

Hospital Universitario «Manuel Fajardo»
Servicio de Cirugía General, Ciudad de La Habana

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ANCIANO

Dr. Jesús M. Valdés Jiménez,¹ Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,² Dr. Juan Carlos Barrera Ortega,¹ Dr. Alexis Cantero Ronquillo,² Dra. Yanet Pedrosa Díaz¹ y Dr. Bruk Bekele Jémbere³

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de 156 enfermos mayores de 65 años, con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico (AAQ), operados en el Hospital Clínicoquirúrgico «Manuel Fajardo» e ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente, durante el trienio comprendido entre 1995 y 1998. Las causas más frecuentes del síndrome fueron la oclusión intestinal (58,9 %), la colecistitis aguda (13,5 %) y la úlcera péptica gastroduodenal perforada (10,9 %). Las enfermedades asociadas de mayor prevalencia eran la cardiopatía isquémica (62,2 %) y la hipertensión arterial (48,7 %). La mortalidad aumentó con el avance de la edad, y alcanzó el 70,4 % en los mayores de 85 años. Entre las complicaciones predominaron la infección de la herida quirúrgica (12,8 %) y la bronconeumonía (5,8 %). La principal causa de muerte fue la sepsis (10,3 %).

DeCS: ABDOMEN AGUDO/cirugía; ABDOMEN AGUDO/complicaciones; ABDOMEN AGUDO/mortalidad; ANCIANO; ANCIANO DE 80 AÑOS Y MAS.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que no excluye a los países del Tercer Mundo, donde desde los años 50 vive la mayoría de los ancianos. Aproximadamente el 14 % de la población de Cuba será anciana para el siglo XXI y esto representará $1,6 \times 10^6$ habitantes.^{1,2} (Azcano NA. Patología quirúrgica en el anciano [tesis doctoral], Ciudad de La Habana: Universidad de La Habana, 1998).

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.^{1,2}

Desde antaño se considera al anciano un paciente de «alto riesgo». Ello se debe,

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

³ Residente de 4to año de Cirugía General

además de 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: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus, etc. Todo ello influido por el estilo de vida y, en cierto grado, por trastornos de la nutrición.¹⁻¹⁰

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, litiásica 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.^{2-5,7,9-19}

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, se eternizan los síntomas, empeoran las condiciones locales o generales del enfermo, aumentan 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 racio-

nal, eficaz, con riesgo aceptable, dirigida al objetivo de cumplir los postulados de *Keating*, cuando menos los relativos a curar, paliar o aliviar el sufrimiento.^{2-4,7,12,14,18,19}

Todo lo expuesto nos impulsó a conocer la magnitud actual del problema en nuestro centro hospitalario para, a partir de las conclusiones, optimizar el enfoque terapéutico médico-quirúrgico del enfermo geriátrico.

MÉTODOS

Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de 156 enfermos mayores de 65 años, operados de urgencia por abdomen agudo quirúrgico durante el trienio comprendido entre 1995-1998, de los cuales 98(62,8 %) pertenecían al sexo femenino, con una edad promedio de 74,49 años. De sus expedientes clínicos y de los protocolos de necropsia se obtuvieron las enfermedades que provocaron el síndrome, las asociadas, y las causas de morbilidad y mortalidad. Los resultados se tabularon y se confrontaron con los de la bibliografía para llegar a conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La distribución etárea muestra que con el avance de la edad la frecuencia del AAQ disminuye, a la vez que aumenta su mortalidad (tabla 1). Azcano (Azcano, NA, obra citada), ha dicho que el riesgo quirúrgico empeora en la vejez. En nuestra serie el 82,7 % de los pacientes tenía entre 65 y 85 años, con una mortalidad grupal de 11,6 %; pero en el grupo > de 85 años (17,3 %) la mortalidad alcanzó el 70,4 %.

La comparación con la literatura médica resulta difícil, porque la distribución de frecuencias utilizada difiere; no obstante, la tendencia del comportamiento de la mortalidad es comparable con lo observado.^{2-4,13,15,16,18}

TABLA 1. *Distribución y mortalidad etáreas*

Edad	No.	%	Mortalidad	%
65-75	69	44,2	6	8,7
76-85	60	38,5	9	15,0
86-95	22	14,1	16	72,7
> 95	5	3,2	3	60,0
Total	156	-	34	21,7

Entre las causas más frecuentes de AAQ en el anciano (tabla 2) prima la oclusión intestinal, con las bridas y adherencias como causas principales (42,4 %), seguidas por las hernias (25 %) y el cáncer de sigmoides (14,1 %) -lo que no concuerda con todos los autores^{2-4,10,14,15,18} y tras ella, las principales enfermedades del síndrome peritoneal. La distribución causal corresponde con pequeñas diferencias no significativas a la reportada.^{2,10} Otros ya han señalado que la frecuencia de la apendicitis aguda disminuye con el incremento de la edad; que la litiasis biliar afecta al 50 % de los ancianos aproximadamente y que en ellos aumenta la incidencia de colecistitis aguda y también, que aumenta la prevalencia de la úlcera péptica gastroduodenal, de la diverticulosis colónica de las neoplasias y la morbilidad y mortalidad de todas las citadas.^{4,6,8,11,15-17,19}

TABLA 2. *Causas del abdomen agudo quirúrgico*

Causa	No.	%	Mortalidad	%
Oclusión intestinal	92	59,0	17	18,5
Colecistitis aguda	21	13,5	6	28,6
Úlcera péptica perforada	17	10,9	5	29,4
Apendicitis aguda	10	6,7	1	10,0
Diverticulitis perforada	8	5,1	3	37,5
Otras	8	5,1	2	25,0

Las enfermedades concomitantes estuvieron presentes en todos los ancianos de la serie, para coincidir a veces más de una (tabla 3); las 2 más frecuentes: la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial; la diabetes y la EPOC, también las hallan con frecuencia variable otros autores^{2,4,5,8,17} y (Azcano NA, obra citada).

TABLA 3. *Enfermedades asociadas*

Enfermedad	No.	%
Cardiopatía isquémica	97	62,2
Hipertensión arterial	76	48,7
Diabetes mellitus	32	20,5
Neoplasia	20	12,8
EPOC	17	10,9
Insuficiencia vascular periférica	7	4,5

Las complicaciones más comunes han sido la infección de la herida, la peritonitis, la bronconeumonía y la insuficiencia cardíaca (tabla 4), lo que coincide en mayor o menor grado con los informado en la literatura.^{2-4,6-8,14,16-18}

TABLA 4. *Complicaciones*

Complicaciones	No.	%
- Quirúrgicas :		
Infección de la herida	20	12,8
Peritonitis	12	7,7
Dehiscencia de anastomosis	10	6,6
Evisceración	7	4,5
- Médicas:		
Bronconeumonía	9	5,8
Insuficiencia cardíaca descompensada	8	5,1
Hemorragia digestiva	6	3,8
Insuficiencia renal aguda	6	3,8
Infarto del miocardio	4	2,6

La causa primera de muerte fue la sepsis (tabla 5), ésta como las otras, son las mismas que inciden en las demás series.^{2,4,6,9,13,15,17}

TABLA 5. *Causas de muerte*

Causas	No.	%
Sepsis	16	10,3
Tromboembolismo pulmonar	6	3,8
Infarto agudo del miocardio	6	3,8
Bronconeumonía	4	2,6
Insuficiencia cardíaca congestiva	2	1,3
Total	34	-

La mortalidad aumentó en nuestro servicio en los últimos 20 años,¹⁴ pero desconocemos la causa.

En conclusión podemos decir que:

1. Por una u otra razón los ancianos tienen un mayor riesgo quirúrgico que incrementa la mortalidad del AAQ tanto como avanza la edad.
2. La infección de la herida y las complicaciones cardíacas y respiratorias son frecuentes.
3. La sepsis es la principal causa de muerte.

SUMMARY

A descriptive and retrospective study of 156 patients over 65 with diagnosis of acute surgical abdomen (ASA) that were operated on at "Manuel Fajardo" Clinical and Surgical Hospital and admitted at the Polyvalent Intermediate Care Unit, from 1995 to 1998, was conducted. The most common causes of the syndrome were intestinal occlusion (58.9 %), acute cholecystitis (13.5 %) and the gastroduodenal perforated peptic ulcer (10.9 %). The associated diseases of highest prevalence were ischemic heart disease (62.2 %) and arterial hypertension (48.7 %). Mortality increased with age and amounted to 70.4 % in patients over 85. The infection of the surgical wound (12.8 %) and bronchopneumonia (5.8%) prevailed among the complications. Sepsis (10.3 %) was the main cause of death.

Subject headings: ABDOMEN, ACUTE/surgery; ABDOMEN, ACUTE/complications; ABDOMEN, ACUTE/mortality; AGED; AGED, 80 AND OVER.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocabrano JC, Prieto O, eds. Gerontología y geriatría clínica I. 2ª. ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1974:39-143.
2. Maristany CA, Rodríguez S, Mshana K. Cirugía mayor en los ancianos. Rev Cubana Cir 1984;23(5):445-58.
3. Keating HJ(III). Consideraciones preoperatorias en el paciente geriátrico. Clin Med Norteam 1987;71(3):575-90.
4. Wells SA, ed. Surgery in the elderly. Curr Probl Surg 1998;35(2):107-79.
5. Ribera JM, del Nogal ML. Infección en el anciano. Medicine. 1995;6(77):3429-36.
6. Masoro E. Biology of aging. Arch Intern Med 1987;147:166-8.
7. Piriz A, Aladro F, Leguen J. Cirugía biliar en el anciano. Rev. Cubana Cir. 1991;30(1):34-43.
8. Delgado MJ, Vallejo R. Mortalidad quirúrgica geriátrica. Rev Cubana Cir 1980;19(4):293-8.
9. Píriz A, Suárez JD, Revé JP. Apendicitis aguda en el anciano. Rev Cubana Cir 1990;29(1):87-95.
10. Alfonso F, Pinilla R, Benítez B, Estévez N. Mortalidad geriátrica en cirugía general. Rev Cubana Cir 1987;26(3):375-82.
11. Martínez A. La oclusión intestinal como causa de abdomen agudo. Revisión de 211 casos. Rev Clin Esp 1980;156(3):159-64.
12. López L, Valle J, Román F, García J. Endoscopia digestiva alta de urgencia en enfermos geriátricos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986;21(2):85-9.
13. Álvarez A, Barrero R, Prado J. Morbilidad y mortalidad en los ingresados de urgencia en el servicio de cirugía general. Rev Cubana Cir 1990;29(4):547-58.

14. Guerra E, Uriarte J. Cirugía en los pacientes de edad avanzada. Rev Cubana Cir 1977;16(6):545-52.
15. Porro N, Castells R, Medrano J, González O, Armas B de. Mortalidad por oclusión intestinal. Estudio de seis años. Rev Cubana Cir 1988;27(1):39-50.
16. Cerdán FJ, Díez M, Hoyos V, Cedeño J, Bru Ima, Balibrea JL. Cirugía de la litiasis biliar en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986;21(5):269-75.
17. Vicens A, Piulach J, Suñol J, Sandús J, Novell F. Colecistitis aguda en mayores de 65 años. Revisión de 128 casos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986;21(5):285-92.
18. Cepero JM, Vidal L, López A. Morbilidad y mortalidad quirúrgica de urgencia en el anciano. Rev Cubana Cir 1990;29(4):598-605.
19. Díaz C, López P, Varo E, Rufián S, Padillo FJ, Leva M, et al. Diverticulitis de colon: Análisis de 78 pacientes. Cir Andaluza 1991;2(3):23-6.

Recibido: 6 de septiembre de 2000. Aprobado: 16 de diciembre de 2000.

Dr. *Jesús M. Valdés Jiménez*. San Miguel No. 568, entre Belascoaín y Gervasio, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, CP 10200, Cuba.