

77 11209  
24j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
SECRETARIA DE SALUD**

***PATOLOGIA QUIRURGICA EN EL PACIENTE  
DE 60 A MAS AÑOS DE EDAD***

**TESIS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A :  
DRA. HAYDEE IRENE PEREZ TRIGOS**



MEXICO, D. F.

**FALLA DE ORIGEN**

1990



## **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 está 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.

**INDICE:**

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES.....	3
OBJETIVOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	15
CONCLUSIONES.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	17

### INTRODUCCION:

Con el aumento de perspectivas de vida cada vez son más los pacientes de edad avanzada que requieren de atención médica y quirúrgica en contraste con personas jóvenes, los pacientes - ancianos frecuentemente presentan múltiples procesos patológicos. El problema del anciano se complica por una serie de factores agregados como son: Las enfermedades concomitantes, los problemas psicológicos, la aterosclerosis, problemas de manejo familiar, inanición, lo que se agrega a la patología de base, complicando por lo tanto cualesquiera de los procedimientos - efectuados. (7)

El paciente geriátrico no esta exento de presentar patologías que requieran de tratamiento quirúrgico; establecer el diagnóstico en este grupo de edad es difícil por la cantidad de datos - clínicos aislados, formas de presentación atípica complicaciones de enfermedades sistémicas que impidan un diagnóstico temprano - con una mayor tasa de morbi-mortalidad en estudios comparados - con grupos de pacientes jóvenes. (3)

El concepto del paciente geriátrico no esta bien establecido- Irving menciona que es aquella persona mayor de 65 años que padece una o más enfermedades que tienden hacia la incapacidad o invalidez y su evolución esta condicionada por factores psicicos - y sociales (6).

Otros autores mencionan que se trata de un individuo que llega a los 60 años de edad o bien al que ha terminado una actividad - laboral. Existen grupos que reconocen al anciano a la gente de mayor experiencia que es capaz de aportar conocimientos adquiridos en el mejoramiento colectivo. (5).

No existen pacientes en cuanto a la edad para definir al paciente geriátrico o al anciano puesto que este depende de otros factores como son el envejecimiento cerebral, la invalidez. (7)

El manejo del paciente anciano en ocasiones es difícil por la diversidad de problemas médicos, psicológicos y familiares que enfrenta, por esta razón consideramos de interés conocer la patología quirúrgica y sus problemas concomitantes.

Como no hay una edad de referencia para clasificar al paciente geriátrico, hemos tomado como edad arbitraria a los 60 años de edad.

### GENERALIDADES:

Existe gran inquietud por conocer los problemas del paciente geriátrico sin embargo como lo hemos mencionado, no existe un acuerdo en cuanto a la edad de inicio de este tipo de pacientes en nuestro país. Existe un organismo encargado de este tipo de individuos INSEN (Instituto Nacional de la Senectud) menciona a los sesenta años de edad como el inicio de la edad geriátrica. Aunque se toma en cuenta otros factores como son las enfermedades asociadas, la enfermedad degenerativa, invalidantes y las alteraciones mentales propias de la edad. (7)

No existe en la literatura un trabajo que abarque los aspectos quirúrgicos de manera general, sólo existen reportes aislados que correlacionan la edad con el pronóstico de patologías quirúrgicas específicas como por ejemplo la apendicitis aguda, la colitis amibiana fulminante, la patología gástrica del anciano, colecistitis. (2,3,5).

Existen sin embargo una clasificación de riesgo anestésico quirúrgico que intenta englobar el problema quirúrgico específico y las patologías concomitantes, sin embargo no es exclusivo del anciano y no valora los problemas psicológicos del paciente, mismo.

Se ha estimado que la mortalidad en las primeras 48 hs de la cirugía, incluyendo el período transanestésico e intraoperatorio es aproximadamente del 0.3 por ciento. De esta mortalidad estimada, el diez por ciento se produce durante la inducción anestésica, y el treinta y cinco por ciento durante el período intraoperatorio. Todo intento de desglosar las causas reales de la elevada proporción de casos fatales que se producen en momentos en los que el anestesiólogo está directamente involucrado en la conducción del proceso terapéutico, no obtuvieron resultados definitivos.

Dripps y colaboradores han establecido que el ochenta y cinco por ciento de estas muertes pueden ser atribuidas a fallas o errores en el manejo del paciente anestesiado. (16)

Sikes en una clasificación asocia la mortalidad con la frecuencia de los procedimientos quirúrgicos en dos grupos de pacientes - de 25 a 74 años y de 75 a 94 años de edad, encontrando las siguientes causas de mortalidad y observando una diferencia importante - entre ambos grupos como se puede observar en la siguiente tabla. (17)

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	N° CASOS	MORTALIDAD	N° CASOS	MORTALIDAD
Plastia Inguinofemoral	1181	0.2	518	0.6
Colecistectomía	1184	0.9	438	4.8
Colecistectomía + RVB	167	2.4	129	7.0
Resección intestinal	96	3.1	111	7.2
Amputación supracondilea	119	3.4	76	6.6
Plastia inguinal + resección intestinal	496	3.8	368	7.9
Colostomías	110	14.5	106	17.9
Toracotomía	140	15.0	62	16.1

? El panorama se hace aún más sombrío si, a las tasas de mortalidad transoperatoria, se agregan las de morbilidad a consecuencia de una inapropiada conducción anestésica, o derivadas circuncancias propias de la operación o del cuidado postoperatorio -- inmediato, situaciones que hubiesen podido ser provistas por una correcta evaluación preoperatoria. (16)

En 1941, un Comité de la Sociedad Americana de Anestesiología cuyas siglas son A.S.A. encomendó a un grupo de calificados miembros la creación de una clasificación de los pacientes quirúrgicos con el objeto de unificar criterios sobre la aplicación de procedimientos anestésicos. Como resultado de esta comisión, Sakland propuso en 1941, clasificar a los enfermos que se iban a operar - de acuerdo a su estado físico general y a la gravedad de su dolencia presente fuese ella responsable o no de la intervención quirúrgica. Fue el primer intento de separar claramente el concepto de riesgo anestésico, del de su estado físico o de las condiciones - clínicas en que éste se hallaba en el momento de la operación .

En 1961 Dripps y colaboradores modificaron la clasificación de Sakland, elaborando la más utilizada en la actualidad. Ellos - dividen los pacientes en 5 categorías, según el siguiente criterio (16,1).

CLASE 1: Sujeto normal, o con un proceso localizado sin afección sistémica.

CLASE 2: Cuando el proceso patológico era consecuencia de una enfermedad sistémica moderada, producida por el proceso condicionante - de la operación, o por una patología asociada.

CLASE 3: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.

CLASE 4: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante - la que constituye además una amenaza permanente para su vida.

CLASE 5: Enfermo moribundo, cuya expectativa de vida no excede a - las 24 hs se le efectue o no el tratamiento quirúrgico indicado.

En el caso de que se trate de una operación de emergencia, a - cada una de las categorías señaladas se le agrega una E. (16)

El Objetivo de este trabajo fue en primer lugar determinar las causas más frecuentes de cirugía efectuada en el servicio de cirugía general en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, en pacientes de sesenta a más años de edad durante el período comprendido de enero 1988 a diciembre del mismo año, en segundo lugar conocer las causas de morbilidad y mortalidad de acuerdo a los siguientes parámetros: a. tipo de cirugía, b. Grupo de riesgo anestésico o quirúrgico según la clasificación A.S.A. c. enfermedades asociadas, y por último las complicaciones más frecuentes en los procedimientos anestésicos.

Se revisaron todos los expedientes de pacientes de sesenta a más años de edad que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico en el período comprendido del primero de enero de 1988 a 31 de diciembre del mismo año, se excluyeron del estudio los pacientes menores de 60 años de edad y los que no fueron intervenidos quirúrgicamente de 60 a más años de edad.

Se revisó el diagnóstico quirúrgico definitivo, el riesgo anestésico quirúrgico de acuerdo a la clasificación de A.S.A. , la morbilidad y la mortalidad.

Los resultados se evaluarán en base a porcentaje para las causas más frecuentes de patología quirúrgica y la aplicación de pruebas estadísticas para la comparación entre cirugía electivas de urgencia y la relación con grupos de riesgo anestésico.

RESULTADOS:

Durante el periodo de enero de 1988 a diciembre del mismo año se operaron un total de 230 pacientes de 60 a más años de edad de los cuales correspondieron 139 a pacientes de cirugía-electiva siendo el 60 por ciento y 91 de urgencia que correspondió al 40 por ciento. Las patologías más frecuentes se muestran en la tabla 1 y 2.

TABLA 1

CIRUGIAS ELECTIVAS	N	
Hernia inguinal	39	48
Colecistitis litiásica	16	11
Hernia postinsiccional	12	8
Hemorroides	7	5
Hernia umbilical	6	4
Ileostomía	6	4
Enfermedad Acido péptica	6	4
Cáncer gástrico	4	3
Cáncer rectal	4	3
Otras	36	28

Tabla 2.

CIRUGIA DE URGENCIA	Nº CASOS	PORCENTAJE
Apendicitis aguda	20	22
Hernia inguinal encarcelada	11	12
Colecistitis litiasica crónica agudizada	9	10
Oclusión intestinal	7	8
Absceso perianal	7	8
Colangitis	6	7
Necrobiosis diabética	6	7
Hernia postinsiccional encarcelada	4	4
Ulcera gástrica perforada	4	4
Trombosis mesenterica	4	4
Ulcera duodenal	2	2
Absceso hepático	2	2
Otros	9	10

En cuanto al riesgo anestésico de acuerdo a la clasificación de A.S.A. La mayor parte de pacientes correspondieron a la cirugía electiva al grupo IIB y en la cirugía de Urgencia al grupo IIIB como se muestra en la Tabla 3 y 4.

TABLA 3

I A	10	7.1
I'B	20	14.2
IIA	8	5.7
IIB	54	38.8
IIIA	5	3.5
IIIB	36	25.8
IVA	1	7
IVB	5	3.5
VA	0	0
VB	0	0
TOTAL	139	

Riesgo anestésico en cirugías electivas.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 4.

IA	2	2.1
IB	5	5.4
IIA	8	8.7
IIB	24	26.3
IIIA	6	6.5
IIIB	34	37.3
IVA	4	4.3
IVB	1	1.1
VA	2	2.2
VB	5	5.4
TOTAL	91	100.1

Riesgo anestésico en cirugías de urgencia.

Los problemas cardiovasculares fueron las patologías que con mayor frecuencia se encontraron asociadas en este grupo de pacientes como se muestra en la tabla 5.

TABLA 5

Enfermedades cardiovasculares.....	156
Obesidad.....	40
Diabetes Mellitus.....	20
Bronquitis crónica.....	18
Insuficiencia venosa.....	12
Cor pulmonales.....	4
Cirrosis.....	3

Llama la atención que la patología asociada más frecuente sea la cardiovascular dentro de la cual pudimos dividirla como se muestra en la tabla 6.

TABLA 6

Aortoesclerosis.....	100
Hipertensión arterial.....	30
Cardiopatía isquémica.....	15
Arritmias.....	8
Bloqueo de rama.....	3

Las causas de morbilidad en este grupo de pacientes fueron principalmente de tipo respiratorio así como las infecciones de tipo quirúrgico estos datos se muestran en la tabla siguiente. tabla 7

TABLA 7.

ETIOLOGIA	ELECTIVA	URGENCIA
Atelectasia	0	4
T.E.P.	2	2
S.I.R.P.A.	1	3
Hematoma de pared	2	1
Absceso de pared	0	1
Dehiscencia anast.	1	0
Fistula	0	2
Diabetes Mellitus descompensada	0	7
E.A.P.	0	4
Trastornos cardíacos	1	3
Crisis hipertensiva	2	0
Infección herida qx.	2	5
TOTAL.....	11	31

Las causas de mortalidad en este grupo de pacientes fueron principalmente por shok séptico como se puede observar en la siguiente tabla.

TABLA 8

CAUSA	URGENTE	ELECTIVA
Sépsis	16	0
F.O.M.	5	1
Ins. Resp. Aguda	4	0
Shock Hipovolémico	1	1
TOTAL	26	2

La mortalidad por tipo de cirugía fue la siguiente.

TABLA 9

	TOTAL DE CASOS	DEFUNCIONES
URGENCIA	91	26
ELECTIVA	139	2

La correlación del total de las defunciones en el período - correspondiente de enero 1988 a diciembre del mismo año con el riesgo anestésico con la clasificación A.S.A. fue más frecuente del IIIA al VB teniendo una mortalidad del 100 por ciento el IVA VA, VB, como se puede observar en la siguiente tabla.

TABLA 10

RIESGO ANESTESICO	TOTAL DE CASOS	DEFUNCIONES
IIIA	11	2
IIIB	70	14
IV A	5	5
IV B	0	0
V A	2	2
V B	5	5

Las complicaciones anestésicas transoperatorias se muestran en la tabla 11, siendo el 11.3 por ciento.

TABLA 11

Hipotensión arterial.....	15
Arritmias.....	7
Edema agudo pulmonar.....	2
Broncoaspiración .....	1
Insuficiencia cardiaca.....	1
TOTAL.....	26

### DISCUSION:

Como pudimos observar en el estudio realizado cada vez es mayor el número de pacientes de edad superior a los 60 años que requieren de un procedimiento quirúrgico. No existe en nuestro medio un estudio estadístico que mencione las patologías frecuentes en este grupo de edad. En la literatura mundial Sikes (17) se encontró como procedimientos quirúrgicos frecuentes las - plastías inguinofemorales, la colecistectomía y amputaciones - supracondíleas.

En nuestro medio culminan los mismos procedimientos quirúrgicos, dentro de los procedimientos de urgencia las causas más - frecuentes son la apendicitis aguda, la hernia inguinal complicada y la colecistitis crónica litiasica agudizada.

Como lo refieren otros autores (14) la patología que con mayor frecuencia se asocia en este grupo de pacientes son los padecimientos cardiovasculares, dentro de los cuales los más importantes son la aortoesclerosis, hipertensión arterial sistémica y la cardiopatía isquémica y esto complica cualesquiera de los procedimientos efectuados, además de su forma de presentación clínica atípica con una tasa de morbi-mortalidad mayor en comparación con pacientes jóvenes.

En el grupo de cirugía de urgencia y electiva como se analizaron en los resultados, estos fueron estadísticamente significativos, y la diferencia se hace ostensible en la mortalidad, encontrando una gran diferencia entre el grupo de cirugía de urgencia y electiva, siendo la causa principal la sépsis y esto es debido a que el paciente anciano se complica por una serie de factores agregados como son las enfermedades concomitantes como problemas de tipo familiar, inanición, lo que se agrega a la patología de base complicando por lo tanto cualquiera de los procedimientos efectuados.

Apesar del riesgo anestésico elevado en algunos pacientes, - las complicaciones anestésicas transoperatorias fueron mínimas, sin mortalidad en el período transanestésico, esto es debido a una adecuada evaluación preoperatoria, conducción anestésica y cuidados postoperatorios adecuados.

CONCLUSIONES:

1. Las causas más frecuentes de patología quirúrgica en pacientes de 60 a más años de edad son en nuestro medio los padecimientos herniarios como patología electiva y en el grupo de urgencia la apendicitis aguda.

2. Las enfermedades concomitantes más frecuentes son las cardio vasculares y metabólicas.

3. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente en cirugía de urgencia presentaron mayores complicaciones y mayor mortalidad.

4. La clasificación de A.S.A. es de utilidad para la evaluación del riesgo anestésico quirúrgico.

5. Es necesario incrementar la educación médica para un diagnóstico oportuno y tratamiento específico y manejo interdisciplinario de este grupo de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Collins V. Valoración y preparación preanestésica En Anestesiología, cap. 9 segunda Ed. Interamericana . Ed Mex 1980 pp130-46
2. Corral S.S. Colitis Amibiana fulminante Tesis recepcional UNAM 1984.
3. Covarrubias- Mata J. colitis amibiana fulmánante Tesis recepcional UNAM 1982.
4. Ibañez fuentes R° favela R. aguirre H Colon TOXICO trabajo presentado en la IX reunión anual de la Asociación Mexicana de Cirugía general 1985.
5. Mateos J. Apendicitis aguda tesis recepcional UNAM 1982
6. Molina Alonso L. Patología gastrica en el anciano Medicine 34 Julio 84 pp 1991-7
7. Salgado Alba J. Geriatria, historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, resistencia geriátrica, Medicine 34 julio 84 pp 1980-4
8. Blake R. lynn Emergencia abdominal surgery; review of 172 - patients Br J Surg 1976 63 956-60
9. Herron PW; Analys of 600 major operations in patients over 70 year of age. Ann Surg 1960 152; 686-98
- 10 Owens BJ Apendicitis in the elderly ANN surg 1978 187; 392-6
11. Glenn F. surgical, management ot acute colecystitis in patients 65 yeass of age and older Ann Surg 1981; 193; 56-9.
12. Greenburg AG cols. Mortality and gastrointestinal surgery . Geroenterology 1979 25; 103-12
13. Palmeberg S. Mortality in geriatric surgery Geroenterology 1979 25; 103-12
14. Steven M. Keller y cols. Emergency and elective surgery in - patients over age 70 The american Burgery; 53;11 636-40
15. BERNARD J. owens Apendicitis in the Elderly 187; 4; 1978 392-96.
16. Antonio Aldrete. Texto de anestesiologia teorico-practico - capitulo 18 Ed Salvat 1986 pp. 339-350.
17. SOLOMON Paper y cols. Manual of de Medical Care of the Surgical Patient primera edición capitulo 16 pp 223-226.