

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL TACUBA

ISSSTE.

“FACTORES DE MAL PRONOSTICO EN PACIENTES ANCIANOS CON  
ABDOMEN AGUDO”.

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. JUAN ALBERTO TENORIO TORRES

MEXICO, D. F.

Septiembre 2005.

m348654



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

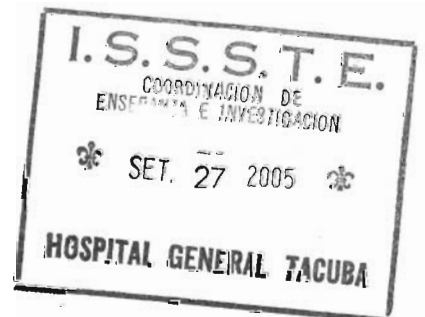
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL HOSPITAL  
GENERAL TACUBA.

DRA. C. ABILENE ESCAMILLA ORTIZ  
ASESOR DE TESIS  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL HOSPITAL  
GENERAL TACUBA.

DR. JESUS CRUZ SANTOS.  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL TACUBA.

DRA. ROSALINDA CARREÑO HERNANDEZ  
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA



## **AGRADECIMIENTOS:**

### **A MIS PADRES**

**Por brindarme siempre todo su cariño y apoyo, guiarme en la vida, darme fundamentos sólidos y por haber estado a mi lado en todos los momentos buenos y difíciles, y quienes con su esfuerzo y sacrificio me brindaron la oportunidad de realizarme como profesionista. Les debo todo lo que soy.**

### **A MI ESPOSA ARLETTE Y MI HIJA VANESA**

**Quienes desde que están conmigo han sido el pilar y motivo más importantes, por su comprensión por el tiempo sacrificado dedicado a la realización de ésta meta.  
Gracias por todo.**

### **A MIS MAESTROS**

**Por haber dedicado su tiempo para el crecimiento del que escribe como persona y como médico, por compartir sus conocimientos, y permitirme conocer las bases para el ejercicio de mi profesión, gracias por ser un ejemplo en todo momento.**

### **A MIS COMPAÑEROS**

**Con quienes compartí la mayor parte del tiempo. Por su amistad, apoyo y confianza, por compartir momentos buenos y malos. Por lo que todo lo que aprendí de ellos, gracias por todo.**

### **A TODA MI FAMILIA**

**Por su confianza y apoyo durante toda mi carrera.**

### **Y SOBRE TODO A DIOS**

**Por haberme puesto en todos los caminos que he recorrido hasta éste momento incluyendo mi profesión y toda mi vida.**

## INDICE

Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Material y Métodos .....	11
Resultados .....	12
Discusión .....	18
Conclusiones .....	20
Bibliografía .....	21

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

NOMBRE: Tenorio Torres, Juan Alberto

FECHA: 29/09/2011

FIRMA: [Firma manuscrita]

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de 24 pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de .abdomen agudo quirúrgico, operados en el Hospital General Tacuba, ISSSTE de enero del 2003 a mayo del 2005. Se realizó estadística simple de los resultados.

Las causas más comunes del abdomen agudo fueron colecistitis aguda en 8 (33.33%), hernia interna o externa encarcelada en 6 (25%), peritonitis primaria en 3 (12.5%), pancreatitis aguda grave 2 (8.33%) y úlcera gastroduodenal perforada (8.33%).

Las enfermedades asociadas con alta prevalencia fueron hipertensión y diabetes. Con esos resultados observamos que el número de complicaciones y mortalidad aumenta con un tiempo de evolución prolongado y no con la presencia o ausencia de leucocitosis, taquicardia y estado febril.

## ABSTRACT

A descriptive and retrospective study of 24 patients over 65 with diagnosis of acute surgical abdomen (ASA) that were operated on at "Tacuba General Hospital ISSSTE from January 2003 to may 2005, was conducted. Whe performed single statistics of these results.

The most common causes of the syndrome were acute cholecystitis (33.33 %) incarcerated hernia (25%), primary peritonitis (12.5%), acute pancreatitis (8.33%), and the gastroduodenal perforated peptic ulcer (8.33%).

The associated diseases of highest prevalence were hypertension (48.7 %) and Diabetes . With these results where it is observed that the number of complications and mortality enhance with a large time of evolution and no with presence or absence of leucocytosis, tachycardia and febrile status.

## INTRODUCCION

El abdomen agudo es uno de los síndromes mas comunes de la patología quirúrgica. Se le ha definido de diferentes maneras. Casi todos coinciden en que es un proceso abdominal que requiere intervención quirúrgica inmediata, sin embargo no todos los cuadros de abdomen agudo necesitan manejo quirúrgico. También podemos decir que el abdomen agudo es aquel cuadro de dolor abdominal de evolución más o menos rápida que requiere intervención quirúrgica oportuna para su solución<sup>1-3, 8</sup>. La valoración de estos pacientes y la decisión para su manejo es crucial ya que algunos tendrán condiciones que pueden poner en peligro la vida y requerirán intervención quirúrgica inmediata. Algunos otros solo requerirán observación y manejo posterior<sup>1,2</sup>. Errores en el diagnóstico inicial pueden llevar a una intervención quirúrgica innecesaria o a que el paciente desarrolle complicaciones por no haber realizado una intervención oportuna<sup>3,8-10</sup>.

El abdomen agudo en el paciente anciano difiere en lo que respecta al del joven. El diagnóstico correcto es generalmente difícil de establecer y frecuentemente se enmascaran los cuadros y las indicaciones y resultados del manejo varía<sup>6-8</sup>. La estancia hospitalaria es mayor por otros padecimientos asociados o por problemas sociales. La evaluación de los pacientes ancianos con abdomen agudo es necesaria para poder mejorar los resultados terapéuticos, y tener un cuidado médico eficiente para este grupo de pacientes<sup>6,7</sup>.

En la literatura se encuentra descrita la identificación clínica del cuadro abdominal agudo desde la época de Hipócrates. Los informes de operaciones de urgencia por trastornos abdominales aparecen antes de la mitad del decenio de 1800, no es hasta la introducción de la anestesia que la cirugía abdominal se constituyó en un enfoque terapéutico práctico para enfermos con dolor abdominal agudo<sup>3, 9, 10,14</sup>.



El proceso de envejecimiento es heterocrónico, heterogéneo y multifactorial. En tanto no es la simple sumatoria de las pérdidas de las funciones orgánicas en particular, surge como una necesidad dialéctica durante el proceso vital, por la declinación de los sistemas orgánicos y negará al individuo a través de una retroalimentación positiva que lo conducirá hasta la muerte<sup>15-17</sup>.

Desde antaño se considera al anciano un paciente de alto riesgo. Ello se debe, al deterioro biológico progresivo que incluye: depresión del sistema inmune, disfunción del sistema neurohormonal y arteriosclerosis generalizada moderada o avanzada, a la mayor prevalencia de enfermedades asociadas, todo ello influido por el estilo de vida y, en cierto grado, por trastornos de la nutrición<sup>6,7,18</sup>.

El abdomen agudo quirúrgico (AAQ) en el anciano es cualitativamente distinto al del paciente más joven por la mayor frecuencia de oclusión intestinal, de enfermedades: neoplásica, litiasica de la vía biliar, ulcerosa y diverticular complicadas; por la gravedad de las peritonitis y las gangrenas de órganos y miembros y claro está, por la mayor morbilidad y mortalidad que comporta. Contribuye a esto último, la presentación atípica de tales cuadros, el retraso diagnóstico por temor o falta de cooperación personal o familiar y error diagnóstico médico, o aún peor, la posposición infundada de un examen complementario o de una intervención quirúrgica inevitable que empeora la situación clínica y también quizás un conservadurismo quirúrgico extremo que propicie la realización de una operación inapropiada por insuficiente<sup>3, 9, 10, 14</sup>.

La tendencia a no operar ancianos, asintomáticos o no, es peligrosa porque al posponer la intervención quirúrgica electiva por razones de edad y/o enfermedades asociadas, los síntomas se desestiman y hasta pueden empeorar, aumentando el riesgo y la frecuencia de complicaciones de la enfermedad y la mayor parte de las veces, resulta necesario operar de urgencia.

La edad no ha de ser obstáculo que impida adoptar una actitud diagnóstica-terapéutica racional, eficaz, con riesgo aceptable, dirigida al objetivo de cumplir los postulados de Keating, cuando menos los relativos a curar, paliar o aliviar el sufrimiento<sup>3-5, 8,10</sup>.

Las manifestaciones de problemas que requieren manejo quirúrgico en el paciente senil se han incrementado constantemente. En la mayoría de los casos se trata de problemas con alto grado de dificultad<sup>6,7</sup>. El incremento en la longevidad es la causa principal de este fenómeno<sup>6</sup>. Los estudios que comparan la morbimortalidad en grupos de pacientes ancianos encuentran que está directamente influenciada por el incremento de la edad. Las dificultades para diagnóstico y tratamiento quirúrgico resultan un proceso difícil y complicado. Las perspectivas relacionadas con una mejor atención y conocimiento de los detalles que engloban al paciente senil con problemas quirúrgicos permitirán establecer pautas que disminuyan tanto la morbilidad como las muertes de estos pacientes, conociendo de antemano las causas más frecuentes de problemas quirúrgicos y los procedimientos en cirugía más comúnmente empleados, debe mejorar el pronóstico de estos pacientes<sup>11-13</sup>.

La consulta por dolor abdominal agudo en el anciano supone un reto por su manifestación insidiosa, con escasos síntomas y signos, y los datos poco específicos que se obtienen en las pruebas básicas urgentes (biometría hemática, química sanguínea y radiografías simples)<sup>4,9-12</sup>.

Cuando se estudia un paciente geriátrico, se debe considerar la fisiología del envejecimiento y sus efectos en los aspectos clínicos de las intervenciones quirúrgicas y anestésicas. El índice cardiaco puede disminuir aproximadamente 1% por año después de los 30 años. Algunos medicamentos utilizados en forma intravenosa tendrán una circulación más lenta y retrasarse su efecto<sup>11, 13, 17,18</sup>.

La función pulmonar se encuentra reducida, y las implicaciones clínicas toman importancia mayor. La función renal disminuye aproximadamente 1% por año. Esto debido a la disminución del número y función glomerular aunado a la disminución del flujo renal por un gasto cardiaco disminuido<sup>11, 13</sup>. El flujo hepático, masa tisular, y función microsomal enzimática están también disminuidos con la edad. Debido al empeoramiento de la función relacionada con la edad dos principales órganos de metabolismo, excreción y eliminación, la duración de la acción de la mayoría de los analgésicos se prolonga en la mayoría de los pacientes geriátricos<sup>11, 13, 17,18</sup>.

Todos los analgésicos se encuentran unidos a proteínas en la circulación, sin embargo dado que en el paciente geriátrico se presenta disminución de la unión a las mismas, algunos medicamentos pasan a través de membranas más fácilmente e incrementan sus efectos<sup>1,4</sup>. Aunado a la coadministración de polifarmacia y la competencia por la unión a proteínas, con algunos medicamentos se puede presentar efecto analgésico exagerado<sup>4</sup>. También existe pérdida de agua corporal total y reducción del volumen sanguíneo<sup>1, 4,8</sup>.

Es frecuente encontrar alteración cognitiva, la cual puede estar asociada con enfermedad degenerativa del sistema nervioso central como enfermedad de Alzheimer o enfermedad cerebral arteriosclerótica. El cerebro es más susceptible a los efectos analgésicos<sup>1,8</sup>.

El dolor abdominal es transmitido a través de las raíces espinales T-6 a T-12 o es referido a estos segmentos por estímulos que viajan desde los tejidos vecinos, en tórax, extremidades o pelvis. Algunos de los tejidos torácicos están inervados por segmentos muy bajos como T-9 y puede en ocasiones ser difícil de distinguir si se trata de dolor abdominal torácico o abdominal (ej. neumonía basal, infarto agudo del miocardio)<sup>15-18</sup>.

Los impulsos sensitivos de origen somático viajan por la vía cerebroespinal hasta los ganglios de las raíces dorsales, de allí al cuerno posterior de la medula espinal, en la sustancia gris de ésta, los impulsos son transmitidos a una segunda neurona que pasa al lado opuesto de la médula y llega al tálamo a través del haz espinotalámico lateral. En este los impulsos pasan a una tercera neurona, el axón el cual termina en la corteza cerebral, en la región de la circunvolución postcentríal. Los impulsos sensitivos desde los tejido viscerales dentro del abdomen son transportados por las fibras aferentes viscerales, que pasan por los simpáticos, hasta los ganglios de la raíz dorsal a través de las ramas comunicantes. Desde los ganglios de las raíces dorsales, estas fibras entran en el cuerno posterior de la médula espinal junto con las neuronas somáticas. Una vez dentro del sistema nervioso central, los impulsos sensitivos de origen visceral viajan por las mismas vías que los impulsos dolorosos que se originan de tejidos somáticos <sup>15,16</sup>. Existen 3 tipos de dolor profundo a saber: dolor verdadero: Este se percibe en el sitio de la estimulación primaria y puede o no acompañarse de dolor referido. Suele ser un dolor sordo, difuso y de localización profunda habitualmente en la parte media del abdomen. Dolor somático profundo: Se origina en el sitio de la estimulación del peritoneo parietal y en la raíz del mesenterio, ya se ha mencionado antes su vía de conducción, es una forma de dolor muy intenso y localizado, a menudo se acompaña de dolor referido. Dolor referido: El dolor se experimenta en un sitio diferente al estimulado, pero en los tejidos inervados por los mismos segmentos neurales o por los segmentos neurales adyacentes. Es decir, la estimulación dolorosa de las vísceras o de los tejidos somáticos profundos origina dolor en los tejidos más superficiales inervados por los mismos segmentos de la medula espinal, o bien por los segmentos vecinos. Este tipo de dolor es agudo y más o menos bien localizado, más comúnmente hacia los lados del abdomen o del dorso (ej. colecistitis) <sup>15-18</sup>.

No solamente es diferente la etiología del dolor abdominal en el anciano respecto a los jóvenes, sino que son numerosas las dificultades a la hora de valorar adecuadamente a éstos enfermos, pudiéndolas resumir en un decálogo:

1. Al contrario que los enfermos jóvenes, que consultan nada más presentar la sintomatología, los ancianos suelen consultar pasadas horas o días del inicio de la clínica<sup>2-4</sup>.
2. Los ancianos suelen presentar otras enfermedades de base (hasta el 65% se acompañan de al menos una enfermedad acompañante), que se descompensan y hacen difícil la valoración<sup>2-4</sup>.
3. Deseo, tanto por parte del enfermo como del médico, de un manejo conservador, evitando tanto estudios como tratamientos innecesarios<sup>2-4</sup>.
4. A veces es imposible o difícil de obtener los datos de la anamnesis, porque algunos de los enfermos presentan demencia, patología neurológica o alteración del nivel de conciencia<sup>2-4</sup>.
5. La sintomatología suele ser de presentación subaguda y menos intensa. Los ancianos tienen una menor sensibilidad para el dolor, de forma que no suelen consultar por dolor de inicio agudo e intenso, sino por dolor larvado<sup>2-4</sup>.
6. Escasez de signos físicos en la exploración. Los ancianos no suelen presentar signos de abdomen agudo, siendo infrecuente la presencia de abdomen en madera. Suelen presentar dolor abdominal difuso, debiendo prestar atención a la defensa involuntaria y al dolor de rebote como signos indirectos de posible peritonitis<sup>2-4</sup>.

7. Falta de alteraciones en los signos vitales. No suelen presentar fiebre ni taquicardia, siendo más frecuente encontrar hipotermia<sup>2-4</sup>.
8. Es infrecuente la presencia de leucocitosis en la biometría hemática. Se suelen encontrar alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de la creatinina, lo que puede llevarnos a diagnosticar casos de íleo secundario a alteraciones hidroelectrolíticas, en vez de pensar que son la consecuencia de la patología abdominal<sup>2-4</sup>.
9. La radiografía de abdomen es anormal solo en el 10% de los casos. En los casos de sospecha de obstrucción intestinal, es donde más utilidad le encontramos, aunque en las fases iniciales de la obstrucción la radiografía puede ser normal sin observarse niveles hidroaéreos<sup>9</sup>.
10. No solamente debemos pensar en patología abdominal, sino que puede ser dolor abdominal referido, procedente de patología extrabdominal, por lo que se debe realizar una radiografía de tórax y un electrocardiograma. En los casos de dolor abdominal agudo, la combinación de una placa abdominal en decúbito supino y una placa de tórax frontal es la que más precisión diagnóstica tiene, llegando a un 98%<sup>2-4, 9</sup>.

La mayoría de los pacientes ancianos sometidos a procedimientos quirúrgicos por abdomen agudo presentan una morbimortalidad elevada comparada con los pacientes jóvenes con las mismas características del cuadro, y por ende mayor estancia intrahospitalaria, y un mayor costo en su atención.

Además presentan un retraso en el diagnóstico y manejo, es por ello que se debe tener precaución extrema al evaluar pacientes ancianos con dolor abdominal dado que no presentan las características clínicas clásicas de un abdomen agudo quirúrgico, y se debe sensibilizar al personal médico a evaluar en forma exhaustiva éste tipo de pacientes para disminuir el porcentaje de complicaciones y mortalidad.

El objetivo de éste trabajo fue determinar la morbimortalidad del paciente anciano con abdomen agudo quirúrgico operados en un Hospital del segundo nivel. Así mismo identificar el porcentaje de complicaciones desarrolladas en pacientes ancianos con abdomen agudo quirúrgico operados en un Hospital de segundo nivel, determinar la relación que existe entre las complicaciones encontradas así como el porcentaje de mortalidad con el retraso en el diagnóstico y manejo quirúrgico y demostrar si la fiebre, leucocitosis, taquicardia y retraso en el manejo quirúrgico son factores de mal pronóstico en el paciente anciano con abdomen agudo quirúrgico.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se recolectaron por medio del servicio de Estadística del Hospital General Tacuba los datos de pacientes con diagnóstico de ingreso de abdomen agudo o dolor abdominal y que hayan requerido manejo quirúrgico durante su estancia, y sin distinción de sexo, en el periodo de enero del 2003 a mayo del 2005. Originalmente se incluyeron 32 pacientes, sin embargo al consultar cada uno de éstos expedientes en el archivo general de la Unidad no se encontraron 7 debido a que se habían depurado en el tiempo transcurrido, y uno por contar con procedimiento extraabdominal durante su manejo en la unidad (toracotomía y esofagostomía cervical), por lo que solo se revisaron 24 en los que se confirma la exploración quirúrgica abdominal por causa aguda o subaguda.

Se excluyeron los pacientes que contaban con otro procedimiento extraabdominal en el primer o segundo tiempo quirúrgico, los pacientes manejados quirúrgicamente en otra Unidad Médica y enviados a nuestra unidad posteriormente, los pacientes trasladados a otra Unidad posterior al manejo en nuestra unidad, y los que no contaban con expediente clínico completo.

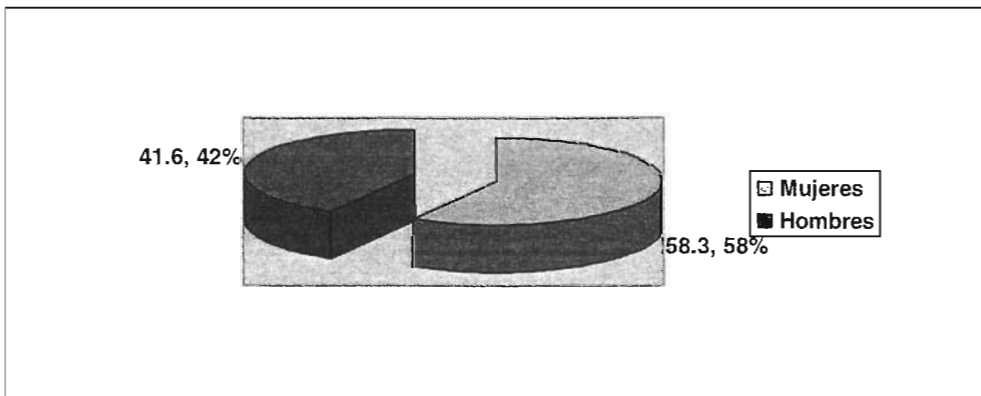
Se realizó estadística simple con los resultados obtenidos



## RESULTADOS

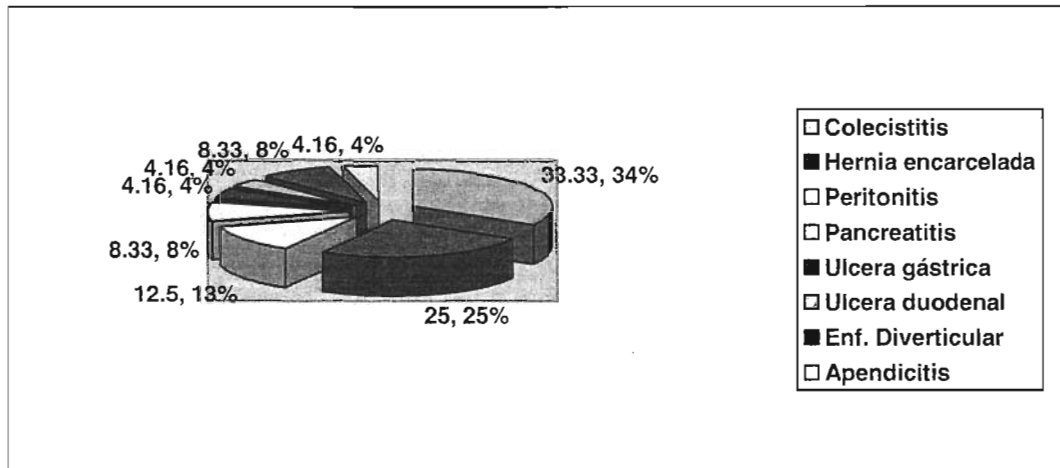
El grupo total de pacientes estudiados y sometidos a revisión fue de 24, 10 hombres (41.6%), 14 mujeres (58.3%), con edad media de de 80 años. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de pacientes por sexo.



Los diagnósticos de ingreso en la mayoría de los pacientes fue de abdomen agudo, o dolor abdominal, incluyéndose en ellos la probable causa, y los diagnósticos postoperatorios fueron Colecistitis aguda en 8 (33.33%), Hernia interna o externa encarcelada en 6 (25%), Peritonitis primaria en 3 (12.5%), Pancreatitis aguda grave 2 (8.33%), Úlcera gástrica perforada en 1 (4.16%), Úlcera duodenal perforada en 1 (4.16%), Enfermedad diverticular complicada en 2 (8.33%), apendicitis aguda complicada en 1 (4.16%). (Cuadro 2).

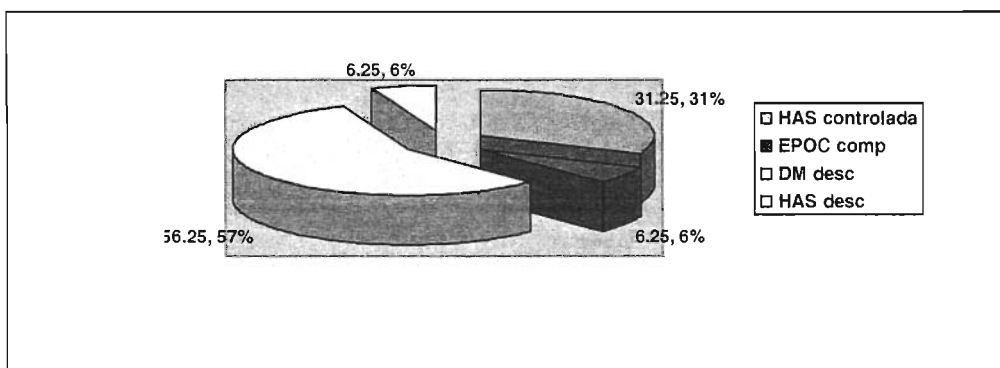
Cuadro 2. Diagnósticos definitivos de los pacientes operados por abdomen agudo.



De los 24 pacientes, 2 contaban con diagnóstico de ingreso ajeno a causa de resolución quirúrgica, 1 con diagnóstico de Angor hemodinámico e Infarto agudo del miocardio, 1 con diagnóstico de anuria probable retención aguda de orina.

De los 24 pacientes, 16 (66.6%) presentaban enfermedad asociada, de ellos 6 (37.5%) presentaban enfermedad controlada 1 (6.25%) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y 5 (31.25%) con hipertensión arterial sistémica, y 10 (62.5%) enfermedad descompensada, de ellos 9 (56.25%) con diabetes, y 1 con hipertensión arterial (6.25%). (Tabla 3).

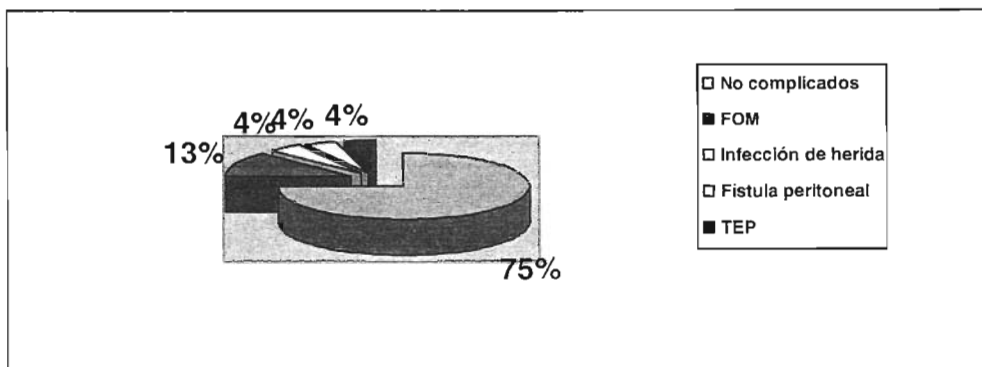
Cuadro 3. Enfermedad asociada y porcentaje de descompensación de la misma



El tiempo de evolución del cuadro varió de 3 a 15 días, siendo 9 días en promedio, y el tiempo entre el ingreso intrahospitalario y el manejo quirúrgico de 3 a 48 horas, con promedio de 25.5 horas. La estancia intrahospitalaria varió de 4 a 15 días en promedio de 9.5 días.

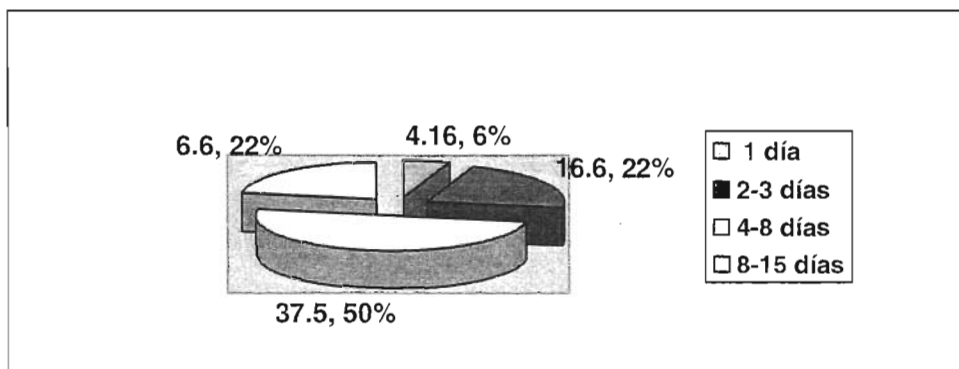
Hubo 6 pacientes (25%) que presentaron complicaciones, 1(4.16%) con pancreatitis necrótico hemorrágica se reintervino en 2 ocasiones para necrosectomía y lavado, desarrolló pseudoquiste pancreático e infección de herida quirúrgica, 1 con peritonitis primaria desarrolló fístula peritoneocutánea, la cual requirió exploración de pared y cierre de la fístula, 3 pacientes (12.5%) desarrollaron falla orgánica múltiple, 1 (4.16%) tromboembolia pulmonar. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Complicaciones presentadas en 6 pacientes.



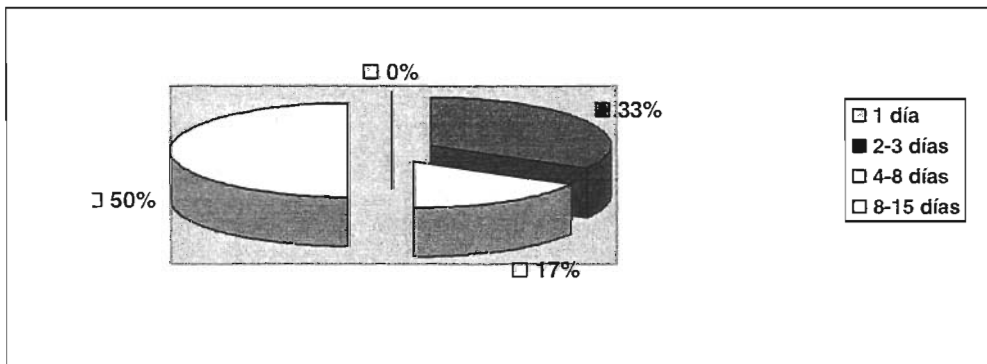
De los pacientes no complicados 1 (4.16%) se presentó con cuadro de 1 día de evolución, 4 (16.6%) con evolución de 2-3 días, 9 (37.5%) con evolución de 4-8 días, y 4 (16.6%) con evolución de 8-15 días. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Tiempo de evolución del padecimiento en pacientes no complicados.



De los pacientes complicados 2 (8.33%) cursaron con cuadro de 36 horas de evolución, ambos con diagnóstico de pancreatitis aguda grave, y 1 (4.16%) con evolución de 8 días, con diagnóstico de apendicitis complicada, y 3 (12.5%) con 15 días de evolución, de ellos 2 con diagnóstico de peritonitis primaria, y 1 con diagnóstico de enfermedad diverticular complicada. (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tiempo de evolución del padecimiento en pacientes complicados



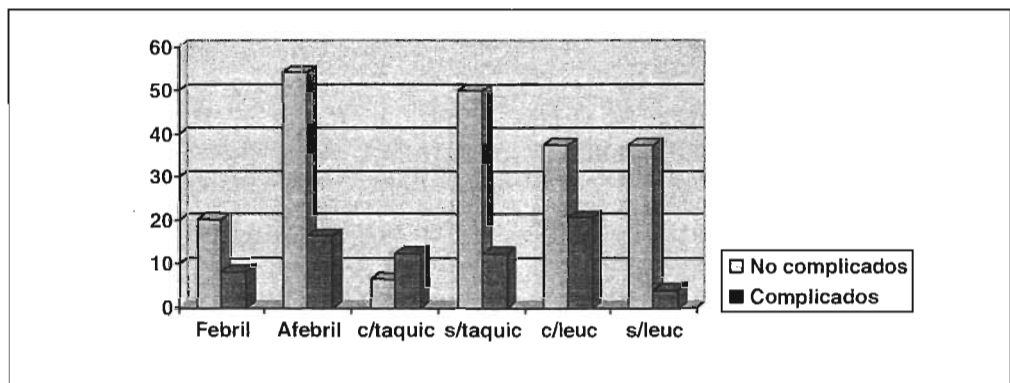
Hubo 4 defunciones (16.66%), de ellos 3 (12.5%) por falla orgánica múltiple, 1 (4.16%), por tromboembolia pulmonar.

De los pacientes no complicados 5 (20.3%) se presentaron con fiebre menor de 40°C y 13 (54.16%) se presentaron sin fiebre, mientras que en los complicados 2 (8.33%) con fiebre de 39.5° C, y 4 (16.6%) sin fiebre. En cuanto a la taquicardia en el grupo de los no complicados 12 (50%) se presentaron si ella, y 4 (6.6%) con taquicardia entre 105 y 120 latidos por minuto, y en el grupo de los pacientes complicados 3 (12.5%) se presentaron con taquicardia entre 105 y 130 latidos por minuto, y 3 (12.5%), se presentaron sin taquicardia.

En cuanto a la leucocitosis en grupo de los pacientes no complicados se presentaron 9 (37.5%) sin

leucocitosis y 9 (37.5%) con leucocitosis de 10,500 a 19,500. Para el grupo de los pacientes complicados se observó que 5 (20.8%) se presentaron con leucocitosis de 14,300 a 19,400, y 1 (4.16%) sin leucocitosis. (Cuadro 7).

Cuadro 7. Frecuencia de fiebre, taquicardia y leucocitosis en pacientes complicados y no complicados



## DISCUSION

El envejecimiento es fisiológico, individual y se produce a una velocidad independiente en cada individuo, es inexplicable y se inicia al momento del nacimiento. La biología de la senescencia se debe considerar desde el punto de vista funcional, químico y social, ya que los cambios que ocurren en la vida son tanto a nivel molecular como en órganos y sistemas. La edad mayor se considera un factor de riesgo para las intervenciones quirúrgicas. El número de individuos de este grupo de edad que requieren cirugías resultan un reto para el cirujano debido a las características que rodean el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de estos pacientes. Las manifestaciones clínicas en el paciente anciano son insidiosas e inespecíficas, además, el 50% de estos pacientes presentan dos o más problemas médicos que modifican las manifestaciones de los problemas quirúrgicos e incluso los datos de laboratorio, al mismo tiempo, existen otros factores que pueden influir en el resultado de la cirugía, ellos son; tabaquismo, tipo de procedimiento anestésico, órganos involucrados, padecimientos preexistentes y tiempo de inmovilización, entre otros, son los más comúnmente mencionados. Los estudios de imagenología son importantes y deben realizarse en todos los pacientes seniles con sospecha de problema quirúrgico. En la mayoría de las series se manifiestan las siguientes patologías como las más frecuentes indicaciones de intervención quirúrgica en pacientes seniles: enfermedad litiásica biliar, enfermedad maligna, hernia complicada, apendicitis, obstrucción intestinal, enfermedad ácido péptica, enfermedad diverticular de colon, problemas de la pared abdominal, patología ginecológica y tiroides, que corresponden, con alguna diferencia, con los resultados globales de nuestra serie; en ésta observamos la presencia de litiasis vesicular como la indicación más frecuente de cirugía de nuestro hospital, la hernia interna o externa encarcelada ocupa el segundo lugar.

En esta situación los problemas litiásicos biliares ocupan en conjunto más del 30% de los pacientes estudiados en nuestra serie. Nosotros observamos que la morbimortalidad esta más relacionada con los tipos de procedimientos realizados en forma urgente, y ésta deberá también relacionarse con la gravedad del cuadro agudo, ya que el comportamiento individual en cuanto a complicaciones y muerte de los pacientes no muestra un comportamiento parecido. Además se observó 50% de mortalidad para pacientes con pancreatitis grave, lo cual corresponde con lo publicado en otras series, y éste tipo de pacientes se deben incluir dentro de otras escalas pronosticas.

En éste estudio observamos que la fiebre y la leucocitosis se presentaron más frecuentemente en el grupo de pacientes no complicados, mientras que la taquicardia se presentó más frecuentemente en los pacientes complicados, por lo que concluimos que éstos datos no están relacionados con la morbimortalidad de los pacientes.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## CONCLUSIONES

En este estudio no se observó un incremento de la morbimortalidad relacionado con la presencia de fiebre, taquicardia o leucocitosis, más bien estuvo relacionado con la el tiempo de evolución y el padecimiento. Resultó de mayor riesgo el tiempo de evolución ya que se observó que en la mayor de los pacientes complicados existía un cuadro de 8 a 15 días de evolución comparado con los no complicados en los que en la mayoría existía un cuadro de 4 a 8 días de evolución, además de la gravedad del padecimiento, incluido pancreatitis aguda grave, y enfermedad diverticular complicada en etapa Hinchey IV, y apendicitis con peritonitis fecal generalizada, los cuales por sí solos son de mal pronóstico independientemente de la edad.

Las diferentes causas de abdomen agudo en este estudio, no difieren de las mencionadas en la literatura mundial, incluso el orden suele ser similar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Djokovic JL, Hedley-Whyte J. Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patients over 80. JAMA 1979; 242: 2301-6.
2. Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. J Clin Gastroenterol 1994; 19: 331-335.
3. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. Am J Surg 1982; 143: 751-4.
4. Garza-Flores JH, Basurto KE, Vázquez OR. Cirugía en ancianos. Cir Gen 1997; 19: 32-6.
5. Hafif A, Gutman M, et al. The Management of Acute Cholecystitis in Elderly Patients. The Am Surg. Vol. 57, Oct 1991 pp 648-652
6. Juárez CD. Análisis de morbilidad y mortalidad en pacientes quirúrgicos geriátricos. Cir Gen. Vol. 27 Núm. 2 2005 pp 120-12
7. Juárez CD, Silva RO, Huerta HA. Síndrome abdominal agudo en el paciente anciano. Cir. Gen 1996; 18: 190-193
8. Keating HJ (III). Consideraciones preoperatorias en el paciente geriátrico. Clin Med Norteam 1987;71(3):575-90.
9. Loberant N, Rose C. Características de las imágenes de diagnóstico en el paciente geriátrico que acude al servicio de urgencias. Clin Med Urg Norteam 1990; 2: 409-49.
10. Marshall WH, Fahey PJ. Operative complications and mortality in patients over 80 years age. Arch Surg 1964; 88: 896-904.
11. Masoro E. Biology of aging. Arch Intern Med 1987;147:166-8.
12. Pearigen PD. Unusual causes of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 1996; 14: 593-613.
13. Plewa MC. Respuesta inmunológica alterada e infecciones especiales en el anciano. Clin Med Urg Norteam 1990; 2: 205-22.

14. Reiss R. Decision-Making process in abdominal surgery in the geriatric patients. *World J Surg.* 1983, 7: 522-526
15. Reiss R. Surgical problems in octogenarians: epidemiological analysis of 1,803 consecutive admissions. *World J Surg* 1992; 16: 1017-20; discussion 1020-1.
16. Rorbaek-Madsen M, Dupont G, Kristensen K, Holm T, Sorensen J, Dahger H. General surgery in patients aged 80 years and older. *Br J Surg* 1992; 79: 1216-8.
17. Samiy AH. Manifestaciones clínicas de la enfermedad en ancianos. *Clin Med Norteam* 1983; 67: 329-40.
18. Wells SA, ed. Surgery in the elderly. *Curr Probl Surg* 1998;35(2):107-79.