

Comportamiento de la cirugía electiva en el anciano

Behavior of elective surgery in the elders

Dr. Alberto Gómez Véliz; Dr. José Luis López Montaña; Dr. Rafael Cuan Ravinal; Dr. Roberto Cuan Corrales

Hospital Docente Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio del comportamiento de las operaciones electivas en los ancianos ingresados en el servicio de cirugía general del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech, en el período comprendido de enero 1997 a diciembre de 1999; la edad que predominó fue de 60 a 69 años. La hernia inguinal fue la afección que más necesitó intervención quirúrgica y como enfermedad asociada de riesgo quirúrgico, se encontró la hipertensión arterial seguida de las afecciones malignas propias de la edad de los pacientes. La causa de muerte más frecuente fue el desequilibrio ácido-básico e hidromineral, aspectos que deben ser corregidos tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio inmediato.

DeCS: ANCIANO; CIRUGIA.

ABSTRACT

A study behavior of elective surgeries is carried out in patients admitted at the service of general surgery of "Manuel Ascunce Domenech" Provincial Hospital within the period from January 1997 to December 1999; the prevailing age was that neosed more surgical intervention and as disease asosciated surgery risk. It was

found arterial hypertension followed by malignant affectives related with the age of patients. The cause of death most frequent was acid- basic and hydromineral unbalance. These aspects should be corrected either in preoperative period or in the immediate postoperative.

DeCS:AGED; SURGERY.

INTRODUCCIÓN

En la Edad de Piedra, el hombre vivía un promedio de 19 años; en el siglo XVI alcanza los 27 años; en 1900 solo los 40 años; en 1945 aumentó a los 57 años; en 1970 ya alcanzaba los 60 años; en 1997 las mujeres llegaron como promedio a los 67 años y los hombres hasta los 63 años; según el último informe del fondo de población de las Naciones Unidas. (1).

Esta cifra varía según las personas vivan en países ricos o pobres (2). En los primeros, las mujeres llegaban hasta 78 y los hombres hasta 70, mientras que en los países pobres las mujeres promedian 65 y los hombres 63. Todavía existe otra clasificación para los países más pobres entre los pobres donde las mujeres llegan como promedio a los 53 y los hombres a los 52 años de edad. Es evidente que los niveles de alimentación, de salud, y calidad de vida en general influyen decisivamente sobre las perspectivas de vida humana. Las estadísticas anteriores son elocuentes. En épocas anteriores existían opiniones muy optimistas sobre límites naturales de la vida humana: Según la Biblia Adán vivió 930 años, Noé 950 años y Matusalén 969 años. Entre los médicos, Paracelso (1493-1541) suponía que el hombre podía vivir 200 años; Menchinkov (1845-1916) 600 años; Hufelan (1762-1836) y Bogomeletz (1881-1946) de 150 a 160 años. (1,2).

En Cuba más del 12% de la población tiene 60 años o más, es decir, alrededor de 1 millón 300 mil. Para el 2025 se pronostica que 1 de cada 4 cubanos tenga 60 años o más, teniendo en cuenta que las expectativas de vida de la isla es de hasta 78 años en la mujer y 74 años para el hombre. (3) De forma paulatina la población envejece más cada día, debido a la reducción de la natalidad y al aumento de los niveles de salud y atención médica, por ello es necesario incrementar lo que se ha dado en llamar una Cultura Gerontológica, es decir, una revalorización de la vida de la tercera edad. Cuando se discute la cirugía del anciano, obviamente aparece la barrera cronológica y biológica. Sobrevivir no es todo en la vejez y la expectativa de vida está obviamente limitada, lo que hace la calidad de vida más valiosa (2,3).

Desde el inicio de la cirugía comenzó a generalizarse el criterio conservador al tratarse de los enfermos ancianos. Existía una actitud derrotista, se abogaba ampliamente por la abstención operatoria en situaciones imperiosas y cuando se planteaba en recursos quirúrgicos se tendía más a pensar en los resultados a corto que a largo plazo. Las intervenciones radicales se sustituían por procedimientos paliativos, aliviar los síntomas molestos parecía más importante que prolongar la vida. Esta actitud derrotista estaba justificada hace algunos años, en parte aún lo está, lo que con reservas, ya que con el progreso de la anestesia y la reanimación, así como el aumento de la longevidad media durante el último período hace cambiar algunos criterios al respecto (4,5).

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de los pacientes ancianos vivos y fallecidos en el servicio de cirugía general del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech en el período comprendido desde el 1ro de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999 que fueron intervenidos quirúrgicamente. La fuente primaria de obtención de la información fueron las historias clínicas y se recolectaron los datos en un modelo con un formulario confeccionado al efecto por expertos en el que se recogieron las siguientes variables:

1. Grupos de edades y sexo
2. Factores de riesgo quirúrgico
3. Patología quirúrgica electiva
4. Operación realizada
5. Causas de muerte

La información de los pacientes fallecidos se obtuvo a partir de la necropsia y también recolectada en el formulario. Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico EpiInfo 6. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas para todas las variables. Se utilizó un nivel de significación de 0,05 y confiabilidad del 95%. Los resultados obtenidos se procesaron en tablas.

RESULTADOS

El grupo de 60 a 69 años fue el predominante con 60 pacientes, con una relación muy cercana entre ambos sexos: 64 pacientes masculinos, 49 pacientes femeninas (tabla 1).

Tabla 1. Grupos etáreos y sexo

Grupos de Edades	Sexo		Total
	M	F	
60-69	45	15	60
70-79	17	26	43
80-89	2	8	10
Total	64	49	113

Fuente: Historias Clínicas

El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial presente en 76 pacientes para un 36.99%, seguida de las afecciones malignas con 39 enfermos para un 18.93% (tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo quirúrgico asociados

Factores de riesgo	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	76	36.9
Malignidad activa	39	18.93
Insuficiencia cardíaca	27	13.10
Arritmias cardíacas	13	6.31
E. P. O. C.	12	5.82
Cardiopatía isquémica	9	4.36
Asma bronquial	6	2.91
Enfermedades cardiovasculares	3	1.45
Diabetes mellitus	2	0.97
Insuficiencia renal crónica	1	0.48
Otras	2	0.97
Sin factores de riesgo	16	7.76
Total	206	100

Fuente: Historias Clínicas

De las afecciones quirúrgicas (tabla 3), las hernias de la pared abdominal fueron las más frecuentes, en 45 pacientes (39.82%), la hernia inguinal ocupó el primer lugar, encontrándose en 36 pacientes (31,85%).

Tabla 3. Afecciones quirúrgicas electivas

Afecciones Electiva	quirúrgicas	Frecuencia	%
Hernias de la pared		45	39.82
Inguinal		36	31.85
Incisional		6	5.30
Crural		3	2.65
Colon		25	22.12
Neoplasias		20	17.69
Cierre de colostomías		5	4.42
Hígado y vías biliares		11	9.74
Litiasis vesicular		10	8.84
Neoplasias		1	0.88
Estómago y duodeno		10	8.85
Neoplasias		6	5.30
Úlceras		4	3.53
Ginecológico		10	8.85
Histerectomía Vaginal		4	3.53
Histerectomía Abdominal		3	2.65
Rectocele		2	1.76
Tumores de Ovarios		1	0.88
Otras Neoplasias		12	10.62
Total		113	1008

Fuente: Historias Clínicas

La operación más realizada fue la herniorrafia, llevada a cabo en 45 pacientes para un 39.82 %; seguida de las resecciones del colon en 18 pacientes y (15.90%) (tabla 4).

Tabla 4. Operación realizada

Operación	Frecuencia	%
Herniorrafia	45	39.82
Resección de colon	18	15.90
Colecistectomía con/ sin exploración de vías biliares	10	8.84
Resección gástrica con/sin vagotomía	8	7.07
Histerectomía vaginal con/sin perinorrafia	6	5.30
Cierre de colostomía	4	3.53
Resección esofagogástrica	3	2.65
Histerectomía abdominal	3	2.65
Colostomía	3	2.65
Derivaciones biliodigestivas	3	2.65
Otras	10	8.84
Total	113	100

Fuente: Historias Clínicas

Otros de los aspectos analizados fueron las causas de muerte en los pacientes intervenidos: entre las principales estuvieron el desequilibrio ácido-básico e hidromineral, con 5 fallecidos para un 62,50 % y el shock séptico presente en dos pacientes para un 25.00 % (tabla 5).

Tabla 5. Causas de muerte

Causas de Muerte	Frecuencia	%
Desequilibrio A-B e H. M.	5	62.50
Shock séptico	2	25.00
Tromboembolismo	1	12.50
Total	8	100

Fuente: Historias Clínicas

DISCUSIÓN

El problema de operar a un paciente de edad avanzada representa más bien una decisión difícil respecto a la probabilidad de que los beneficios de la cirugía

sobrepasen los riesgos posibles. Coinciden algunos criterios al señalar al anciano como un grupo de mal riesgo quirúrgico, lo cual se basa en un número interminable de alteraciones orgánicas y fisiológicas que se manifiestan en la vejez descritas por los diferentes autores y que básicamente se agrupan en alteraciones metabólicas, cardiovasculares, respiratorias y del sistema inmunitario. Estas alteraciones generan una serie de enfermedades capaces de ser responsables de la mala resistencia que se observa en los ancianos a la agresión anestésica y quirúrgica y a la aparición de frecuentes complicaciones que puedan provocar su fallecimiento (7). Todo esto tiene vital importancia para el cirujano que debe tratar de llevar a estos pacientes al quirófano con un grado aceptable de compensación orgánica que asegure un transoperatorio favorable y el postoperatorio libre de complicaciones. La cirugía electiva ha tenido un gran efecto en la calidad de la vida más que en la supervivencia. Existe una gran población de pacientes que pudieran beneficiarse de una cirugía apropiada y cuya calidad de vida pudiera mejorarse (1-5-8).

Es de interés conocer cómo es el comportamiento de las operaciones electivas en las personas de la tercera edad en un medio como el nuestro en el que el anciano es un elemento activo de la sociedad, donde se aúna la preocupación de los organismos estatales con la idiosincrasia familiar de cuidados y atención, enmarcados en un sistema de salud que asegura rapidez y accesibilidad, particularmente en la cirugía dado el número cada vez mayor de enfermos geriátricos que necesitan tratamiento quirúrgico. Pretendemos en este estudio, y partiendo de las condiciones con que realmente contamos, analizar las características de estas enfermedades en el mencionado grupo poblacional para tener una mejor comprensión del problema en todas sus magnitudes y posibilitar la situación médica en la ancianidad con el rigor que requiere el mantenimiento de una mayor supervivencia con la calidad necesaria en una vejez tranquila y satisfactoria, integrada a su medio social (3).

CONCLUSIONES

1. Los riesgos asociados fueron la hipertensión arterial, la malignidad activa y la insuficiencia renal crónica.
2. Dentro del universo estudiado las afecciones quirúrgicas con mayor frecuencia fueron las hernias de la pared abdominal y dentro de éstas la hernia inguinal.
3. De las operaciones realizadas el mayor número correspondió a la herniorrafia, y la resección de colon.

4. La principal causa de muerte estuvo relacionada con el desequilibrio hidromineral y ácido-básico y como segunda causa el shock séptico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez PJ. Gerontología: Los hijos de Matusalén: Rev. Bohemia 1999; 78 (22): 16.
2. Devesa CE. Geriatria: Disfunción de la vida. Rev Bohemia 1990;82(27):20.
3. Regalado GE, Jequin SE. Morbilidad quirúrgica en la tercera edad. Rev. Cubana Med Gen Integral 1991; 7 (3): 263-70.
4. Trade M. Quality of life-Quality of Surgery World. J. Surg.1996; 20 (3): 941-49.
5. Ching L L, Heeden AV, Grant SC. Ardenal Surgery in the eldery: too virhy. World.J. Surg 1996; 70 (3): 368-74.
6. Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR. Multifactorial risk index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. World. J.Surg 1998; 20 (4): 849-50.
7. Gonzalez JE. Traumas Abdominales Complejos. Rev Cubana Cir 1997; 26 (3): 375-82.
8. Sikes E D, Detmer DE. Aging and surgical risk in older citizens, of Wisconsin Medical 1999; 78 (3):27-30.
9. Chen H, Paterson S, Udelsman S. Parathyroidectomy in the elderly Do the beneficts outweigh the vishies? World J. Surg. 1998; 20 (3): 531-36.
10. Berbret O, Assmussen Ch; Fisher A. Acute surgical treatment of complicated peptic ulcer with special reference to the elderly World J. Surg.1996; 23 (2): 574-77

Recibido:18 de junio de 2000

Aprobado:12 de marzo de 2001