

11209
35



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“Abdomen Quirúrgico de urgencia en el paciente anciano del Hospital General
Tacuba del ISSSTE”

Tesis que presenta el Dr. Enrique Delgadillo Ortiz para recibir el grado de
médico especialista en Cirugía General.

2001
299561



Universidad Nacional
Autónoma de México

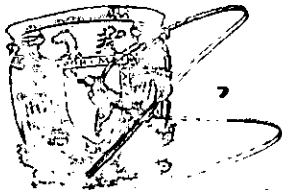


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 Autorizaciones
 U. N. A. M.

[Handwritten signature]

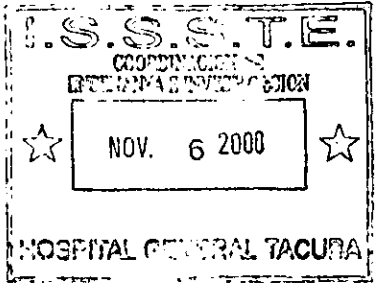
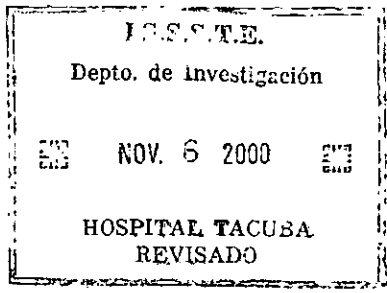
Dr. Antonio Liho Necochea
 Profesor Titular del Curso de Cirugia General

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Dr. Ruben Gustavo Torres Avila
 Asesor de Tesis



Dr. Manuel de Jesús Utrilla Avila
 Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General Tacuba del ISSSTE



**“ABDOMEN QUIRÚRGICO DE URGENCIA EN EL
PACIENTE ANCIANO DEL HOSPITAL GENERAL
TACUBA DEL ISSSTE”**

INTRODUCCIÓN

El abdomen quirúrgico de urgencia representa un reto importante para el cirujano general, tanto por la valoración previa a la cirugía, la decisión quirúrgica y el manejo postoperatorio.

Lo que nos obliga a comprender un poco más a cerca de las principales causas de este problema en los diversos grupos de edad, de nuestra población en general. Sin embargo en este estudio consideramos de manera única al paciente anciano. El cual es de interés por el crecimiento que existe de esta población(2).

Para comprender nuestro grupo de estudio debemos considerar que cada uno de nuestros sujetos de estudio es un organismo modificado por el envejecimiento normal.(6) El cual inicia mucho antes de que el individuo presente aspecto de viejo.(6)

Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento puede describirse como una constricción de la reserva homeostática de todos los sistemas orgánicos. Esta declinación que a menudo se conoce como homeostenosis, es manifiesta en la tercera década de la vida y es gradual y progresiva, aunque la velocidad y extensión de la declinación varían. La declinación de cada sistema orgánico parece ocurrir de manera independiente a los cambios de otros sistemas orgánicos, y esta influido por la dieta, el ambiente y los hábitos personales, así como por los factores genéticos.(8)

Para explicar los mecanismos biológicos del envejecimiento se han propuesto numerosas teorías, aunque todas tienen dificultades inherentes. Además, la mayor parte no son excluyentes entre sí, y en el momento presente no hay pruebas de la existencia de un solo mecanismo del envejecimiento. En lugar de eso, es probable que el envejecimiento tenga múltiples e interrelacionadas causas que quizá sean diferentes en las células y órganos que son posmitóticos, comparadas con las de los tejidos renovables. A medida que han decaído las teorías del envejecimiento basadas en la población, los organismos y los órganos, se ha incrementado el interés en los modelos celulares por varias razones: 1) las células que crecen en los cultivos siempre envejecen: esto es, tras una serie finita de divisiones que doblan su número dejan de renovarse, aunque realizan la mayor parte de las funciones metabólicas y permanecen vivas hasta un año o más; 2) el número de divisiones previas a la senescencia es directamente proporcional a la vida máxima de las especies; 3) el número de células que se divide se relaciona inversamente con la edad del donante; 4) las células tomadas de pacientes con síndromes de envejecimiento prematuro tienen vidas *in vitro* reducidas.

Aunque los mecanismos responsables continúan sin hallarse, han surgido importantes puntos de vista a partir de estudios sobre el envejecimiento celular. Ya que las células senescentes no pueden reproducirse en presencia de factores de crecimiento se asocia a una incapacidad de inducir el gen *c-fos* y a un bloqueo de la fase G1 tardía del ciclo celular. Además el bloqueo se asocia a la secreción de estatina y la expresión de una proteína no caracterizada que se localiza en la superficie externa de la membrana. Otro factor de envejecimiento es el producto del gen del retinoblastoma, el cual crea un defecto para producir la formación de cinasas, alterando la fosforilación e inhibiendo la proliferación celular. No hay pruebas de que genes importantes codifiquen péptidos específicos que sean borrados o inactivados durante el envejecimiento. Sin embargo secuencia de ADN no codificadas, que pueden ser importantes para la división celular o la regulación de la transcripción,

pueden afectarse. Hay pocos datos compatibles con el hecho de que el envejecimiento afecte a la transcripción de ARN.

Muchos mecanismos que se han implicado previamente en el envejecimiento no han sido comprobados, como la mutación somática, el error catastrófico, y la mutagénesis intrínseca. Otros mecanismos como la lesión por radicales libres, las alteraciones de la metilación del ADN, y el agotamiento telomérico, siguen siendo motivo de investigación. (8)(1)

Durante mucho tiempo se considero de manera arbitraria el inicio de la vejez. Lo cual a cambiado al encontrar que la vejez es una etapa de la vida en la cual existen cambios fisiopatológicos. Dados por la involución del timo lo cual ocurre entre los 45 y 50 años de edad y durante la cual persiste la producción de hormonas tímicas hasta los 60 años de edad. Posterior a los cuales no se aprecian niveles séricos de las mismas. (1)

Las repercusiones a nivel de la inmunidad celular como en la inmunidad humoral estan relacionados con la perdida de las hormonas tímicas. Aumentan la susceptibilidad de los ancianos a infecciones, enfermedades neoplásicas y quizá lesión vascular. Además de la formación de autoanticuerpos y complejos inmunitarios que pueden dañar tejidos y organos. (1)

Durante la senescencia se aprecia influencia de factores externos los cuales activan las glándulas suprarrenales y el sistema adrenosimpático, liberandose catecolaminas y glucocorticoides. Afectando de manera principal al aparato circulatorio, ocasionado daño arterial que interviene en el proceso de envejecimiento. (6)

Más del 50% de los ancianos presentan problemas de enfermedades crónicas. Las cuales ocasionan incapacidad, además de estar sometidos a regimenes de varios fármacos. Desencadenando riesgos y peligros mayores, ocasionados por los efectos adversos de los fármacos. (1)

En la actualidad existen en México 3500000 ancianos debido a la mejoría en las condiciones socioeconómicas y al aumento en la expectativa de vida. Establecido por el avance científico y tecnológico dentro de la medicina. (2)

La asociación de enfermedades crónicas con padecimientos quirúrgicos es frecuente. Incrementando de manera importante la mortalidad en este grupo de pacientes. Siendo del 45%, en las intervenciones de urgencia y del 1% de las intervenciones electivas. (2)

El abdomen quirúrgico de urgencia en un alto porcentaje de pacientes seniles se acompaña de procesos infecciosos debido a las modificaciones inmunológicas, lo que aumenta el riesgo de trastornos sistémicos y por lo tanto exista un incremento en la morbimortalidad. (3)

Las causas de abdomen quirúrgico de urgencia en el anciano fueron en primer lugar, las enfermedades benignas de la vía biliar (23.3%), seguidas de las causantes de dolor abdominal inespecifico (13.59%), enfermedad diverticular aguda (11.65%), obstrucción intestinal (10.67%), con una mortalidad del 5.82%. (3)

Los ingleses presentan como primer lugar dentro de las causas de abdomen quirúrgico de urgencia, la colecistitis aguda , seguida de la apendicitis aguda. (4)

En los Koreanos , la principal causa de este problema se presento en pacientes con patología de la via biliar , sin embargo esto sucedió en las hospitales universitarios , no siendo así en los hospitales cumunitarios en los cuales la primera causa de abdomen quirúrgico de urgencia en los ancianos es la apendicitis aguda , seguidos de la perforación visceral , obstrucción intestinal, sangrado de tubo digestivo alto , secundario a úlcera péptica complicada, con una mortalidad de 2.3% como máxima.(5)

La edad no excluye el tratamiento quirúrgico ya que con las técnicas quirúrgicas modernas se puede dar alivio al 85% de los ancianos con problema quirúrgico , y solución parcial al 10%.(7)

La morbimortalidad excesiva postquirúrgica , se debe a la presencia de otras enfermedades que aparecen en forma simultanea. La edad y el estrés de la cirugía no repercuten de manera importante en la morbimortalidad.(7)

Las causas concomitantes que aumentan la mortalidad en estos pacientes sometidos a cirugía de urgencia son insuficiencia cardiaca, infarto al miocardio,neumonía, embolia pulmonar apoplejía,complicaciones técnicas de la cirugía.(7)

La preparación prequirúrgica de estos pacientes está determinada por la urgencia misma. Implicando que a mayor urgencia menor tiempo de mejorar las condiciones preoperatorias de los pacientes . Lo que ocasiona la presencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias importantes.(5) (7)

OBJETIVOS

- 1) Conocer las causas más frecuentes de abdomen quirúrgico de urgencia en el paciente anciano, en nuestro medio hospitalario.
- 2) Mayor certeza diagnóstica preoperatoria en base a nuestros resultados .
- 3) Conocer el cambio que existe en las principales causas de la patología quirúrgica de urgencia en el paciente anciano.

Los ingleses presentan como primer lugar dentro de las causas de abdomen quirúrgico de urgencia, la colecistitis aguda , seguida de la apendicitis aguda. (4)

En los Koreanos , la principal causa de este problema se presento en pacientes con patología de la vía biliar , sin embargo esto sucedió en las hospitales universitarios , no siendo así en los hospitales comunitarios en los cuales la primera causa de abdomen quirúrgico de urgencia en los ancianos es la apendicitis aguda , seguidos de la perforación visceral , obstrucción intestinal, sangrado de tubo digestivo alto , secundario a úlcera péptica complicada, con una mortalidad de 2.3% como máxima.(5)

La edad no excluye el tratamiento quirúrgico ya que con las técnicas quirúrgicas modernas se puede dar alivio al 85% de los ancianos con problema quirúrgico , y solución parcial al 10%.(7)

La morbimortalidad excesiva postquirúrgica , se debe a la presencia de otras enfermedades que aparecen en forma simultanea. La edad y el estrés de la cirugía no repercuten de manera importante en la morbimortalidad.(7)

Las causas concomitantes que aumentan la mortalidad en estos pacientes sometidos a cirugía de urgencia son insuficiencia cardiaca, infarto al miocardio,neumonía, embolia pulmonar apoplejía,complicaciones técnicas de la cirugía.(7)

La preparación prequirúrgica de estos pacientes está determinada por la urgencia misma. Implicando que a mayor urgencia menor tiempo de mejorar las condiciones preoperatorias de los pacientes . Lo que ocasiona la presencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias importantes.(5) (7)

OBJETIVOS

- 1) Conocer las causas más frecuentes de abdomen quirúrgico de urgencia en el paciente anciano, en nuestro medio hospitalario.
- 2) Mayor certeza diagnóstica preoperatoria en base a nuestros resultados .
- 3) Conocer el cambio que existe en las principales causas de la patología quirúrgica de urgencia en el paciente anciano.

JUSTIFICACIÓN

Durante mucho tiempo en la literatura médica se han manejado diversas causas de abdomen quirúrgico de urgencia en el paciente anciano, las cuales no son válidas dentro de nuestro entorno, ya sea por el tipo de población que manejamos en esta unidad hospitalaria, o sea por los cambios que sufre nuestra población senil dentro de su deterioro fisiológico, ocasionados de manera directa por los avances de la medicina moderna, siendo esto el punto de partida para realizar este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, y descriptivo, en el que se revisaron los expedientes de pacientes mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, que fueron sometidos a cirugía abdominal de urgencia en el lapso de un año, excluyendo a los que fallecieron antes de la intervención quirúrgica, y los que no cumplían con los criterios de inclusión, se eliminaron los pacientes en los que el expediente estaba incompleto.

El estudio se realizó del 01 de enero de 1999 al 31 de diciembre de 1999, incluyendo un total de 37 pacientes, mayores de 65 años de edad, los cuales fueron sometidos a tratamiento quirúrgico abdominal de urgencia, tomando en consideración, la edad, sexo, enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de la colágena, cardiopatías entre otras), diagnóstico preoperatorio, dolor, rebote, leucocitosis, diagnóstico postoperatorio, días de estancia hospitalaria postoperatoria, defunción postoperatoria, y evolución clínica del paciente, acentado en el expediente clínico, se excluyeron únicamente a los pacientes en los que el expediente clínico no se encontró o estaba incompleto y a los pacientes que fallecieron antes de la intervención quirúrgica. Para el análisis de las variables obtenidas se utilizaron estadísticas de frecuencia, y descriptivas, así como el coeficiente de correlación de Spearman, para saber la relación que existe entre el rebote, taquicardia, dolor y leucocitosis, como parámetros para la decisión quirúrgica.

JUSTIFICACIÓN

Durante mucho tiempo en la literatura médica se han manejado diversas causas de abdomen quirúrgico de urgencia en el paciente anciano, las cuales no son válidas dentro de nuestro entorno, ya sea por el tipo de población que manejamos en esta unidad hospitalaria, o sea por los cambios que sufre nuestra población senil dentro de su deterioro fisiológico, ocasionados de manera directa por los avances de la medicina moderna, siendo esto el punto de partida para realizar este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, y descriptivo, en el que se revisaron los expedientes de pacientes mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, que fueron sometidos a cirugía abdominal de urgencia en el lapso de un año, excluyendo a los que fallecieron antes de la intervención quirúrgica, y los que no cumplían con los criterios de inclusión, se eliminaron los pacientes en los que el expediente estaba incompleto.

El estudio se realizó del 01 de enero de 1999 al 31 de diciembre de 1999, incluyendo un total de 37 pacientes, mayores de 65 años de edad, los cuales fueron sometidos a tratamiento quirúrgico abdominal de urgencia, tomando en consideración, la edad, sexo, enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de la colágena, cardiopatías entre otras), diagnóstico preoperatorio, dolor, rebote, leucocitosis, diagnóstico postoperatorio, días de estancia hospitalaria postoperatoria, defunción postoperatoria, y evolución clínica del paciente, acentado en el expediente clínico, se excluyeron únicamente a los pacientes en los que el expediente clínico no se encontró o estaba incompleto y a los pacientes que fallecieron antes de la intervención quirúrgica. Para el análisis de las variables obtenidas se utilizaron estadísticas de frecuencia y descriptivas, así como el coeficiente de correlación de Spearman, para saber la relación que existe entre el rebote, taquicardia, dolor y leucocitosis, como parámetros para la decisión quirúrgica.

RESULTADOS

De los 37 pacientes que se consideraron en este estudio, 23 fueron mujeres (62.2%), 14 hombres (37.8%),(gráfica 1)(cuadro 1). La edad promedio es de 76.89 años, con una desviación estándar de 8.31, edad mínima de 65 años y máxima de 97 años de edad.(cuadro 2). Durante el estudio se considero en antecedente de enfermedades crónicas degenerativas, presentandose en 17 pacientes (45.9%), los otros 20 pacientes (54.1%) no lo presentaron (cuadro 3, gráfica 2). Se considero el diagnóstico postoperatorio durante el estudio, encontrando como causas de el abdomen quirúrgico de urgencia en este grupo de pacientes, las siguientes causas: oclusión intestinal (29.7%), considerando dentro de este apartado a las hernias de la pared, en las cuales se aprecia compromiso de las visceras intrabdominales, úlcera péptica perforada (16.2%), isquemia mesenterica (10.8%), sangrado de tubo digestivo(8.1%), pancreatitis severa(8.1%), tumoraiones (8.1%), apendicitis aguda (8.1%), colecistitis aguda(2.7%), perforación de viscera hueca (no considerando a la úlcera péptica perforada) (2.7%), aneurisma de aorta abdominal(2.7%), peritonitis primaria (2.7%),(cuadro 4 ,gráfica 3). Los día de estancia hospitalaria tuvieron una media de 10.95 días, con una mediana de 7 días, desviación estándar de 11.23 días, con una estancia mínima de 0 y máxima de 60 días.(cuadro 5, gráfica 4). Se apreciaron 6 defunciones, las cuales representan el 16.2%, siendo las causas que ocasionaron el fallecimiento se debieron a complicaciones de las enfermedades crónicas degenerativas, sepsis o ambas, el resto de los pacientes los cuales representan el 83.8%, se egresaron en condiciones optimas, para ser manejados en la consulta externa. (cuadro 6,gráfica 5).

Durante el estudio se tomaron en consideración la presencia de dolor, taquicardia, rebote y leucocitosis, como parámetros sencillos, para decidir la intervención quirúrgica, encontrando la presencia de dolor en 33 pacientes (89.2%) (gráfica 6, cuadro 7), el rebote se presento en 21 pacientes (56.8%) (gráfica 7, cuadro 8), taquicardia en 25 pacientes (67.6%) (gráfica 8, cuadro 9), la leucocitosis se aprecio en 21 pacientes (56.8%) (gráfica 9, cuadro 10), por lo que se realizo la correlación de los mismos, en base al coeficiente de relación de Spearman, obtenido los siguientes resultados, dolor y rebote $P= 0.047$, dolor y leucocitosis $P= 0.047$ (cuadro 11). Apreciando que la mejor correlación para decidir una intervención es tomar en consideración el dolor, rebote y leucocitosis.

DISCUSIONES

Se a considerado durante mucho tiempo, que las principales causas de abdomen quirúrgico en urgencia en el paciente anciano, son la apendicitis aguda ó la colecistitis aguda, dependiendo de la literatura revisada, en nuestro centro hospitalario, las principales causas distan de manera importante, de las causas antes mencionadas, por lo que decidimos mostrar nuestra experiencia, obteniendo en general buenos resultados, ya que nuestra tasa de mortalidad es menor a la reportada en la literatura, los días de estancia hospitalaria

RESULTADOS

De los 37 pacientes que se consideraron en este estudio, 23 fueron mujeres (62.2%), 14 hombres (37.8%), (gráfica 1) (cuadro 1). La edad promedio es de 76.89 años, con una desviación estándar de 8.31, edad mínima de 65 años y máxima de 97 años de edad, (cuadro 2). Durante el estudio se considero en antecedente de enfermedades crónicas degenerativas, presentandose en 17 pacientes (45.9%), los otros 20 pacientes (54.1%) no lo presentaron (cuadro 3, gráfica 2). Se considero el diagnóstico postoperatorio durante el estudio, encontrando como causas de el abdomen quirúrgico de urgencia en este grupo de pacientes, las siguientes causas: oclusión intestinal (29.7%), considerando dentro de este apartado a las hernias de la pared, en las cuales se aprecia compromiso de las visceras intrabdominales, úlcera péptica perforada (16.2%), isquemia mesenterica (10.8%), sangrado de tubo digestivo (8.1%), pancreatitis severa (8.1%), tumoraciones (8.1%), apendicitis aguda (8.1%), colecistitis aguda (2.7%), perforación de viscera hueca (no considerando a la úlcera péptica perforada) (2.7%), aneurisma de aorta abdominal (2.7%), peritonitis primaria (2.7%), (cuadro 4, gráfica 3). Los días de estancia hospitalaria tuvieron una media de 10.95 días, con una mediana de 7 días, desviación estándar de 11.23 días, con una estancia mínima de 0 y máxima de 60 días (cuadro 5, gráfica 4). Se apreciaron 6 defunciones, las cuales representan el 16.2%, siendo las causas que ocasionaron el fallecimiento se debieron a complicaciones de las enfermedades crónicas degenerativas, sepsis o ambas, el resto de los pacientes los cuales representan el 83.8%, se egresaron en condiciones optimas, para ser manejados en la consulta externa. (cuadro 6, gráfica 5).

Durante el estudio se tomaron en consideración la presencia de dolor, taquicardia, rebote y leucocitosis, como parámetros sencillos, para decidir la intervención quirúrgica, encontrando la presencia de dolor en 33 pacientes (89.2%) (gráfica 6, cuadro 7), el rebote se presento en 21 pacientes (56.8%) (gráfica 7, cuadro 8), taquicardia en 25 pacientes (67.6%) (gráfica 8, cuadro 9), la leucocitosis se aprecio en 21 pacientes (56.8%) (gráfica 9, cuadro 10), por lo que se realizo la correlación de los mismos, en base al coeficiente de relación de Spearman, obtenido los siguientes resultados, dolor y rebote $P=0.047$, dolor y leucocitosis $P=0.047$ (cuadro 11). Apreciando que la mejor correlación para decidir una intervención es tomar en consideración el dolor, rebote y leucocitosis.

DISCUSIONES

Se a considerado durante mucho tiempo, que las principales causas de abdomen quirúrgico en urgencia en el paciente anciano, son la apendicitis aguda ó la colecistitis aguda, dependiendo de la literatura revisada, en nuestro centro hospitalario, las principales causas distan de manera importante, de las causas antes mencionadas, por lo que decidimos mostrar nuestra experiencia, obteniendo en general buenos resultados, ya que nuestra tasa de mortalidad es menor a la reportada en la literatura, los días de estancia hospitalaria

postoperatorias en menor en la mayoría de los pacientes, lo que nos encamina cuando menos en nuestro medio, a determinar con más precisión , las causas principales, que desencadenan la intervención quirúrgica de urgencia en este tipo de pacientes, para brindar una mejor planeación de los manejos , preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, lo que proporciona una disminución en la morbimortalidad de estos pacientes.

CONCLUSIONES

Las principales causas de abdomen quirúrgico de urgencia en el paciente anciano ,son diferentes en nuestra unidad hospitalaria por lo menos . Destacando como primer causa de lo anterior a la oclusión intestinal , seguida de la úlcera péptica perforada ,y de la isquemia mesenterica, y dejando a bajo las principales causas reportadas con anterioridad. Nuestra mortalidad es aun considerable ya que es del 16.2%,la cual puede disminuir , si realizamos in diagnóstico preoperatorio más certero y encaminamos nuestros esfuerzos , a un mejor manejo de este grupo de pacientes ,basados en el conocimiento de las principales causas que ocasionan este problema. La utilización del dolor , rebote y leucocitosis , como parámetros , para decidir una intervención quirúrgica , son aceptables .

postoperatorias en menor en la mayoría de los pacientes, lo que nos encamina cuando menos en nuestro medio, a determinar con más precisión , las causas principales, que desencadenan la intervención quirúrgica de urgencia en este tipo de pacientes, para brindar una mejor planeación de los manejos , preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, lo que proporciona una disminución en la morbimortalidad de estos pacientes.

CONCLUSIONES

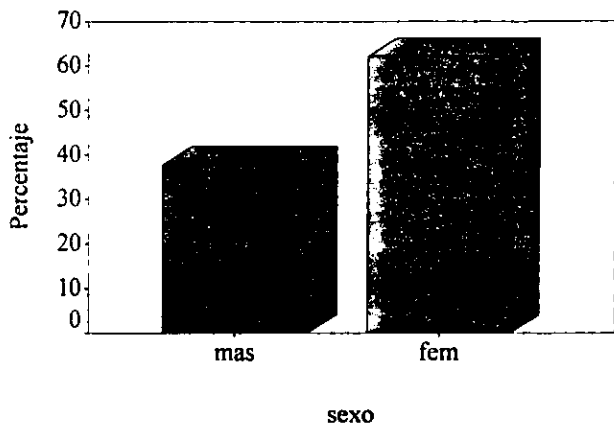
Las principales causas de abdomen quirúrgico de urgencia en el paciente anciano ,son diferentes en nuestra unidad hospitalaria por lo menos . Destacando como primer causa de lo anterior a la oclusión intestinal , seguida de la úlcera péptica perforada , y de la isquemia mesenterica, y dejando a bajo las principales causas reportadas con anterioridad. Nuestra mortalidad es aun considerable ya que es del 16.2%,la cual puede disminuir , si realizamos in diagnóstico preoperatorio más certero y encaminamos nuestros esfuerzos , a un mejor manejo de este grupo de pacientes ,basados en el conocimiento de las principales causas que ocasionan este problema. La utilización del dolor , rebote y leucocitosis , como parámetros , para decidir una intervención quirúrgica , son aceptables .

Cuadro 1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO

| Grupo | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulativo |
|-------|--|------------|------------|-------------------|------------------------|
| mas | | 14 | 37.8 | 37.8 | 37.8 |
| fem | | 23 | 62.2 | 62.2 | 100.0 |
| Total | | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO



Cuadro 2 Distribución por edad

EDAD

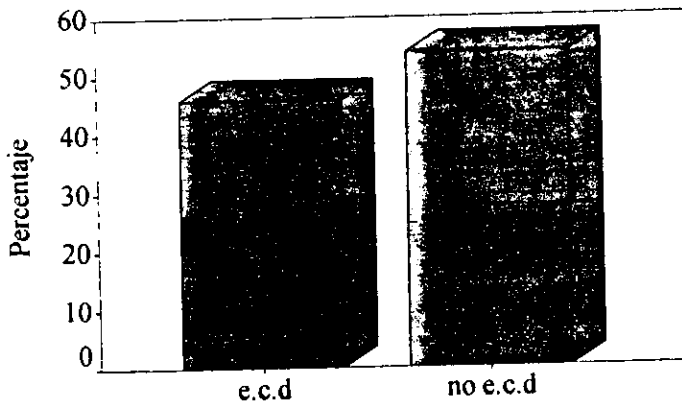
| | | |
|-----------------|------------|-------|
| N | Validos | 37 |
| | No validos | 0 |
| Media | | 76.89 |
| Mediana | | 76.00 |
| Std. Desviación | | 8.31 |
| Mínimo | | 65 |
| Máximo | | 97 |

Cuadro 3 Distribución de Enfermedades Crónicasdegenerativas

| Grupo | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulativo |
|----------|--|------------|------------|-------------------|------------------------|
| e.c.d | | 17 | 45.9 | 45.9 | 45.9 |
| no e.c.d | | 20 | 54.1 | 54.1 | 100.0 |
| Total | | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 2

Distribución de enfermedades crónico degenerativas

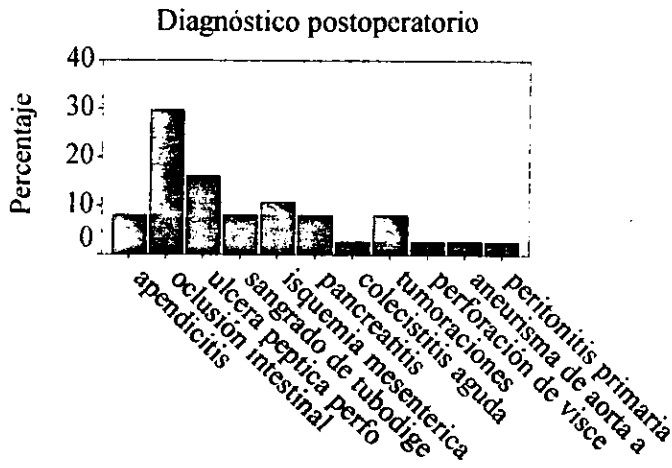


Enfermedades Crónico degenerativas (e.c.d)

Cuadro 4 Distribución de de los Diagnósticos Postoperatorios

| Grupo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulativo |
|------------------------------|------------|------------|-------------------|------------------------|
| apendicitis | 3 | 8.1 | 8.1 | 8.1 |
| oclusión intestinal | 11 | 29.7 | 29.7 | 37.8 |
| úlcera péptica perforada | 6 | 16.2 | 16.2 | 54.1 |
| sangrado de tubodigestivo | 3 | 8.1 | 8.1 | 62.2 |
| isquemia mesenterica | 4 | 10.8 | 10.8 | 73.0 |
| pancreatitis | 3 | 8.1 | 8.1 | 81.1 |
| colecistitis aguda | 1 | 2.7 | 2.7 | 83.8 |
| tumores | 3 | 8.1 | 8.1 | 91.9 |
| perforación de víscera hueca | 1 | 2.7 | 2.7 | 94.6 |
| aneurisma de aorta abdominal | 1 | 2.7 | 2.7 | 97.3 |
| peritonitis primaria | 1 | 2.7 | 2.7 | 100.0 |
| Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 3



DIAGNÓSTICO

Cuadro 5 Días de Estancia Hospitalaria

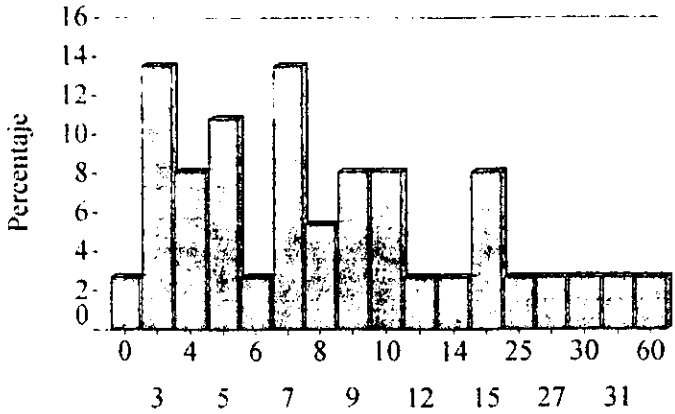
D.E.I.H

| | | |
|-----------------|------------|-------|
| N | Validos | 37 |
| | No validos | 0 |
| Media | | 10.95 |
| Mediana | | 7.00 |
| Std. Desviación | | 11.23 |
| Mínimo | | 0 |
| Máximo | | 60 |

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Gráfica 4

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA



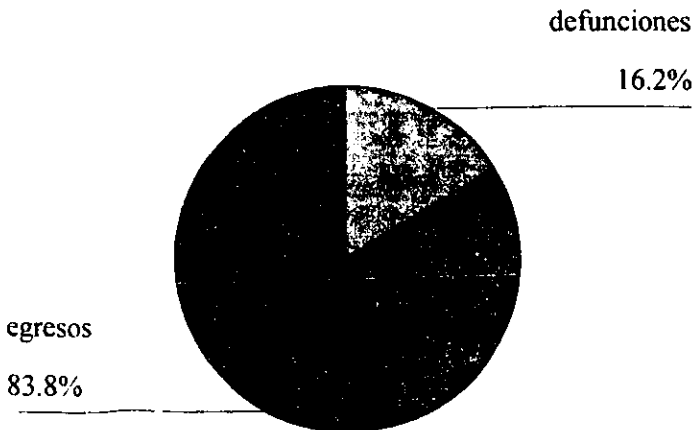
Dias de Estancia Hospitalaria

Cuadro 6 Defunciones Hospitalarias

| Grupo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulativo |
|-----------|------------|------------|-------------------|------------------------|
| defunción | 6 | 16.2 | 16.2 | 16.2 |
| egreso | 31 | 83.8 | 83.8 | 100.0 |
| Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 5

DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES Y EGRESOS



Cuadro 7 Distribución del Dolor

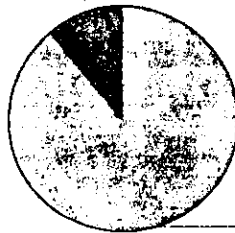
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulativo |
|-------|-------|------------|------------|-------------------|------------------------|
| Grupo | si | 33 | 89.2 | 89.2 | 89.2 |
| | no | 4 | 10.8 | 10.8 | 100.0 |
| | Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 6

DISTRIBUCIÓN DEL DOLOR

SIN DOLOR

10.8%



DOLOR

89.2%

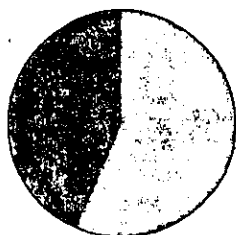
Cuadro 8 Distribución del Rebote

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulativo |
|-------|-------|------------|------------|-------------------|------------------------|
| Grupo | si | 21 | 56.8 | 56.8 | 56.8 |
| | no | 16 | 43.2 | 43.2 | 100.0 |
| | Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 7
DISTRIBUCIÓN DEL REBOTE

SIN REBOTE

43.2%



REBOTE

56.8%

Cuadro 9 Distribución de la Taquicardia

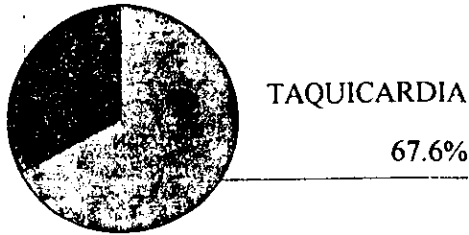
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulativo |
|----------|------------|------------|----------------------|---------------------------|
| Grupo si | 25 | 67.6 | 67.6 | 67.6 |
| no | 12 | 32.4 | 32.4 | 100.0 |
| Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 8

DISTRIBUCIÓN DE LA TAQUICARDIA

SIN TAQUICARDIA

32.4%



Cuadro 10 Distribución de la Leucocitosis

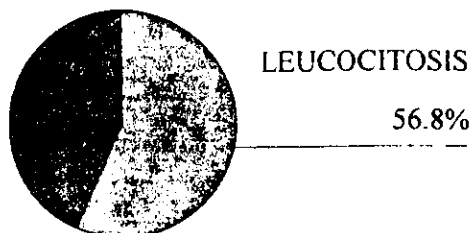
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulativo |
|-------|-------|------------|------------|----------------------|---------------------------|
| Grupo | si | 21 | 56.8 | 56.8 | 56.8 |
| | no | 16 | 43.2 | 43.2 | 100.0 |
| | Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 9

DISTRIBUCIÓN DE LA LEUCOCITOSIS

SIN LEUCOCITOSIS

43.2%



Cuadro 11 Correlación para la decisión quirúrgica

| | | DOLOR | TAQUICAR |
|--------------------|-------|-------|----------|
| Índice de Spearman | DOLOR | 1.000 | .317 |
| | | | .056 |
| | | 37 | 37 |
| TAQUICAR | | .317 | 1.000 |
| | | .056 | |
| | | 37 | 37 |
| REBOTE | | .047 | -.139 |
| | | .780 | .413 |
| | | 37 | 37 |
| LEUCOCIT | | .047 | .211 |
| | | .780 | .210 |
| | | 37 | 37 |

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Weksler "Senescencia del sistema inmunitario". Clin. Med. Nort. América. vol. 2. 265-273. 1983.
- 2) Ruy -Díaz "Relación entre la evaluación . preoperatoria urgentey la morbimortalidad del anciano con abdomen agudo". Cirujano General. vol. 21. núm. 3. 171-177. 1999.
- 3) Abi-Hanna. " Acute abdominal pain: A medical emergency in older patients". Geriatrics. July 1997. vol. 52. No. 7. 72-74.
- 4) Telfer. "Acute aabdnominal pain". Scand J. Gastroenterol. Suppl. 144(HD):47-50. 1988
- 5) Sabas " Gerontología y Geriatria" ed. Interamericana. 1985.
- 6) Kim. "Surgery in the Aged in Korea". Arch. Surg. vol. 133(1). January 1988. 18-23.
- 7) Nicholas Coni "Geriatria" ed. El Manual Moderno. 1990
- 8) Isselbacher. "Principios de Medicina Interna ". 13ª. vol. I. Ed. Interamericana. 1994
- 9) de Dombal FT. "Acute abdominal pain in the elderly" J. Clin. Gastroenterol. 1994;19(4):331-5
- 10) Telfer S. "Acute abdominal pain in patients over 50 years of age "Scand Jgastroenterol. 1988;23(suppl144)47-50.
- 11) Molina "Patología gástrica en el anciano. Medicine 1984;34:1980-7
- 12) Ponka "Acute abdominal pain in age patient: An analysis of 200 cases. J Am Geriatr Soc 1983;11:993
- 13) Kauvar "The geriatric acute abdomen" Clin. Geriatric Med. 1993;9(3):547-58.
- 14) Fenyo "Acute abdominal diseasein the ederly" Am J surg 1982;143:751-4
- 15) Reiss "Emergency abdominal procedures in patients above 70" J. Gerontol. 1985;40:154-8

INDICE

| CONTENIDO | PAGINA |
|--------------------|--------|
| Introducción | 1 |
| Objetivos | 3 |
| Justificación | 4 |
| Material y Métodos | 4 |
| Resultados | 5 |
| Discusiones | 5 |
| Conclusiones | 6 |
| Cuadros y Gráficas | 7 |
| Bibliografía | 15 |
| Indice | 16 |