteria mesentérica superior, el retraso conlleva la mortalidad hasta del 90 por ciento. (4, 6,10)

El tratamiento electivo de problemas crónicos como son las hernias, problemas de vesícula biliar o enfermedad ácido péptica, evita complicaciones ya que en las

cirugías electivas por estos padecimientos, el porcentaje de complicaciones llega a un 3% aumentando hasta en un 30% en intervenciones de urgencia. ^(1, 4, 7, 8,9)

Por otro lado, un mal diagnóstico, además de retardar el tratamiento, puede llevar a laparotomías innecesarias ya que muchas enfermedades no quirúrgicas causan síntomas abdominales agudos, como son neumonía, infarto del miocardio, fecalomas y la más frecuente, cetoacidosis diabética.

En el paciente señil con dolor abdominal, dentro de las dificultades diagnósticas se reconoce que en gran parte no se realiza un interrogatorio adecuado en aquellos pacientes con demencia señil o afasia, siendo que la base del diagnóstico son la historia clínica y el examen físico, el cual puede brindarnos hasta un 92 por ciento de certeza diagnóstica, pudiendo llegar a un 98 por ciento con el uso adecuado de auxiliares diagnósticos. Actualmente, en la época de la cirugía laparoscópica, en los pacientes con 60 y más años, puede ser de gran valor, principalmente en quienes el cuadro clínico no permite establecer el diagnóstico. ^(1,4)

El manejo específico, tanto diagnóstico como terapéutico y una visión integral del paciente señil que contemple no sólo el dolor abdominal o exploración física, sino también los antecedentes personales patológicos, los aspectos sociales, de capacidad y comportamiento del paciente, pueden tanto acelerar el diagnóstico como mejorar la evolución y el pronóstico, ya que se ha reportado que pacientes con limitación física para actividades de la vida diaria presentan una mortalidad 10 veces mayor, siendo las causas más frecuentes, atelectasia, neumonías, ectasia venosa y embolismo pulmonar ^(1,4,16,17) Este tipo de pacientes padecen muchas enfermedades, por lo que son más vulnerables a todo tipo de agresión, sus mecanismos de defensa son limitados, dados los cambios en la homeostasis corporal, lo cual reduce la reserva fisiológica, las enfermedades se imbrican unas a otras, por lo que se manifiestan, se diagnostican y son tratadas en muchos casos de manera errónea. ^(1, 2,3,5,6, 7)

Ya se ha mencionado que los pacientes señiles sometidos a cirugía de urgencia tienen una alta morbilidad y mortalidad, principalmente secundaria a la falta de un diagnóstico y tratamiento oportuno por múltiples causas. De aquí surge la pregunta ¿cuales son esas causas?: un retardo en la solicitud de atención médica por parte del paciente, falta de datos clínicos a la exploración física, mala semiología, abuso de los auxiliares diagnósticos, falta de recursos tanto humanos como físicos.

El abdomen doloroso quirúrgico en el adulto mayor es una condición clínica potencialmente grave que representa un reto para el cirujano, ya que el paciente senil no presenta el cuadro clínico típico de abdomen agudo, simplemente dolor abdominal inespecífico y en ocasiones incluso no hay dolor. Esta situación hace que al ser valorado el paciente en urgencias, el cuadro clínico sea achacado a infinidad de causas, pero principalmente a la vejez, lo cual conlleva a que el dolor o sintomatología abdominal sea subvaluada, retardándose el diagnóstico y por tanto no se le dé el tratamiento oportuno y adecuado, en su caso tratamiento quirúrgico cuando este se requiere. En consecuencia, el padecimiento evoluciona haciéndose manifiesto de forma más clara cuando ya son evidentes las complicaciones, con el subsiguiente aumento de la morbilidad y mortalidad.

En consecuencia al incremento de este sector de la población, se genera mayor número de enfermos mayores no solo en los servicios médicos sino también en los quirúrgicos, lo cual se observa en el hecho de que en 1990 las cirugías en pacientes mayores de 65 años correspondieron al 29% del total de intervenciones, cerca de una tercera parte, muchas veces motivadas por enfermedades de largos años de evolución o para ser operados de urgencia por afecciones ya conocidas y que fueron rechazadas en cirugía electiva sobre la base de la edad.

Todo esto confiere una especificidad del paciente de 60 años o más, que conviene tener muy presente, estudiarla y evaluar los procesos de intervención, a

fin de estar lo mejor preparados para responder de manera específica a este problema de salud.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y de atención de la patología quirúrgica abdominal en pacientes de 60 años y más, intervenidos quirúrgicamente de urgencias con cuadro de dolor abdominal y/o diagnóstico de abdomen agudo, en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito federal.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio clínico observacional, transversal, descriptivo retrospectivo, en el cual el universo de estudio incluyó todos aquellos expedientes de pacientes mayores de 60 años de edad, intervenidos quirúrgicamente de urgencia por patología abdominal, en el Hospital General Dr. Rubén Leñero de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, el periodo de estudio comprendido de el 1° de mayo del 2003 al 30 de abril del 2005.

Se excluyeron aquellos expedientes de pacientes mayores de 60 años intervenidos quirúrgicamente de urgencia por patología no abdominal o traumática, cirugía programada, colocación de catéter de diálisis.

Se eliminó a aquellos pacientes con expedientes incompletos para la realización del estudio.

La información fue recabada utilizando la historia clínica del paciente, el registro de ingreso a urgencias, notas médicas, hojas de dictado quirúrgico y registros de enfermería, en el expediente clínico; los registros de cirugía de quirófanos, registros estadísticos del servicio de cirugía general. Dichos datos se registraron en un formato para recolección de datos el cual se muestra en la figura 1, posteriormente se transcribieron a hoja de cálculo de Excel en una computadora portátil.

Las variables que se analizaron en relación a las características clínicas del cuadro fueron: edad, sexo, tiempo de evolución, definido como el tiempo en horas

transcurrido desde que se iniciaron los síntomas hasta que se acude a solicitar atención médica de urgencia; de las notas de ingreso a urgencias y valoración de cirugía se obtuvieron los síntomas más frecuentemente referidos por el paciente y que motivaron consulta se investigaron específicamente: dolor y distensión abdominal, náuseas, vómito, hiporexia, astenia, adinamia, tumoración abdominal, fiebre, ausencia de evacuaciones, falta de canalización de gases, diarrea, melena y disuria.

De igual modo se investigaron los datos de la exploración física al ingreso, específicamente: signos vitales si se encontraban en parámetros normales o no, el estado de hidratación analizando el nivel: normal, deshidratación leve, moderada o severa; dolor abdominal, datos de irritación peritoneal; peristalsis, presencia de distensión abdominal, tumoración o masa palpable, palidez, desorientación.

Para el análisis de los estudios laboratorio y gabinete: se tomo en cuenta los estudios realizados al ingreso a urgencias, mismos que se recabaron del expediente analizando de la biometría hemática: nivel de hemoglobina y cuenta leucocitaria, de la química sanguínea la determinación de glucosa; de los electrolitos séricos el sodio y potasio. De los estudios de gabinete solo se analizo la placa simple de abdomen, por registros de enfermería se identifico a aquellos a quienes se les realizo el estudio y los resultados se obtuvieron de las notas médica

Para la determinación de la patología quirúrgica más frecuente se tomo en cuenta el diagnostico posquirúrgico causal del cuadro clínico, distribuyendo las variables de acuerdo a los síndromes que conforman el abdomen agudo de origen intrabdominal, se clasifico de la siguiente manera:

I. Inflamatorio (peritoneo, visceral):

- Apendicitis
- Colecistitis
- Úlcera péptica
- Diverticulitis
- Pancreatitis
- Otras

II. Mecánico (oclusivo):

- Hernias
- Adherencias
- Neoplasias
- Vólvulos
- Otras

III. Vascular (isquemia, hemorragia)

- Trombosis mesentérica
- Sangrado intraperitoneal

IV. Diversos:

- Endometriosis

En cuanto a los antecedentes personales patológicos se determinó:

- la presencia o no enfermedades concomitantes, tipo y número de estas.
- si tenían o no antecedente de cirugías después de los 60 años y
- diagnóstico previo de patología de resolución quirúrgica sin tratamiento.

En el aspecto de atención las variables analizadas fueron:

- Tiempo prediagnóstico definido como el tiempo en horas desde ingreso a urgencias hasta la hora en que se registra el diagnóstico quirúrgico en el expediente;

- Tiempo prequirúrgico: número de horas desde diagnóstico quirúrgico hasta el ingreso a quirófano.

- Número de valoraciones realizadas por el especialista de cirugía general para establecer el diagnóstico quirúrgico.

- Causas de retardo en el diagnóstico: falta de valoración por cirugía general, solicitud de estudios complementarios, solicitud de valoración por otras especialidades, mejorar condiciones generales del paciente, cambio de turno, falta de personal, manejo conservador inicial, falta de espacio quirúrgico, tardanza en autorización de la cirugía por familiares y paciente.

Con respecto a las complicaciones se analizó la presencia o no de las mismas, estas se agruparon en: respiratorias, cardiovasculares, digestivas, quirúrgicas, genitourinarias, metabólicas e infecciosas, incluyendo en esta última la infección de la herida y en las quirúrgicas únicamente aquella consecuencia de la cirugía. En los casos en que se requirió reintervención cual fue la causa.

La causa de egreso se agrupó en: mejoría, defunción y traslado. En el caso de defunción cuales fueron las causas.

Todos los resultados se resumieron mediante análisis estadístico descriptivo pruebas como promedio, moda y mediana, desviación estándar para las variables cuantitativas y de frecuencia y promedio para las variables cualitativas. Los algunos resultados se muestran en tablas y gráficos.

RESULTADOS:

En el periodo comprendido del 1° de mayo del 2003 al 30 de abril de 2005, se intervinieron quirúrgicamente un total de 239 pacientes mayores de 60 años por todas las causas tanto cirugía de urgencia como programada en el servicio de Cirugía General. De los cuales 137 pacientes fueron intervenidos por patología abdominal de urgencia lo que represento el 57% de todas las cirugías en pacientes mayores de 60 años.

En el estudio se incluyeron 108 pacientes de los cuales si se contaba con expediente completo. De estos un total de 61% (66) casos correspondieron al sexo femenino y 39% (42) al sexo masculino.

La edad promedio fue de 72.53 años, desviación estándar \pm 8.46 mediana de 71.5 años y moda de 61 años, rango de 60 a 96 años. Para el sexo masculino la edad promedio fue de 71 años, mediana de 72, moda 78, rango 60-96años. Para el sexo femenino la edad promedio fue de 71 años, mediana 71, moda de 68, rango de 60 a 92 años.

En lo referente al padecimiento motivo de intervención, se encontró que los pacientes solicitan atención medica de urgencia con un tiempo de evolución de 72 horas en promedio, media y mediana de 72 horas; rango 2 a 360 horas; presentándose el 28% de los pacientes en las primeras 24 horas, 13% a las 48 horas, 18% a las 72 horas, 10% a las 96 horas, 12% a las 120 horas 6.5% a las 192 horas y 6.5% a las 360 horas.

De los signos y síntomas referidos por el paciente como causa de consulta, en orden de frecuencia fueron: dolor y distensión abdominal en 89.8% y 80.6% respectivamente, náuseas, 4.8%, vómito 51.8%, hiporexia 40.7%..., tumoración o masa palpable 35.2%. (Cuadro I, Figura 2).

De la exploración física al ingreso a urgencias los resultados fueron los siguientes: Los signos vitales al ingreso se encontraban normales en 68.5%(74) pacientes y alterados en 31.5%(34) presentando fiebre solo 4.6%(5) de ellos.

El estado hídrico en el 25%(27) era normal y en 75%(81) se presentó algún grado de deshidratación siendo la más frecuente la deshidratación leve en el 43%(46).

Aunque el dolor abdominal es el dato más frecuente a la exploración, solo lo presentaron el 80.5% (87) de los pacientes y 19.5% (21) no lo presentaron

Del total de pacientes con dolor abdominal solo 33.3% (36) presentaron datos francos de irritación peritoneal lo cual representa solo una tercera.

En cuanto a la peristalsis esta se encontraba: normal en 39%(42), disminuida en 32%(35), aumentada en 18%(19) y ausente en 11%(12).

El 63% (68) de los pacientes presentó distensión abdominal, 35.2%(38) tumoración o masa palpable, 27.8%(30) palidez y 6.5%(7) desorientación 7. (Cuadro II)

De los estudios paraclínicos, se analizaron de la biometría hemática los reportes de hemoglobina y cuenta leucocitaria, de la química sanguínea los niveles de

glucosa y de los electrolitos sericos el sodio y potasio, los resultados fueron: (Cuadro III).

De la biometría hemática se encontró: hemoglobina baja en 14.8% (16), cuenta leucocitaria normal en el 47.2%(51) de los casos, leucocitosis en 44.5%(48) y leucopenia en 8.3%(9). Con presencia de neutrofilia en el 60% (55%) independientemente del nivel de leucocitos.

En la química sanguínea la alteración principal fue la elevación de los niveles de glucosa presentándose en 59(55%) pacientes, aun en aquellos que no eran diabéticos.

Los electrolitos sericos en el mayor porcentaje se encontraron en parámetros normales sin embargo por lo menos una cuarta parte de los pacientes presentaba hiponatremia reportándose en este estudio en el 27% de los casos.

En lo referente a estudios de gabinete, en específico rayos x de abdomen, este se realizo a 83 pacientes (76.85%), de los cuales únicamente en 38 (46%) pacientes se reportaron datos patológicos. De estos lo más común fue la presencia de dilatación de asas intestinales en el 66% niveles hidroaereos 53% y asa fija en 24%.

En cuanto al diagnostico quirúrgico establecido como causal del cuadro motivo de la cirugía de acuerdo a la clasificación establecida los resultados mostraron que la patología inflamatoria secundaria a colecistitis aguda ocupa el primer lugar con un 38% (41), seguido de la patología por oclusión secundaria a hernias complicadas en el 31%(34) de los casos, el tercer lugar lo ocupo la patología apendicular con un 6%. (Cuadro IV).

De los 41 pacientes con cuadro de patología vesicular esta fue a su vez secundaria a colecistitis aguda en 15 (36.5%), pirocolecisto 9 (22%), hidrocolecisto 7(17%), colasco3 (7.3%), colangitis 3(7.3%), colédoco litiasis 3(7.3%) y con fistula colecistocolónica 1(2.4%). (Cuadro V)

De la patología por oclusión, esta fue secundaria principalmente a hernias complicadas, de las cuales la más frecuentes fueron las hernias inguinales en 16 casos (47%), seguido de las hernias umbilicales en 11(32.5%) y hernias pared en 7(20.5%). (Cuadro VI)

Aunque se reportan únicamente 5 casos de neoplasia como causa de oclusión, se encontraron un total de 10 casos de neoplasia que corresponde al 9% del total de pacientes de estudio. Cuadro VIII.

El diagnostico preoperatorio y postoperatorio fueron concordantes en 86 casos (80%) y discordantes en 22(20%).

De acuerdo a los antecedentes personales patológicos: un total 60 (56%) pacientes presentaban enfermedades asociadas de las cuales las más frecuentes fueron: hipertensión arterial 29%, diabetes mellitas 17%, enfermedad acido péptica 16%, cardiopatía en 13%. (Cuadro VII) (Figura 3)

De estos 60 pacientes 29 (27%) tenía una enfermedad asociada, 18 (16.7%) tenía dos, 12(11.1%) tres y 1 (0.9%) cuatro.

Se encontró además que 34 pacientes (31.5%), tenían el antecedente de haber sido intervenidos quirúrgicamente por lo menos en una ocasión después de los sesenta años, llegando a encontrarse pacientes hasta con cinco cirugías, sin incluir la cirugía motivo de ingreso a este estudio. Del total de pacientes

estudiados 27 (25%) tenían el antecedente de patología quirúrgica diagnosticada con anterioridad por lo menos dos años previos, sin tratamiento de la misma.

En el aspecto de diagnóstico quirúrgico, el tiempo prediagnóstico se promedió en 5 horas, moda 1 hora 20 minutos, mediana de 4 horas 30 minutos (rango de 30 minutos a 240 horas).

El diagnóstico se realizó en 52% de los casos, posterior a la primera valoración por el servicio de cirugía general, en 18.5% después de dos valoraciones, en 18.5% después de 3, en 6.5% después de 4 y en 5% de los casos ameritaron 5 o más.

En cuanto a factores identificados como causales de retardo en el diagnóstico la principal razón fue la tardanza en la valoración por el especialista ya que como vemos el diagnóstico se estableció en el 56 pacientes (52%) en una primera valoración, posteriormente en 42 casos (39%) la solicitaron exámenes paraclínicos.

El tiempo prequirúrgico se promedió en 11 horas, moda y mediana de 3 horas, con rango de 30 minutos a 240 horas (10 días).

Los factores identificados como causales de retardo en el tratamiento fueron;

- falta de tiempo quirúrgico en 18 casos (17%),
- cambio de turno del personal de quirófano en 16 (15%),
- se solicitan valoraciones por otras especialidades como medicina interna y/o terapia intensiva: 16(15%),
- se decide manejo conservador inicial por el riesgo 10 (9%)
- se indica mejorar condiciones generales previo a la cirugía: 9 (8%)
- tardanza en la autorización por familiares: 3 (3%).

En el periodo postoperatorio se presentaron complicaciones en 48% (52) de los pacientes de las cuales las mas frecuentes fueron en orden decreciente las respiratorias en el 44% (23), infecciosas 33%17, cardiovasculares y quirúrgicas en 23% cada una. (Cuadro IX) (Figura4).

En 17 pacientes lo que equivale al 16%, se presento la necesidad de reintervención. Las causas de reintervención fueron: evisceración 7 casos (6.5%), sangrado 3 (3%), oclusión1 (0.9%) y sepsis 6 (5%). Se tomo en cuenta en una sola ocasión cada paciente reintervenido independiente del número de cirugías realizadas posterior a la primera.

La estancia hospitalaria registrada fue de 9 días en promedio, con una mediana de 6 y moda de 2, con un rango 1 a 86 días.

Las causas de egreso reportadas fueron por mejoría en 86 casos que representa el 79.6%, por defunción 22 casos correspondientes al 20.4%. Aunque no hubo egresos por traslado, de los egresos por mejoría 9 casos egresaron con referencia a servicio oncológico.

Las causas de defunción se debieron principalmente a falla orgánica múltiple y séptica, una con reporte de 5 casos (23%), edema pulmonar en 3 (14%), insuficiencia cardiaca en 2 (9%), tromboembolia pulmonar, trastornos hidroelectrolíticos y trombosis mesentérica cada una con dos casos (9%) y un caso de broncoespasmo 1 (4%). (Cuadro X).

DISCUSION:

El abdomen agudo quirúrgico en el paciente adulto mayor, en especial en el mayor de 60 años, es una condición clínica potencialmente grave, y representa un reto para el cirujano, ya que requiere una evaluación exhaustiva y de las condiciones comórbidas, para manejo conjunto debiendo realizar el manejo quirúrgico en el menor tiempo posible.

El Consejo Mexicano de Cirugía General, define el abdomen agudo como "aquel síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, de inicio súbito, no diagnosticado previamente, de evolución corta, por lo general de 24 a 48 hrs., que se acompaña de otros signos y síntomas, comúnmente los de peritonitis aguda y que generalmente requiere manejo quirúrgico de urgencia"⁽¹⁹⁾

En el caso del paciente señal, el abdomen agudo no corresponde a esta definición, ya que el cuadro clínico es en el mayor porcentaje completamente atípico, empezando por el dolor el cual tiende a ser vago, insidioso, y hasta en un 20% de los casos se reporta ausencia del mismo sobre todo en los mayores de 80 años(3), en nuestro estudio se reporta el dolor como síntoma en 90% de los pacientes, pero en la exploración solo se encontró en el 80%, lo que concuerda con las referencias, de estos solo una tercera parte tenía datos de abdomen agudo. El tiempo de evolución es otro aspecto que difiere de la definición ya que el paciente señal se presenta a solicitar atención médica en promedio tres días después de iniciados los síntomas. Es aquí la primera causa de retardo en el tratamiento quirúrgico, al ser tardíos e inespecíficos los síntomas iniciales, la primera atención médica se demora.

Una vez que el paciente acude a solicitar atención médica, se presenta la segunda causa de retardo, el hecho de que muchas veces el interrogatorio es inadecuado por demencia senil, sordera, afasia, y otras enfermedades concomitantes, se complementa con el hecho de que el médico en ocasiones por la carga de trabajo, ve con fastidio el tener que atender a este tipo de pacientes, pues "su problema son los años", realizando por "la falta de tiempo" un interrogatorio y exploración superfluas, cayendo en el error diagnóstico, secundario a esto se inicia un manejo equivoco, modificando aun más el cuadro clínico ya por sí mismo atípico.

Dentro de los datos de la exploración física y estudios de laboratorio en nuestro estudio se vio que los signos vitales se encuentran en parámetros normales, en tres cuartas partes de los pacientes, sin embargo este termino de normal debe tomarse con cautela; si bien en los pacientes con abdomen agudo la tendencia es la presencia de taquicardia, en nuestro grupo de estudio, hay cambios fisiológicos en el aparato cardiovascular: el ritmo cardiaco disminuye y el volumen diastólico y sistólico final aumentan, con lo que se mantiene el gasto cardiaco el cual disminuye progresivamente con la edad, además la reactividad beta adrenérgica miocárdica disminuye, así como la sensibilidad refleja de los barorreceptores, todo esto conlleva a una alteración de las reacciones cardiovasculares compensatorias, por tal motivo en un paciente anciano con frecuencia cardiaca de 80x' que es un parámetro normal, podría ya significar taquicardia, tomando en cuenta lo anterior y que hay rigidez progresiva de las arterias tanto sistémicas como coronarias, el riesgo de complicaciones cardiovasculares aumenta en un paciente anciano con "signos vitales normales" principalmente la isquemia y arritmias. (1, 2, 5, 8, 14, 19)

La respuesta inmunológica también declina con la edad, lo que condiciona una ausencia de respuesta febril, como vimos solo se presento en el 5% de los pacientes de este estudio; la respuesta leucocitaria igualmente se altera observando elevaciones solo en 50% de los pacientes, esto por disminución de los linfocitos T y de IgG e IgM, por lo que las infecciones son más frecuentes (1,2.

14). De aquí que el solicitar exámenes paraclínicos es poco útil como determinantes del diagnóstico.

A nivel endocrino otro cambio importante que se presenta con la edad es la intolerancia a la glucosa, lo cual concuerda con el hecho de que los pacientes del estudio presentaron hiperglicemia en el 55 % de los casos, esto ha visto es secundario a una resistencia a la insulina a nivel tisular, de causa aún incierta, pero que es influenciada por factores como el peso, la actividad física y la dieta. En pacientes sanos con intolerancia, los niveles de glucosa son normales, pero los niveles de hemoglobina glucosilada se encuentran elevados y ante situaciones de estrés como una cirugía la glucemia se eleva. Lo importante en estos pacientes es que también presentan niveles elevados de insulina en sangre lo que condiciona la aterogenesis aumentando el riesgo de complicaciones, mismo que debe ser tomado en cuenta en la valoración preoperatorio del riesgo quirúrgico.^(1,2,5,8,14,19)

A nivel urinario, la función renal se deteriora por deterioro de la función glomerular la cual decrece en un 45% a los 80 años, disminuyendo el clearance de creatinina 0.75ml por minuto por año en personas sanas. La función tubular pierde la capacidad de regular el balance hidroelectrolítico, presentándose una deshidratación por pérdida de sodio y agua, esto secundario a la pérdida de nefronas funcionales, la disminución de la renina tanto basal como en situaciones de estrés y la falla del sistema renina angiotensina. Aunque los ancianos pueden reducir la excreción de sodio cuando se restringe el aporte o aumentan las pérdidas, la reacción es lenta y la deficiencia que se produce antes de que se reduzca la excreción es mayor. Por tal motivo cuando se realiza reposición de volumen si este es inadecuado, el paciente es menos capaz de excretar una sobrecarga de agua y sal, aumentando el riesgo de complicaciones como falla cardíaca y edema pulmonar aunado a los cambios cardiovasculares ya mencionados. En nuestro estudio esto se demostró claramente al presentarse

deshidratación en el 75% de los pacientes con hiponatremia en el 27%. (1, 2, 5, 8, 14, 19)

Valdez Jiménez y colaboradores en un estudio de pacientes mayores de 65 años, reporta como las causas más frecuentes de abdomen agudo: la oclusión intestinal (58.9%), colecistitis aguda (13.5%) y la úlcera péptica perforada (10.9%). Dicha distribución causal se corresponde con los resultados de nuestro estudio invirtiéndose el orden encontrando en primer lugar la colecistitis y en segundo la oclusión por hernias. (3).

La colecistitis es común en nuestro medio, se reporta que el 20% de los pacientes, con estadísticas de incidencia de 14.3% con incremento de hasta 35%. Granados-Romero en su estudio reporta la colecistitis aguda, piocolecisto e hidrocolecisto, como las causas más frecuentes de cirugía por patología vesicular en el adulto mayor, datos que concuerdan con nuestros resultados. En este problema la cirugía laparoscópica ha reducido el dolor posquirúrgico, la estancia hospitalaria, así como las complicaciones cardiopulmonares de un 43 a 14%, lo cual la ha convertido en el tratamiento de elección (5,22).

Dentro de las causas oclusivas Quintana, Proenza y Fuentes en dos estudios diferentes describen las hernias complicadas como primera causal de oclusión en el adulto mayor, dato que se concuerda con los resultados obtenidos. (7,8, 15,16). Esta tendencia a la presencia de hernias puede estar en relación al debilitamiento de la pared abdominal por la edad, además de estar presentes desde edades tempranas sin ser tratadas electivamente. Pues como vimos en 25% de los pacientes se tiene el antecedente de problema quirúrgico generalmente hernias que no son tratadas. De las muertes por oclusión intestinal el 50% son mayores de 70 años. El tratamiento no quirúrgico de la oclusión resulta exitoso en 75% de los casos en las primeras 24 horas, no debiendo retardar el manejo quirúrgico ante la falta de mejoría, aunque debemos tener en cuenta que el 35% de los pacientes presenta recurrencia a 4 años y el 50% a 10 años. (14,21)

Como ya se ha señalado la frecuencia de apendicitis disminuye con la edad representando el 5- 10 % de todos los casos los pacientes mayores de 60 años, en nuestro estudio represento el 6% lo cual concuerda con otros reportes. Estos pacientes se ha visto que hasta en el 40% de los casos son tratados con otros diagnósticos de forma inicial. ⁽²⁰⁾ Morales González reporta en un estudio de apendicitis en el anciano, el dolor atípico en 59% de los casos, leucocitosis en el 59%, tiempo de evolución promedio al momento del diagnostico de 41.3 horas, con un retardo diagnostico de 60 horas lo cual representa una gran diferencia en cuanto al paciente joven en el que el retraso diagnostico es de 13 horas. La mayor incidencia que reporta es entre los 60 a 69 años, con apéndice perforada en 31%, complicaciones las reporta del 22.9% en los cuales el diagnostico se realizo después de 48 horas de evolución. Esto hace relevante la necesidad de un diagnostico oportuno ya que la mortalidad aun se reporta muy elevada hasta en 15% de los pacientes. ^(9,20)

La ulcera péptica gastroduodenal, afecta al 10% de la población en algún período de la vida, y se reporta una incidencia máxima entre los 55 y 65 años, con una prevalencia de 18 casos por cada 1000 pacientes, la cual se ve favorecida por tres aspectos: la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* misma que aumenta con la edad reportándose en el 90% de las úlceras duodenal y 60-80% de las úlceras gástricas, al uso de aines y el tabaquismo. Se reporta en diversos estudios a la ulcera péptica perforada como causal de abdomen agudo en el 5-10% de los casos, hecho similar al de este estudio en el que constituyo el 5.5%, con una mortalidad elevada reportada en 20%. ⁽²²⁾

En relación al tiempo de prediagnostico, en nuestro estudio se reporta una media de 5 horas, el cual es acorde a otros estudios, los cuales refieren tiempos prediagnostico de 4.97 horas reportando la asociación entre el tiempo y la presencia de complicaciones y mortalidad, en la cual los pacientes con tiempos mayores a los referidos tenían mayor morbilidad y mortalidad que aquellos con menos de 2.30 horas. ^(8,9,14)

De igual modo los pacientes con tiempos prequirúrgicos medios de más de 6 horas presentaban un mayor porcentaje de complicaciones y mortalidad, algunos estudios reportan tiempo prequirúrgico promedio de 7 y 6 horas, en nuestro estudio el tiempo de diagnóstico medio fue de 11 horas. ^(8, 9, 14)

Varios estudios comprueban que la estancia preoperatorio se relaciona significativamente con las complicaciones y morbilidad elevada, reportando complicaciones en el 37% de los pacientes con más de 8 días de estancia preoperatorio ⁽⁸⁾.

Analizando estos resultados, llama la atención que, los tiempos prequirúrgicos son mayores a los tiempos prediagnóstico, es decir, que hay menos tardanza en establecer el diagnóstico, pero más en ingresar al paciente a quirófano, ¿cual es la causa de esto? si la necesidad de cirugía se reconoció al establecer el diagnóstico. Aunque en los estudios no se hace referencia específica a este punto y se menciona ampliamente que la cirugía no debe ser postergada en la medida de lo posible, ya que las complicaciones aumentan como lo demuestran igualmente dichos estudios incluyendo el presente. Esto lamentablemente sigue ocurriendo, en base a los argumentos de solicitar nuevos estudios y/o valoraciones por otros servicios, mejorar las condiciones generales del paciente, falta de personal tanto médico como de enfermería y/o espacios físicos.

Si bien el paciente adulto mayor debe ser valorado integralmente tanto por el cirujano, como por el anestesiólogo y el internista o intensivista, ya que es un paciente de alto riesgo y se deben manejar los trastornos concomitantes, como por ejemplo la deshidratación, la hiperglucemia o la hipertensión; esto no debe ser condicionante para retardar la cirugía y contrariamente el cirujano debe inmiscuirse completamente en la estabilización del paciente para apresurarla y no dejar como ocurre en muchas ocasiones que únicamente el internista o el médico de urgencias lo realice, ya que genera un círculo vicioso en el cual a mayor

tardanza en el manejo, se genera mayor descompensación, aumentando las complicaciones.

A pesar del compromiso fisiológico de los diversos órganos y sistemas, éstos suelen ser funcionalmente suficientes para tolerar un tratamiento quirúrgico. Sin embargo, la presencia de enfermedades coexistentes tiene influencia directa sobre el resultado, aumentando la mortalidad de 1.5% a 6.1% cuando se detectan 3 condiciones comórbidas. Valdez Jiménez, junto con otros autores reporta dentro de las principales patologías comórbidas a la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En nuestro estudio la enfermedad ácido péptica se agrega en importancia de frecuencia a estas enfermedades y se reportan en un 48% de los pacientes. ⁽⁸⁾

La hipertensión arterial en varios estudios es la patología asociada más común, misma que es un factor de riesgo importante para otras patologías principalmente la cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca; por lo que es de suma importancia el control adecuado para disminuir la morbilidad y mortalidad. ^(2, 7, 6, 12,13)

Un punto importante dentro de los antecedentes es el hecho de que un 25% de los pacientes del estudio, tenía conocimiento de la necesidad de manejo quirúrgico por patologías ya diagnosticadas como lo son las hernias y la litiasis vesicular, mismas que rechazaron la cirugía por miedo, desconocimiento del manejo, lo que pudo evitar el manejo de urgencia. Quintana Proenza reporta que el 75% de las cirugías de urgencia son cuadros que pudieron ser resueltos tempranamente de forma electiva, y que el 45% de los casos el paciente ya había sido diagnosticado y tenía el conocimiento de la necesidad de cirugía, siendo las hernias la principal causa. ⁽¹¹⁾

De estos casos no tratados electivamente el 65% no había aceptado el manejo quirúrgico por falta de orientación, el 13% por presentar una contraindicación médica y el 2% por causas hospitalarias.⁽⁷⁾

En relación a las complicaciones estas se presentaron en el 35 a 48% de los pacientes, siendo las más frecuentes las, respiratorias: como son atelectasias, neumonía, insuficiencia respiratoria, tromboembolia pulmonar; cardiovasculares: arritmia, insuficiencia cardíaca, éxtasis venosa, infecciosas: infección de la herida, formación de abscesos, y quirúrgicas: evisceración, dehiscencia, sangrado que concuerda con otros reportes.^(3, 5,8)

Estas complicaciones, como vimos pueden ser evitadas en gran medida si se realiza una adecuada valoración preoperatorio, pues aunque los pacientes señiles tiene una reserva fisiológica disminuida, los mecanismos compensatorios, hacen que el paciente parezca "estable", enmascarando procesos comorbidos que en reposo no provocan síntomas o repercusión clínica, pero que en situaciones de estrés se diagnostican tardíamente en el periodo postoperatorio, una vez que se manifiestan ya como una complicación, independientemente de las complicaciones inherentes a la propia cirugía.

Por tanto en este grupo etario se debe hacer tanto un interrogatorio como una exploración física intencionada y exhaustiva no solo para realizar un diagnostico sino también para determinar las condiciones generales del organismo del paciente, las cuales si se conocen los cambios fisiológicos que sufre el paciente adulto mayor se pueden identificar con mayor prontitud.

En el aspecto de mortalidad, los estudios reportan mortalidades que van desde 7.6 al 30%.^(9, 8, 3,14), la cual va a ser dependiente de la edad, enfermedades asociadas, tiempo de evolución, tipo de cirugía.^(8,16)

Se reportan en varios estudios a la bronconeumonía, falla orgánica múltiple y la sepsis como los tres principales causales de muerte en los pacientes quirúrgicos de urgencia mayores de 60 años, acorde a nuestros resultados.

En conclusión los puntos relevantes de este estudio son:

El abdomen agudo en el adulto mayor de 60 años, es una entidad clínica que históricamente se ha visto como un proceso de diagnóstico difícil, con altos porcentajes de morbilidad y mortalidad.

Aunque el cuadro clínico es inespecífico y solo una tercera parte de los pacientes presentan datos de abdomen agudo, si se realiza una investigación detallada de los antecedentes, padecimiento y exploración física acuciosa, tomando en cuenta los cambios que condicionan la disminución de la reserva fisiológica, se puede llegar a un diagnóstico correcto y oportuno. Pues una mala semiología es el principal error diagnóstico que se comete con estos pacientes.

La cirugía temprana mejora el pronóstico el cual depende no solo del tiempo y la edad del paciente sino de las enfermedades concomitantes que son el principal predictor de morbilidad y mortalidad, ya que la presencia de dos patologías comórbidas aumenta la mortalidad por cirugía de urgencia a más del 50%.

La colecistitis aguda y la oclusión por hernias son condicionantes del 75% de las cirugías de urgencia en los pacientes mayores de 60 años, ambos padecimientos que pueden ser detectados y corregidos por cirugía electiva oportuna y que en el 45% el paciente ya conocía el diagnóstico. Y la principal causa de esta falta de tratamiento, se deduce de una mala relación médico paciente en la que el médico tiene el deber de informar al paciente, no solo de que tiene un problema que amerita cirugía, sino todos los riesgos y complicaciones que esto implica, resolviendo las dudas del paciente que como vimos el miedo y la falta de comunicación son las causas más frecuentes de un retardo en la cirugía electiva.

Si el diagnóstico quirúrgico se puede realizar en una primera valoración en el 50% de los casos, el tiempo prediagnóstico promedio es de 4 horas y las principales causas de este cuadro ya son conocidas, entonces el problema en el manejo de estos pacientes más que el diagnóstico difícil, es el desconocimiento de aquellos cambios fisiológicos que van a condicionar que ante el estrés el organismo no pueda mantener la homeostasis, generando complicaciones como por ejemplo la sobrecarga hídrica que conduce a falla cardíaca y/o pulmonar principales causas de mortalidad.

Finalmente este estudio, debe conducirnos a tener un mayor interés por profundizar en las características particulares del abdomen agudo en este grupo poblacional, el cual cada vez es mayor y demanda una atención oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. James M, Watters, M.D. Surgery in the elderly. Canadian Journal of Surgery, Vol 45 , No2, April 2002, 104-108
2. Edmund T. Lonergan, M.D. Atención del paciente quirúrgico señil. Lawrence W.Way Diagnostico y tratamiento quirúrgico. 7ª edición 1995 Pág. 76-80
3. Valdés Jiménez J. Mederos Curbelo O. et al, Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. Rev Cubana Cir 2002 41(1) pp.23-7
4. Barbosa Eduardo. Abdomen agudo en el adulto mayor. Diagnostico Lima julio-agosto 2003. vol 42, num. 4 Pág. 229-234
5. Rosenthal, R.A. Zenilman. M.E. Karlic. Surgery in the elderlay. Texbook of surgery. Sabinston l6 edition 2001; pp 226-46
6. David Rigberg.. Michael Cole. et al, Surgery in the Nineties The American Surgeon september 2000, vol 66 pag 813-816
7. Quintana Proenza A. Sánchez Rijas T, Quintana Marrere J, et al. El adulto mayor en cirugía general. Rev Cubana de Cirugía 2001 vol 40 num 3 pag 305-311.
8. Fuentes Valdés E. Jiménez Paneque. Riesgo quirúrgico en pacientes de 60 años y más. Rev Cubana Cirugía 2000, 39 (1) pp 73-81

9. Morales González R.A, Ordinales Nuñez J. Salcedo Prometa L. Morbilidad y mortalidad de la apendicitis aguda en los pacientes geriátricos 1990-1999. Rev Cubana Cirugía 2002; 41 (1) pp:28- 32
10. Edwards A.E., Seymour, D.G., McCarthy, J.M. A 5 year survival study of general surgical patient aged 65 years and over. Anaesthetists vol 51 (1) January 1996 pp 3-10
11. Quintana Proenza A. Sánchez Rojas T. Quintana Marrero J, et al. El adulto mayor en cirugía general. Rev Cubana Cir. 2001, 40 (3) pp305-31
12. Wather E. pofalb, FACS, and Walter Porries. Current Status and Future Directions of geriatric general Surgery. J. Am Geriatric Soc july 2003 vol 51, no. 7 sup. Pp s351-354
13. F. Jin and F. Chung. Minimizing perioperative adverse events in the elderly. British journal of Anaesthesia 2001 87 (4) 608-24
14. Arenal Juan J. Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. J. Canadian Surg April 2003 Vol 46 (2) pp 111-116
15. Rodríguez-Paz CA, Palacio-Vélez F. Causas y mortalidad de la obstrucción intestinal en el anciano. Rev Gastroenterol Mex 2000 65(3) 121-123
16. Colorectal cancer Collaborative Group. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. The lancet vol 356, September 16, 2000 pag 968-974
17. Ancelin, Marie-laure, De Roquefeul, Guilhem, et al, Exposure to anaesthetic agents, cognitive functioning and depressive symptomatology

in the elderly. The british Journal of Psychiatry, vol 178, April 2001 pp 360-66.

18. Asociación Mexicana de Cirugía General Consejo Mexicano de Cirugía. Tratado de cirugía general, Manual moderno 1ª edic 2003, P 286.
19. Wilson, Braunwal, etal, Harrison Principios de medicina interna, 14a edic Interamericana Mcgraw Hill Vol1, p 815-818
20. Zaldivar RFR, Ramírez TD, Guizar BC, Athie GC. Perfil de la atención de la patología apendicular en urgencias: análisis de 1024 pacientes. Cir Gr 1999;21; 126-130.
21. Kemeny, H.O. Mortality in colorectal surgery. Clin. N.A 2000.
22. Granados-Romero, Cabal-Jimenez,etal; Colecistectomia laparoscopica en pacientes mayores de 60 años. Experiencia de un hospital de tercer nivel. Cir Ciruj 2001;69;271-275

FIGURA 1

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ EDAD: _____

SEXO: _____ EXPEDIENTE: _____

Fecha ingreso: _____ Fecha egreso: _____

Días estancia: _____ Causa de egreso: _____

APNP: _____

APP: _____

Padecimiento actual:

Tiempo de inicio cuadro hasta llegada a urgencias (horas): _____

Cuadro clínico: _____

Exploración física: TA. _____ FC _____ FR _____ Temp _____

Exámenes paraclínicos:

Biometría Hemática: _____

Química sanguínea: _____

Pruebas funcionales hepáticas: _____

Electrolitos sericos. _____

Tiempos de coagulación: _____

Examen general de orina: _____

Otros: _____

Placa Rx Tórax: _____

Placa Rx Abdomen: _____

Ultrasonido: _____

Otros estudios de gabinete: _____

Tiempo de ingreso hasta diagnóstico (horas): _____

Número de valoraciones previas a diagnóstico quirúrgico: _____

Diagnóstico preoperatorio: _____

Hubo alguna causa identificable que retrasó el diagnóstico? _____

¿Cuál?: _____

Tiempo de diagnóstico hasta ingreso a cirugía: _____

Cirugía planeada: _____

Cirugía realizada: _____

Tiempo quirúrgico: _____

Diagnóstico posquirúrgico: _____

Hallazgos quirúrgicos: _____

Complicaciones postoperatorias:

Respiratorias: _____

Digestivas: _____

Cardiovasculares: _____

Urinarias: _____

Infecciosas: _____

Quirúrgicas: _____

Reintervención (causa): _____

Tiempo transcurrido entre cirugía y presentación de complicaciones: _____

Defunción (causa): _____

Observaciones: _____

CUADRO I.

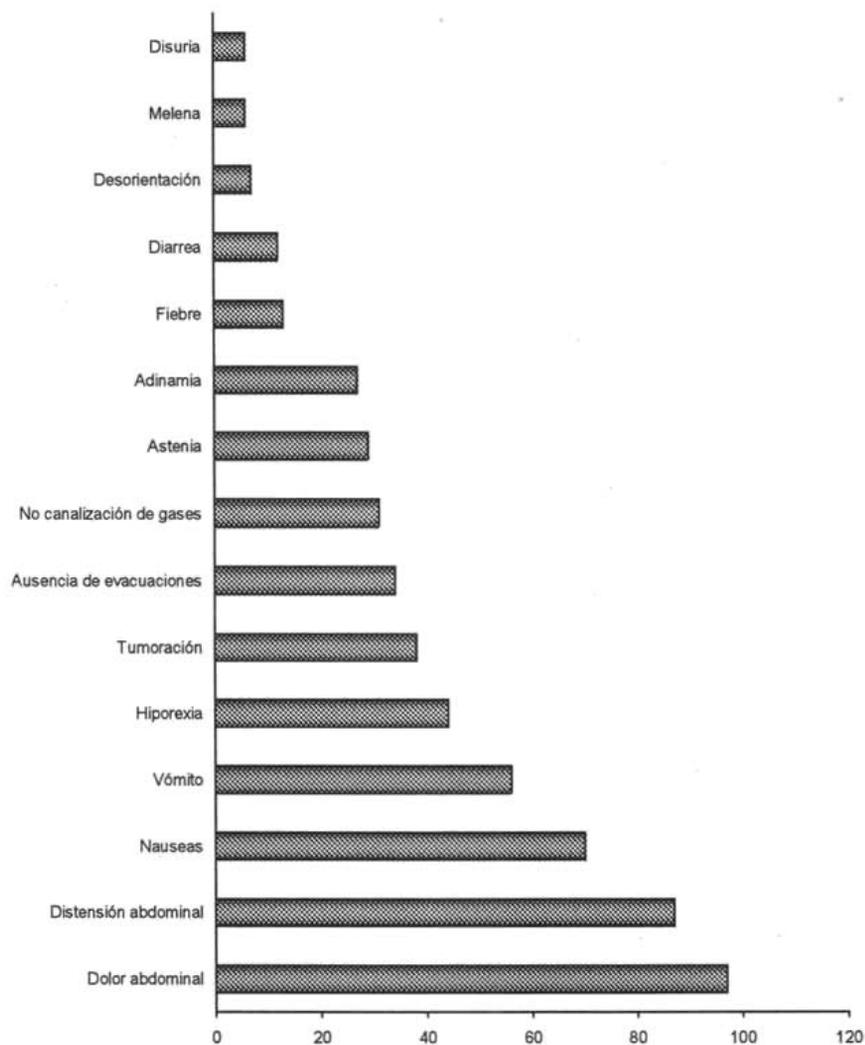
**Datos clínicos referidos al ingreso por pacientes mayores de 60 años
intervenidos de cirugía abdominal de urgencia.
Hospital General Dr. Rubén Leñero.
Mayo 2003- abril 2005**

Signos y síntomas	Nº	%
Dolor abdominal	97	89.8
Distensión abdominal	87	80.5
Nausea	70	64.8
Vomito	56	51.8
Hiporexia	44	40.7
Tumoración abdominal	38	35.2
Ausencia de evacuaciones	34	31.5
No canalización de gases	31	28.7
Astenia	29	26.8
Adinamia	27	25.0
Fiebre	13	12.0
Diarrea	12	11.1
Desorientación	7	6.5
Disuria	6	5.5
Melena	6	5.5

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

FIGURA 2

**Datos clínicos referidos al ingreso por pacientes mayores de 60 años
intervenidos de cirugía abdominal de urgencia.
Hospital General Dr. Rubén Leñero.
Mayo 2003- abril 2005**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO II.

**Datos de la exploración física al ingreso de pacientes mayores de 60 años
intervenidos por cirugía abdominal de urgencia.
Hospital General Dr. Rubén Leñero.
Mayo 2003- abril 2005**

DATOS CLÍNICOS	N°	%
Dolor abdominal	87	81
Irritación peritoneal	36	33
Distensión abdominal	68	63
Masa o tumoración palpable	38	35
Signos vitales:		
- normales	74	68
- alterados (fiebre)	34 (5)	32 (5)
Peristalsis:		
- normal	42	39
- aumentada	19	18
- disminuida	35	32
- ausente	12	11
Hidratación:		
- normal	27	25
- deshidratación leve	46	43
- deshidratación moderada	28	26
- deshidratación severa	7	6
Desorientación	7	6

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO III.

**Exámenes de laboratorio de pacientes mayores de 60 años
intervenidos por cirugía abdominal de urgencia.
Hospital General Dr. Rubén Leñero.
Mayo 2003- abril 2005**

EXAMENES	Nº	%
Biometría Hemática:		
▪ Hemoglobina:		
• Normal	82	76
• Elevada	10	9.2
• Baja	16	14.8
▪ Leucocitos:		
• Normal	51	47.2
• Elevados	48	44.5
• Bajos	09	8.3
Química Sanguínea:		
▪ Glucosa:		
• Normal:	42	39
• Elevada:	59	55
• Baja:	07	6
Electrolitos Sericos:		
▪ Sodio:		
• Normal	68	71
• Elevado:	2	2
• Bajo:	26	27
▪ Potasio:		
• Normal:	71	74
• Elevado:	6	6
• Bajo:	19	20

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO IV.
Causas de abdomen agudo de pacientes mayores 60 años
sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005

CAUSAS	N°	%
I. Inflamatorio (peritoneo, visceral):		
- Apendicitis	7	6
- Colecistitis	41	38
- Úlcera péptica perforada	6	5.5
- Diverticulitis	2	1.8
- Pancreatitis	1	0.9
- Otras (abscesos)	2	1.8
II. Mecánico (oclusivo):		
- Hernias	34	31
- Adherencias	3	2.7
- Neoplasias	5	4.6
- Vólvulos	3	2.7
- Otras	0	
III. Vascular (isquemia, hemorragia)		
- Trombosis mesentérica	3	2.7
- Sangrado intraperitoneal	0	
IV. Diversos:		
- Endometriosis	1	0.9
TOTAL	108	100

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO V

**Patología vesicular de pacientes mayores 60 años
Sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005**

CAUSA	N°	%
Colecistitis	15	36.5
Piocollecisto	9	22
Hidrocolecisto	7	17
Colasco	3	7.3
Colangitis	3	7.3
Coledocolitiasis	3	7.3
Fistula colecistocolónica	1	2.4
Total	41	100

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO VI.

**Patología oclusiva por hernias de pacientes mayores 60 años
Sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005**

TIPO HERNIA	N°	%
Inguinal	16	47
Umbilical	11	32.5
Pared	7	20.5
Total	34	100

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO VII.

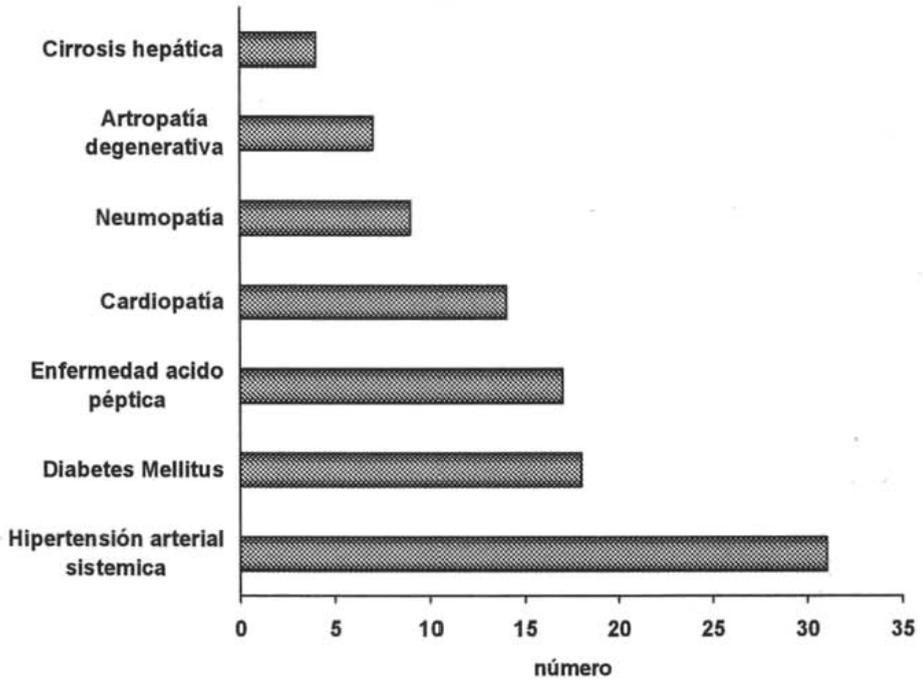
**Enfermedades asociadas de pacientes mayores 60 años
sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005.**

Enfermedades asociadas	N°	%
Hipertensión Arterial Sistémica	31	29
Diabetes Mellitas	18	17
Enfermedad Acido Péptica	17	16
Cardiopatía	14	13
Neumopatía	9	8
Artropatía Degenerativa	7	6
Cirrosis Hepática	4	4

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

FIGURA 3.

**Enfermedades asociadas de pacientes mayores 60 años
sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005.**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO VIII.

**Neoplasias detectadas en pacientes mayores 60 años
sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005**

NEOPLASIA	Nº
Adenocarcinoma vesicular poco diferenciado	2
Adenocarcinoma bien diferenciado de sigmoides	2
Adenocarcinoma pancreático	2
Adenocarcinoma poco diferenciado intestino delgado	1
Carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado	1
Adenocarcinoma renal	1
TOTAL	9

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO IX

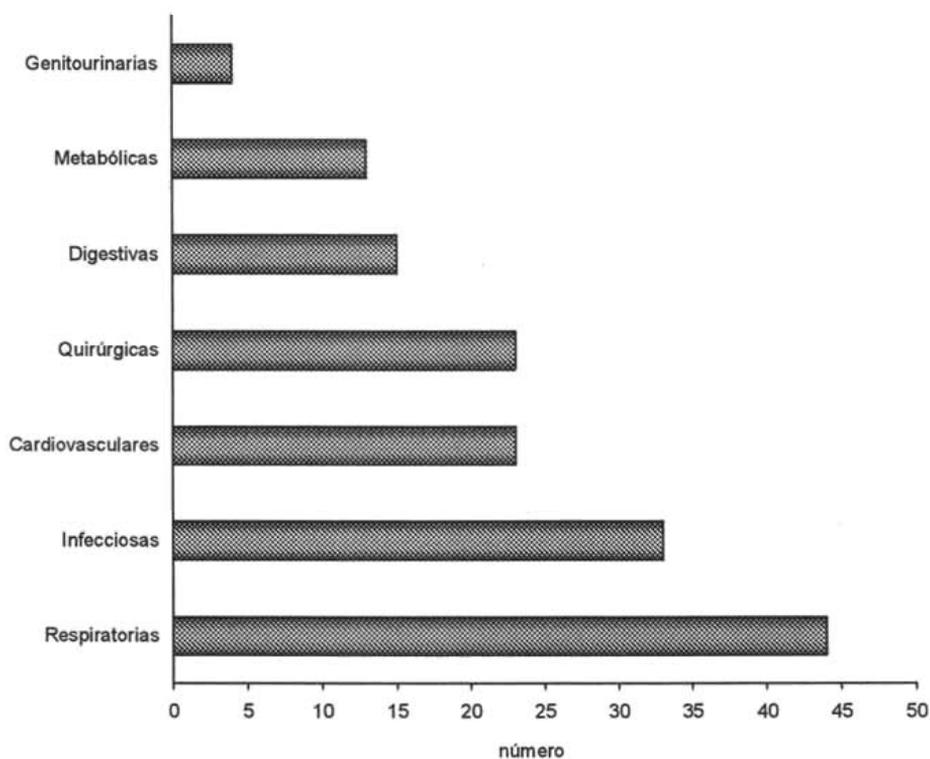
**Complicaciones postoperatorias de pacientes mayores 60 años
sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005**

Complicaciones	N°	%
Respiratorias	23	44
Infecciosas	17	33
Cardiovasculares	12	23
Quirúrgicas	12	23
Digestivas	8	15
Metabólicas	7	13
Genitourinarias	2	4

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

FIGURA 4

**Complicaciones postoperatorias de pacientes mayores 60 años
sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia

CUADRO X

**Causas de defunción de pacientes mayores 60 años
Sometidos a cirugía abdominal de urgencia
Hospital General Dr. Rubén Leñero
Mayo 2003-abril 2005.**

Causa	Nº	%
Falla orgánica múltiple	5	23
Sepsis abdominal	5	23
Edema agudo pulmonar	3	14
Insuficiencia cardiaca	2	9
Trombo embolia pulmonar	2	9
Desequilibrio acido-base	2	9
Trombosis mesentérica	2	9
Broncoaspiración	1	4
Total	22	100

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años intervenidos por cirugía abdominal de urgencia