

11209

26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.

ETIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA Y EVOLUCION
DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON
OBSTRUCCION INTESTINAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD
EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DR OSCAR ESCALERA VARGAS

ASESOR

DR MODESTO AYALA AGUILAR

285528



ISSSTE

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

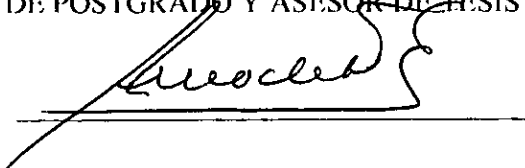
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

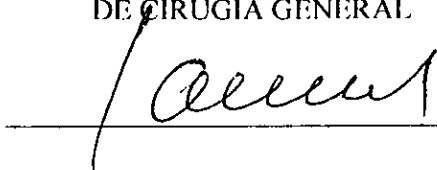
DR MODESTO AYALA AGUILAR
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, PROFESOR ADJUNTO
DE POSTGRADO Y ASESOR DE TESIS



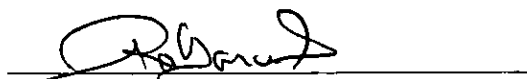
DR ARGENIO VARGAS AVILA
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



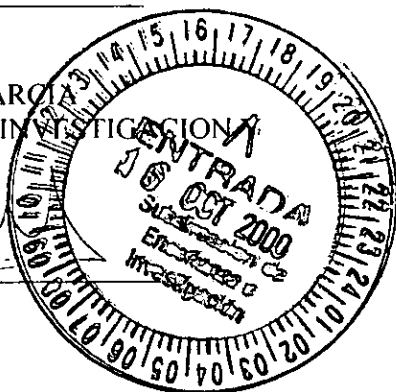
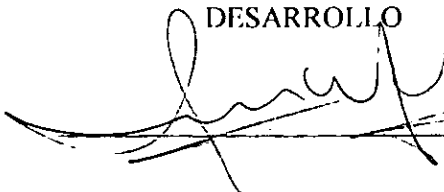
DR FERNANDO PALACIO VELEZ
COORDINADOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
DE CIRUGIA GENERAL



DR RENE GARCIA SANCHEZ
JEFE DE INVESTIGACION



DRA IRMA DEL TORO GARCIA
COORDINADORA DE CAPACITACION INVESTIGACION
DESARROLLO



**GRACIAS A TODOS AQUELLOS QUE
AYUDARON EN EL LOGRO DE MIS
METAS**

INDICE:

RESUMEN	1
SUMMARY	3
ANTECEDENTES	4
OBJETIVO.....	10
METODOLOGIA	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSION	26
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS.....	30

SUMMARY

OBJETIVE

To determinate the etiology, clinical symptom, evolution, morbidity and mortality at small bowel obstruction (SBO) in our geriatric patients.

BAKCGROUND

The SBO is one of the first etiology in the emergency surgical procedures in elderly, in México it is the second place of the emergency surgical procedures with the 18.8%, morbidity of 16-26% and mortality of 20-60%; their principal etiology are the abdominal hernias and adherences, the clinical simptoms are poorly specific and complications depend of aggregate pathology.

PATIENT AND METHODS

We Included elderly patients, both sexes, attending by emergency in our General Surgery service from December 1996 to July 2000. We compared surgical diagnostics, simptoms with evolution time of 12-18 hours, from hospitalization.

RESULTS

226 surgical elderly emergency 97 were operated by BO. First etiology was inguinal and umbilicus hernia 25.7% and 18.5% respectively, in second place adherences with 11.3%; the first simptom were hipertimpanism (89.6%), empty rectum (84.5%), pain in abdominal exploration (81.4%), and fever (64.9%). Morbilidity was 60.8% conditioned by metabolic and pneumonic problems; the mortality was of 46.3%.

CONCLUSIONS

The first cause of surgery in elderly is the SBO, principal etiology are the abdominals hernias, we recomend an inmediately management and preoperative correction of the comorbid illness, to disminish high morbidity high and mortality.

Key Words: Elderly Surgery, Small Bowel Obstruction, aged.

RESUMEN

OBJETIVO

Determinar la etiología, sintomatología, evolución y morbimortalidad de los pacientes ancianos, operados por Obstrucción Intestinal (OI), así como identificar el lugar que ocupa dentro de las urgencias quirúrgicas.

ANTECEDENTES

La OI es una de las principales causas de cirugía por urgencia en ancianos, en México se sitúa como segundo lugar de toda la patología abdominal quirúrgica de urgencia con el 18.8%, con una mortalidad del 20 al 60% y una morbilidad del 26 al 76%; la principal etiología son los defectos de pared y las adherencias, las manifestaciones clínicas son poco comunes y las complicaciones se asocian a enfermedades concurrentes.

PACIENTES Y METODOS

Se incluyeron pacientes mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, atendidos por el servicio de Cirugía General en urgencias entre el 1º de Diciembre de 1996 y el 1º de Julio del 2000. Se recabaron a través del expediente clínico: tiempo de observación, hallazgos quirúrgicos y sintomatología. Se excluyeron pacientes manejados por otros servicios y pacientes con necesidad de cirugía de urgencia no abdominal o de trauma, pacientes que fallecieron en el preoperatorio por no contar con diagnóstico de certeza y en los que hubo constancia en el expediente de haber rechazado el tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS

De 226 pacientes ancianos operados, 97 fueron por O.I. ubicándose en primer lugar; de estos las primeras causa fueron las hernias inguinales con 25.7% y las hernias umbilicales con 18.5%, seguido de las adherencias con 11.3%, el cuadro clínico se caracterizó por hipertimpanismo (89.6% de los pacientes), ampulla rectal vacía (84.5%), dolor a la exploración (81.4%) y fiebre (64.9%). La morbilidad fue del 60.8%, secundaria a neumonías y descontrol metabólico; la mortalidad se presentó en 46.3% por complicaciones cardiopulmonares y metabólicas.

CONCLUSIONES

La primera causa de cirugía en ancianos es la OI, de esta su principal etiología son los defectos de pared abdominal, recomendamos una inmediata cirugía y corrección preoperatoria de las enfermedades agregadas, a fin de disminuir la alta morbimortalidad.

Palabras clave: Cirugía del anciano, obstrucción intestinal, senil.

ANTECEDENTES

En la actualidad, el número de ancianos es creciente día con día. Actualmente se estima que en México, existen alrededor de 3,500,000 ancianos dato obtenido del censo general de población de 1995. De acuerdo con Irvin, el anciano es aquella persona mayor de 65 años que padece una o más enfermedades, que tienden hacia la incapacidad o invalidez y cuya evolución esta condicionada por factores psíquicos y sociales (20,22).

En el anciano, dentro de las causas de urgencia quirúrgica, la Obstrucción Intestinal (OI) representa en la literatura mundial el 11% de los casos (1), y el 20% de la patología quirúrgica de pacientes adultos (2), en México se sitúa como grupo en el segundo lugar de toda la patología abdominal quirúrgica de urgencia con el 18.18%, en el adulto en general el sexo femenino predomina en la OI en forma global (18) así mismo se describieron a los defectos de pared abdominal como primera causa de OI en adultos (7), seguido de las adherencias, pero con incremento importante también de las neoplasias, como tercer causa (8). Ruy-Díaz R. y Cols. encuentra como principal diagnóstico preoperatorio dentro de los ancianos con abdomen agudo, la patología biliar (30%), y en segundo lugar los defectos de la pared (26.7%) (20), así mismo, Abi-Hannan refiere a la colecistitis (23%) como la primera causa de urgencia abdominal en seniles (1), seguido de hernias de pared y neoplasias (19). Según Greene W.W., el encarcelamiento del intestino por defectos de la pared abdominal, constituyó el 40% de los casos, seguido de igual porcentaje de adherencias (4); en un estudio más reciente se consideró a las neoplasias como causa de OI, en un 16%, etiología que se incrementará con los años (5, 6).

En Estados Unidos, son la causa más común de OI las adherencias postoperatorias, y las hernias representan el segundo factor etiológico, sean de origen inguinal, crural y umbilical. Las lesiones neoplásicas obstructivas originadas fuera de la pared intestinal son debido a carcinomatosis, neoplasias extraintestinales y a las recidivas locales de tumores de tejidos blandos. Los procesos inflamatorios como abscesos y peritonitis postoperatoria, también pueden obstruir el intestino (23). En México Romero y Cols. ubican a las hernias complicadas de pared abdominal en un 50% (9); Athié Gutiérrez y Cols. en su experiencia a través de tres décadas en el Hospital General de México, encontró que

por entidades patológicas aisladas las más frecuentes fueron: bridas en un 23.11%, hernia inguinal con 20.98%, mas atrás las hernias crurales en 11.89%, las eventraciones postquirúrgicas en 9.57%, los volvulus de sigmoides en 4.45% y las torsiones del mesenterio en 3.22%; observándose que los defectos de la pared abdominal son los más frecuentes(18).Según Rosenthal P.A. las hernias inguinales de urgencia representan 20- 40% de los casos de defectos de pared abdominal (3),constituyéndose como la etiología más frecuente operada dentro de las OI (10,11).

Las operaciones colorectales son el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en cirugía general; un porcentaje altamente desproporcionado de esta operación es realizado en pacientes ancianos, observándose como el precursor más común de OI por adherencias (21).

La obturación de la luz intestinal es la tercera categoría de OI. Los cuerpos extraños intraluminales como los cálculos biliares, bezoares, enterolitos, etc. En las sociedades occidentales a comienzos del siglo las hernias encarceladas conformaban casi la mitad de las obstrucciones mecánicas, mientras que las adherencias eran poco comunes, actualmente la incidencia de OI secundario a adherencias ha aumentado de forma significativa sin duda por el aumento de cirugía abdominal electiva(23).

El anciano tiene un alto umbral al dolor (13), por lo que el cuadro clínico puede ser muy insidioso, los síntomas cardinales son las nauseas, el vómito, que será de diferentes características dependiendo del tiempo de evolución y del sitio de obstrucción, dolor de tipo cólico y distensión abdominal (23).

La evolución del paciente requiere una mayor atención clínica y de procedimientos auxiliares de diagnóstico, para establecerlo tempranamente, considerando además que el anciano difícilmente tendrá manifestaciones clínicas típicas; éste presenta frecuentemente

confusión mental, anorexia, fiebre, dolor abdominal de baja intensidad, ausencia de signos de irritación peritoneal, lo que aunado a una actitud pasiva y/o compasiva, dejará la patología de base a su curso natural y alterada por el empleo de tratamientos sintomáticos (19).

Las náuseas y los vómitos pueden ser los únicos síntomas en los pacientes que presentan obstrucciones altas; en obstrucciones distales el síntoma más importante es el dolor tipo cólico difuso intermitente, la distensión abdominal, náuseas y vómitos aparecen en forma progresiva, la constipación es un acontecimiento tardío. Los pacientes con obstrucciones parciales pueden seguir eliminando gases en forma intermitente y pueden presentar brotes explosivos de diarrea. En la obstrucción de asa cerrada el vómito puede ser el síntoma inicial, en este caso se trata de un reflejo abdominal relacionado a la distensión e irritación peritoneal (23).

La exploración física revela signos de deshidratación, fiebre (en presencia de complicaciones), distensión abdominal variable, la auscultación revela ruidos intestinales de tipo obstructivo con borborigmos. En obstrucciones prolongadas la peristalsis puede estar ausente, en pacientes con obstrucción temprana alta pueden presentar ruidos intestinales normales; en los pacientes con posible OI, el examen físico no debe terminar antes de haber examinado en forma ordenada todos los lugares en donde pueda existir una hernia (23).

El diagnóstico se realiza a través de la historia clínica y la exploración física, el paso siguiente consiste en la obtención de radiografías de abdomen, de pie y supino, la exactitud diagnóstica se encuentra entre 80 y 85%, los signos clásicos son dilatación de asas y en la de pie múltiples niveles hidroaéreos. Las radiografías de abdomen no muestran signos en el 12 al 18%, pero en algunos casos no sólo confirman el diagnóstico sino que permiten establecer la causa. En los casos dudosos o cuando el cirujano no pueda diferenciar la obstrucción parcial de la completa los estudios radiológicos contrastados pueden ser de utilidad (23).

El tratamiento inicial esta encaminado a la reanimación hidroelectrolítica (23, 16,18)descompresión nasogástrica y mejorar parámetros hemodinámicos (19) para una probable cirugía; se debe medir PVC, diuresis, determinación de gases en sangre en caso necesario, observación no más de 24 hrs y si no existe mejoría deberá someterse a tratamiento quirúrgico con prontitud (3, 23, 19); debido a las malas condiciones en que ingresa para cirugía (3), en el preoperatorio deben ser valoradas enfermedades intercurrentes, esto como una prioridad para disminuir la morbilidad y mortalidad (16, 18, 24, 25,), se debe tener especial cuidado en la valoración cardiovascular, pulmonar y renal, pues estos son los mas frecuentes sistemas alterados en la vejez y los que pueden ocasionar complicaciones (20), de preferencia por un grupo multidisciplinario de expertos en el manejo del anciano (17). Ruy-Díaz R. y Cols encontraron en los ancianos que la relación de patologías preoperatorias principalmente fueron: hipertensión arterial sistémica (25%), EPOC (23.2%), Diabetes mellitus (21.4%), Cardiopatía isquémica (17.8%), obesidad (3.5%) e insuficiencia hepática (3.5%) en su revisión de 78 pacientes (20) .Existe una elevada mortalidad debido al ayuno prolongado, y a las enfermedades intercurrentes como diabetes mellitus y neumonía, además de las ya mencionadas (14, 15). En un análisis del Dr. Alejandro González Ojeda acerca de los factores de riesgo en la morbimortalidad de pacientes mayores de 80 años refiere que la mayor parte de los pacientes son portadores de uno o más padecimientos médicos, como cardiopatía isquémica y/o hipertensiva, hipertensión arterial sistémica, obesidad o neumopatía crónica (19). El estado nutricional tiene una correlación marcada con la mortalidad, pero se correlaciona en menor grado con la morbilidad (20).

En las obstrucciones mecánicas parciales o de origen recidivante, donde el tratamiento médico se prolonga de acuerdo a su evolución, existe el riesgo de complicaciones sistémicas con necrosis intestinal (18). Las hernias inguinales son letales cuando se deja evolucionar el problema agudo y se maneja ya complicado con algún grado de estrangulación (12).

En cuanto al tratamiento quirúrgico se realiza una incisión mediana que ofrece una mayor exposición de todos los cuadrantes de la cavidad abdominal; el tratamiento adecuado implica eliminación completa de la obstrucción ya sea a través de resección intestinal, adherenciólisis o a la reducción de la hernia con cierre del defecto (23). La incidencia de resección intestinal es del 30% de los pacientes operados (5). El Dr. Cesar Athié Gutiérrez observó a través de tres décadas en el Hospital General de México, un 26% de resecciones intestinales, aunado al tratamiento quirúrgico primario (18). Se ha observado que en la hernia inguinal complicada, la mortalidad aumenta después de las primeras 48 hrs, sin embargo, las hernias de pared abdominal y umbilical, no influyen en la mortalidad secundaria a la estrangulación (18, 27, 28). En el postoperatorio se debe prevenir el desarrollo de complicaciones pulmonares y mantener una estrecha observación para el tratamiento de cualquier complicación, así como iniciar nutrición enteral y/o parenteral en el mismo (19).

La OI sigue siendo hoy por hoy, un problema importante de patología quirúrgica de urgencia para la población de ancianos, que sólo podrá mejorar su morbilidad y mortalidad al disminuir el tiempo transcurrido entre la presentación del cuadro y el momento de la resolución quirúrgica, más aún si se trata de una OI estrangulada o de asa cerrada, característico de hernias u obstrucciones colónicas (18, 26).

En general, se considera que los procedimientos quirúrgicos, en pacientes ancianos, trae consigo una morbimortalidad significativa; algunos estudios clásicos como el publicado por Fenyo y Cols. observaron una mortalidad del 23% en pacientes mayores de 80 años (19, 29). En 1987, Keller informó de una morbimortalidad del 31 y 20% respectivamente (19, 30). Reiss en una serie de 154 casos de ancianos mayores de 80 años, encontró una mortalidad global del 21% que aumentó en forma importante en pacientes mayores de 85 años (60%) (19,31). El Dr. Alejandro González Ojeda, en su estudio encontró que la morbilidad global de los pacientes mayores de 80 años es del 58% y la

mortalidad del 18%, principalmente por complicaciones cardiopulmonares en el período postoperatorio, la morbimortalidad quirúrgica, en procedimientos de urgencia en el anciano fue del 76 y 48% respectivamente, En fecha reciente Kettunen y Cols. observaron una morbimortalidad de 26 y 22%, sin embargo en sujetos mayores de 88 años, esta última fue de 43% (19, 32). La mortalidad depende principalmente de dos problemas, la falla orgánica múltiple como consecuencia de sepsis y la insuficiencia respiratoria por deterioro respiratorio crónico, neumonía o tromboembolia pulmonar (19).

Es preferible liberar una adherencia con el dedo del cirujano, que reseca un segmento intestinal con perforación y necrosis. El futuro en esta patología es promisorio ya que en los años venideros, podremos disminuir aún más el número de pacientes atendidos de una OI, mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno aprovechando los avances y la tecnología de punta (19).

OBJETIVOS

- + Determinar el lugar que ocupa la OI dentro de las urgencias quirúrgicas en pacientes mayores de 65 años de edad.

- + Determinar la etiología de la OI en pacientes mayores de 65 años.

- + Establecer las principales manifestaciones clínicas de los pacientes ancianos con OI.

- + Determinar porcentaje de las causas de morbi-mortalidad de los pacientes operados mayores de 65 años de edad con OI.

PACIENTES Y METODOS

Se estudiaron los pacientes mayores de 65 años de ambos sexos, ingresados por urgencias y manejados por el servicio de Cirugía General entre el 1º de Diciembre de 1996 al 1º de Julio del 2000 en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E., se consideró como tiempo de observación desde el ingreso del paciente hasta 12 a 18 hrs posteriores a su ingreso, ante lo cual si no respondía a manejo conservador fue intervenido quirúrgicamente. Se recabaron días de evolución, desde el inicio del cuadro hasta antes del ingreso a nuestro servicio, sintomatología dominante (dolor abdominal referido y a la exploración, ausencia de evacuaciones, fiebre, peristalsis ausente, hipertimpanismo, ampula rectal vacia al tacto rectal, datos radiológicos de OI y leucocitosis) se realizó un seguimiento de la morbilidad y mortalidad postquirúrgica, y se determinó el lugar que ocupó la OI entre las cirugías de urgencia en ancianos. Se excluyeron a los pacientes manejados por los servicios de urgencias y medicina interna, y pacientes con necesidad de cirugía de urgencia no abdominal o de trauma, pacientes que fallecieron en el preoperatorio por no contar con diagnóstico de certeza y en los que existió constancia en el expediente de haber rechazado el tratamiento quirúrgico.

Para obtener estos datos se revisaron libretas de resumen quirúrgico y el expediente clínico, dentro de este específicamente notas de ingreso a urgencias, notas de evolución hasta su egreso para determinar sintomatología, comentarios de radiografías de abdomen complicaciones y causas de muerte ; por último se revisaron resultados de exámenes de laboratorio en especial presencia de leucocitosis mayor de diez mil.

El estudio realizado fue de tipo retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, el análisis se realiza con medidas de tendencia central y dispersión representadas en cuadros y gráficas.

RESULTADOS

De los 1349 pacientes adultos operados por urgencias, 658 correspondieron a cirugía abdominal no traumática, de estos últimos, 226 correspondieron a seniles (34.3%). La edad promedio de nuestro grupo de estudio vario entre 65 a 98 años (media de 75.1) con 129 mujeres (57%) y 97 hombres (42.9%). De estos casos, la etiología primordial fue la OI con 97 pacientes (42.9%) seguido de las colecistitis crónicas agudizadas con 65 (28.7%), las apendicitis con 35 (15.4%) y otras 13%. (Cuadro 1)

La OI fue más frecuente en la mujer con 56 pacientes (57.7%) seguido del hombre con 41 (42.2%). (Cuadro2)

De acuerdo a la etiología específica de las OI, predominaron las hernias inguinales con 25 pacientes (25.7%), las hernias umbilicales con 18 (18.5%), las adherencias con 11 (11.3%), los vólvulus con 10 (10.3%), y apendicitis con adherencias 7 (7.2%), lo que hace un total sólo por defectos de la pared abdominal del 44.2%. (Cuadro 3)

Por grupos de edad encontramos un mayor porcentaje de ancianos con OI, al rubro de 71 a 75 años con 22 pacientes(22.6%), seguido del grupo de 86 a 90 con 21 pacientes(21.6%) y en tercer lugar el grupo de 65 a 70 con 20 pacientes(20.6%).(Cuadro 4)

Los pacientes con hernias sabían de su padecimiento en un promedio de tiempo de uno a cuarenta y nueve años, pero el cuadro agudo referido a su ingreso fue en promedio de 15 días, con el respectivo estado de anorexia y desnutrición. De los datos clínicos, pudimos observar el hipertimpanismo presente en el 89.6% e imagen radiológica compatible con OI (92.7%), que con frecuencia indicaron que el proceso obstructivo no había resuelto por manejo conservador y debían ser intervenidos (Cuadro 5).Se requirió resección intestinal por compromiso vascular y perforación del asa intestinal en 37 casos (38.1%).

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 59 pacientes (60.8%). Respecto de estas alteraciones predominaron las neumonías con 35 pacientes (59.3%), seguido de las descompensaciones

metabólicas con 12 pacientes (20.3%), principalmente aquellos pacientes con antecedentes de diabetes mellitus y otras enfermedades crónico degenerativas, no pudimos determinar con exactitud el porcentaje de pacientes que presentan desequilibrio hidroelectrolítico debido a que no se contó con determinación de electrolitos séricos en la mayoría de los casos. La infección de la herida quirúrgica se presentó en 8 pacientes (13.5%), y el íleo prolongado en 4 pacientes (4.1%).(Cuadro 6)

La muerte se dió con mayor frecuencia en los pacientes que tenían mayor tiempo de evolución extrahospitalaria, y en los que no se controló el estado metabólico o neumónico con 45 casos (46.3%).

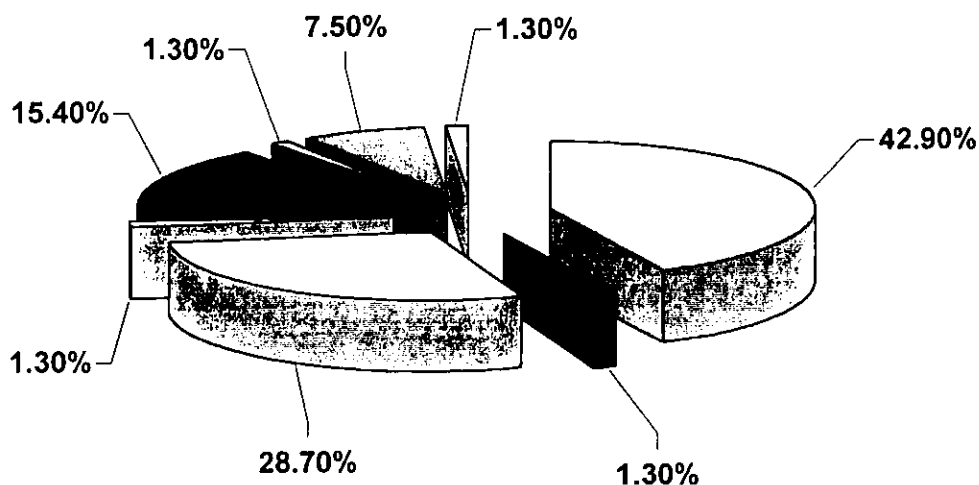
CUADRO 1

ETIOLOGIA DE CIRUGIA DE URGENCIA EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000.

ETIOLOGIA	NUMERO	PORCENTAJE
OBSTRUCCION INTESTINAL	97	42.9%
COLECISTITIS AGUDA	65	28.7%
APENDICITIS	35	15.4%
ILEO METABOLICO	03	1.3%
EIVISCERACION	03	1.3%
ULCERA DUODENAL	03	1.3%
ULCERA GASTRICA	03	1.3%
OTRAS	17	7.5%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.R.G.IZ..

ETIOLOGIA DE CIRUGIA DE URGENCIA EN ANCIANOS.HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000.



<input type="checkbox"/> O.I.	<input type="checkbox"/> ILEO MET	<input type="checkbox"/> COL. AGUDA
<input type="checkbox"/> EVISCERACION	<input checked="" type="checkbox"/> APENDICITIS	<input type="checkbox"/> ULC DUOD
<input type="checkbox"/> OTRAS	<input type="checkbox"/> ULC. GAST	

FUENTE: CUADRO 1

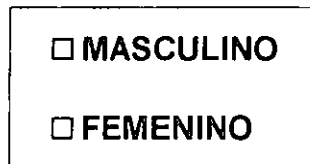
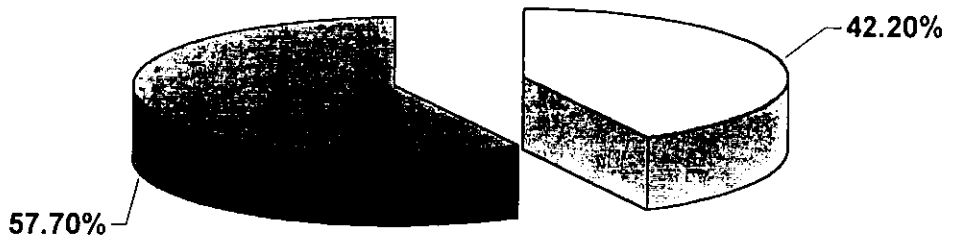
CUADRO 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA OI EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	41	42.2%
FEMENINO	56	57.7%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.R.G.I.Z.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA OI EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000.



FUENTE: CUADRO 2

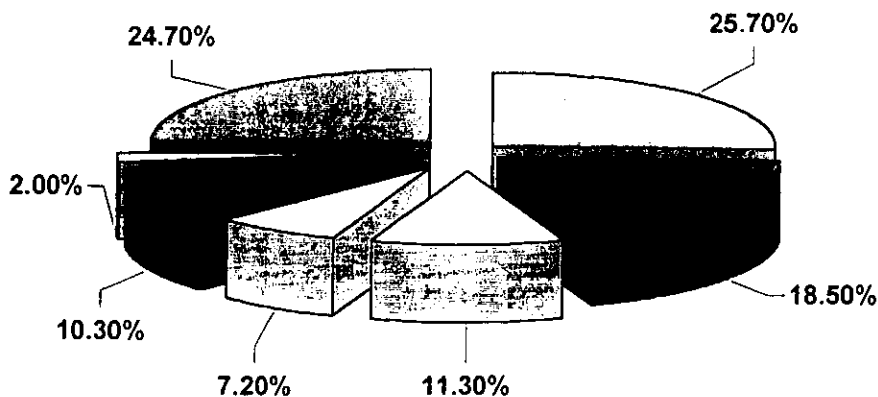
CUADRO 3

ETIOLOGIA DE LA OI EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000.

ETIOLOGIA	NUMERO	PORCENTAJE
HERNIA INGUINAL	25	25.7%
HERNIA UMBILICAL	18	18.5%
ADHERENCIAS	11	11.3%
APENDICITIS CON ADHERENCIAS	7	7.2%
VOLVULUS	10	10.3%
TROMBOSIS MESENTERICA	2	2.0%
OTROS	24	24.7%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.R.G.I.Z.

ETIOLOGIA DE LA OI EN ANCIANOS. HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000



<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL	<input type="checkbox"/> HERNIA UMBILICAL
<input type="checkbox"/> ADHERENCIAS	<input type="checkbox"/> APENDICITIS CON ADHE
<input checked="" type="checkbox"/> VOLVULUS	<input type="checkbox"/> TROMBOSIS MESENERICA
<input type="checkbox"/> OTROS	

FUENTE: CUADRO 3

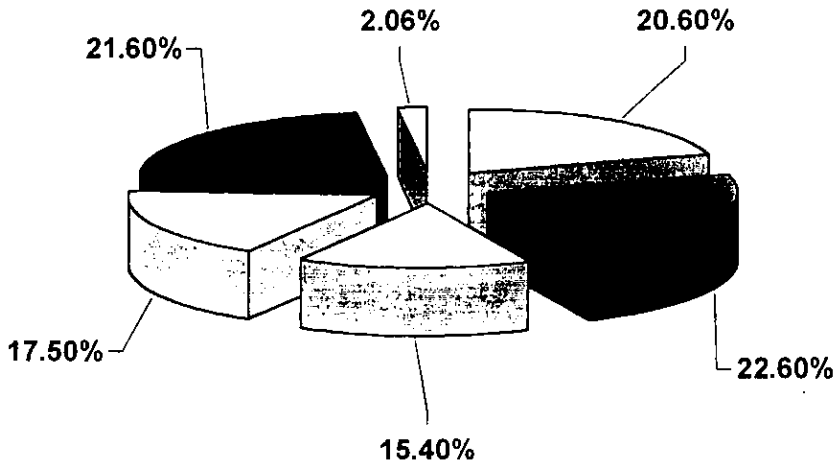
CUADRO 4

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS EN ANCIANOS CON OI.
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE;
1996-2000.

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
65-70	20	20.6%
71-75	22	22.6%
76-80	15	15.4%
81-85	17	17.5%
86-90	21	21.6%
MAS DE 90	2	2.06%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.R.G.I.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN ANCIANOS CON OI.
"HOSPITAL REGIONAL" GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE;
1996-2000.



□ 65-70 AÑOS □ 71-75 AÑOS □ 76-80 AÑOS
□ 81-85 AÑOS ■ 86-90 AÑOS □ MAS DE 90

FUENTE: CUADRO 4.

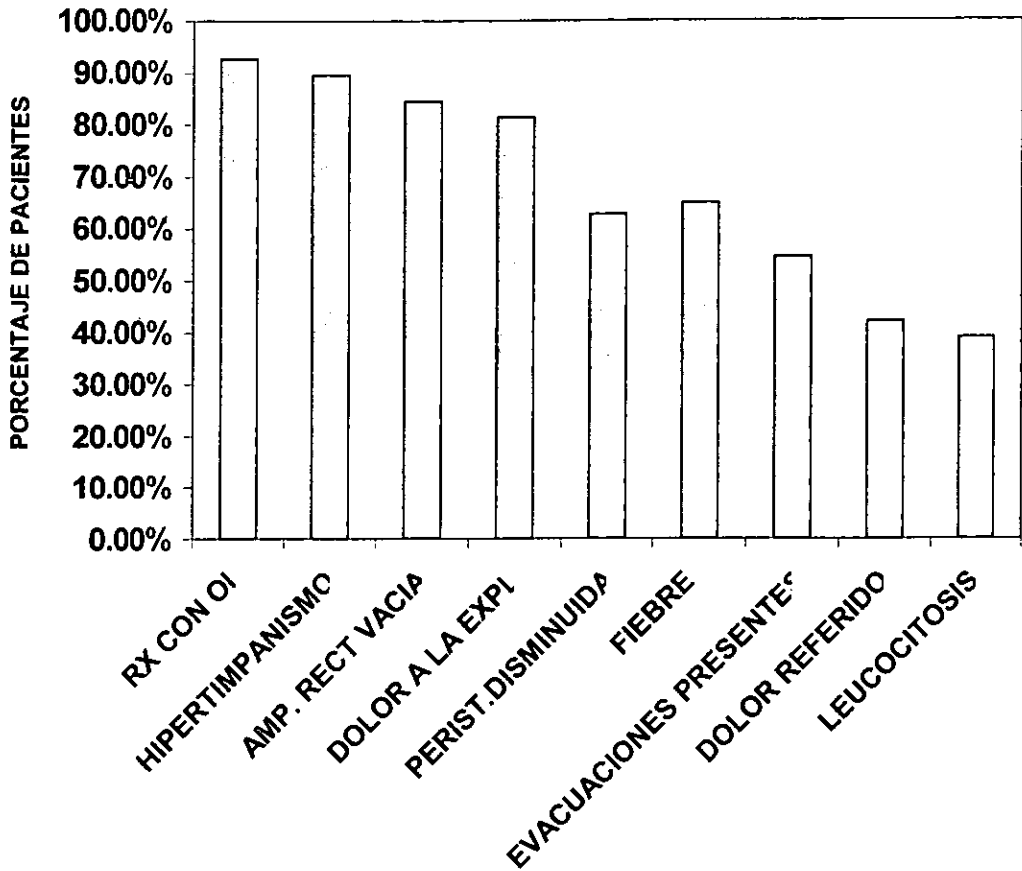
CUADRO 5.

DATOS CLINICOS PERSISTENTES EN LA OI EN ANCIANOS.
HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
;1996-2000.

DATO CLINICO	CASOS	PORCENTAJE
RADIOGRAFIA COMPATIBLE CON OI	90	92.7%
HIPERTIMPANISMO	87	89.6%
AMPULA RECTAL VACIA	82	84.5%
DOLOR A LA EXPLORACION	79	81.4%
PERISTALSIS DISMINUIDA	61	62.8%
FIEBRE	63	64.9%
EVACUACIONES PRESENTES	53	54.6%
DOLOR REFERIDO	41	42.2%
LEUCOCITOSIS	38	39.1%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.R.G.I.Z.

DATOS CLINICOS PERSISTENTES EN LA OI EN ANCIANOS.HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000



DATOS CLINICOS

FUENTE: CUADRO 5

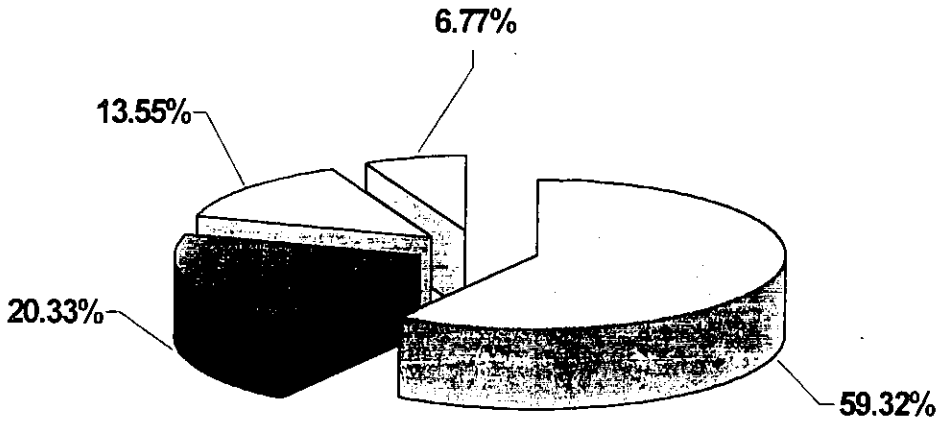
CUADRO 6.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA DEL PACIENTE ANCIANO CON
O.I.HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
ISSSTE; 1996-2000.

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
NEUMONIAS	35	59.3%
DESCONTROL METABOLICO	12	20.3%
INFECCION DE HERIDA	08	13.5%
ILEO PROLONGADO	04	4.1%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, H.R.G.I.Z.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA. HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE; 1996-2000



- NEUMONIAS
- DESCONTROL METABOLICO
- INFECCION DE HERIDA
- ILEO PROLONGADO

FUENTE: CUADRO 6

DISCUSION

Durante tres años y medio hemos podido observar la alta incidencia de pacientes seniles operados por urgencia, en donde la OI fue la patología más frecuentemente encontrada (42.9%), seguida de patología de las vías biliares (28.7%), a diferencia de otras series como la de Ruy-Díaz y Col., el cual refiere a la patología biliar como primera causa con un 30% y posteriormente los defectos de pared con 26.7% (20) por otra parte Habbi Hannan refiere a la colecistitis con un 23%(1), esto seguramente debido a las características de las poblaciones estudiadas, y a la falta de una revisión médica periódica en nuestro grupo de estudio.

De acuerdo a la etiología específica de la OI, en nuestra serie predominaron los defectos de pared (7), las hernias inguinales con 25.7% y hernias umbilicales con 18.5% haciendo un total de 44.2%, seguido de las adherencias con 11.3% siendo muy semejante a otras series publicadas en las cuales Romero y Cols, ubican a las hernias con 50% (9), Athié Gutiérrez y Cols ubican a los defectos de pared con un 55.98%, seguido de las bridas con un 23.11% (18,8). Hay que hacer incapié en que estos reportes son a nivel nacional, existe bibliografía que ubica a las adherencias como primera causa de OI (23), seguramente debido a que en nuestro país el tiempo de evolución en pacientes con defectos de paredes de hasta 49 años sin tratamiento quirúrgico, no así en países de primer mundo en los cuales el número de cirugías correctivas por defectos de pared y electivas por otras causas han aumentado, disminuyendo así la incidencia de OI por defectos de pared y aumentando por adherencias (21,23). De la misma manera coincidimos con Rosenthal R.A. el cual refiere que las hernias inguinales de urgencia representan el 20 al 40% de los casos de defectos de pared abdominal (3) constituyéndose como la etiología más frecuentemente operada dentro de las OI (10,11).

Las principales manifestaciones clínicas fueron el hipertimpanismo, el ampulla rectal vacía y el dolor a la exploración, el principal problema que encontramos en estos pacientes fue el prolongado tiempo de evolución previo a su hospitalización, probablemente debido al alto umbral al dolor (13), falta de manifestaciones clínicas típicas (19) y al

estado de inmunocompromiso y desnutrición agregados(20), lo cual condicionó un ingreso en malas condiciones generales y una alta incidencia de compromiso de asa intestinal (12) con un 38%.en nuestra serie el cual coincide con el reporte del Dr. Athié G.C.(18)

En los exámenes de gabinete corroboramos la importancia de las radiografías simples de abdomen, las cuales nos dieron una pauta a seguir en el tratamiento quirúrgico después del manejo médico conservador, ya que en el 92.7% de los casos existió persistencia de imágenes compatibles con OI., observándose un porcentaje mayor de exactitud diagnóstica que el reportado en la literatura entre el 80 y 85% (23) no así la biometría hemática en la cual sólo se observó leucocitosis en el 39.1% de los pacientes, por lo que no debemos considerarla como un indicador de mejoría o de ausencia de gravedad. Es importante hacer hincapié en la identificación de enfermedades intercurrentes y dar el manejo integral del paciente en su ingreso (16,18,24,25);de preferencia por un grupo multidisciplinario (17). Debemos considerar la determinación de electrolitos séricos para determinar el desequilibrio hidroelectrolítico (23,16,18), el cual no se determinó en la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, y el cual sin embargo es relevante en el tratamiento.

Encontramos una morbilidad postoperatoria de más de la mitad de los pacientes (60.8%), más elevada que la reportada en series como la de Keller del 31% (19,30) la del Dr. Alejandro González Ojeda del 58% en pacientes mayores de 80 año (19) y la de Kettunen con una morbilidad de 26% y de 43% en mayores de 88 años(32); cabe mencionar que estas series fueron realizadas con pacientes ancianos en cirugías electivas, la única serie que reporta una comparación con cirugía de urgencia reporta una morbilidad de hasta el 76%(19).

Predominaron las neumonías con un 59.32%, seguramente secundario a una permanencia prolongada del decúbito por incapacidad del paciente para moverse por si mismo y por apoyo ventilatorio mecánico prolongado en algunos casos, otra causa fueron las alteraciones metabólicas con 20.33%, principalmente en pacientes con antecedentes de enfermedades crónico degenerativas como hipertensión arterial sistémica, cardiopatías y obesidad (19,20) ocasionado por un manejo inadecuado en el pre y postoperatorio.

La resección intestinal se realizó en el 38% de los pacientes a diferencia de otras series en las cuales se reporta en en 30% (5) y en 26% (18), posiblemente debido al tipo de población estudiada y el prolongado tiempo de evolución previo a su internamiento la resolución quirúrgica fue a base de colostomias e ileostomias debido al alto riesgo de fistulas por el estado de desnutrición tan importante(20).

La mortalidad determinada en nuestro estudio fue del 46.3%, observado principalmente en aquellos pacientes con mayor tiempo de evolución extrahospitalaria y en los que no se controló el estado metabólico o neumónico (14,15). A diferencia de otras series nuestra mortalidad fue muy alta, comparada con la publicada por Fenyo y Cols reportado un 23% en pacientes mayores de 80 años (19,29) Keller reporta una mortalidad del 20% (19,30), Reiss refiere una mortalidad global del 21% y del 60% en pacientes mayores de 85 años, esto es debido a que en estas series la mortalidad es calculada en cirugías electivas; la única serie que menciona la mortalidad en cirugía de urgencia es la del Dr. Alejandro González Ojeda el cual la refiere con un 48%, muy semejante a la que nosotros encontramos.

CONCLUSIONES

La OI en las urgencias quirúrgicas de ancianos ocupa el primer lugar, dentro de estas su principal etiología son los defectos de pared abdominal, como las hernias inguinales y umbilicales, seguido de las adherencias, pudimos observar que las manifestaciones clínicas no son típicas y por ende puede retrasarse el diagnóstico oportuno, aumentando la morbilidad y mortalidad postoperatoria. Es importante realizar una detección oportuna de enfermedades agregadas y un control adecuado de las mismas de preferencia por un grupo multidisciplinario que nos permita un mejor control en el pre y postoperatorio.

Para terminar debemos mencionar que la cirugía de urgencia abdominal en el anciano debe realizarse en el menor tiempo posible a fin de manejarse el frágil estado de homeostasis, quebrantado por un cuadro agudo que, en buen porcentaje de los casos no causa dolor. Se debe ser cauto y no confiar en un solo dato clínico, sino a la reunión de elementos que permitan un adecuado juicio clínico. Finalmente se debe insistir en manejar a los pacientes con defectos de pared abdominal como electivos, a fin de reducir esta etiología como causa de urgencia abdominal en el senil.

REFERENCIAS

- 1) Abi-Hanna P. Gleckman R. Acute abdominal pain: a medical emergency in older patients. *Geriatrics*. 1997; 52(7):72-74.
- 2) Stewardson R.H. Bombeck T. Nyhus L.M. Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 1978, 187: 189-193.
- 3) Rosenthal R.A. Trastornos de intestino delgado y hernias de la pared abdominal. *Surg Clin N Am* 1994; 74: 315-319.
- 4) Greene W.W. Bowel obstruction in the aged patient: a review of 300 cases. *Am J Surg*. 1969; 118: 541-546.
- 5) Mucha P. Small intestine obstruction. *Surg Clin N. Am* 1987; 124:663-669.
- 6) Koperna T. Kisser M. Schults F. Emergency Surgery of colon cancer in the aged. *Arch Surg*. 1997; 132: 1032-1037.
- 7) Flores Rivera A.R. Tratamiento quirúrgico de 10 pacientes con oclusión intestinal en un hospital general. *Cir Gal.* 1993;15:71-73.
- 8) Montoya T.D. Palacio V.F. Ayala A.M. Vargas A.A. Castro A.M. Rodríguez Paz C.A. Etiología postquirúrgica de la obstrucción intestinal. *Cir Gal.* 1997;19(supl 1):37.
- 9) Romero P.R. Uribe T.F. Juárez D.F. Alvarado R.M. Cirugía abdominal de urgencia en paciente senil (Resumen). *Cir Gal.* 1998;19(Supl 1):4.
- 10) Chamary V.L. Femoral Hernia; intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality. *Br J Surg*. 1993; 80:230-232.
- 11) Lo Ch, Lorentz T Lau P. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg*. 1994; 67:396-398.

- 12) Gianneta A. De Cian F. Cuneo S. Friedman D. Vitale B. Marinari G. Baschieri G. Camerini G. Hernia repair in elderly patients. *Br. J Surg.* 1997; 84:983-985.
- 13) Lau W.Y. Fan S.T. Yiu T.F. et al. Acute appendicitis in the elderly. *Surg Gynecol Obstet.* 1985;161:157-160.
- 14) García G.J. Gutiérrez C.R. Gonzalez O.A. López L.C. Análisis de factores de riesgo para la morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años, tratados por patología quirúrgica electiva y de urgencia. *Cir Gal.* 1995;17:1-6.
- 15) Martínez -De Jesús F.R. Vallejo R.M. Morales G.M. Pérez M.A. Síndrome abdominal agudo en el anciano : estudio comparativo entre pacientes diabéticos y no diabéticos. *Rev Gastroenterol Méx.* 1995;60:211-214.
- 16) Snustad D.G. Linsay R.W. Perioperative assessment and management in older patients. In : Grimey E. Franklin W. *Oxford textbook of Geriatric Medical.* Oxford Medical Published. Oxford 1992. 647-642.
- 17) Gold S. Bergman H.A. Geriatric consultation team in the emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:764-767.
- 18) Athié G.C. Guizar B.C. Corral M.A. Guzman M.I. Zavala L.M. Guzman G.M. Estudio de la obstrucción intestinal: Experiencia a través de tres décadas. *Cir Gal* 1999; 21:110-115.
- 19) Gonzalez O.A. Robles A.J. García L.R. Gutiérrez de la Rosa J. Hermsillo S.J. Hernández C.A. Análisis de factores de riesgo para morbi-mortalidad en pacientes mayores de 80 años de edad tratados por patología quirúrgica electiva o de urgencia. *Cir Gal;* 1997;19:267-273.
- 20) Ruy-Díaz R.J. Mijares G.J. Athie A.A. Relación entre la evaluación preoperatoria urgente y la morbimortalidad del paciente anciano con abdomen agudo. *Cir Gal* 1999;21:171-177.
- 21) Beck D. Opelka F.G. Bayley R.H. Rauh M.S. Pashos L.C. Incidence of small bowel obstruction and adhesiolysis after open colorectal and general surgery. *Dis Colon Rectum;* 1999;42: 241-248.

- 22) Alba S.A. Geriatria. *Medicine* 1984; 34: 1991-1997.
- 23) Zuidema G.D. Cols. *Cirugia de aparato digestivo Vol .5.1993.*
444-489
- 24) Primatesta P. Goldacre M.J. Inguinal hernia repair: incidence and emergency surgery, readmission and mortality. *Int J. Epidemiol* 1996;25:835-839.
- 25) El Q aderi S. Aligharaibeh K.I. Hani IB, Gassaimeh G. Ammari F. Hernia in northern Jordan. Some epidemiological considerations. *Trop Geogr Med* 1992; 44:281-283.
- 26) Athié G.C. Oclusión intestinal mecánica. Etiología. *Cir Cir* 1990;57:92
- 27) Rai S. Chandra S.S. Smile S.R. A study of the risk of strangulation and obstruction in groin hernias. *Aust NZJ Surg* 1998;68:650-654.
- 28) Andrews N.J. Presentation and outcome of strangulated external hernia in a district general hospital. *Br J Surg* 1981;68: 329-332.
- 29) Fenyo G. Diagnostic problems of acute abdominal disease in the aged. *Acta Chir Scand* 1974; 140:396-405.
- 30) Keller S.M. Markovitz L.J. Wilder J.R. Aufses A.H. Emergency and elective surgery in patients over age 70 . *Am Surg* 1987;53:636-640.
- 31) Reiss R. Deutsch A.A. Nudelman I. Gutman H. Multifactorial analysis of prognostic factors in emergency abdominal surgery in patients above 80 years, analysis of 154 consecutive cases. *Int Surg* 1989;74:93-96.
- 32) Kettunen J. Paajanen H. Kostianlen S. Emergency abdominal surgery in the elderly. *Hepato-gastroenterology.* 1995;42:106-108.