

6
201 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Hospital General Tacuba I. S. S. S. T. E.

Morbimortalidad de la Cirugía Abdominal de urgencia en Pacientes mayores de 60 años de edad en el Hospital General Tacuba, ISSSTE.

FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el grado de Especialista en:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:
Dr. Luis Alfredo Alvarado Arias

Director de Tesis: DR. ANTONIO LIHO NECOECHA





Universidad Nacional
Autónoma de México

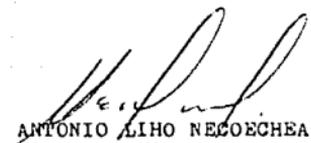


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

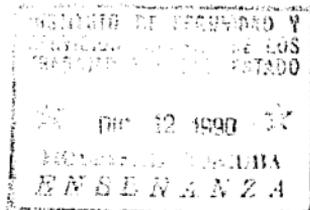
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

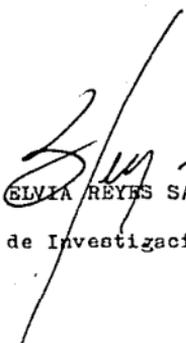

DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA.

Jefe de la División de Cirugía.
Hospital General Tacuba, I.S.S.S.T.E.
Director de Tesis.

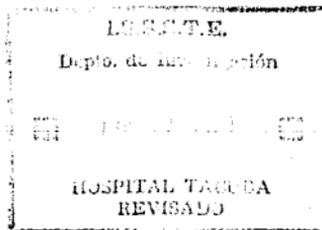

DR. FELIO MIRSENT GONZALEZ.

Jefe de Enseñanza e Investigación.




DRA. ELVIA REYES SANCHEZ.

Jefe de Investigación.



INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
METODOLOGIA	6
RESULTADOS	7
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCION

Las patologías abdominales agudas son uno de los retos más difíciles que se presentan en el ejercicio clínico ya que en ocasiones el más agudo cuadro de dolor abdominal se puede resolver en forma espontánea y, por otro lado, un dolor de poca intensidad con una presentación de apariencia benigna puede ser causado por un padecimiento que finalmente amerite de tratamiento quirúrgico.

Actualmente es real el aumento en las tasas de vida media por lo que también en forma proporcional se ha incrementado el número de pacientes añosos que se presentan con patologías abdominales que ameritan de manejo operatorio y que además tienen enfermedades crónicas o generales concomitantes.

Existen algunos factores causantes de que este grupo de pacientes se retarden en acudir a recibir atención médica: Reluctancia a solicitar ayuda, vivir solos, negarse a hospitalización, percepción alterada de los síntomas o atribuidos a otras causas (constipación o indigestión), presentación atípica de los mismos asociados a confusión o demencia senil. En suma a esto, la presentación de un cuadro con escasez de datos causa también retardo en el manejo operatorio y se relaciona direc-

tamente con los porcentajes de morbilidad y mortalidad que en general son mayores a los que se presentan en grupos de pacientes jóvenes.

Para mencionar algunas de las patologías abdominales más comunes que se presentan en el anciano, la ISQUEMIA MESENTERICA se presenta en menos de 4 por 1 000 operaciones abdominales agudas y tienen relación con hipertensión arterial, enfermedad cardiaca valvular o aterosclerótica, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias, uso de diuréticos, infarto reciente; pudiendo ir desde isquemia segmentaria hasta procesos agudos extensos.

La APENDICITIS AGUDA en ancianos es alrededor de 5 a 10% de todos los casos pero la mitad de muertes por apendicitis -- ocurre en pacientes de este grupo de edad. El apéndice del anciano frecuentemente es atrófica con disminución del tejido linfático y disminución del aporte sanguíneo debido a asociación con enfermedad vascular. Estos factores contribuyen a progresión más rápida y a un incremento en la incidencia de subsecuente -- perforación.

Con respecto a la COLECISTITIS AGUDA, la pobre respuesta a la sepsis en el paciente añoso, ha llevado a efectuar manejo agresivo, lo cual no aumenta la morbilidad. Estudios comparati-

vos con pacientes jóvenes, comprueban que la colecistectomía -- temprana reduce la morbimortalidad en pacientes añosos con cole-- cistitis aguda y es altamente recomendada. De hecho, pacientes de alto riesgo y con múltiples enfermedades evolucionan más ha-- cia la perforación y necrosis.

La ULCERA PEPTICA PERFORADA representa el 10% de hospi-- talizaciones relacionadas con la úlcera péptica. Frecuentemente es inadvertida en pacientes seniles y está relacionada con ma-- yor consumo de antiinflamatorios no esteroideos (80%). La morta-- lidad general en pacientes añosos es de 10 a 40%, lo cual es -- reflejo de mayor edad y enfermedades asociadas.

La DIVERTICULOSIS DE COLON ocurre en 5% de la población general. A los 60 años de edad la padecerá el 33% de ésta, 25% desarrollarán diverticulitis, 38% desarrollarán complicaciones como fistula, perforación u obstrucción y el 20% requerirán -- tratamiento quirúrgico. El colon sigmoidees es el afectado en el 90% de los casos.

La causa más frecuente de OBSTRUCCION INTESTINAL son las adherencias postoperatorias, 64 a 79% de los casos. La segunda causa en pacientes seniles se deben a hernias de pared y segui-- damente por procesos neoplásicos.

En rotura de aneurismas de aorta abdominal a los 30 días de postoperatorio la mortalidad es de 40% la cual no ha mejorado con respecto al año de 1960. Sin embargo, Gerald, en un estudio de 1393 pacientes operados por aneurisma de la aorta abdominal en 14 años, la incidencia de cirugía abdominal de urgencia por ruptura del mismo fue de 4.4% (61 pac. de 1393) con una mortalidad perioperatoria de 14.8% (9 de 61), siendo importante en los resultados, el diagnóstico y tratamiento quirúrgico tempranos.

Otras entidades menos frecuentes en el paciente senil -- son las torsiones intestinales, pancreatitis aguda, abscesos perirrenales o pnonefrosis en relación directa con Diabetes -- Mellitus; abscesos hepáticos, procesos supurativos de la vía biliar, etc.

OBJETIVOS

Conocidas algunas de las patologías abdominales quirúrgicas y su frecuencia en el paciente senil, el objetivo del presente estudio fue valorar la realización de un manejo quirúrgico lo más tempranamente posible en pacientes mayores de 60 años de edad que se presentaran con cuadros de patología abdominal dolorosa; grupo de pacientes en el que es raro encontrar un cuadro de abdomen agudo franco. Y correlacionar el tiempo de evolución extra como intrahospitalario, antes de llevarse a cabo el manejo operatorio, con la morbimortalidad que se presentara y la probable participación de las patologías generales asociadas.

METODOLOGIA

De enero de 1989 a octubre de 1990 se incluyeron 42 pacientes mayores de 60 años de edad manejados por el servicio de Cirugía General en el Hospital General - Tacuba, ISSSTE; por presentar cuadros de patología abdominal aguda y que finalmente ameritaron de tratamiento quirúrgico de urgencia.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se operaron 42 pacientes: - 22 hombres (52.4%) y 20 mujeres (47.6%), con edades de 60 a 97 años con una media numérica de 75 años.

Diecisiete pacientes (40.4 %) tenían antecedentes quirúrgicos abdominales y los padecimientos asociados se encontraron en 23 pacientes (54.7 %): Hipertensión arterial en 7 (16.6%), - cardiopatías 4 (9.5%), 6 diabéticos (14.2%), artritis reumatoide en 2 pacientes (4.7%) y un paciente en neoplásicos, respiratorio, cirrosis y aneurisma aórtico (2.3% c/u).

El riesgo anestésico según la Clasificación de la ASA fue I en un paciente (2.3%); II en once pacientes (26.1%); III en - doce pacientes (28.5%); IV en diez pacientes (23.8%) y V en --- ocho pacientes (19.0%).

1. La patología más frecuente fue la apendicitis aguda - con 9 pacientes (21.4%) de los cuales, 44.4% se encontraron perforadas. 2. Se encontró la misma incidencia en oclusión intestinal (9 pacientes); 5 pacientes por hernias de pared (55.5%); 2 pacientes por adherencias postoperatorias (22.2%); una oclusión por metástasis de CA gástrico y otro por volvulus de sigmoides (11.1%). 3.- Cuatro pacientes (9.5%) operados en forma -

electiva tuvieron evisceración postoperatoria: Dos pacientes PO de Colectomía, a las 2 semanas y a los 2 meses del PO; la última de ellas, diabética. Otra PO de resección de quiste gigante de ovario y la última PO de Histerectomía vaginal un año antes. 4.- La hemorragia de tubo digestivo alto fue la causa de exploración quirúrgica en tres pacientes (7.1 %) siendo los 3 - por Ulcera Gástrica. 5.- Igual porcentaje se tuvo con isquemia mesentérica (3 pacientes). 6.- La incidencia de Ulcera Gástrica perforada, Colectitis Aguda y Retención Aguda de orina fue de 4.7 % (2 pacientes c/u); así como también por causas iatrogénicas de las cuales una correspondió a perforación vesical durante RTU de próstata y otra a perforación vesicular durante la realización de una Colangiografía Percutánea Transhepática en una paciente icterica en protocolo de estudio. 7.- Por último, con 2.3% (un paciente) de incidencia se presentaron: absceso hepático piógeno, Divertículo de Meckel perforado, Ruptura de aneurisma abdominal aórtico, ileo biliar, perforación gástrica por cuerpo extraño (espina de pescado) y Hemorragia de tubo digestivo bajo por diverticulosis de colon.

El tiempo de evolución preoperatoria fue en promedio de 52.3 horas, con un rango de 1 a 240 hrs. La estancia hospitala--

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

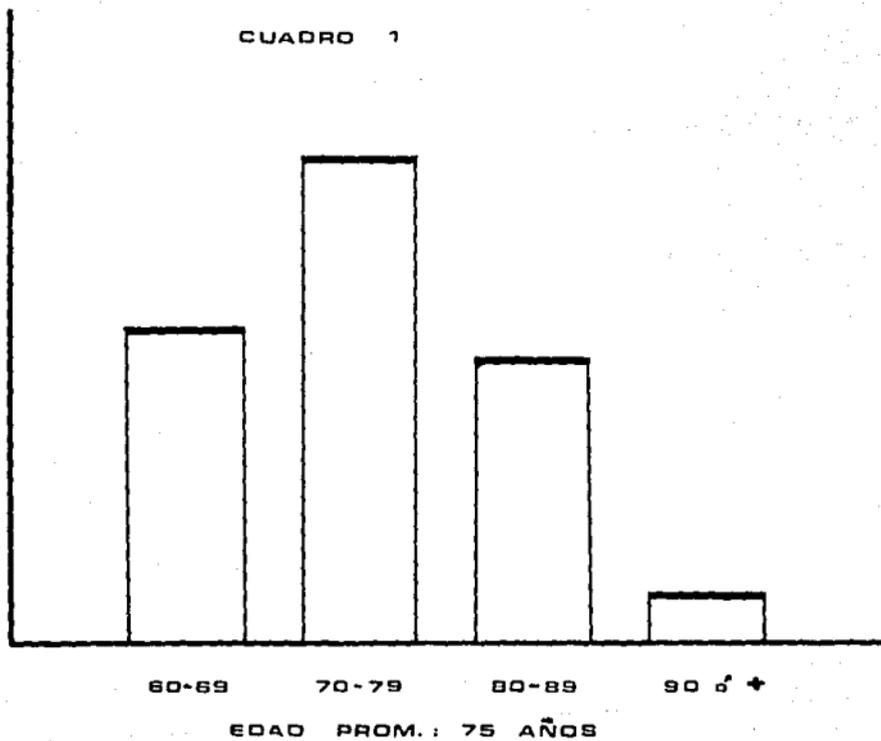
ria preoperatoria fue en promedio de 19.2 hrs con un rango de 1 a 72 hrs. Esto da un promedio de 33.1 hrs entre el inicio del cuadro y el momento de acudir a recibir atención médica.

El porcentaje de complicaciones fue de 40.4 % y correspondieron a: Una lesión del cordón espermiático (2.4%) durante la exploración inguinal por una hernia encarcelada. Siete abscesos de pared (16.7 %); 2 Fístulas biliares, 2 evisceraciones PO, 2 reactivaciones de sangrado y 2 oclusiones intestinales; para un porcentaje de 4.7 % para cada grupo mencionado y una neumonía basal (2.4%).

La mortalidad fue de 14.2 % (6 pacientes): Dos pacientes por Trombosis de la arteria mesentérica superior (33.3%) y uno de úlcera gástrica perforada, Absceso hepático piógeno, Divertículo de Meckel perforado y uno por apendicitis con neoplasia en íleon terminal.

La estancia hospitalaria fue de 3 a 38 días con un promedio de 11.4 días.

CUADRO 1



CUADRO 2		
CAUSAS	No. PAC	%
1. APENDICITIS AGUDA	9	21.4
2. OCLUSION INTESTINAL	9	21.4
3. EVISCERACION PO	4	9.5
4. HTDA POR ULCERA GASTRICA	3	7.1
5. ISQUEMIA MESENTERICA	3	7.1
6. ULCERA GASTRICA PERFORADA	2	4.7
7. COLECISTITIS AGUDA	2	4.7
8. RETENSION AGUDA DE ORINA	2	4.7
9. IATROGENAS	2	4.7
10. ABSCESO HEPATICO PIOGENO, DIVERTICULO DE MEGKEL PERFORADO, RUPTURA DE ANEURISMA AORTICO, ILEO BILIAR, PERF. GASTRICA POR CUERPO EXTRAÑO, HTDB POR DIVERTICULOSIS DE COLON.	1	2.3

CUADRO 3

PREHOSP.	HOSP.
33.1 HRS.	19.2 HRS.

EVOLUCION PREOPERATORIA

52.3 HORAS

CUADRO 4

COMPLICACIONES

	No. PAC.	%
ABSCESO DE PARED	7	16.7
FISTULA BILIAR	2	4.7
EVISGERACION	2	4.7
REACTIVACION DE SANGRADO	2	4.7
OCLUSION INTESTINAL	2	4.7
LESION CORDON ESPERMATICO	1	2.4
NEUMONIA	1	2.4
TOTAL	17	40.4

CUADRO 5		
MORTALIDAD		14.2 %
1. MASC.	75 AÑOS	ULCERA GASTRICA PERFORADA
2. FEM.	87 "	ABSCESOS HEPATICOS PIOGENOS.
3. MASC.	73 "	TROMBOSIS MESENTERICA.
4. MASC.	73 "	DIVERTICULO DE MECKEL PERFORADO.
5. FEM	70 "	TROMBOSIS MESENTERICA.
6. MASC.	97 "	APENDICITIS/CA OBSTRUCTIVO ILEON TERMINAL.

DISCUSION:

Es indudable que cada vez será mayor el número de pacientes ancianos que se presenten en los servicios de urgencia, con cuadros de abdomen doloroso no bien definido, en los que es de vital importancia llevar a cabo una exhaustiva investigación para que con prontitud se llegue a una impresión diagnóstica, ya que por sus patologías asociadas como la edad per sé, pueden cursar con alteraciones en la sensibilidad, localización del dolor o ausencia del mismo, y, que aunado a su menor resistencia a la sepsis, principalmente, la morbimortalidad que presentan a procedimientos quirúrgicos, es mucho mayor que en pacientes pediátricos u adultos jóvenes.

En el presente estudio se pretendió efectuar tempranamente un manejo quirúrgico en este grupo de pacientes pero la presentación de cuadros atípicos, en ocasiones la escasez de datos tempranos para establecer un diagnóstico de certeza llevó a un retardo intrahospitalario promedio de 19.2 hrs para efectuar el manejo operatorio; ya que además, aún la laparotomía blanca no es inocua en pacientes de edad avanzada.

Como era de esperarse, la apendicitis aguda fue la ---

causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia en pacientes añosos (21.4 %), siendo igual para la oclusión intestinal. Siguieron otras causas como isquemia intestinal, hemorragia de tubo digestivo alto y úlcera perforada, principalmente.

La morbilidad que se presentó fue elevada (40.4 %), - siendo principalmente la infección de la pared con 16.7 %, - siguiendo en frecuencia evisceración, reactivación de sangrado, fístula biliar y oclusión intestinal.

Menor de lo esperado, la mortalidad fue de 14.2 % con 6 pacientes de los 42 .

CONCLUSIONES

1. No se pueden tener criterios rígidos en la decisión de someter tempranamente a exploración abdominal quirúrgica -- cuando se trata de pacientes ancianos, en los cuales aún la -- laparotomía blanca puede poner en riesgo su vida.

2. Este grupo de pacientes representa siempre un problema diagnóstico ya que lo más frecuente es que no encontremos signos francos de abdomen agudo y cuando éste se presenta, -- los hallazgos intraabdominales son más catastróficos de lo -- que aparentaba.

3. Por los dos puntos anteriores así como el hecho de -- existir enfermedades asociadas continúa siendo elevada la -- incidencia de complicaciones y muertes postoperatorias a pe-- sar de tener los mejores cuidados de terapia intensiva post-- operatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Chappuis and Cohn. Diverticulitis Cólica Aguda. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol 2 /1988.
2. Gunnar. Acute Cholecystitis in the Elderly. The Am. J. of Surg. Vol 159, April 1990.
3. Hidalgo. The influence of age on early surgical treatment of Acute Cholecystitis. Surg, Gynecol, and Obst. Vol 169, November 1989.
4. Horattas. A Reappraisal of Appendicitis in the Elderly. -- The Am. J. of Surg. Vol 160, Sept. 1990.
5. Houghton et al. Cholecystectomy in the elderly: a prospective study. Br. J. Surg., 1985. 72:220-222.
6. Jordan. Ulcera Péptica Perforada. Clínicas Quirúrgicas - de Norteamérica. Vol. 2, 1988.
7. Leitman. Evaluation and Management of Massive Lower Gastrointestinal Hemorrhage. Ann. Surg. Febr, 1989. Vol. 209 -- No. 2.
8. Wilkins, Amada. Morbilidad y Mortalidad en pacientes que - presentan dolor abdominal agudo. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol. 54, No. 4, 1989.
9. Williams. Isquemia Mesentérica. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 2, 1988.