

Envejecimiento de la población cubana como reto a la Cirugía

The Cuban population aging as a challenge for Surgery

Es interés nuestro alertar a los cirujanos del problema científico que nos plantea el envejecimiento de la población en Cuba, el que alcanza niveles similares a los países desarrollados, como consecuencia del cambio económico social acaecido. En la actualidad su índice alcanza el 18,1% y la esperanza de vida es de 77,97 años, la cual puede prolongarse a 8, durante 11 años más, si se arriba a los 80. En el 2025, con un cuarto de su población con 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina y el Caribe, y en el 2050 se ubicará entre los cuatro primeros a nivel mundial. En la década del 60 las bondades de la cirugía electiva era la última opción terapéutica, el envejecimiento mundial trajo como consecuencias la necesidad de intervenciones urgentes con resultados aceptables, todo lo cual hizo que en la década del 70 cambiaran los criterios.

En España, uno de los países con mayor longevidad en Europa, consideraron que para estos casos, la cirugía era una buena opción, si el cirujano tenía conocimientos geriátricos básicos. En ese sentido, el Colegio Norteamericano de Cirujanos, en los años 80, publicó una tasa de intervenciones quirúrgicas en mayores de 65 años de 215 por 1000, para un 55 %. Ya en el 90 consideran que las operaciones a mayores de 80 años deben ser practicadas por un cirujano geriatra.

Se calcula que en los pasados 10 años, la tasa de cirugía en pacientes de 65 a 74 años se ha incrementado en 93 %, en los mayores de 75 años, esto hace que la cifra alcance el 123 %. Se afirma que la persona con una sobrevivencia de 60 años o más puede requerir tratamiento quirúrgico, por lo menos una vez en su vida.

Es habitual, al referirse a este grupo poblacional, que se les llamen de la tercera edad, pero quisiéramos definirlos de forma más precisa. La primera edad comprende de 0 a 19 años, la segunda de 20 a 59 años y la tercera de 60 en adelante. También se les pueden llamar a las personas entre 60 y 74 años, viejos jóvenes; de 75 años y más, viejos viejos, a los de más de 90 años, longevos; mayores de 100 años, centenario y los mayores de 110 años, supracentenarios.

Lo antes expuesto impone la hipótesis de una estrategia diferenciada para la atención quirúrgica de este grupo, en la que como piedra angular se geriatrice la docencia, la asistencia y la investigación. Tal enfoque permitirá lograr índices de sobrevivencia superiores, de manera que se le dé más años a la vida y más vida a los años.

Desde el punto de vista docente se materializará a través de la confección de programas en que se geriatricen el pregrado y el posgrado. En el primero, desde la morfofisiología hasta las asignaturas clínico quirúrgicas; mientras que en el segundo, enfatizando las entidades más frecuentes en el grupo poblacional, sus peculiaridades clínicas y la conducta a seguir, sin dejar de estudiar los llamados grandes síndromes geriátricos, que comprenden la demencia y depresión, el estado confusional agudo, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, úlcera por presión e inmovilidad, etc. También programar rotaciones por servicios geriátricos, donde existan cirujanos expertos. La asistencia especializada se garantizará con las consultas de evaluación y cirugía geriátricas, así como las de riesgo quirúrgico.

En relación con la evaluación geriátrica, un equipo constituido por geriatra, fisiatra, sicogeriatra y trabajadora social, entre otros, y con la utilización de instrumentos validados, buscarán la presencia de los síndromes geriátricos referidos anteriormente, para identificar discapacidades, disminución de la agudeza visual y auditiva, problemas osteomioarticulares, aumento de la presión sanguínea, así como la pérdida de elasticidad de los tejidos. Se hará la pesquisa de los problemas usualmente ocultos y complicantes como son los casos del deterioro cognitivo, inmovilidad, incontinencia polifarmacia, stress sicosocial y depresión. De igual manera, se tendrán en cuenta las adicciones al alcohol y los sicofármacos. Es en este momento cuando se identifican las afecciones quirúrgicas y son remitidos a la consulta especializada.

La cirugía geriátrica se garantizará con un cirujano geriatrizado quien, con los datos facilitados por el equipo de evaluación, decidirá la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica segura para el adulto mayor, pero esto no se hace firme, hasta que no sea evaluado en la consulta de riesgo quirúrgico donde se traza la estrategia final, según las características del enfermo. Para todo ello se debe aplicar una máxima que es la de riesgo - beneficio, imprescindible para la toma de decisión final. En ocasiones, para tener una segunda opinión, se consulta con tantos expertos en el tema, como sean necesarios.

Por su parte, para la evaluación del riesgo quirúrgico coincidirán con el geriatra, un anestesiólogo especializado en el tema, y tantos especialistas como demande el caso, pues es el paso en el que se decide la estrategia terapéutica por la heterogeneidad del grupo que debe ser diferenciada, debido a la coexistencia de enfermedades multisistémicas y/o concurrentes en más del 90 % de ellos, por encima de los 70 años, la tercera parte puede tener enfermedades asociadas y las 4/5 partes tienen al menos una condición complicante. No olvidar que la edad como factor independiente no afecta el resultado de la cirugía y sí las enfermedades asociadas. Para definir el riesgo quirúrgico, existen índices pronósticos validados como el de la American Society of Anaesthesiologist (ASA). Para evaluar el riesgo global del paciente durante el acto quirúrgico hay que tener en cuenta sus 5 clases, en el que uno no representa riesgo, mientras el 5 supone la muerte en las siguientes 24 horas, con cirugía o sin ella. Para el cardiovascular, el índice de riesgo cardíaco (IRC) modificado, de Detsky ofrece una evaluación integral de este sistema. En los pacientes con antecedentes de infarto agudo del miocardio, en los primeros 3 meses, el riesgo de reinfarto puede ser del 37 %; entre los 3 y 6 meses del 15 %; y después de los 6 meses, del 4 al 5 %. En los 5 primeros días del posoperatorio, ocurren más del 61 % de los infartos agudos del miocardio que pueden evolucionar sin dolor, con una mortalidad cercana al 50 %. En la cirugía programada, lo ideal es practicarla 6 meses después del infarto. En cuanto al índice pronóstico de nutrición (PNI) es importante para la cicatrización y las infecciones posoperatorias. Existen índices que pronostican la mortalidad posoperatoria en términos cuantitativos, algunos de los cuales se han desarrollado utilizando el análisis multifactorial. Este es el caso del MIX (probability percent of operative mortality), índice desarrollado en la Universidad de Tel Aviv, en Israel, por R. Reiss

y modificado en el CITED. Es significativo no olvidar que en el trans operatorio y el posoperatorio, están disminuidas las reservas naturales, toleran mal el shock por hipovolemia o deshidratación, el dolor la hipotermia, el tromboembolismos y la sepsias, por lo que hay que ser cuidadosos. El resultado final de la docencia y asistencia, se puede plasmar en investigaciones que se presenten en jornadas estudiantiles, congresos, publicaciones, trabajos de terminación de la residencia, maestrías y doctorados, así divulgaremos la experiencia nacional, lo que nos facilitará enfrentar el reto que abarca todo el sistema de salud cubano.

DR C. JORGE F. ABRAHAM ARAP†