

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Facultad de medicina
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

HOSPITAL GENERAL “DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO”

ISSSTE.

MORBILIDAD QUIRURGICA EN EL PACIENTE SENIL:

“LA OPORTUNIDAD DEL PACIENTE ANCIANO”

TESIS DE POSTGRADO:

Para obtener el titulo de Médico especialista en Cirugía General

PRESENTA:

DR. DAMASO HERNANDEZ LOPEZ

MEXICO D.F.

OCTUBRE 1999.



ISSSTE



Universidad Nacional
Autónoma de México




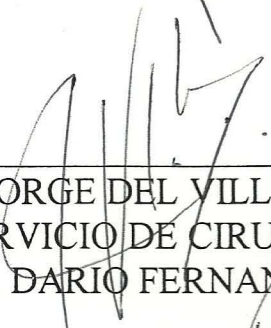
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

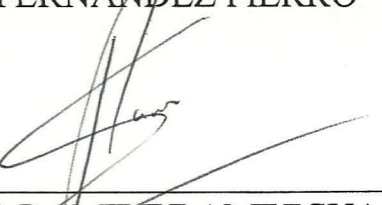
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

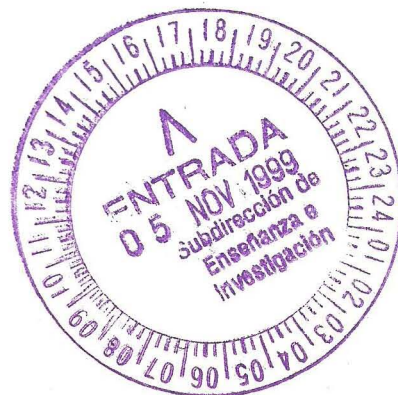

DR. ALFONSO HUITRON AGUILAR
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" ISSSTE.


DR. JORGE DEL VILLAR BARRON
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" ISSSTE.


DR. FRANCISCO RAMIREZ AMEZCUA
COORDINADOR DE TESIS
ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" ISSSTE.


DR. SIGFRIDO HUERTA
COORDINADOR DE METODOLOGIA PARA LA INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"


DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" ISSSTE



I. S. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL



Dr. Darío Fernández F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA

AGRADECIMIENTOS:

A mi esposa Sonia, por su apoyo incondicional e inapreciable al desarrollo de mi residencia.

A mis hijas Norma Angélica y Ana Karen; Motor actual de mi constante deseo de superación.

A la familia Ramos Mendoza, por su comprensión y ayuda.

A mis padres y hermanos: Mi familia, por que les debo lo que soy.

Gracias.

Morbilidad quirúrgica en el paciente senil: "La oportunidad del paciente anciano"

Dámaso Hernández López MD.*

Departamento de cirugía del Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro", ISSSTE, México D.F.

Resumen:

Introducción: La población mayor de 60 años en la actualidad, representa el 14% de la población e EU. En México, la población geriátrica llega solo al 5%. Muchos cirujanos se niegan a intervenir quirúrgicamente a este tipo de pacientes, por creer que tienen un elevado índice de morbimortalidad. El objetivo del presente artículo es evaluar los factores de riesgo para la morbimortalidad quirúrgica de los pacientes mayores de 60 años en un hospital general.

Métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes mayores de 60 años intervenidos quirúrgicamente (Grupo A) de Enero a Junio de 1999; se recabaron datos acerca de su edad, sexo, antecedentes patológicos y quirúrgicos, tipo de cirugía y anestesia utilizada, tiempo de cirugía y evolución postoperatoria. Los resultados se comparan con un grupo de control de menor edad (grupo B)

Resultados: Se realizaron un total de 936 cirugías, de las cuales 130 fueron en pacientes mayores de 60 años (13.8%), se excluyeron a 80 pacientes por no contar con expediente completo. Los restantes 50 formaron el grupo A. Se eligieron aleatoriamente a 50 pacientes menores de 60 años (grupo B), intervenidos quirúrgicamente durante el mismo período de tiempo. En el grupo A hubo 29 mujeres (58%) y 22 hombres (42%), en el grupo B hubo 44 mujeres (88%) y 6 hombres (12%). No hubo mortalidad en ninguno de los grupos. En el grupo A hubo 10 complicaciones

Summary:

Background: The population over 60 years is growing fast, those peoples constitute in 14% of general population in EU. And they will reach 20% in the next century. Many surgeon no operate this elderly patients, because they believe, those patients suffered in high complications range. The aim of this Study, was review the risk factors for increases morbidity and mortality in the elderly patients, underwent to surgery in a General Hospital.

Methods: A retrospective Review of 50 patients over 60 years underwent to surgery (Group A) in a General Hospital between January at June 1999.

The risk factor, Anesthetic procedure, surgical type, operative time and outcome, morbidity and mortality were compared with result of patients younger than 60 years (Group B).

Results: Between January and June 1999, 936 patients were underwent to surgical procedures. Of this 130 (13.8%) were in over 60 years patients; 80 was excluded because they not completed his clinical records. Remain 50 patients is formed in group A; other 50 patients less 60 years old were randomized included in group B, underwent to surgery at same period.

The group A was formed for 29 women (58%) and 22 men (42%); the group B was 44 women (88%) and 6 men (12%). This not was mortality.

* Residente de Cirugía del Hospital General Dario Fernandez Fierro", ISSSTE.

Postoperatorias Vs 7 en el grupo B; sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.67$). Únicamente los antecedentes patológicos como la Diabetes y la Hipertensión fueron significativamente más altos en los pacientes del grupo A, con un aumento también significativo en la presentación de complicaciones postquirúrgicas ($p=0.01$).

Conclusión: La mayoría de los pacientes mayores de 60 años son portadores de múltiples patologías, principalmente crónicas degenerativas, pero pueden ser intervenidos quirúrgicamente sin un aumento significativo en su morbimortalidad si son controlados en forma adecuada.

Introducción:

El paciente anciano desde siempre ha representado un reto de manejo médico y quirúrgico; creándose falsos conceptos o mitos acerca de una exagerada mortalidad en este tipo de pacientes (1); lo anterior aunado al creciente número de la población senil, hace indispensable para el cirujano general conocer las características de morbimortalidad quirúrgica en este tipo de pacientes y los factores que las determinan. La expectativa de vida se ha incrementado al doble desde el inicio del siglo 20; la población mayor de 65 años ha crecido más rápidamente que ningún otro grupo de edad; en la actualidad, estos suman el 14% de la población en EU y podría llegar hasta el 20% en el próximo medio siglo. En México, la población geriátrica representa aproximadamente el 5% de la población general. Las tasas de mortalidad quirúrgica actuales son muchas más bajas que las reportadas hace 20 o 30 años cuando el índice de mortalidad era superior al 20% en los pacientes de 80 años o más, aun en los procedimientos electivos. (1,2,56). Una revisión

In the grupo A Would 10 post surgical complications Vs 7 of group B, the morbidity in both was not significantly.

The Diabetes Mellitus and high blood pressure were the principal antecedents in group A, with an increase of postsurgical complications ($p=0.01$).

Conclusions: The majority of populations over 60 years presented often chronic diseases, but this adequately controlled, those patients may as well undergo surgical interventions as younger patients.

Furthermore, most studies need for lower surgical complications in the elderly patient and proved survival with adequate quality of life.

realizada por Mohr y cols. De más de 30,000 casos, reveló que el aumento de la mortalidad con la edad es gradual(6); así, la mortalidad operatoria promedio - independientemente de la gravedad de la enfermedad o tipo de cirugía -, pasa del 2.3 en los pacientes entre 40 y 49 años a 4.4%, 6.8% y 8% para los pacientes de la séptima, octava y novena décadas respectivamente y solo se observa un aumento significativamente mayor después de los 95 años. (6,7). A medida que las personas envejecen, hay una declinación fisiológica de los principales sistemas corporales, relacionadas tanto con el propio envejecimiento como con las enfermedades que la mayoría de estas personas padecen; sin embargo, no existe literatura substancial, con estudios longitudinales bien realizados que apoyen o descarten la existencia de una relación directa entre estos cambios fisiológicos y un aumento significativo en la mortalidad quirúrgica (1,3,4,5,7).

En el presente trabajo se analizará la evolución de los pacientes seniles (Mayores de 60 años) sometidos a cirugía;

comparándola con la evolución de pacientes de menor edad; relacionando ambas con los antecedentes o factores que pudieran modificar dicha evolución y favorecer la aparición de complicaciones postoperatorias.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes mayores de 60 años, sometidos a cirugía en el Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro", ISSSTE, de Enero a Junio de 1999, los cuales se tomaron como grupo problema o grupo A, Se recabaron datos de sus expedientes clínicos acerca de la edad, sexo, antecedentes de patológicos y no patológicos de importancia, tipo de procedimiento efectuado, tipo de anestesia y tiempo quirúrgico, valoración de riesgo preoperatorio, laboratorios y estudios de gabinete preoperatorios, así como la evolución postoperatoria (Morbilidad y mortalidad). Los datos se comparan con los resultados obtenidos de un grupo de pacientes menores de 60 años intervenidos quirúrgicamente durante el mismo lapso de tiempo, escogidos aleatoriamente (Grupo B).

El análisis estadística se realizó mediante el método de Chi cuadrada.

Resultados:

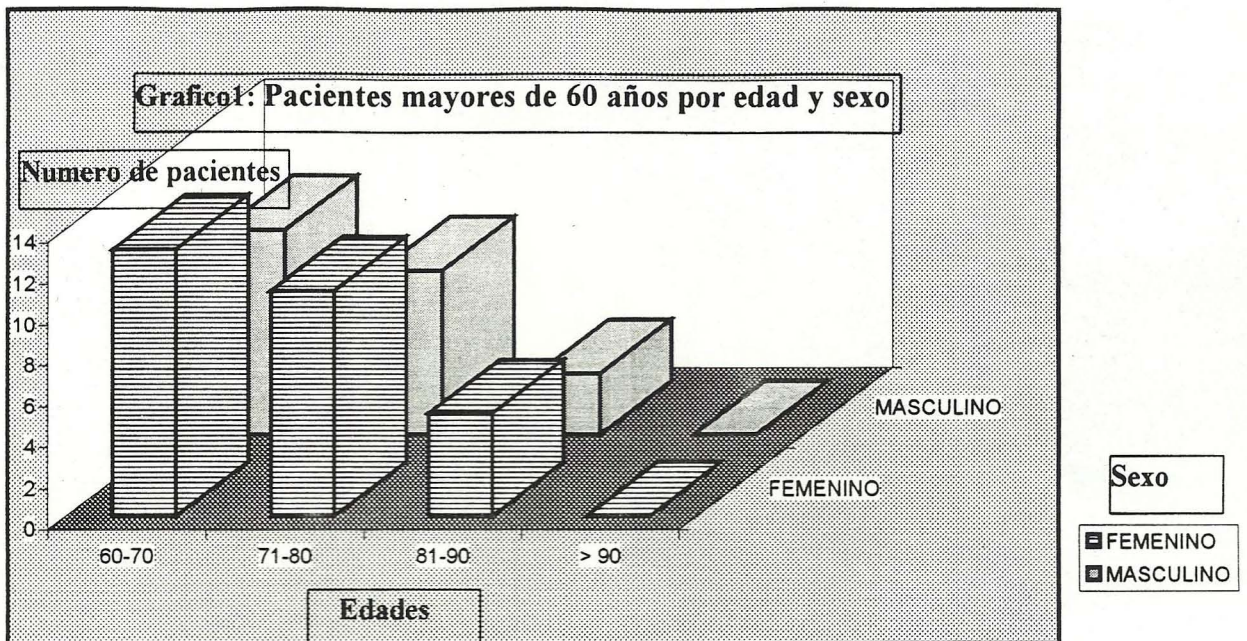
De Enero a Junio de 1999 Se realizaron un total de 936 cirugías en el Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro" del ISSSTE, de las cuales 130 fueron en pacientes mayores de 60 años (13.8%), de estos pacientes se excluyeron a 80 quienes no contaban con expediente completo o se perdieron durante el seguimiento. Los restantes 50 son el objeto del presente estudios y se integraron como grupo A.

Se seleccionó en forma aleatoria a 50 pacientes menores de 60 años intervenidos durante el mismo periodo y se integraron como grupo B.

En el grupo A se encontraron 29 mujeres (58%) y 21 hombres (42%), mientras que el grupo B lo constituyeron 44 mujeres (88%) y solamente 6 hombres (12%), el promedio de edad en el grupo A fue de 66 ± 4 años en el grupo A (rango de 60 a 88 años) y de 35 ± 3.5 en el grupo B (rango de 19 a 55 años de edad) (Gráfico 1). No hubo Mortalidad en ninguno de los grupos. En el grupo A se presentaron un total de 10 complicaciones postoperatorias (20%) Vs 7 en el grupo B (14%) Sin una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.21$).

En el grupo A, 19 de los 50 pacientes presentaban hipertensión arterial (38%) y en segundo término presentaban Diabetes Mellitus con un total de 8 pacientes (16%); mientras que en el grupo B solamente 2 pacientes eran portadores tanto de hipertensión como de Diabetes Mellitus (4% respectivamente). De los 19 pacientes del grupo A que tenían hipertensión arterial, 6 presentaron complicaciones postquirúrgicas (31.5%), pero ninguna atribuible a la hipertensión; de los pacientes del grupo A que cursaban con Diabetes Mellitus, 2 presentaron complicaciones postquirúrgicas (33.3%); no hubo complicaciones en los pacientes del grupo B portadores de estas patologías (Gráfico 2).

19 pacientes del grupo A tenían antecedente de tabaquismo y alcoholismo (38% respectivamente) Vs 16 pacientes del grupo B que tenían antecedente de tabaquismo y 18 de alcoholismo, sin embargo no hubo diferencia estadística en la presentación de complicaciones.



Se presentaron mayor número de complicaciones cuando el tipo quirúrgico se prologó por más de 4 hrs, tanto en el grupo A como en el B se presentaron 3 complicaciones por esta causa sin una diferencia estadísticamente significativa - Grafico3).

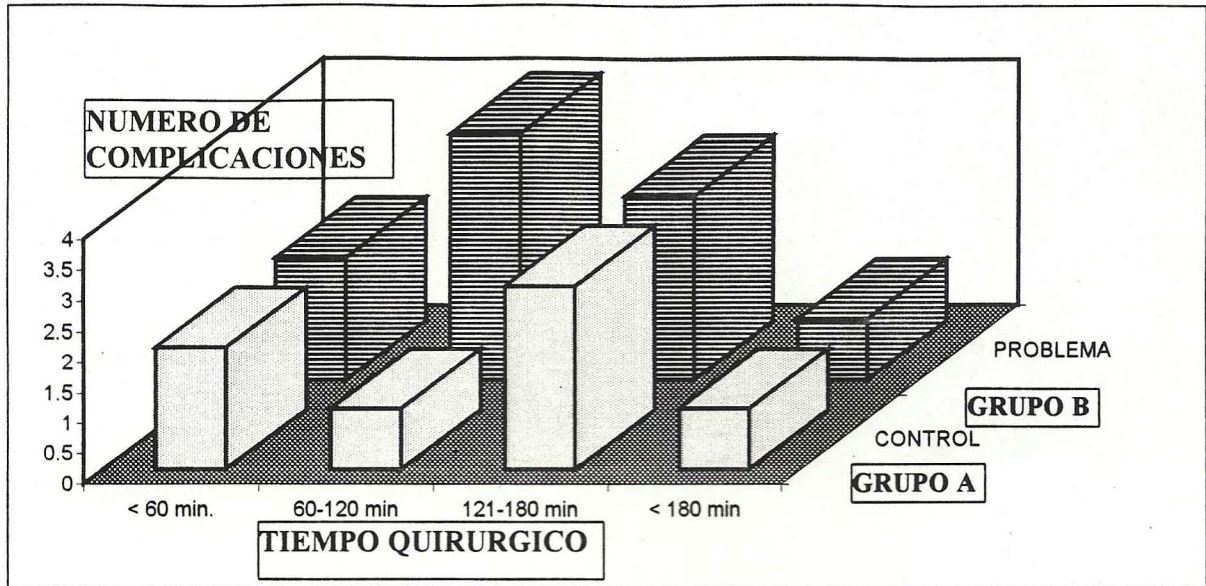
De las cirugías realizadas en el grupo A, 37 fueron electivas (74%) y 13 de urgencia (26%) Vs 22 de urgencia (44%) y 28 electivas (56%) en el grupo B; presentándose 4 complicaciones en los pacientes del grupo A intervenidos de urgencia (30.7%) y 6 en los intervenidos en forma electiva (8.1%) Vs 4 (18.8%) y 3 (6%) del grupo B, lo cual constituyó una diferencia estadísticamente significativa- (p=0.005). (Gráfico 4).

15 pacientes del grupo A fueron valorados con riesgo prequirúrgico ASA I, 19 con ASA II, y 3 con ASA III, Vs 25, 2 y 1 respectivamente del grupo B; para las cirugías electivas, No hubo diferencia

significativa en la presentación de complicaciones.

Con respecto a la valoración de Goldman, encontramos en el grupo a 21 pacientes (42%) clasificados con grado I, 25 (50%) grado II y 4 (8%) como grado III Vs 31 (62%), 18 (36%) y 1 (2%) respectivamente en el grupo B, sin embargo, no hubo complicaciones cardiovasculares en ninguno de los grupos que permitiera valora alguna diferencia estadística con esta clasificación de riesgo preoperatoria.

En los pacientes del grupo A se realizaron 24 procedimientos quirúrgicos diferentes; de estos, la colecistectomía abierta representó el 14% (7 pacientes), seguida por la plastia de pared e inguinal, cada una con 6 casos (12%) y la apendicectomía con 6 casos (12%); la amputación supracondilea ocupó el quinto sitio con 5 pacientes (10%); En el grupo B se encontraron solamente 13 procedimientos



Discusión:

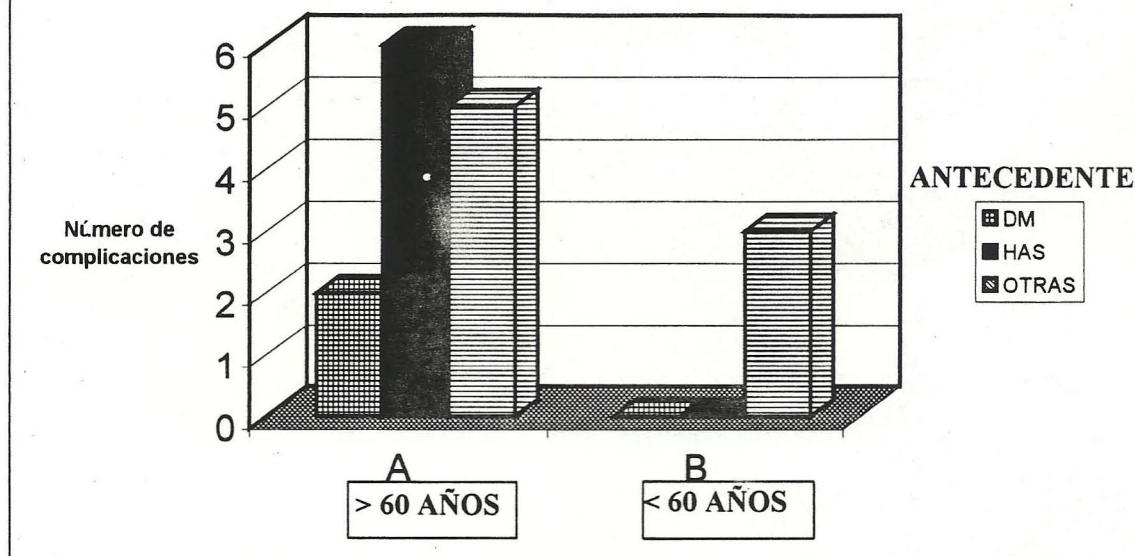
La población geriátrica ha aumentado enormemente durante las últimas 5 décadas, representando actualmente el 14% de la población en países desarrollados. En la actualidad 1 de cada 4 pacientes quirúrgicos son mayores de 65 años, y por lo menos la mitad de estos pacientes tendrá un procedimiento quirúrgico durante el resto de su vida (2,4,5,16,17). A pesar de lo anterior, solamente 1 de cada 10 ancianos es atendido en una institución de salud pública en nuestro país (16,17).

La morbimortalidad quirúrgica en este tipo de pacientes se ve incrementada por varios factores, entre los que destacan los cambios fisiológicos y anatómicos que estos pacientes sufren por el mismo proceso de envejecimiento. Osвик y cols, reportan en estudios realizados en cadáveres de pacientes ancianos, la disminución de masa cerebral, hepática y Renal hasta de un 30% posterior a los 80 años (1,10,11), además varios autores reportan la disfunción de órganos con el

proceso de envejecimiento (1,8,9,10). Aunado a esto, el paciente geriátrico, generalmente es portador de múltiples patologías y la mayoría de las veces toma una cantidad excesiva de medicamentos, que tienden a complicar o a agravar los cambios drásticos que el paciente sufre ante un estado agudo de enfermedad (1,2,5,10). Actualmente se reportan índices de mortalidad quirúrgica que van desde el 4.3 hasta el 8% (12, 16).

En nuestro estudio no se registró mortalidad, probablemente debido a la disminución de riesgos operatorios; es decir, el 76% de los pacientes del grupo problema se intervino en forma electiva, con un control adecuado de sus patologías concomitantes en forma perioperatoria. Un importante número de pacientes seniles en nuestro estudio era portador de enfermedades crónicas degenerativas, principalmente hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo II (DM), a diferencia de los pacientes del grupo control donde solamente 2 pacientes eran portadores de estas. De ambas patologías, la única que se

GRAFICO 2 ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y COMPLICACIONES



Diferentes, siendo la colecistectomía también la intervención más realizada con 16 casos (32%) y en segundo lugar la apendicectomía; No hubo diferencia entre el tipo de cirugía realizada y la aparición de complicaciones en ambos grupos.

A 32 pacientes del grupo A se les administró anestesia general balanceada (64%), a 17 bloqueo peridural (34%) y a 1 anestesia local (2%), mientras que en el grupo B se administraron también 32 anestésicos generales y 18 bloqueos peridurales (64 y 36% respectivamente), no hubo complicaciones atribuibles al tipo de anestesia utilizada en ninguno de los grupos que pudiera establecer diferencia estadística.

No hubo alteraciones relevantes en laboratorios prequirúrgicos asociados a morbilidad.

En el caso de los pacientes geriátricos (grupo A), a 33 de ellos (66%) habían sido sometidos previamente a algún tipo de procedimiento quirúrgico y solamente 30 (60%) del grupo B tenían ese antecedente; la cirugía previa, más frecuentemente encontrada en el grupo A fue la apendicectomía (13%), mientras que en el grupo B lo fue la cesárea (25%). Sin embargo, no hubo diferencia en la presentación de complicaciones postoperatorias relacionada con los antecedentes quirúrgicos en ambos grupos.

relacionó con un discreto aumento de complicaciones postoperatorias fue la DM, principalmente de tipo infeccioso a nivel de las Heridas quirúrgicas (el 25% de los pacientes diabéticos sufrieron estas complicaciones), Esto concuerda con lo reportado en la literatura de una alteración del sistema inmunológico por el propia DM así como lo reportado por Osrick acerca de un deterioro progresivo del sistema inmunitario tanto celular como humoral por el mismo proceso de envejecimiento (1,10). Dado lo anterior, tampoco es sorprendente que el quinto tipo de cirugías realizadas en los pacientes ancianos sean las amputaciones supracondileas, relacionadas siempre con las complicaciones tardías de la DM (micro y macroangiopatías que conllevan a la presentación del pie diabético).

Mohr y cols, reportan en sus estudios un aumento de la morbilidad en el paciente geriátrico durante los procedimientos de urgencia, ellos reportan un aumento hasta del 40% de complicaciones postoperatorias (3). En nuestro trabajo el 30.7% de los pacientes ancianos sometidos a cirugía de urgencia, presentaron alguna complicación, principalmente infecciones postquirúrgicas comparado con tan solo 8.1% de los mismos pacientes cuando se realizó cirugía electiva. Sin embargo, no hubo diferencia estadística con respecto a estas complicaciones entre los grupos A y B.

Por lo que respecta al tipo de anestesia utilizada, los resultados encontrados en nuestro trabajo son controversiales con lo reportado en la literatura. De acuerdo a varios autores como Parik y cols. Los ancianos sometidos a anestesia general durante sus procedimientos quirúrgicos, tienden a tener un alto índice de complicaciones, principalmente de tipo respiratorio (neumonías) o incluso

neurológicas como delirio postoperatorio, estos autores reportan una incidencia hasta del 10-20% de delirio postoperatorio en pacientes seniles sometidos a anestesia general; no esta bien determinada la etiología de este, pero se a asociado a alteraciones mentales preexistentes en el paciente, así como a hipóxia por mal manejo de gases en forma transoperatoria, y particularmente al uso de algunos agentes comunes en anestesia como las benzodicepinas y medicamentos anticolinérgicos (16). Probablemente la ausencia de reporte de complicaciones de este tipo en nuestro trabajo, se deba a la falta aun de reconocimiento de las mismas por parte del cirujano y el propio anestesiólogo. Sin embargo, lo que se debe remarcar es que no hubo diferencias significativas en la presentación de complicaciones entre ambos grupos, relacionadas con el uso de anestésicos.

El tipo de cirugía realizada, así como el antecedente de cirugías previas no fueron significativos para la determinación de complicaciones en los pacientes geriátricos en nuestro estudio.

Conclusión:

Aunque existen diversos factores que pueden contribuir a elevar la morbimortalidad quirúrgica en los pacientes seniles, como la presencia de enfermedades crónico degenerativas preexistentes y el deterioro funcional generalizado producto del mismo proceso de envejecimiento, si estos factores se controlan en forma adecuada en forma perioperatoria y no se posterga su intervención hasta un momento urgente; no deben causar una elevación significativa en la mortalidad del paciente anciano sometido a cirugía.

Se requieren futuras investigaciones que profundicen sobre este tema, para conocer a fondo los factores de riesgo y la forma de controlarlos, para así brindarle al paciente anciano la oportunidad de una intervención quirúrgica con el menor riesgo posible, mejorar la supervivencia de estos pacientes y brindarles una adecuada calidad de vida.

Referencias bibliográficas:

1. Wolfsthal Susan D, MD. "Manejo clínico del paciente quirúrgico" 1ª. Edición, De. Panamericana 1992; 365-374
2. Djokovic J.L, Hedley-White. "Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patient over 80" JAMA 1989; 14 (1): 2301
3. Morh DN, "Estimation of surgical risk in the elderly" J Am Ger. Soc. 1983 , 31: 99
4. Hall W.J. " Up date in geriatrics", Ann Intern. Med. 1997; 5 (127): 557-564
5. Santos A.I, Gelperin A. "Surgical mortality in the elderly", J Am Geriatric soc. 1985; 23: 42-46
6. Rowe J.W., Grossman E, Bond E. " Academic geriatric for the year 2000" N Eng J Med. 1987; 316: 1425-1428
7. Parry A.J. "An audit of cardiac surgery in patient aged over 70 years" Am J Surg. 1994; 1(31): 125-129
8. Labarthe D.R. "Rise of blood pressure with age: new evidence of population differences" Hipertension 1994;24: 779-785
9. Rodriguez AL. "The pronostic significance of diastolic and sistolic blood presure in the elderly: Suggestions of 10 ten follow up study". J Am Cardiol. 1995; 25: 178ª
10. Osvick R.O "Special Problems in the elderly" Chest 1999; 115 (5):158S-164S
11. Geokas MC, Lakatta E.G. "The aging process" Ann, Inter, Med.1990; 113: 445-466
12. Rady M, Thomas SC. ""Preoperative determinats of morbidity and mortality in the elderly patiens undergoing cardiac surgery". Crit. Care Med. 1998;26(2): 225-235
13. Juarez CD,Silva RO, "Síndrome abdominal agudo en el paciente anciano" Cir. Gral. 1996;18 (3): 225-235
14. Samiy AH. "Manifestaciones clínicas de la enfermedad en ancianos" Clin. Med. Nort. Am. 1983; 67: 329-40
15. Fenyo G. "Acute abdominal disease in the elderly: Experience of two series in Stockolm", Am J Surg. 1982; 143: 751-754
16. Orozco Hector, mercado miguel "Surgery in the elderly patient in Mexico: Portal hipertension surgery as an example". Arch Surg; 1997 132 (10): 1126-1128
17. Staphanie A, Lulis NR. "The Challenges of nursing elderly surgical patientes" Aorn J.1996;64 (6): 954-962