

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor

Drs. CARLOS ALTAMIRANO C, FELIPE CATÁN G, GLORIA TOLEDO C, JAVIER ORMAZÁBAL B,
CARMEN LAGOS C, MACARENA BONACIC A, ALBERTO ACEVEDO F

Unidad de Emergencia y Servicio de Cirugía. Hospital del Salvador. Departamento de Cirugía,
Facultad de Medicina Oriente, Universidad de Chile

RESUMEN

En este estudio se revisó de manera retrospectiva los resultados de la cirugía abdominal de urgencia en pacientes mayores de 65 años entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2000. La población total de estudio fue 205 pacientes, de los cuales 128 fueron mujeres y 77 hombres. Los pacientes se dividieron en dos grupos; grupo A entre 65 y 79 años y grupo B mayores de 79 años, para cada uno se estudió presencia de complicaciones y mortalidad. Se analizó estadísticamente con prueba de Chi cuadrado tomando como significativo un $p < 0,05$. Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes encontradas correspondieron a patología de pared abdominal 28,8%, biliar 25,9%, cavidad peritoneal 18,3%, coloproctológicas 10,2%, apendicular 9,8%. El 21,5% de los pacientes presentó complicaciones, siendo las más frecuentes las de pared abdominal, broncopulmonar y cardiovasculares. Para el grupo A las complicaciones se presentaron en un 18,3% y para el grupo B 30,8%, diferencia estadísticamente no significativa. El 9,8% de los pacientes estudiados falleció durante la cirugía o en el postoperatorio. Al comparar los grupos estudiados se encontró una mortalidad de 6,5% para el grupo A y 17,6% para el grupo B, diferencia estadísticamente significativa. La mortalidad aumenta en relación con la edad, no así las complicaciones que no tiene diferencia estadísticamente significativas entre ambos grupos de edad.

PALABRAS CLAVES: **Adulto mayor, cirugía abdominal**

SUMMARY

This is a retrospective review of emergency abdominal surgery results in patients older than 65 years. A total of 205 patients, 128 females and 77 males operated on between January 1st and December 31st of 2000, were included. The patients were divided into group A: age 65 to 79 and group B: 80 and older. For each group, complications and mortality were studied using the Chi square test. A p less than 0.05 was considered statistically significant. The most frequent surgical procedures were abdominal wall problems (29.8%); biliary tree pathology (25.9%); peritoneal cavity conditions (18.3%); coloproctologic pathology (10.2%) and appendicular pathology (9.8%). Complications were present in 21.5% of the patients; most frequently involving the abdominal wall, respiratory and cardiovascular systems. For group A, complications were found in 18.3% of the cases and for group B complications were seen in 30.8% of the cases; the difference was not statistically significant. Of the total, 9.8% of the patients died during surgery or in the postoperative period: 6.5% in group A and 17.6% in group B; the difference was statistically significant. Mortality increases with older ages but the complications are similar for both age groups.

KEY WORDS: **Elderly patients, abdominal surgery**

INTRODUCCIÓN

En Chile, la población mayor de 60 años ha aumentado gradualmente. En 1960 el 8% de la población correspondía a este grupo etáreo, en 1990 habían aumentado a un 9% y en la actualidad esta proporción alcanza el 11%. En cifras esto quiere decir que los adultos mayores son aproximadamente un millón y medio y para el año 2020 esta cifra debiera llegar a cifras cercanas a 3 millones.¹

La cirugía general electiva y de urgencia se ha hecho más frecuente en los pacientes mayores, calculándose que los mayores de 65 años tienen 3 veces más riesgo de ser admitidos para procedimientos quirúrgicos que los miembros menores de la población.²⁻⁴

La mortalidad postoperatoria es mayor en la población más anciana, debido principalmente a la comorbilidad que éstos presentan.^{4,5} Además, la patología de urgencia se presenta con mayor frecuencia en este grupo de pacientes lo que les confiere un riesgo adicional.⁵⁻⁷

En relación a las complicaciones postquirúrgicas el problema no está del todo dilucidado, ya que existen estudios que demuestran un aumento de ellas en estos pacientes,⁵⁻⁸ mientras otros señalan que este riesgo sería idéntico al de la población general.⁸

El objetivo de este estudio consiste en analizar de manera retrospectiva los resultados de la cirugía de urgencia en el grupo de pacientes mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron en forma retrospectiva los procedimientos quirúrgicos abdominales realizados en paciente mayores de 65 años en el Servicio de Urgencia del Hospital del Salvador, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2000. La selección de los pacientes se realizó desde los libros de pabellón de dicho Servicio. Posteriormente se procedió a analizar la base de datos computacional del Servicio de Cirugía (formato Epi info) para dichos pacientes. Recolectándose información sobre las características de la población en estudio, los procedimientos realizados, las complicaciones y la mortalidad asociada.

Durante el periodo de estudio, fueron intervenidos quirúrgicamente 205 pacientes mayores de 65 años. De estos 128 fueron mujeres (62,4%) y 77 hombres (37,6%).

El promedio de edad correspondió a $74,6 \pm 4,2$ años con un rango de 65 a 96 años.

Los pacientes fueron divididos en 2 grupos

para comparar complicaciones y mortalidad. Grupo A pacientes de 65 a 79 años y grupo B pacientes mayores de 79 años.

Al separar los pacientes de acuerdo a su edad 154 pertenecían al grupo A y 51 al grupo B.

El análisis estadístico se realizó usando la prueba de chi cuadrado con un $p < 0,05$.

Con respecto a patologías médicas asociadas no fue posible determinar prevalencia dado que no se contaba con registro adecuado en un porcentaje importante de los pacientes.

RESULTADOS

Procedimientos

Las intervenciones quirúrgicas correspondieron a patología de pared abdominal en 28,8%, biliar 25,9%, cavidad peritoneal 18,3%, coloproctológica 10,2%, apendicular 9,8%, gástrica 2,5%, trauma 1,5%, vascular 1%, esofágica 0,5%, hepática 0,5%, pancreática 0,5%, y perforación intestinal 0,5% (Figura 1).

La patología quirúrgica de urgencia más frecuente correspondió a patología de pared abdominal (59), de las cuales 29% correspondió a hernias inguinales, 25,5% a hernias femorales, 16,4% eventraciones, 7,3% evisceraciones, 9,1% hernias umbilicales y a otras en 12,7%.

Las intervenciones biliares (53) correspondieron a la segunda causa en frecuencia y de éstas 37% fueron colecistitis aguda, 26,1% colelitiasis, 21,7% colangitis y 15,2% coledocolitiasis.

De las intervenciones de la cavidad peritoneal (37) 75% fueron obstrucciones intestinales, 11% peritonitis, 8,3% isquemias mesentéricas y 5,7% ileo biliar.

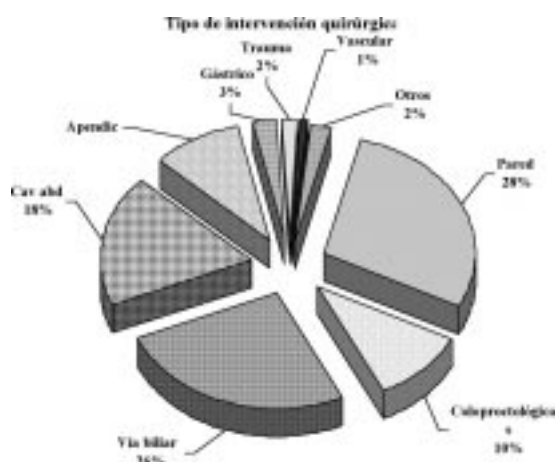


Figura 1. Casuística.

En intervenciones coloproctológicas (21) el 68,8% fueron cáncer complicado y 31,2% vólvulos.

De las intervenciones de causa apendicular (20) 65% fueron apendicitis, 25% peritonitis apendicular, 5% absceso apendicular y 5% cáncer de apéndice.

La estadía hospitalaria promedio fue de 11,4 días con un rango entre 1 y 69 días.

Complicaciones

Se presentaron complicaciones en 44 pacientes (21,5%), algunos de ellos presentaron más de una complicación. Las complicaciones encontradas fueron en 47,2% problemas de pared abdominal, en 22,6% infecciones broncopulmonares, en 13,1% sepsis, en 5,7% problemas cardiológicos, en 5,7% hemorragias, en 1,9% infecciones urinarias y otras causas no especificadas en 3,8%.

Las complicaciones de pared fueron 25, presentándose 15 infecciones, 9 evisceraciones, y un hematoma.

La presentación broncopulmonar más frecuente fue la bronconeumonía en 10 casos seguida por neumonía en 2 pacientes.

De las complicaciones cardiológicas 2 correspondieron a insuficiencia cardíaca y una a infarto agudo al miocardio.

El grupo A presentó 18,3% de complicaciones y el grupo B 30,8%, lo que no fue estadísticamente significativo (Tabla 1).

Mortalidad

De los 205 pacientes intervenidos 19 pacientes fallecieron durante la cirugía o en el post operatorio (9,3%) y 186 fueron dados de alta.

Las causas de fallecimiento fueron consignadas en 18 pacientes siendo la más frecuente de ellas la falla orgánica múltiple en 6 pacientes seguida por el *shock* séptico en 5. Otras causas de muerte fueron bronconeumonía uno, neumonía uno, insuficiencia respiratoria uno, alteraciones cardiológicas uno, hemorragia un paciente y paro cardiorrespiratorio dos.

El grupo A presentó 6,5% de mortalidad y el grupo B 17,6%, lo que fue estadísticamente significativo (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La cirugía abdominal de urgencia en el paciente mayor tradicionalmente se ha asociado a un elevado riesgo tanto de mortalidad como de complicaciones.²⁻⁸ En nuestra serie la mortalidad alcanzó

Tabla 1
MORBILIDAD Y MORTALIDAD SEGÚN GRUPO ETÁREO

	n= 205	
	Morbilidad	Mortalidad
Grupo A	18,3%	6,5%
Grupo B	30,8%	17,6%

9,3% y la morbilidad 21,5%; cifras 5 a 6 veces mayores en comparación con la cirugía electiva. Pese a los avances en técnica quirúrgica y de anestesia, la morbimortalidad en este grupo etéreo no ha disminuido en forma concordante. Esto puede explicarse por la asociación de enfermedades coexistentes y la descompensación que provoca en estos pacientes la patología de urgencia, lo que aumenta el riesgo de mortalidad operatoria hasta en un 70% de acuerdo a la literatura.^{3,9}

La patología más frecuentemente encontrada fue la de pared abdominal seguida por la patología biliar, la que se encontró en un 25,9% concordando con otros estudios,^{2,10,11} esto refleja la tendencia a tratar en forma aguda la patología biliar, incluso, en el anciano.^{2,12} De resolverse ésta en forma electiva podría disminuir el número de consultas de urgencia en este grupo etéreo.

Cabe mencionar que el porcentaje de pacientes que llega a cirugía con una patología apendicular fue menor a lo reportado en otras series.^{2,10.}

En nuestro grupo las complicaciones más frecuentes fueron las de pared abdominal, principalmente la infección de ella seguido por las evisceraciones, resultados que concuerdan con estudios similares. Esto podría explicarse tanto por la inmunodeficiencia relativa de estos pacientes, como por la disminución en la resistencia de sus tejidos.^{4,10}

La importancia de la edad como factor de riesgo en el desarrollo de complicaciones es controversial, algunos estudios apoyan la tendencia al aumento de complicaciones con la edad, mientras otros no encuentran tal relación.⁵⁻⁸ Nuestro trabajo concuerda con esta última hipótesis puesto que no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etéreo estudiados.

Los valores de mortalidad encontrados en nuestra serie son menores en relación a los encontrados en la literatura, cuyos valores fluctúan entre 14 y 23%^{2,4,10,13-15} y mayor a la reportada por Katsunori *et al.*^{11,16} La explicación a estos hallazgos puede encontrarse en las diferencias en las patologías de urgencia que motivan la consulta, siendo en otras series proporcionalmente más frecuentes las

de causa vascular, en nuestra serie en cambio corresponden a un bajo porcentaje. Otra explicación sería que la mortalidad de nuestra serie considera sólo la intrahospitalaria, a diferencia de otros estudios que consideran un plazo de 30 o más días luego de la cirugía.

Al comparar la mortalidad en los dos grupos etáreos encontramos una diferencia estadísticamente significativa, lo que concuerda con la literatura.^{2,4-8,11} Estos datos sugieren que el paciente muy anciano es más propenso a morir que los pacientes menores, cuando la cirugía no es electiva, creemos que esto se debe a la imposibilidad de optimizar las condiciones del paciente previo a la cirugía.

La morbilidad quirúrgica en patología de urgencia no mostró diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos estudiados. En los pacientes mayores de 65 años se encuentra un aumento de la mortalidad en relación a la edad, lo que resultó ser significativo entre los dos grupos estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chile y el Adulto Mayor: Impacto en la Sociedad del 2000. Instituto Nacional de Estadística de Chile, 1999.
2. Krttunen J, Paajanen H, Kostianen S: Emergency Abdominal Surgery in the Elderly. *Hepato-Gastroenterol* 1995; 42: 106-8.
3. Pedersen T, Eliassen K, Henriksen E: A prospective study of mortality associated with anesthesia and surgery: risk indicator of mortality in hospital. *Acta Anaesthesiol Scand* 1990; 34: 176-82.
4. Walsh T: Audit of outcome of major surgery in the elderly. *Br J Surg*, 1996; 83: 92-7.
5. Canivet J, Damas P, Desai C: Operative mortality following surgery of colorectal cancer. *Br J Surg* 1989; 76: 745-7.
6. Barlow A, Zarifa Z, Shillito R *et al*: Surgery in geriatric population. *Ann R Coll Surg Engl* 1989; 71: 110-4.
7. Salem R, Devitt P, Johnson J *et al*: Emergency geriatric surgical admission. *BMJ* 1978; 2: 416-7.
8. Palmer CA, Reece-Smith H, Taylor I: Major abdominal surgery in the over-eighties. *JR: Soc Med* 1989; 82: 392-3.
9. Garibaldi RA, Brit MR, Coleman ML *et al*: Risk factors for postoperative pneumonia. *Am J Med* 1981; 70: 677-80.
10. Sánchez FP, Cruz C, Robledo OF *et al*: Cirugía gastrointestinal en pacientes mayores de 65 años. *Cir J Cir* 1997; 65: 2-5.
11. Nishid K, Okinaga K, Miyazawa Y *et al*: Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older. *Surg Today* 2000; 30: 22-7.
12. Mendes da Costa PR, Lurquin PH: Gastrointestinal surgery in the aged. *Br J Surg* 1993; 80: 329.
13. Fenyo G: Diagnostic problems of acute abdominal disease in the aged. *Acta Chir Scand* 1974; 140: 396-405.
14. Fenyo G: Acute abdominal disease in the elderly. *Am J Surg* 1982; 143: 751-4.
15. Keller S, Markovitz L, Wilder J *et al*: Emergency and elective surgery in patients over age 70. *Am Surg* 1987; 53: 636-40.
16. Kim J, Kim S, Lee J *et al*: Surgery in the aged in Korea. *Arch Surg* 1998; 133: 18-23.