

Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Docente "Amalia Simoni", Camagüey

EL ADULTO MAYOR EN CIRUGÍA GENERAL

Dr. Armando Quintana Proenza,¹ Dra. Tania Sánchez Rojas² Dr. José de Jesús Quintana Marrero,³ Dr. Evelio Salvador Reyes Balseiro,² Dr. Eduardo de la Guardia Gispert¹ y Dr. Eduardo de la Guardia Milla⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 249 pacientes de 60 y más años de edad operados en el Servicio de Cirugía General de los hospitales Clínicoquirúrgico Docente "Amalia Simoni" y General Docente "Martín Chang Puga" de la provincia Camagüey en un bienio. Más de la mitad de los pacientes tenían entre 60 y 69 años de edad, con predominio del sexo masculino, en una relación de 1,9:1. El mayor número de cirugía de urgencia se realizó en personas mayores de 70 años. La hernia de la pared abdominal fue el diagnóstico operatorio más frecuente (49 %). La hipertensión arterial constituyó la enfermedad asociada de mayor relevancia. La sepsis predominó entre las complicaciones posoperatorias. La mortalidad global fue de 16,87 %. Más del 70 % de los pacientes pudo haber sido operado en edades más tempranas de la vida de haber recibido una orientación médica adecuada.

DeCS: ANCIANO; SERVICIO DE CIRUGIA EN HOSPITAL; GERIATRIA; COMPLICACIONES POSOPERATORIAS/mortalidad.

Según estudios de las Naciones Unidas¹⁻⁴ la población mundial ha venido experimentando un envejecimiento progresivo y constante. En Cuba, según la base de datos demográficos de la Oficina Nacional de Estadísticas,¹ actualmente algo más del 13,5 % de la población está comprendido en el grupo de 60 y más años de edad y para el año 2025 será el territorio más envejecido de

la región con el 24 % de sus habitantes mayores de 60 años. Otro aspecto que se deberá tener en cuenta es el aumento de la esperanza de vida geriátrica, con 19,5 años para los hombres y 21,1 para las mujeres que alcancen los 60, lo que hace que más de la tercera parte de la población anciana rebase los 75 años, edad considerada de forma diferenciada hoy como la *cuarta edad*, que

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesosr Auxiliar.

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

posibilita la aparición de los llamados *viejos-viejos* o *longevos* que superan los 90 años.^{5,6}

El incremento de este sector de la población genera mayor presencia de ancianos en los servicios quirúrgicos, muchas veces motivados por enfermedades de largos años de evolución o para operarse de urgencia por afecciones ya conocidas y que fueron rechazados en cirugía electiva sobre la base de su edad.⁷

La problemática planteada constituye un reto para la cirugía y fue la motivación de este estudio, con el propósito de caracterizar a los pacientes de 60 y más años de edad intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General de los hospitales Clínicoquirúrgico "Amalia Simoni" y General Docente "Martín Chang Puga" de la provincia Camagüey.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con 249 pacientes de 60 y más años de edad, operados en el Servicio de Cirugía General de los hospitales Clínicoquirúrgico Docente "Amalia Simoni" y General Docente "Martín Chang Puga" de la provincia Camagüey, desde enero de 1998

hasta diciembre de 1999. La fuente primaria de información fueron los expedientes clínicos de los pacientes y una encuesta realizada a éstos. Las variables estudiadas fueron procesadas con el programa MICROSTAT, y se utilizaron de él, estadísticas descriptivas, distribución de frecuencia y prueba de hipótesis y proporciones.

RESULTADOS

De los 249 pacientes estudiados, 163 eran hombres y 86 mujeres. La razón hombre-mujer fue de 1,9:1, con una relación casi invariable de 2:1 a favor del sexo masculino en todos los grupos de edades. Predominó el grupo de 60 a 69 años de edad (51,01 %) y el paciente de mayor edad tenía 95 años.

Aunque en el estudio predominaron los ancianos sin enfermedades asociadas (54,22 %), 114 (45,78 %) tenían una o varias ya diagnosticadas antes del ingreso, y prevalecieron las enfermedades cardiovasculares y dentro de éstas la hipertensión arterial.

La tabla 1 muestra el tipo de cirugía por grupos de edades. Más de la mitad de los pacientes se hallaba en el grupo de 60 a 69. Después de los 70, aumentó el número de intervenciones quirúrgicas de urgencia con el 50,00 % de los pacientes en el grupo

TABLA 1. Tipo de cirugía por grupos de edades

Edades	Electiva		Urgente		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-69	79	61,71	49	38,28	128*	61,40
70-79	42	50,00	42	50,00	84	35,74
80 y más	11	27,73	26	70,27**	37	14,86
Total	132	53,01	117	46,99	249	100,00

Fuente: Formulario

* P= 2,318E-03.

** P= 1,05E-03.

de 70 a 79 y el 70,27 % en el grupo de 80 y más.

En el diagnóstico operatorio de las intervenciones electivas por grupos de edades (tabla 2), se demostró con alta confiabilidad ($P= 4,98E-17$) que las hernias de la pared abdominal, encabezadas por las inguinales, fueron la principal causa de intervención quirúrgica en todos los casos.

La cirugía de urgencia (tabla 3) fue protagonizada por las hernias complicadas de la pared abdominal (31,62 %) y en los pacientes mayores de 70 años se presentó con mayor frecuencia la obstrucción mecánica del intestino de causa no herniaria (bridas, vólvulos, neoplasias y procesos inflamatorios).

Los decesos en la cirugía de urgencia por diagnósticos operatorios (tabla 4) de-

mostraron que toda esta cirugía aportó fallecidos con una tasa de 29,91 % y un mayor número de pacientes complicados (52,99 %). La mortalidad en la cirugía electiva fue del 5,3 % a causa del cáncer y la mortalidad de la serie fue de 16,87 %.

La sepsis de la herida lideró las complicaciones posoperatorias. Hubo 37 pacientes que sufrieron más de una complicación. El tromboembolismo pulmonar fue la principal causa de muerte comprobada en los pacientes con necropsia.

La media de la estadía hospitalaria fue de 9,19 días, con una variación de $\pm 9,04$. El ingreso más corto fue de 24 horas y la mayor hospitalización de 54 días.

TABLA 2. Cirugía electiva por grupos de edades

Diagnóstico operatorio	Grupos de edades			Total	%
	60-69	70-79	80 y más		
Hernia de la pared abdominal	48	28	9	85	64,39
Neoplasias malignas	7	8	2	17	12,87
Litiasis vesicular	8	5	-	13	9,85
Prolapso ginecológico	12	1	-	13	9,85
Cierre de colostomía	4	-	-	4	3,04
Total	79	42	11	132	100,00

Fuente: Formularios

* $P= 4,798E-17$.

TABLA 3. Cirugía de urgencia por grupos de edades

Diagnóstico operatorio	Grupos de edades			Total	%
	60-69	70-79	80 y más		
Hernias complicadas de la pared abdominal	19	11	7	37	31,62
Oclusión intestinal de causa no herniaria	3	15	8	26	22,22
Colecistitis aguda litíásica	13	5	3	21	17,95
Úlcera péptica complicada	5	2	3	10	8,55
Apendicitis aguda	5	3	1	9	7,69
Diverticulosis complicada de colon	1	3	4	8	6,84
Neumotórax espontáneo	3	3	-	6	5,13
Total	49	42	26	117	100,00

Fuente: Formulario.

* $P= 1,05E-03$.

TABLA 4. Fallecidos por diagnóstico operatorio en la cirugía de urgencia

Diagnóstico operatorio	Casos operados	Fallecidos	Letalidad %
Enfermedad diverticular complicada del colon	8	5	62,50
Úlcera péptica gastroduodenal complicada	10	6	60,00
Oclusión intestinal de causa no herniaria	26	15 [*]	57,69
Neumotórax espontáneo	6	2	33,33
Colecistitis aguda litiasica	21	4	19,04
Apendicitis aguda	9	1	11,11
Hernias complicadas de la pared abdominal	37	2	5,40
Total	117	35	29,91

Fuente: Formulario.

^{*} P= 2,082E-06.

TABLA 5. Causas de demora para una cirugía electiva temprana con diagnósticos ya conocidos

Causa	Frecuencia	%
Falta de orientación médica	114 [*]	65,52
Decisión propia	31	17,82
Contraindicaciones medicas	23	13,22
Dificultades hospitalarias	5	2,87
Decisión familiar	1	0,57
Total	174	100,00

Fuente: Formulario.

^{*} P= 3,121E-16.

Un resultado de alta significación estadística (P= 1,953E-17) fue que en la serie, el 71,89 % de las intervenciones quirúrgicas urgentes o electivas correspondieron a enfermedades de posible solución temprana (hernias de la pared abdominal, litiasis vesicular, prolapso ginecológico y la enfermedad ulceropéptica gastroduodenal). La tabla 5 expone las causas que produjeron demora para una cirugía electiva temprana en pacientes con diagnósticos cono-

cidos. Se encontró que la principal causa fue la falta de orientación al paciente por un facultativo. Las dificultades hospitalarias no constituyeron causa importante de retraso para la cirugía temprana y alrededor del 70 % de los pacientes conocían de su enfermedad en un rango de tiempo entre menos de uno y más de 10 años.

DISCUSIÓN

Aunque hubo predominio del grupo de 60 a 69 años de edad, casi la mitad de los pacientes rebasaron los 70 años, similar a otros reportes,^{8,9} hecho que confirma el fenómeno de envejecimiento poblacional y una presencia importante de personas de la llamada *cuarta edad* en los servicios quirúrgicos. Si se tiene en cuenta que la expectativa de vida para las personas que hoy en Cuba cumplen 80 años, es de 7,6 años,⁷ cabría formular la siguiente interrogante: ¿Es justificable llegar a edades tan avanzadas con afecciones quirúrgicas que pudieron haberse tratado con anterioridad?

El predominio masculino no se corresponde con lo reportado por otros autores,^{8,10-14} por el número de hernias inguinales operadas, entidad más frecuente en el hombre.^{5,15}

Es característico del paciente anciano la pluriopatología. En el presente estudio se encontró un predominio de enfermedades cardiovasculares como entidades asociadas; otras investigaciones⁷⁻¹⁰ reportan la diabetes mellitus y la obesidad.

En la cirugía electiva más de la mitad de los pacientes fueron operados por hernias de la pared abdominal, al parecer por la relación directa entre el envejecimiento biológico del organismo y las hernias. *Garza* en México¹² informó resultados similares, mientras que en Italia *Roseano*¹⁶ reportó mayor incidencia de afecciones biliares, colorrectales y gastrointestinales.

Aunque se ha descrito que el cáncer es cada día más una enfermedad de la edad avanzada,^{9,17,18} en este estudio se encontró baja incidencia de intervenciones quirúrgicas por esta causa. También la cirugía de las vías biliares y de la relajación de órganos pélvicos en la mujer tuvieron baja representatividad en la serie, a diferencia de otras publicaciones.^{12-16,20}

Al igual que otros autores,^{7,8,12} las hernias complicadas de la pared abdominal encabezaron la lista de la cirugía de urgencia. Las oclusiones intestinales de causa no herniaria y la colecistitis aguda litiásica también tuvieron gran representatividad entre los operados, similar a otras series nacionales¹⁹ y extranjeras.⁸⁻¹¹

Los resultados obtenidos con respecto a la incidencia de complicaciones y muerte según el tipo de cirugía concuerdan con otras publicaciones,^{7,8,16,19} se observa que a medida que se incrementa la edad hay mayor probabilidad de intervenciones urgentes y que en el adulto mayor la cirugía de urgencia causa un elevado índice de complica-

ciones y fallecimientos, por lo que todo esfuerzo encaminado a detectar enfermedades quirúrgicas en edades tempranas y tratarlas de forma programada, debe ser llevado a cabo con el fin de obtener mejores resultados.

La enfermedad ulceropéptica gastro-duodenal y diverticular del colon complicadas, mostraron alta letalidad. Cabe pensar que estos resultados se relacionen con la falta de consenso en cuanto al criterio de intratabilidad de la úlcera péptica, lo que obliga a los pacientes a transitar largos períodos de tratamiento médico exponiéndose a temibles complicaciones. Los divertículos del colon generalmente evolucionan asintomáticos, y depende su diagnóstico en ocasiones de las complicaciones de éstos. Un mayor esfuerzo en los diferentes niveles de atención médica debe ser llevado a cabo para lograr el diagnóstico precoz y un manejo adecuado de estas afecciones, y evitar una cirugía de urgencia tardía la cual deviene en una elevada letalidad en la tercera edad.

Las infecciones han sido reportadas como principal causa de complicación posoperatoria, de manera semejante a los hallazgos de este estudio.¹⁴ *Roseano*¹⁶ y *Quintana*¹⁹ reportaron mayor incidencia de complicaciones respiratorias y cardiovasculares.

No existieron diferencias significativas entre las causas de muerte, aunque se observó un ligero predominio del tromboembolismo pulmonar. *Arena*⁸ reportó a la sepsis generalizada como principal causa de fallecimientos.

La estadía hospitalaria media de los pacientes en la presente serie fue elevada, lo cual se atribuyó al alto número de casos que sufrieron complicaciones y al bajo índice de cirugía ambulatoria.

Es importante destacar por la significación estadística, que la gran mayoría de

los pacientes operados de forma urgente o electiva presentaron enfermedades cuyo tratamiento quirúrgico podía efectuarse en un corto período posterior al diagnóstico y en las que, salvo la enfermedad ulceropéptica, no se justifican períodos de meses o años de evolución; sin embargo, más del 70 % de los casos tenían conocimiento de su enfermedad desde hace varios años. Al igual que lo confirmado por *Arenal*,⁷ se demostró que lamentablemente la causa más importante de demora para una cirugía electiva temprana de enfermedades conocidas fue la falta de orientación médica.

Es cierto que los fallecimientos en servicios quirúrgicos no engrosan de manera importante la lista de las principales causas de muerte en la tercera edad, pero si se apartan los fríos números y se aborda la

cuestión desde el punto de vista humano y ético, uno se percata de que muchas muertes pueden evitarse en este sector poblacional si se fortalecen las acciones de salud en la comunidad, hogares de ancianos e instituciones hospitalarias, para detectar en edades tempranas las enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico. El médico de la familia desempeña un papel importante, no solo en el diagnóstico, sino en la orientación y persuasión del paciente adulto mayor que con una afección quirúrgica, en ocasiones se tarda en solicitar atención médica porque: no conoce su enfermedad y sus complicaciones, mantiene actitudes pesimistas y fatalistas con respecto a la cirugía y sus resultados, tiene temor a una muerte agonizante o sencillamente no entienden el lenguaje médico.

SUMMARY

A descriptive cross-sectional study was conducted among 249 patients aged 60 and over that were operated on at the Service of General Surgery of "Amalia Simoni" Clinical and Surgical Teaching Hospital and "Martín Chang Puga" General Teaching Hospital, in the province of Camagüey, in a biennium. More than half of the patients were aged 60-69, with predominance of males in a ratio 1.9:1. The highest number of emergency surgery was performed in individuals over 70. The hernia of the abdominal wall was the most frequent surgical diagnosis (49 %). Arterial hypertension was the most important associated disease. Sepsis prevailed among the postoperative complications. Total mortality was 16.87 %. More than 70 % of the patients could have been operated when they were younger if they had received an adequate medical guidance.

Subject headings: AGED; SURGERY DEPARTMENT, HOSPITAL; GERIATRICS; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS/mortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez L, Mercedes J, Cáceres E, Baly M, Vega E, Prieto O. Las personas de edad en Cuba: principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *RESUMED* 1999;12(2):77-90.
2. Arzola E. El envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 1994;64(1):29-30.
3. Organización Mundial de la Salud. Un mundo que envejece. *El Correo de la UNESCO* 1982:20.
4. Composortega S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico-sociales*. México DF: CIRSS, OPS, OMS, 1995:13-33.
5. Salgado A, Guillén F. *Manual de geriatría*. Barcelona: Salvat, 1990:2-17.
6. Mora J. El envejecimiento hoy: deterioro intelectual y edad: ¿normal o demencia? *Med Huma* 1998;55(1279):27-34.

7. Arenal J, Consejo M, Benito C, Sánchez J, García-Abril J, Ortega E. Oclusión intestinal en el anciano: factores pronósticos de mortalidad. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:838-41.
8. Juárez D, Silva O, Huerta A, Síndrome abdominal agudo en el paciente anciano. *Cir Ger* 1996;18(3):190-3.
9. Nagawa H, Kobori O, Sano T, Tsuno N, Saito H, Muto T, Prediction of posoperative pulmonary complications in elderly patients with esophageal carcinoma. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1993;8(3):77-80.
10. Stochi L, Nelson H, Young-Fadok T, Larson D, Ilstrup D, Safety and advantages of laparoscopic vs. open colectomy in the elderly: matched-control study. *Dis Colon Rectum* 2000;43(3):326-32.
11. Paniagua J. Abdomen agudo en el anciano. *Arch Boliv Med* 1998;5(57):18-26.
12. Garza JH, Basurto E, Vázquez R, Cirugía en ancianos. *Cir Gen* 1997;19(1):32-6.
13. Coronel P, Olivares J, Palafox F Cirugía ginecológica en la paciente geriátrica. *Ginecol Obstet* 1997;65(9):386-90.
14. Sánchez P, Cruz C, Robledo F, Mier J, Blanco R. Cirugía gastrointestinal en pacientes mayores de 65 años. *Cir* 1997;65(1):2-5.
15. Torroela E, Cirugía I 6ta ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987;t.3:37.
16. Roseano M, Eramo R, Tonello C, Evaluation of the surgical risk and preparation to major surgical intervention in geriatric surgery. *Ann Ital Chir* 1997;51(2):159-63.
17. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assesment when, where, how? *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;33(1):121-5.
18. Monfardini S, Balducci L. A comprehensive geriatric assessment (CGA) is necessary for the study and management of cancer in the elderly. *Eur J Cancer* 1999;35(13):1771-2.
19. Quintana J, Reyes E, Duménigo O. Colectectomía en pacientes de 60 y más años. *Rev Cubana Cir* 1997;36(2):121-5.
20. Laycock W, Siewers A, Birkmeyer C, Wennberg D, Birkmeyer J. Variation in the use of laparoscopic cholecistectomy for elderly patients with acute cholecystitis. *Arch Surg* 2000, 135:457-62.

Recibido: 20 de noviembre del 2000. Aprobado: 2 de marzo del 2001.

Dr. *Armando Quintana Proenza*. Edificio 23, apartamento 28, Sánchez Doll, Camagüey, Cuba.