Descargado el: 25-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de ancianos fallecidos en Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2016-2018

Characterization of deceased elderly in the General Surgery Service. Cienfuegos, 2016-2018

Yudis Acea Paredes[1] Tahiluma Santana Pedraza[1] Jorge Luis Estepa Pérez[1] Jorge Luis Estepa Ramos[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Acea-Paredes Y, Santana-Pedraza T, Estepa-Pérez J, Estepa-Ramos J. Caracterización de ancianos fallecidos en Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2016-2018. **Medisur** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 25]; 18(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4689

Resumen

Fundamento: el envejecimiento es un proceso biológico que conduce a la limitación de la capacidad adaptativa del individuo y a una mayor probabilidad de fallecimiento.
Objetivo: caracterizar ancianos fallecidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, del primero de enero de 2016 al treinta y uno de diciembre de 2018.
Métodos: estudio de serie de casos de pacientes ancianos que fallecieron durante el período analizado. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, informes operatorios y actas del comité de fallecidos. Se analizaron las variables: edad, sexo, enfermedades asociadas, riesgo quirúrgico (clasificación Asociación Americana de Anestesia), impresión diagnóstica al ingreso, diagnóstico operatorio, operación realizada, complicaciones, diagnóstico clínico y anatomopatológico de la defunción.
Resultados: existió predominio del sexo femenino, del grupo etáreo de 71 a 80 años y el antecedente personal de hipertensión arterial. El grado III de la clasificación de riesgo quirúrgico prevaleció. La perforación intestinal motivó la mayoría de los ingresos, seguida de la trombosis mesentérica; la peritonitis generalizada fue la principal complicación. La mayoría de los pacientes requirió intervención quirúrgica para su tratamiento definitivo; el estado de choque séptico fue la principal causa directa de muerte (también principal diagnóstico anatomopatológico) seguido del estado de choque hipovolémico por sangramiento digestivo alto. Las complicaciones respiratorias fueron las más representativas.
Conclusiones: la edad avanzada, las enfermedades asociadas y el alto riesgo quirúrgico, aumentan la mortalidad por cirugía.

Palabras clave: cirugía general, mortalidad hospitalaria, anciano

Abstract

Foundation: aging is a biological process that leads to the limitation of the adaptive capacity of the individual and a greater probability of death.
Objective: characterize elderly deceased in the General Surgery Service of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima Hospital, in Cienfuegos, from January 1, 2016 to December 31, 2018.
Methods: case series study of elderly patients who died during the period analyzed. The data was obtained from the medical records, operative reports and minutes of the committee of the deceased. Variables were analyzed: age, sex, associated diseases, surgical risk (American Anesthesia Association classification), diagnostic impression upon admission, operative diagnosis, operation performed, complications, clinical and pathological diagnosis of death.
Results: there was a predominance of the female sex, of the age group from 71 to 80 years old, and a personal history of high blood pressure. Grade III of the surgical risk classification prevailed. Intestinal perforation motivated the majority of admissions, followed by mesenteric thrombosis; generalized peritonitis was the main complication. Most of the patients required surgical intervention for their definitive treatment; the state of septic shock was the main direct cause of death (also the main pathological diagnosis) followed by the state of hypovolemic shock due to upper gastrointestinal bleeding. Respiratory complications were the most representative.
Conclusions: la edad avanzada, las enfermedades asociadas y el alto riesgo quirúrgico, aumentan la mortalidad por cirugía.

Key words: general surgery, mortality, hospital mortality, aged

Aprobado: 2020-07-21 12:00:07

Correspondencia: Yudis Acea Paredes. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. yudis.acea@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico que conduce a la limitación de la capacidad adaptativa del individuo y por tanto a una mayor probabilidad de fallecimiento. En las últimas dos décadas, el número de adultos mayores que requieren un procedimiento quirúrgico electivo o de urgencia se ha incrementado, debido al aumento de la expectativa de vida, lo que trae un riesgo quirúrgico mayor y posibles complicaciones postoperatorias. El envejecimiento es un proceso natural, gradual y espontáneo de maduración y finalmente de decaimiento de la función biológica. Para fines poblacionales, se define como anciano a la persona mayor de 60 años.[1,2]

En las enfermedades quirúrgicas la preparación del paciente es fundamental (especialmente si este necesita intervención urgente), orientar el pronóstico del mismo (necesario para identificar riesgos y prevenir complicaciones), valorar objetivamente la gravedad del proceso patológico y precisar el riesgo de morir o sobrevivir. Sin embargo, a pesar de lo anterior y del nivel científico de nuestros cirujanos y del desarrollo de la docencia médica especializada, en nuestros hospitales surgen complicaciones que requieren de una evaluación profunda y de una intervención o reintervención temprana, situaciones que deciden sobre la vida de los enfermos y alteran de manera significativa la mortalidad quirúrgica.[1,2]

Uno de los mayores focos de atención social en la actualidad es la situación demográfica que vivimos con el desplazamiento de la pirámide poblacional hacia edades avanzadas, es decir, el envejecimiento poblacional. Actualmente, en América Latina y el Caribe más de 32 millones de individuos sobrepasan los 60 años de edad, aunque el incremento mensual neto será de 11 500 personas y para el 2020 la población anciana constituirá 12 % del total, en comparación con 5,5 % existente en 1950.[3-5]

La ancianidad es una etapa de la vida como la niñez o la juventud, de manera que cada etapa del envejecimiento afecta a los humanos en sus tres componentes: biológico, psicológico y sociocultural. Puede considerarse que Cuba se encuentra en un grado avanzado de la fase final de la transición demográfica, con sostenidos decrecimientos en los dos últimos decenios de sus niveles de fecundidad y, por ende, bajos niveles de crecimiento, con cambios significativos en su estructura por edad, que la han conducido a un paulatino proceso de envejecimiento poblacional, lo cual, indiscutiblemente, es uno de los principales problemas demográficos que deberá atenderse en el país durante los próximos años.[6-10]

En el mundo la transición demográfica ha generado un cambio en la epidemiología del paciente quirúrgico. La cirugía en el subgrupo de los adultos mayores de mayor edad no es reciente, como a primera vista se podría suponer. Se observa actualmente en los servicios de cirugía un aumento de la proporción de pacientes ancianos, con mayor presencia de afecciones quirúrgicas más frecuentes en la tercera edad. Como consecuencia de lo anterior, existe actualmente un aumento en la complejidad de los pacientes que requieren cirugía, dado por la mayor presencia de comorbilidades propias del adulto mayor y, además, porque presentan una disminución en los mecanismos homeostáticos, un fenómeno llamado “homeoestenosis”, que se ha definido como una reducción en la capacidad de adaptarse a estímulos estresantes.[11-14]

Todo esto conlleva a un aumento en el riesgo quirúrgico. En este sentido estudios nacionales y extranjeros han demostrado la mayor susceptibilidad a complicaciones y mortalidad observada en los adultos mayores cuando son sometidos a cirugía electiva y de urgencia. Esta tendencia genera evaluaciones y cuidados especiales en el perioperatorio, hospitalizaciones más prolongadas, mayor requerimiento de camas de alta complejidad; mayor necesidad de procedimientos, reoperaciones y de rehabilitación posterior, hecho que eleva los costos en el manejo de estos pacientes.[13-16]

La mortalidad refleja el estado de salud de una población y es uno de los componentes que incide en la dinámica geográfica. Su estudio y conocimiento son de gran importancia para el sistema de salud pública tanto nacional como internacional. Se registran estudios en el país con respecto a mortalidad en Servicios de Cirugía General, como son: en el Hospital Saturnino Lora de Santiago de Cuba,[17] en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos,[[a]] pero son muy pocos los estudios nacionales relacionados con la mortalidad quirúrgica en pacientes ancianos y específicamente en la provincia de Cienfuegos no existen registros de estos datos.

Por tanto se realizó esta investigación con el

objetivo de caracterizar ancianos fallecidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, del primero de enero de 2016 al treinta y uno de diciembre de 2018.

[a] Santana Pedraza T. Mortalidad en el servicio de cirugía general[Tesis]. Cienfuegos: Hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2009.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos sobre los ancianos fallecidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, desde el primero de enero de 2016 hasta el treinta y uno de diciembre de 2018. Fueron excluidos los pacientes ancianos fallecidos por trauma.

Se analizaron las variables: edad, sexo, enfermedades asociadas, riesgo quirúrgico, clasificación ASA de anestesia, impresión diagnóstica al ingreso, diagnóstico operatorio, operación realizada, complicaciones y la posterior ubicación, diagnóstico clínico de la defunción y anatomopatológico, entre otros.

Los datos fueron recogidos en un modelo de recolección de datos creado al efecto y procesados en Excel.

Los resultados se presentaron en tablas mediante números absolutos y porcentajes. La investigación fue aprobada por el consejo científico de la institución.

RESULTADOS

Atendiendo a los grupos de edades y sexo, predominó el sexo femenino con 63 pacientes, lo cual representa el (51,2 %) de los pacientes estudiados, con una mínima diferencia con el sexo masculino que representó el 48,7 %. El grupo de edades de 71-80 años fue el más representativo en ambos sexos con 43 pacientes para un (35,0 %) y el menos representativo es el grupo de 90 años y más para un 11,4 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según grupo de edad y sexo. Cienfuegos. 2016-2018

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 70 años	18	30,0	16	25,4	34	27,6
71 - 80 años	21	35,0	22	34,9	43	35,0
81 - 90 años	14	23,3	18	28,6	32	26,0
90 años y más	7	11,7	7	11,1	14	11,4
Total	**60**	**48,7**	**63**	**51,2**	**123**	**100**

Fuente: historia clínica.

Las enfermedades asociadas que predominaron fueron la hipertensión arterial en primer lugar (76,4 %), seguida de la cardiopatía isquémica (49,6 %). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según antecedentes patológicos personales. Cienfuegos. 2016-2018

Enfermedades asociadas	Total	
	No.	%
Hipertensión arterial	94	76,4
Diabetes mellitus	19	15,4
Cardiopatía isquémica	61	49,6
Asma Bronquial	16	13,0
Insuficiencia renal crónica	7	5,7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20	16,3
Cirugía abdominal previa	25	20,3
Ulcera péptica	13	10,6
Cirrosis hepática	6	4,9
Várices esofágicas	7	5,7
Otras	6	4,9

N=123

Otra evaluación del riesgo quirúrgico es la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA). No se registraron pacientes clasificados como grado I en el estudio y el 52,8 % de la muestra estaba representada en el grupo de grado III; seguido del grado II con un 28,5 % y el grado IV con un (16,3 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA). Cienfuegos. 2016-2018

Clasificación ASA	No.	%
Grado I	-	-
Grado II	35	28,5
Grado III	65	52,8
Grado IV	20	16,3
Grado V	3	2,4
Total	**123**	**100**

Fuente: historia clínica e informe operatorio.

La perforación intestinal fue el diagnóstico al ingreso más observado (30,1 %), seguido de la trombosis mesentérica (21,1 %). Otras causas fueron el sangrado digestivo (14,6 %) y las oclusiones intestinales (10,6 %). El diagnóstico que menos se presentó fue el absceso intraabdominal. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según la impresión diagnóstica al ingreso. Cienfuegos. 2016-2018

Impresión diagnóstica al ingreso	No.	%
Apendicitis aguda	2	1,6
Apendicitis aguda complicada	7	5,6
Colecistitis aguda	2	1,6
Oclusión intestinal por bridas	4	3,3
Oclusión intestinal por tumores	7	5,7
Oclusión intestinal por vólvulo intestinal	2	1,6
Trombosis mesentérica	26	21,1
Hernias abdominales complicadas	6	4,9
Sangrado digestivo alto	18	14,6
Neoplasias intrabdominales	6	4,9
Abscesos intrabdominales	1	0,8
Pancreatitis grave	3	2,4
Perforación intestinal	37	30,1
Otras	2	1,6

N=123

El 80,5 % de los pacientes estudiados requirieron tratamiento quirúrgico; la peritonitis generalizada (por sus distintas causas) fue el diagnóstico transoperatorio con mayor incidencia presente en 38 pacientes (38, 3 %), seguido de la trombosis mesentérica en 26 pacientes para el 26,3 %. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la morbimortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según el diagnóstico transoperatorio. Cienfuegos. 2016-2018

Diagnóstico transoperatorio		Total	
		No.	% (según total de pacientes operados)
Apendicitis aguda complicada	Con peritonitis localizada	3	3,0
	Con peritonitis generalizada	6	6,1
Colecistitis aguda complicada		2	2,0
Oclusión intestinal por bridas		4	4,0
Oclusión intestinal por tumores		9	9,1
Oclusión intestinal por vólvulo intestinal		2	2,0
Trombosis mesentérica		26	26,3
Hernia abdominal complicada		6	6,1
Tumores perforados	Con peritonitis localizada	2	2,0
	Con peritonitis generalizada	10	10,1
Divertículos perforados	Con peritonitis localizada	3	3,0
	Con peritonitis generalizada	10	10,1
Ulcera perforada	Con peritonitis localizada	-	-
	Con peritonitis generalizada	12	12,1
Absceso intrabdominal		1	1,0
Pancreatitis aguda necro-hemorrágicas		3	3,0
Total de operados		99	80,5

Fuente: historia clínica e informe operatorio.

El proceder quirúrgico más realizado fue la resección intestinal en 38 (38,3 %), seguido de las colostomía en 34 pacientes (34,3 %); otros procederes fueron la sutura y epiploplastia en 12 pacientes (12,1 %) y la apendicectomía con 9 pacientes representando el 9,01%. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según el proceder quirúrgico realizado. Cienfuegos. 2016-2018

Proceder quirúrgico	No.	%
Lisis de bridas o adherencias	4	4,4
Resección Intestinales	38	38,4
Quelotomia y herniorrafia	6	6,06
Colostomía	34	34,3
Colecistectomía	2	2,02
Apendicetomía	9	9,01
Sutura y epiploplastia	12	12,1
Necrosectomía	3	3,03

Fuente: historia clínica e informe operatorio.

La ubicación posoperatoria está determinada por la envergadura de la cirugía y la comorbilidad de los pacientes; las salas de terapias fueron las más utilizadas (86,0 %) Entre las más utilizadas estuvo la Unidad de Cuidados Intermedios – Quirúrgicos en 66 pacientes para un 66,7 %. (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de la morbimortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según ubicación postoperatoria. Cienfuegos. 2016-2018

Ubicación postoperatoria	No.	%
Unidad de cuidados intensivos – polivalente	12	12,1
Unidad de cuidados intermedios – clínicos	8	8,1
Unidad de cuidados intermedios – quirúrgicos	66	66,7
Salas de cirugía	10	10,1
Fallecidos en quirófano	3	3

Fuente: historia clínica.

Las complicaciones posoperatorias que se manifestaron con mayor frecuencia en este estudio fueron las respiratorias (85,9 %), seguida de las complicaciones sépticas en un 57,5 %. (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según las complicaciones posoperatorias. Cienfuegos. 2016-2018

Complicaciones posoperatorias	No.	%
Respiratorias	85	85,9
Cardiovasculares	25	25,3
Genitourinarias	20	20,2
Endocrino-metabólicas	12	12,1
Sépticas relacionadas con la cirugía	57	57,5

Fuente: historia clínica e informe operatorio.

Requirieron una nueva operación 21 pacientes lo que representó el 21,2 % del total; la reintervención por dehiscencia de sutura y la peritonitis residual fueron las de mayor incidencia con el 28,5 %. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según causa de la reintervención. Cienfuegos. 2016-2018

Causa de la re intervención	No.	%
Evisceración	3	14,3
Dehiscencia de suturas	6	28,5
Fístulas de alto gasto	1	4,7
Peritonitis residual	6	28,5
Absceso intra abdominal	5	23,8
Total de reintervenciones	**21**	**21,2**

Fuente: historia clínica.

Predominaron los diagnósticos anatomopatológico de estado de choque séptico y trombosis mesentérica, para un 30,1% y 21,1% respectivamente, ambos con el sexo femenino como el más representativo. (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según diagnóstico anatomopatológico y sexo. Cienfuegos. 2016-2018

Diagnóstico Anatomopatológico	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estado de choque multifactorial	2	3,3	1	1,6	3	2,4
Estado de choque cardiogénico	2	3,3	3	4,8	5	4,1
Estado de choque séptico	17	28,3	20	31,7	37	30,1
Morfológicamente no demostrado	2	3,3	2	3,2	4	3,3
Estado de choque hipovolémico	10	16,7	8	12,7	18	14,6
Insuficiencia respiratoria aguda	1	1,7	1	1,6	2	1,6
Bronconeumonía	5	8,3	4	6,3	9	7,3
Estadio terminal de una neoplasia	2	3,3	2	3,2	4	3,3
Trombosis mesentérica	11	18,3	15	23,8	26	21,1
Pancreatitis aguda	5	8,3	3	4,8	8	6,5
Trombo embolismo pulmonar	2	3,3	3	4,8	5	4,1
Otros	1	1,7	1	1,6	2	1,6
Total	**60**	**100**	**63**	**100**	**123**	**100**

Fuente: historia clínica.

En relación a los hallazgos de necropsia, lo más relevante fue que los fallecidos presentaban cardioangioesclerosis en el 34,1 % y necrosis tubular aguda en el 30,1 % como signo de insuficiencia cardiovascular y renal. Se confirmó la necrosis intestinal en los casos de trombosis mesentérica. En el grupo de edad comprendida entre 71- 80 años existe una mayor incidencia de la necrosis tubular aguda; siendo la cardioangioesclerosis la más significativa en el resto de las edades. (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de la mortalidad quirúrgica de pacientes ancianos según hallazgos de las necropsias y grupo de edad. Cienfuegos. 2016-2018

Hallazgos de la necropsias	Edad								Total	
	60-70 años		71-80 años		81-90 años		> 90 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cardioangioesclerosis	**10**	**29,4**	7	16,3	**12**	**37,5**	**14**	**100**	42	34,1
Neoplasias	3	8,8	5	11,6	8	25,0	5	35,7	21	17,1
Atelectasia pulmonar	3	8,8	2	4,7	5	15,6	5	35,7	15	12,2
Embolismo pulmonar	1	2,9	1	2,3	2	6,3	1	7,1	5	4,1
Infarto agudo de miocardio	-	-	2	4,7	1	3,1	2	14,3	5	4,1
Broncoaspiración	-	-	1	2,3	-	-	1	7,1	2	1,6
Necrosis tubular aguda	8	23,5	**16**	**37,2**	8	25,0	5	35,7	37	30,1
Necrosis intestinal	8	23,5	10	23,3	5	15,6	3	21,4	26	21,1
	n = 34		**n = 43**		**n = 32**		**n = 14**		**n = 123**	

Fuente: historia clínica.

DISCUSIÓN

La mortalidad quirúrgica ha sido, desde el comienzo de la cirugía moderna, un tema que ha preocupado y preocupa a todos los cirujanos. Los ancianos tienen un riesgo relativamente mayor de mortalidad y morbilidad después de la cirugía y especialmente en la de urgencia.[8,18]

En el año 2009 la investigación realizada por Santana Pedraza T.[18] en la provincia de Cienfuegos, Cuba, refiere que el incremento de la

edad es proporcional al aumento de la mortalidad, representando el 81, 6 % de los fallecidos con edades mayores a 61 años, con prevalencia del grupo de edades de 71 a 80 años.[18] Para 2012 se obtuvieron datos similares en estudios realizados por Yora, et al.[19] donde el promedio de edades fue de 74,2 años (límites de 65 a 101 años) y con coincidencia similar de la prevalencia del sexo femenino (52,1 %).[19]

Las enfermedades asociadas que predominaron fueron la hipertensión arterial, seguida de la cardiopatía isquémica, enfermedades más frecuentes en esta etapa de la vida. Porcentajes elevados se obtuvieron para dichas patologías, igualmente, en un estudio realizado por Garzón et al.[16] en Colombia en el 2014, donde el 90,1 % de los pacientes eran hipertensos y el 93 % padecían una enfermedad coronaria.[16]

Yora et al.[19] expresaron que un 70 % de los pacientes quirúrgicos de la tercera edad tienen antecedentes patológicos importantes y por tanto el riesgo aumenta tres veces más. Estos autores también señalaron que concomitan hasta cuatro padecimientos en 78 % de los casos y en un 13 % hasta 6 enfermedades.[19]

Uno de los métodos de evaluación del riesgo quirúrgico es la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA). En este estudio el 52,8% de la muestra fue clasificado como grado III, seguido del grado II con 28,5 %, en relación con la edad y las patologías agudas que se presentaron. En la investigación realizada por Garzón et al.[16] se obtuvieron resultados similares, con un 62,7 % de la muestra en el grado I-II y en los grados restantes (grado III-V) el 37,2 % de la muestra.

La impresión diagnóstica al ingreso de los pacientes fallecidos en esta investigación fue la perforación intestinal con el 30,1 % de los pacientes, seguido de la trombosis mesentérica, en un 21,1 %. El diagnóstico que menos se presentó fue el absceso intra abdominal para un 0,8 %. Otras causas fueron el sangrado digestivo y las oclusiones intestinales. Coinciden los diagnósticos clínicos con los diagnósticos transoperatorio que definen las causas de perforación con cifras similares por causa diverticular, tumoral o por ulcera péptica perforada. Datos que coinciden con estudio previo en la provincia de Cienfuegos por Santana Pedraza T.[i] en el cual el diagnóstico al ingreso que más se presentó como era de esperar fue el abdomen agudo quirúrgico (AAQ) representado por la oclusión intestinal mecánica, el síndrome perforativo y la trombosis mesentérica, seguido del sangramiento digestivo alto (SDA). En el Hospital Saturnino Lora de Santiago de Cuba en el 2012,[17] la oclusión intestinal fue la principal causa de intervención igualmente en pacientes mayores de 60 años.

El abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor se presenta con frecuencia. En el anciano, la enfermedad biliar y la obstrucción intestinal son las responsables más frecuentes del dolor abdominal, y otras afecciones infrecuentes en los jóvenes, como las enfermedades tumorales o vasculares, se presentan frecuentemente en el anciano.[2]

Según la bibliografía internacional, las enfermedades biliares causan el 30 % de los casos de dolor abdominal agudo y hay igual comportamiento en Cuba. Autores internacionales dan cifras superiores, de hasta un 40 %. La oclusión intestinal mecánica se documenta en dos tercios de los ancianos que se operan de urgencia, y el 40 % se debe a bridas o adherencias. Las hernias de la pared abdominal complicadas son frecuentes, pasan inadvertidas al no realizase un examen físico minucioso, por posiciones anquilosantes o por descuido del profesional, se presentan en un 20 a 25 %. La apendicitis aguda se presenta entre el 5 y el 10 % de los ancianos.

El 80,5% de los pacientes estudiados requirieron tratamiento quirúrgico, siendo la peritonitis generalizada por sus distintas causas el principal diagnóstico transoperatorio con mayor incidencia con un total de 37 pacientes que representaron el 37,4 %. El proceder quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue la laparotomía exploradora, seguido de la toilette de cavidad y la resección intestinal. El proceder quirúrgico realizado, la laparotomía exploradora, seguido de la toilette de cavidad, están en relación con el diagnóstico clínico y los hallazgos transoperatorios, por primar la perforación intestinal seguida de la trombosis mesentérica como causa de intervención y una cifra significativa de la resección intestinal y colostomía realizadas.

La peritonitis es un síndrome que agrupa un conjunto de entidades nosológicas, diversas en su etiología, pero con un denominador común: la inflamación de una parte o de todo el peritoneo que cubre las vísceras abdominales y las paredes internas del abdomen. Múltiples son los gérmenes causales de la peritonitis, y su puerta

de entrada es a menudo una perforación, una alteración de la viabilidad de algún segmento intraperitoneal del tubo digestivo, de las vías biliares, de órganos de la pelvis femenina o es consecuencia de un fallo de la sutura gastrointestinal.[20,21]

La complicación posoperatoria se define como una segunda enfermedad, inesperada, que ocurre hasta 30 días después de una intervención quirúrgica, alterando el cuadro clínico del paciente, y que requiere una intervención terapéutica.[2] Las complicaciones postoperatorias que se manifestaron con mayor frecuencia en este estudio fueron las respiratorias, seguidas de las complicaciones sépticas.

En las enfermedades quirúrgicas, la preparación del paciente es fundamental, especialmente si está necesitado de tratamiento urgente, presenta infección o padece otra enfermedad, por sencilla que sea. La corrección de los desequilibrios hidroelectrolítico y acido- básico, así como de las alteraciones de la coagulación de la sangre y la profilaxis o tratamiento con antibiótico, son factores importantes para prevenir futuras complicaciones sistémicas. Desde un punto de vista general, puede decirse que la reintervención del paciente, independientemente de la causa que la justifique, es la principal complicación de la técnica quirúrgica, ya que uno de los principios fundamentales de la cirugía es la solución intraoperatoria de cualquier problema en relación con el diagnóstico e, incluso, con el propio tratamiento.[17,22-25]

---

[i] Santana Pedraza T. Mortalidad en el servicio de cirugía general[Tesis]. Cienfuegos: Hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2009.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores:

Dra. Yudis Acea Paredes: búsqueda de información; recogida y análisis de los datos, redacción.

Dra. Tahiluma Santana Pedraza: búsqueda de información; análisis de los datos; revisión crítica.

Dr. Jorge Luis Estepa Pérez: búsqueda de información; análisis de los datos, redacción.

Dr. Jorge Luis Estepa Ramos: búsqueda de información; recogida y análisis de los datos.

Financiación:

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto Ramos O, García Vega E. Atención del anciano en Cuba: desarrollo y perspectivas. La Habana: CITED; 1996.

2. Blandino CL, Urízar B. Mortalidad en el Servicio de Cirugía General en el año 2014 [Internet]. Managua: Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca; 2015. [cited 7 May 2019] Available from: http://www.repositoro.unan.edu.ni.

3. Wang MJ, Ping J, LI Y, Adell G, Arbman G, Nodin B, et al. The prognostic factors and multiple biomarkers in young patients with colorectal cancer. Sci Rep. 2015 ; 27 (5): 10645.

4. Arbelo HI, Reyes PAD, Rodríguez QN. Caracterización de la morbilidad y la mortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal mecánica. MEDICENTRO [revista en Internet]. 2015 [cited 7 May 2019] ; 19 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000100007&lng=es.

5. Dardik A, Berger DH, Rosenthal RA. Cirugía en el paciente geriátrico. In: Townsend CM, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston. Tratado de cirugía. Madrid: Elsevier; 2013. p. 328-57.

6. Romero TP, Bermejo WB, Ruíz GA, Monzón Fernández A. Programa integral para el control del cáncer. Pautas para la gestión de implementación. Cuba, 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017. [cited 4 Abr 2019] Available from: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CUB_B5_ActualizaciondelPICCjunio2017.pdf.

7. Castillo LL, Peñate RY, Galloso CG, Jordán AA,

Alonso DN, Cabrera RJ. Cirugía abdominal de urgencia en la tercera edad. Matanzas, Cuba. Revista Médica Electrónica [revista en Internet]. 2009 [cited 7 May 2019] ; 31 (1): [aprox. 9p]. Available from: http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/ano2009/vol12009/tema03.htm.

8. Bell L. The epidemiology of acute critical illness in older adults. Crit Care Nurs Clin North Am. 2014 ; 26: 1-5.

9. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017. [cited May 7] Available from: https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estadistico_de_Salud_e_2016_edicion_2017.pdf.

10. Tarragó E, Miguel Soca PE, Cruz L, Santiesteban Y. Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. CCM [revista en Internet]. 2012 [cited 7 May 2019] ; 16 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/505.

11. Vargas N, Tibullo L, Landi E, Carifi G, Pirone A, Pippo A, et al. Caring for critically ill oldest old patients: A clinical review. Aging Clin Exp Res. 2017 Oct ; 29 (5): 833-845.

12. Falvo A, Horst HM, Blyden D. Emergency surgery in the elderly: Is age a dose-dependent variable, or just associated with comorbidities?. J Trauma Acute Care Surg. 2012 ; 72: 1526-30.

13. Bilimoria KY, Liu Y, Paruch J, Zhou L, Kmiecik TE, Ko CY, et al. Development and Evaluation of the Universal ACS NSQIP Surgical Risk Calculator: A Decision Aide and Informed Consent Tool for Patients and Surgeons. J Am Coll Surg. 2013 ; 217: 833-42.

14. Csendes A, Lembach H, Molina JC, Inostroza GL, Kobrich SS. Cirugía en mayores de 80 años: Evolución clínica y costos asociados. Rev Chilena Cir. 2010 ; 62 (6): 564-9.

15. Poma J, Gálvez M, Zegarra J, Meza M, Varela L, Chávez H. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. Rev Med Hered Perú. 2012 ; 23: 16-22.

16. Garzón H, Restrepo C, Espitia E, Torregrosa L, Domínguez LC. Fragilidad quirúrgica: un factor predictor de morbilidad y mortalidad posoperatoria en adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencia. Rev Colomb Cir. 2014 ; 29: 278-92.

17. Rodríguez Z, Gousse W, Matos M, Romero L, Mustelier H. Mortalidad y reintervenciones en cirugía general. Hospital Provincial Docente Clínico-quirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 [cited 7 May 2019] ; 16 (11): [aprox. 7p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1029-301920120011&lng=es&nrm=iso.

18. Castellanos A, Sánchez J, Gómez G, Salgado M. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico posoperatorio. Anestesia en geriatría y en el paciente de alto riesgo perioperatorio. Rev Mex Anestesiol. 2017 ; 40 (1): 103-5.

19. Yora R, Seguras O, Rivas L, Pompa D. Morbilidad y mortalidad del paciente geriátrico intervenido de urgencia. Rev Cubana Anestesiol Reanim [revista en Internet]. 2012 [cited 7 May 2019] ; 11 (3): [aprox. 9p]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubanerea/rca-2012/rca123f.pdf.

20. Rodríguez Pascual Y, Mederos Curbelo ON, Soler Vaillant R. Abdomen agudo en el anciano. In: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo, editors. Cirugía. La Habana: ECIMED; 2016. p. 655-74.

21. Rodríguez C, Arce Aranda C, Samaniego C. Peritonitis aguda secundaria. Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad. Cir Parag. 2014 ; 38 (1): 18-21.

22. Poole D, Finazzi S, Nattino G, Radrizzani D, Gristina G, Malacarne P, et al. The prognostic importance of chronic end-stage diseases in geriatric patients admitted to 163 Italian ICUs. Minerva Anestesiol. 2017 ; 83 (12): 1283-93.

23. Park SY, Chung JS, Kim SH, Kim YW, Ryu H, Kim DH. The safety and prognostic factors for mortality in extremely elderly patients undergoing an emergency operation. Surg Today. 2015 ; 46 (2): 241-7.

24. Koo CY, Hyder JA, Wanderer JP, Eikermann M, Ramachandran SK. A meta-analysis of the predictive accuracy of postoperative mortality using the American Society of Anesthesiologists'

Physical Status Classification System. World J Surg. 2015 ; 39 (1): 88-103.

25. Smietniansky M, Boietti B. Evaluación multidimensional para la determinación pronóstica del adulto mayor. Revista Argentina de Medicina. 2015 ; 2 (5): 21-4.