

Cirugía en el geronte

Coordinadores: Dres. Alberto Aguiar¹, Bolívar Delgado²

Introducción

¿Por qué importa la cirugía en el geronte?

Los fundamentos son en general conocidos de todos los cirujanos, pero creemos de utilidad repetir algunos, objetivando con cifras globales la verdadera jerarquía que tiene hoy en día esta cirugía.

En primer lugar porque cada vez hay más personas de edad avanzada en todo el mundo y esta progresión se prevé que continúe en las próximas décadas. Así por ejemplo para el año 2000 (faltan sólo 15 años) se estima que en Estados Unidos habrá más de 32.000.000 de habitantes con más de 65 años de edad, lo que equivale a 12% de la población total del país.

En segundo lugar porque cada vez se hace más frecuente la cirugía en pacientes gerontes. En el Uruguay, 60% de la población hospitalaria tiene más de 65 años.

En tercer lugar, porque el paciente geronte reclama cada vez con mayor frecuencia algún tratamiento quirúrgico. Así en EE.UU. la operación más frecuente en el viejo es la operación de cataratas y ello se debe a que esos pacientes quieren operarse para poder seguir conduciendo automóvil que es la manera de mantener en cierto grado su independencia.

Paralelamente a esta progresiva y creciente demanda quirúrgica por parte del paciente añoso, se han venido perfeccionando técnicas y procedimientos, adecuando cada vez más los mismos y su entidad a las posibilidades reactivas de estos enfermos y también y fundamentalmente conociendo mejor las características biológicas del geronte.

Ello ha determinado hechos y resultancias como estas:

Hace 15 años la mortalidad global de los pacientes gerontes oscilaba, en distintas series, entre 30 y 40%, mientras que actualmente en las modernas series, esa cifra oscila entre 5 y 10%.

Pero esto es más significativo aún si agregamos que en los últimos 30 años el número de ancianos que se operan se ha triplicado. Así por ejemplo en el Hospital Penna, de Argentina, era de 10 a 12% y actualmente la cifra oscila entre 25 y 30%. Es decir que hace 30 años se operaba uno de cada diez ancianos y ahora se operan tres cada diez.

La obtención de esta mejoría pronóstica se ha logrado no

sólo por el progreso de toda la ciencia médica sino también por la incorporación de variados conceptos referidos al paciente añoso.

Sabemos hoy que el envejecimiento es una propiedad de la materia viva: las células de los parénquimas pierden la capacidad de reproducirse adecuadamente, con lo que disminuye la masa celular que va siendo reemplazada por tejido conjuntivo. Ello determina la disminución de la actividad fisiológica en aparatos y sistemas, a lo que debe agregarse el deterioro producido por enfermedades que puedan afectar dichos aparatos o sistemas.

Todo esto permite que en pacientes de más de 70 años la línea divisoria entre el envejecimiento normal y la enfermedad, es muy tenue e imprecisa. No es una línea divisoria sino una zona transicional.

Todo este déficit fisiológico condiciona una disminución de la capacidad biológica reactiva y todo ello es lo que está determinando en definitiva, el riesgo quirúrgico en el paciente geriátrico.

Se hace imprescindible entonces en esta cirugía, evaluar el grado de alteración de cada aparato o sistema así como su potencial funcional reactivo, de la forma más completa posible.

Dentro de ellos es imperioso el estudio de:

- Aparato cardiovascular
- Aparato respiratorio
- Evaluación renal y medio interno
- Metabolismo y factores nutricionales.

Agregaríamos para completar, la habitual disminución de la capacidad inmunológica en el geronte.

Las complicaciones respiratorias y cardiovasculares por sí solas totalizan 64% de las muertes posoperatorias, siendo la principal causa de mortalidad en el viejo operado.

Pero objetivemos la importancia de estos estudios y valoración preoperatoria en el viejo, con algunas cifras y conceptos:

La edad por sí misma no es una contraindicación para la cirugía. Exige sí conocimiento del paciente y adecuación de procedimientos.

Las cifras globales de mortalidad son 4 veces superiores en los pacientes añosos con enfermedades sistémicas preexistentes, que en los sanos y 20 veces superiores para la cirugía de urgencia. Pero agreguemos que de todos los pacientes añosos sometidos a cirugía, 84% tienen alteraciones sistémicas previas.

De todo esto surge la capital importancia que tiene en estos pacientes el conocimiento lo más exacto que sea posible por estudios previos, del grado de discapacidad que puedan presentar, así como el intento de su corrección.

Finalmente digamos como concepto general que el anciano tolera mal:

1. Ex Prof. Clínica Quirúrgica. 2. Prof. Director Clínica Quirúrgica "1".

Curso de Cirugía de XXXVI Congreso Uruguayo de Cirugía. Tacuarembó, 1985. Versión corregida, actualizada y seleccionada del curso, realizada por el Prof. Aguiar en abril de 1993.

Correspondencia: Dr. Bolívar Delgado.
Brito del Pino 1554 (602).
Montevideo, Uruguay

- a) los procedimientos grandes y prolongados;
- b) las complicaciones;
- c) la inmovilización puede ser rápidamente fatal;
- d) la embolia pulmonar es una complicación frecuente en el viejo.

Conceptos generales

Dr. Alberto Sosa

La vejez es un período de la vida que teóricamente comienza entre los 65 y 70 años y termina con la muerte. El cirujano que enfrenta a un anciano no está frente a una patología nueva sino a un enfermo más complejo, con tendencia a la depresión, con pérdida de memoria y disminución de su capacidad reactiva. La incidencia de demencia oscila entre 3% para los mayores de 65 años y 25% en los mayores de 80 años.

En la historia clínica deben figurar los fármacos recibidos por el paciente, en especial digitálicos, corticoides, salicílicos, hipotensores, insulina, hipoglucemiantes orales, etc. Su propia biología hace que la respuesta a la agresión sea diferente, y así la fiebre y el dolor pueden estar ausentes. Se han constatado peritonitis sépticas sin fiebre y con leucocitosis normales.

Evaluación preoperatoria

Dr. Oscar Facello

Frente a un anciano el internista en el preoperatorio tiene como misión:

- 1) Tratar de detectar si existe afección médica previa que pueda crear riesgo quirúrgico.
- 2) Valorar la capacidad funcional de órganos y sistemas que más frecuentemente crean complicaciones (cardiovascular, pulmonar, renal).
- 3) Correcta valoración nutricional previa (importa mucho para suturas), que se hará por:
 - a) Impresión clínica
 - b) Índices bioquímicos (albúmina no menor de 3 g), expresión de proteínas viscerales. Transferrinemia.
 - c) Eventualmente por tests inmunológicos. El soporte nutricional puede plantearse tanto en el pre como en el posoperatorio.
- 4) Comúnmente estos pacientes están polimedicados. Estadísticamente está demostrado que elevar de dos a seis medicamentos multiplica por cuatro el riesgo quirúrgico.

Los fármacos que nos deben preocupar son:

- a) Digitálicos. Si hay sospecha de intoxicación digitálica, pedir digoxinemia. La medicación digitálica, si está bien indicada, se puede mantener, con control de la hipokalemia.
- b) Diuréticos. Riesgos de hipokalemia, de hipotensión y de hipovolemia.
- c) Antihipertensivos. Son los diuréticos, ya vistos, los vasodilatadores y los inhibidores del simpático central o periférico (betabloqueantes). El internista debe conocer a fondo toda esta medicación por su valor propio y por sus interacciones.

Por otra parte, la reactividad del sistema nervioso está disminuida en el viejo. Por ello los síntomas se atenúan y retrasan en manifestarse y por ello el diagnóstico es frecuentemente tardío.

La malnutrición es un hecho frecuente en el anciano, por múltiples causas. El flujo sanguíneo cerebral es bajo, y el límite entre lo fisiológico y lo patológico es muy estrecho. Por eso muchas drogas pueden introducir al paciente en un cuadro confusional.

Hipotermia y posición. La primera es muy común en el posoperatorio. Es preferible prevenirla que tratarla. Importa el control de la temperatura rectal y la eventual búsqueda de un hiper o hipotiroidismo oculto. En lo posible evitar en sala de operaciones la posición sentado por los altibajos de la presión arterial y los desbalances hemodinámicos cerebrales. El control de la diuresis es fundamental. El poder de concentración renal a los 80 años es sólo de 70% del que se tenía a los 30. El filtrado glomerular decrece en 46% de los 20 a los 90 años.

- d) Esteroides. Muy frecuente medicación en el anciano. Si en los últimos seis meses recibió esteroides por lo menos durante siete días seguidos, se deben agregar esteroides a la medicación preoperatoria y mantenerlos por lo menos 72 horas en el posoperatorio.
- e) Aminoglucósidos. Son frecuentes en cirugía colorrectal como profilácticos. Ellos son nefrotóxicos y pueden sinergizar efectos de los curarizantes en la anestesia creando depresión respiratoria.
- f) Antidepresivos. Son frecuentemente usados en el anciano. Deben ser suspendidos en el preoperatorio.

Valoración cardiovascular. Debe ser lo más precisa posible. Deberán buscarse y prevenirse situaciones protrombóticas. Como medidas profilácticas: deambulación preoperatoria, si es posible, movilización precoz posoperatoria sola o con vendas elásticas en miembros; ejercicios respiratorios, etc. Eventualmente anticoagulación.

Valoración respiratoria. Detectar afecciones preexistentes. Los factores de mayor riesgo son:

- 1) Capacidad respiratoria máxima menor de 50%.
- 2) ECG anormal por la frecuencia de arritmias cardíacas en las insuficiencias respiratorias.
- 3) Las hipercapnias.

Valoración renal. Los parámetros a estudiar son:

- La azoemia, de relativo valor por estar sujeta a factores extrarrenales.
- La creatinemia, de limitado valor porque está relacionada a la masa muscular, disminuida en el anciano.

El control de la función renal en el anciano debe estar basado en el clearance de creatinina más que en los niveles

de creatinina sérica. La insuficiencia renal posoperatoria tiene una mortalidad de 65%.

Aspectos anestesiológicos

Dr. Héctor Píriz

Farmacología

Un aspecto a destacar es la farmacología anestésica del paciente geriátrico. Frecuentemente, el anciano recibe drogas en forma crónica, que interaccionan con los agentes anestésicos, potenciando efectos adversos. Los cambios funcionales característicos de la vejez alteran la farmacocinética y la farmacodinamia de las drogas.

Los cambios en la absorción intestinal modifican la absorción de las drogas. La hipocloridía aumenta el pH gástrico, alterando la ionización y la solubilidad de muchas y en consecuencia reduciendo su absorción. Por otra parte, el envejecimiento disminuye el número de células absortivas y por ende la absorción medicamentosa. La motilidad intestinal está disminuida, lo que produce aumento del tiempo de contacto de los fármacos con la mucosa y del pasaje de la droga al medio interno.

Los compartimentos orgánicos se modifican por la disminución del agua corporal total y la reducción de la masa muscular que provoca un aumento relativo de las grasas. En consecuencia se produce acumulación y aumento de potencia de las drogas liposolubles. La reducción del volumen de agua corporal, aumenta la vida media del diazepam y por ende la potencia de la droga. Otro factor que explica la mayor sensibilidad del anciano a las drogas depresoras es el aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefal.

Biodisponibilidad

Es característica del anciano la disminución de las funciones hepática y renal. La reducción del flujo hepático y del metabolismo del hígado disminuye la transformación biológica de las drogas. Se reducen la masa funcional del riñón y el flujo sanguíneo. Cae así la eliminación de las drogas y sus metabolitos. Estos hechos determinan en el anciano la reducción de la depuración plasmática de las drogas. Como consecuencia se produce un aumento de la droga libre en el plasma con aumento de los efectos depresores de los fármacos anestésicos. La reducción de la albúmina plasmática aumenta la cantidad de droga libre al usar los fármacos que se transportan unidos a dicha proteína, como los barbitúricos y la meperidina. Otro factor que interviene en el aumento de los efectos depresores es la reducción de los receptores (sitios específicos de acción de las drogas), debida a la disminución de la masa celular. El anciano presenta reducción del flujo sanguíneo en la periferia con mayor flujo en corazón y cerebro. Esto determina una mayor concentración de las drogas y mayor efecto depresor sobre dichos órganos.

Evaluación preanestésica

La evaluación preanestésica y la preparación son muy importantes para practicar adecuadamente la anestesia del

paciente geriátrico. La evaluación cardíaca, pulmonar, renal y neurológica, permiten detectar la presencia y la severidad de las diferentes alteraciones orgánicas producidas por la edad así como de enfermedades orgánicas preexistentes. Es imprescindible evaluar la medicación recibida por el anciano para evitar interacciones peligrosas que pueden ser por adición de efectos o por alteraciones sobre el medio interno que facilitan alteraciones orgánicas. Es el caso de los diuréticos, que al disminuir la concentración plasmática del potasio, aumentan la posibilidad de trastornos del ritmo cardíaco durante la anestesia.

El anciano presenta frecuentemente ansiedad, temor, inseguridad, insomnio, que se agravan antes de la intervención. Por ello es necesario premedicarlo considerando el efecto depresor de las drogas utilizadas.

Técnica anestésica

Anestesia general. La edad avanzada no es una contraindicación para la anestesia general. El riesgo para el paciente no es mayor cuando es sometido a esta técnica, que cuando es sometido a anestesia regional.

La intubación puede ser obstaculizada por la artrosis de la articulación témporo-maxilar que dificulta la apertura bucal y por la artrosis de la columna cervical que dificulta la hiperextensión del cuello. Esta maniobra debe ser practicada con suma delicadeza para evitar el compromiso del flujo en las arterias vertebrales ya que a veces la irrigación cerebral del anciano se hace predominantemente a través de ellas.

La ventilación bajo máscara puede verse dificultada por el hundimiento de las mejillas por pérdida del soporte de los dientes y pérdida de la elasticidad y tono de los músculos de la cara.

La mucosa nasal es atrófica y por eso el sangrado puede ser importante al practicar la intubación nasal.

La inducción anestésica debe practicarse considerando que la disminución del tiempo circulatorio en el anciano puede retardar el comienzo del sueño. Por esto, es necesario administrar lentamente la droga controlando los cambios fisiológicos que se producen. Una dosis excesiva de barbitúricos puede producir severa hipotensión por la incapacidad del anciano para compensar la vasodilatación. Otro factor que agrava la hipotensión es la hipovolemia frecuente en los ancianos.

Para evitar la aspiración del contenido gástrico durante la intubación, no debe olvidarse que el anciano presenta entlentecimiento de la evacuación gástrica.

La mantención de la anestesia con agentes inhalatorios debe hacerse considerando que la concentración alveolar anestésica adecuada para el anciano es menor que la que corresponde a personas más jóvenes.

La administración de bloqueantes neuromusculares debe hacerse considerando que la atrofia muscular senil

determina la necesidad de reducir la dosis y evitando el uso de fármacos que produzcan hipotensión.

Durante la intervención, es necesaria la monitorización de la presión arterial, del electrocardiograma y de la presión venosa central si la intervención lo requiere.

La hipotensión arterial intraanestésica, es la principal causa de alteraciones cerebrales que presenta el anciano en el posoperatorio, cualquiera sea la técnica. Por ello es imprescindible mantener una hemodinamia estable durante el acto anestésico-quirúrgico.

Anestesia regional. La anestesia regional es frecuentemente usada en los ancianos. Tiene la ventaja de permitir monitorizar las funciones cerebrales pues el anciano está despierto.

La prolongación de la intervención con anestesia regional en el anciano puede ocasionar molestias y en consecuencia mala cooperación. Para evitarlas es preciso asociar sedantes con el riesgo de causar depresión respiratoria.

La degeneración osteoarticular hace difícil identificar los espacios intervertebrales y colocar al paciente en la posición adecuada. Por estos inconvenientes la técnica regional pre-

senta dificultades en su aplicación. La práctica de la anestesia espinal es menos problemática que la peridural pero no debe olvidarse que causa mayor hipotensión.

El anciano presenta pérdida de la elasticidad cutánea y disminución del tejido celular subcutáneo. Estas características facilitan lesiones erosivas en las zonas de apoyo y sitios de punción que pueden provocar complicaciones graves en el posoperatorio.

El anciano tiene menor capacidad de adaptación a los cambios de temperatura. Es más sensible a la hipotermia. Por ello es preciso mantener en el blok quirúrgico una temperatura adecuada en operaciones prolongadas.

Posoperatorio

Es necesario mantener al anciano bajo cuidados especiales para evitar las posibles complicaciones cardiovasculares, respiratorias, renales y cerebrales.

Cirugía de urgencia

Dres. Augusto Müller Gras, Nelma Chevalier, Dolly Barreto, Víctor Hugo Davezac

Objetivo

La finalidad del presente estudio es realizar una revisión retrospectiva de las intervenciones de urgencia efectuadas durante los años 1980 al 85 en el Hospital Pasteur, y que transcurrieron su internación en la Clínica Quirúrgica "1", a los efectos de poner de manifiesto posibles diferencias entre lo acontecido a pacientes gerontes y no gerontes, en lo referente a los aspectos mencionados. Como se trata de un estudio puramente descriptivo estadístico, no se planteó ninguna hipótesis de trabajo.

Material y método

La población estudiada fue la constituida por todos los pacientes internados en la Clínica Quirúrgica "1" entre agosto de 1980 y agosto de 1985, operados y no operados, y que fueron dados de alta o fallecieron en el servicio. Esta población es de 3.328 pacientes. De esta población total se seleccionó el grupo de los operados de urgencia, un total de 691 enfermos. Se utilizó para catalogar una intervención como urgente el criterio de la patología causal, es decir, que se consideraron como urgencias todas aquellas intervenciones por afecciones que, en forma unánimemente aceptada, son pasibles de tratamiento quirúrgico urgente. El concepto de geronte fue exclusivamente cronológico, y se consideraron arbitrariamente como tales todos aquellos pacientes de 70 o más años de edad. Por ende fueron no gerontes todos los pacientes de hasta 69 años inclusive (la edad mínima de este grupo fue de 14 años). Se estudiaron así 103 pacientes gerontes y 522 enfermos no gerontes.

Los datos estudiados fueron: 1) Distribución de la población por edad y sexo. 2) Mortalidad global. 3) Mortalidad por edades. 4) Mortalidad por sexo. 5) Días de internación. 6) Causas de las intervenciones de urgencia, y su

distribución por grupos de edad. 7) Morbilidad quirúrgica por grupos de edad. 8) Factores de riesgo quirúrgico por grupos de edad. 9) Mortalidad por causas.

Los tests de significación estadística utilizados fueron, según el caso el test de "Chi" cuadrado (X^2), y el test de Student. En cada caso se especifica el test utilizado, el valor estadístico obtenido, y si el mismo es o no significativo. En todos los casos se determinó un nivel de significación de 0,05 (Significativo: $p < 0,05$). Para dos de los datos estudiados, la morbilidad quirúrgica por grupos de edad y los factores de riesgo quirúrgico por grupos de edad, sólo se consideró una muestra aleatoria de la población total, constituida por 183 pacientes menores de 70 años y por 75 pacientes de 70 o más años. Además, en estos dos casos se otorgó un "score" de un punto por cada complicación posoperatoria y por cada factor de riesgo, independientemente de su importancia o jerarquía. Las complicaciones posoperatorias se estudiaron separadamente en médicas y quirúrgicas.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1) *Distribución de la población por edad y sexo (tablas 1 y 2).*

Del total de enfermos internados, operados o no, (3328 pacientes), 691 fueron operados de urgencia (20,7%). De estos, 358 fueron mujeres (51,80%) y 333 fueron hombres (48,19%). En el grupo operados de urgencia, 583 (84,37%) fueron menores de 70 años y 108 (15,62%) tuvieron 70 o más años. De estos últimos 108, 55 fueron mujeres (50,92%) y 53 fueron hombres (49,07%). El rango de

Tabla 1. Cirugía de urgencia: causas principales

Causas	Población total		Gerontes		No gerontes	
	N	%	N	%	N	%
1) Apendicitis aguda	193	27.93	1	0.51	192	99.48
2) Peritonitis aguda	103	14.90	25	24.27	78	75.72
3) Oclusión intestinal	75	10.85	22	29.33	53	70.66
4) Hernia estrangulada	70	10.13	31	44.28	39	55.71
5) Traumatismos	70	10.13	2	2.85	68	97.14
6) Colecistitis aguda	50	7.23	7	14.0	43	86
Total	561	81.16	88	15.68	473	84.31

edades entre los pacientes de 70 o más años fue de 70 a 102 años, con un promedio de 78,7 años y un desvío standard de 6,23 años. Para el grupo de menores de 70 años, el rango fue de 14 a 69 años inclusive, en tanto que el promedio fue de 35,9 años y el desvío standard de 17,47 años. Se trata pues de dos poblaciones claramente diferentes, con una mayor dispersión de los pacientes jóvenes, como era de esperarse.

2) Mortalidad

El total de enfermos fallecidos entre los operados de urgencia en el período fue de 19 (2,74%) del total de operados de urgencia. Murieron 8 pacientes mayores de 70 años (42,10% de los fallecidos; 7,40% de los pacientes de ese grupo etario), en tanto que la mortalidad entre los de hasta 70 años fue de 11 pacientes (57,89% de los fallecidos; 1,88% de los pacientes del grupo etario). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las mortalidades de ambos grupos etarios ($p < 0,05$; X^2 : 10,4).

4) Mortalidad por sexo

De los 19 fallecidos, 13 fueron hombres (68,42%) y 6 mujeres (31,57%). Entre los hombres, 9 tenían menos de 70 años y 4 tenían 70 o más años. Entre las mujeres, 2 eran de menos de 70 años en tanto que las restantes 4 eran de 70 o más años. No existió diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad femenina y la masculina ($p > 0,05$; X^2 : 3,08).

5) Días de internación

Los enfermos de menos de 70 años tuvieron un promedio de días de internación de 11,28 días con un desvío standard de 11,42 días. Los pacientes de 70 o más años mostraron una internación promedio de 17,75 días, con un desvío standard de 16,69 días. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los días de internación de ambos grupos (t : 1,62; $p > 0,05$).

Tabla 2. Morbilidad en cirugía de urgencia *

Edad	Morbilidad					
	Global		Quirúrgica ¹		Médica ²	
	N	%	N	%	N	%
< 70 años	84	45.9	57	31.14	27	14.75
≥ 70 años	35	46.6	14	18.6	21	28

1. $p < 0,05$ - $x^2 = 4,09$ significativo

2. $p < 0,05$ - $x^2 = 6,14$ significativo

* Muestra aleatoria 183 < 70 años y 75 > a 70 años

6) Causas de las intervenciones de urgencia (tabla 1)

Se encontró un grupo mayoritario de 6 patologías que fueron la causa de intervención en el 81,17% de los pacientes. Estas afecciones fueron: a) apendicitis aguda (incluye abscesos apendiculares y plastrón apendicular), b) peritonitis difusa aguda (incluye las de origen apendicular y las pelvipertonitis de origen genital), c) oclusión intestinal (de delgado o de colon, excluidas las hernias estranguladas), d) hernia estrangulada (de cualquier tipo, incluso eventraciones estranguladas), e) traumatismos (incluye heridas y traumatismos cerrados de tórax, abdomen y miembros. Incluye también lesiones viscerales por abortos provocados), f) colecistitis aguda (incluye las subagudas). En la tabla se exponen los valores absolutos y porcentuales hallados, para gerontes y no gerontes. Deben destacarse de estos valores hallados los siguientes, por su significación estadística:

- Gran frecuencia de apendicitis agudas en pacientes menores de 70 años con relación a los de 70 o más años ($p < 0,05$; X^2 : 46,7. Significativo).
- Alta frecuencia de hernias estranguladas entre los pacientes de 70 o más años con respecto a los menores ($P < 0,05$; X^2 : 95. Significativo). Si se consideran las hernias junto con las demás oclusiones intestinales de colon o delgado, persiste el predominio relativo de los pacientes de 70 o más años ($p < 0,05$; X^2 : 61,9. Significativo).
- Amplio predominio de los traumatismos entre los pacientes menores de 70 años ($p < 0,05$; X^2 : 9,56. Diferencia estadísticamente significativa). Un grupo secundario de

137 pacientes fue intervenido por otras patologías, agrupadas en 23 categorías.

7) Morbilidad quirúrgica por grupos de edad.

La morbilidad quirúrgica no se estudió en el total de la población, sino en una muestra aleatoria de 183 pacientes menores de 70 años y de 75 pacientes de 70 o más años. La morbilidad quirúrgica global se dividió en dos categorías:

- a) Aquellas complicaciones debidas a la acción locorregional del cirujano (abscesos peritoneales, supuración de pared, evisceración, etc.) o bien aquellas que son de solución netamente quirúrgica aunque no estén directamente relacionadas con la acción operatoria previa (por ejemplo oclusión arterial aguda, etc.). este fue el grupo de complicaciones "quirúrgicas" propiamente dichas.
- b) Las complicaciones debidas a la agresión general quirúrgico-anestésica, y que son de tratamiento médico (por ejemplo neumopatía aguda, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, descompensación de insuficiencia cardíaca, etc.) son las complicaciones "médicas".

Para evaluar la morbilidad en la totalidad de la muestra, se otorgó un "score" o puntaje de un punto por cada complicación surgida, independientemente de su gravedad o importancia, sea esta complicación médica o quirúrgica. En muchos casos se presentó más de una complicación en el mismo paciente, sumándose los puntajes respectivos.

En el grupo de enfermos menores de 70 años se encontraron 57 complicaciones quirúrgicas (31,14% del grupo) y 27 complicaciones médicas (14,75% del grupo). En el grupo de gerontes las complicaciones quirúrgicas fueron 14 (18,66% del grupo) y las médicas 21 (28% del grupo).

Sorprendentemente existió una diferencia estadísticamente significativa en el número de complicaciones quirúrgicas entre enfermos menores y mayores de 70 años, en la muestra considerada, con predominio de las mismas en los enfermos menores de 70 años ($p < 0,05$; X^2 : 4,05. Significativo). En cambio, en lo que respecta a las complicaciones médicas, las mismas fueron más frecuentes en los mayores de 70 años, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$; X^2 : 6,14. Significativo). Los resultados se exponen en la tabla 2.

8) Factores de riesgo quirúrgico por grupos de edad

También se estudiaron en la muestra anteriormente mencionada. Se consideraron como factores de riesgo todos aquellos que pudieran favorecer una mayor morbilidad tanto local como general. Fue así que se tuvieron en cuenta los

antecedentes respiratorios (asma, EPOC: bronquitis crónica, enfisema, etc.) y cardiovasculares (insuficiencia cardíaca y coronaria, arritmias, hipertensión arterial, etc.), además de otros antecedentes como diabetes, cirrosis, alcoholismo, tabaquismo, prostatismo, etc.

Se utilizó la misma metodología de atribuir un puntaje de uno a cada factor de riesgo general o local. En el grupo de enfermos menores de 70 años se encontraron 101 factores de riesgo (promedialmente 0,55 por cada paciente), en tanto que entre los de 70 o más años se encontraron 92 factores de riesgo (promedialmente 1,22 por cada paciente). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa, a predominio de los gerontes ($p < 0,05$; X^2 : 25,73. Significativo).

9) Mortalidad por causas

Los 19 enfermos fallecidos fueron operados por las siguientes patologías: a) peritonitis difusa aguda en 6 casos (31,57% de los fallecidos), b) oclusión intestinal en tres casos (15,78%), c) sepsis de otros orígenes en dos casos (10,52%), d) hernia estrangulada en dos casos (10,52%), e) colecistitis aguda o subaguda en dos casos (10,52%), f) traumatismos en 1 caso (5,26%), g) evisceración en 1 caso (5,26%), h) oclusión arterial aguda en un caso (5,26%), i) infarto intestinoesentérico en un caso más (5,26%).

Conclusiones

De lo expuesto debemos destacar algunos resultados:

- a) La existencia de dos poblaciones diferentes en lo que respecta a la distribución etaria de las mismas.
- b) La mayor duración de la internación en pacientes gerontes, aunque no existió una diferencia de significación estadística con los menores de 70 años.
- c) La gran frecuencia de la oclusión intestinal (en cualquiera de sus formas) como causa de intervención de urgencia en gerontes, así como la muy escasa frecuencia de apendicitis agudas y traumatismos en ese grupo etario.
- d) La mayor frecuencia de complicaciones médicas posoperatorias en gerontes, con un inesperado predominio de las complicaciones quirúrgicas en pacientes menores de 70 años. Estas cifras deben manejarse con precaución dado que son conclusiones extraídas sobre una muestra de la población. Además no se tomó en cuenta la gravedad de esas complicaciones quirúrgicas.
- e) El peor terreno de los pacientes añosos, manifestado en un mayor porcentaje de factores de riesgo.

Apendicitis aguda

Dres. Roque Guariglia, Rogelio Bellos, Fabio Crocci, Dante Pastro, Carlos Tarabochia

Se analizan 2.062 apendicectomías realizadas en el Hospital de Clínicas en un período de 9 años. De ellas, 39 (1,89%) fueron realizadas en pacientes mayores de 70 años. La incidencia de esta patología en las distintas series oscila

entre 3 y 10%. Esta patología tiene incuestionable mayor morbimortalidad en el anciano.

Clínica

En la serie analizada, el dolor generalizado o localizado en FID fue el síntoma más constante. La tríada de Murphy sólo se manifestó en 24,2%, mientras que para el resto de la serie (menos de 70 años) estuvo presente en 66,6%. La defensa en FID fue el signo más constante (45,4%).

La fiebre y la leucocitosis elevada estuvieron presentes en 21 pacientes (63%). Estos hechos tal vez se expliquen porque en la serie la mayoría fueron apendicitis complicadas.

Un hecho importante: en esta serie hubo demora en la consulta y sólo 24,2% lo hizo dentro de las 24 horas siguientes al comienzo de los síntomas. No hubo mayor demora entre consulta e intervención, ya que entre las 8 y las 18 horas se operó 84,8% de los pacientes.

Patologías asociadas se observaron en 93% de los pacientes, siendo las más frecuentes las cardiovasculares (63,6%) y pleuropulmonares (27,2%).

El diagnóstico fue correcto en 14 casos (42,4%) y erróneo en más de la mitad de los enfermos. Los diagnósticos erróneos más frecuentes fueron: oclusión intestinal (7 ca-

sos), cuadro agudo de abdomen (3), colecistopatías (3) y cólico nefrítico (2).

72,7% de los casos operados correspondieron a apendicitis complicadas y evolucionadas: absceso apendicular (3), plastrón abscedado (3) y peritonitis difusa (15), es decir 45,4%.

Se complicó 45,4% de los enfermos, siendo las respiratorias y las parietales las complicaciones más frecuentes.

Mortalidad

La tasa de mortalidad fue de 9,09%, cifra comparable con la mayoría de las estadísticas. La mortalidad en la década del 30 oscilaba en 28%. Con la era antibiótica bajó considerablemente, pero desde el 50 a la fecha el descenso ha sido insignificante a pesar de todos los progresos científicos.

Debe reiterarse que es al médico a quien le cabe un papel fundamental en el diagnóstico y en el tratamiento precoz de la apendicitis aguda.

Patología parietal abdominal mecánica aguda

Dres. Fabio Crocci, Rogelio Belloso, Carlos Tarabochia, Dante Pastro, Martha Mauro

Se efectúa un estudio analítico sobre 627 casos de hernias externas estranguladas (H.E.E.) en el Hospital de Clínicas en un período de 12 años (promedio: 1 por semana). De ellos, 380 (60,6%) correspondieron a enfermos menores de 70 años y 247 (39,4%) a mayores de esa edad. La hernia inguinal predomina en ambos grupos, mientras que la hernia crural aumenta considerablemente en el grupo más añoso. La hernia umbilical, en cambio, disminuye en igual proporción.

La mortalidad global del total de casos fue de 8,93%, correspondiendo la mayor mortalidad a la hernia umbilical y a la hernia ventral (eventraciones y otras modalidades herniarias de baja incidencia), siendo la hernia inguinal la de menor mortalidad.

Estas tasas de mortalidad fueron tres veces mayores en los enfermos mayores de 70 años.

La patología herniaria es una de las más frecuentes, si no la más, de la humanidad.

La frecuencia de la hernia inguinal se estima entre 5 y 7% de la población masculina. Su frecuencia aumenta sensiblemente con la edad, vinculado este hecho a los trastornos anatómo-funcionales de la pared abdominal, hipertensión intraabdominal, etc.

Los accidentes mecánicos aumentan sensiblemente con la edad. Algunos autores estiman que un tercio del total de cuadros oclusivos intestinales se deben a patología herniaria. Además en el anciano se observa la aparición de las llamadas "hernias sintomáticas". Esta H.E.E. es secundaria a un cuadro intraabdominal agudo o a un carcinoma que por aumento de la presión intraabdominal desencadenan cuadros obstructivos.

En el análisis de la serie se destaca la elevada incidencia de necrosis intestinal, sobre todo en la hernia crural, y en especial en el geronte.

Las complicaciones posoperatorias en los gerontes con H.E.E. se deben vincular a dos factores: a) las taras del terreno y b) la frecuencia elevada de necrosis intestinal. La mortalidad se eleva de tres a cuatro veces en las series con intestino necrosado frente a las que presentan intestino viable.

Finalmente, comparando la mortalidad por hernias externas en cirugía electiva y de urgencia, se ve una marcada diferencia. Este hecho debe hacer comprender que el mejor tratamiento de la hernia del anciano es la cirugía de elección.

Conclusiones

- 1) La H.E.E. del anciano presenta una morbimortalidad muy elevada y esto adquiere gran importancia teniendo en cuenta que ella constituye tal vez la causa más frecuente del abdomen agudo en el geronte.
- 2) Esta elevada morbimortalidad se debe a dos hechos: a) presencia de taras del terreno, usualmente no tratadas y descompensadas por el accidente agudo, y b) el retardo terapéutico, debido en general a una consulta tardía.
- 3) Lo anterior sólo puede mejorarse disminuyendo el número de patología herniaria complicada, lo que se logra operando electivamente estos enfermos pese a sus riesgos.

Úlcera gastroduodenal perforada

Dres. Humberto Viola Núñez, Dante Pastro, Carlos Tarabochia, Roque Guariglia, Carlos Olalde

Diagnóstico

En el anciano, no siempre está presente el cuadro clínico clásico, la sintomatología funcional y física puede ser poco manifiesta, atípica, enmascarada por otras enfermedades, lo que lleva a error o retardo en el diagnóstico (tabla 3).

En 126 UP hubo 24% de diagnósticos en la autopsia, en ancianos y psiquiátricos.

En una serie de 500 observaciones clínicas de abdomen agudo geriátrico, más de 50% presentaron sus primeros síntomas 48 horas antes del ingreso al hospital.

En sólo trece enfermos de nuestra serie (65%) se hizo diagnóstico de úlcera perforada o peritonitis, siendo la oclusión intestinal y el síndrome pilórico, los errores más frecuentes dentro de los siete equivocados.

Estos últimos tuvieron una demora operatoria variable, que superó el día del ingreso.

La radiografía simple de abdomen, valioso auxiliar diagnóstico en el anciano, evidencia el clásico neumoperitoneo en 60–73% de los casos.

No están consignados los datos de la radiología, en la serie analizada por nosotros.

Tratamiento

El tratamiento de la UP en el geronte debe ser quirúrgico y de urgencia, una vez corregidas las descompensaciones hemodinámicas, metabólicas o ambas que pudieran existir (tabla 4).

El cierre simple con epiploplastia, seguido de limpieza, lavado y secado de la cavidad peritoneal, con drenaje de Douglas optativo, debe ser el procedimiento de elección por su eficacia y rapidez, en estos pacientes de alto riesgo.

No está indicada la cirugía definitiva, salvo la gastrectomía de necesidad ante un cierre defectuoso.

Tabla 3. Diagnóstico

Clinico	Úlcera perforada	13 (65%)
	Oclusión	3
	Síndrome pilórico	2
	Hemorragia Dig.	1
	Cuadro Ag de Abd.	1
Operatorio	Úlcera gástrica perf.	11
	Úlcera Duodenal Perf.	9

Tabla 4. Tratamiento

Cierre simple con epiploplastia	15 (75%)
Gastrectomía	2
Vagotomía T. y piloroplastia	1
Gastrostomía	1
Úlcerectomía	1

Carecemos de experiencia con el método conservador de Taylor que algunos autores han utilizado con éxito.

En todos los enfermos de la serie se hizo reposición hidroelectrolítica, aspiración nasogástrica con sonda y antibioterapia sistémica, en el preoperatorio inmediato.

Se empleó anestesia general en diecinueve pacientes y sólo en un caso se hizo local.

Los procedimientos empleados en la serie fueron los siguientes: Cierre simple con epiploplastia en quince enfermos; gastrectomía en dos; vagotomía y piloroplastia en uno; gastrectomía en uno y úlcerectomía en uno.

Evolución

En diez de los pacientes operados, 50% hubo complicaciones, la mitad vinculadas al acto quirúrgico y el resto a patología médica variable.

El promedio de internación posoperatoria en los nueve enfermos que se fueron de alta, fue de 15.77 días.

Mortalidad

La mortalidad es muy elevada en el geronte, fallecieron once de los veinte operados, es decir 55% de la serie (tabla 5).

En la serie del Congreso Argentino de Cirugía de 1981, la mortalidad en el anciano es de 45.45%, mientras que en el grupo testigo menor de 65 años es de 13.63%.

Otros autores con series más numerosas, presentan cifras altas coincidentes que van de 32 hasta 56% en mayores de 60 años.

En nuestra serie fallecieron ocho, de los quince en que se hizo cierre y epiploplastia (53%); las dos gastrectomías y la vagotomía con piloroplastia.

Conclusiones

La UP en geronte es una grave afección por el mal terreno, el riesgo quirúrgico elevado y la alta mortalidad.

Se impone un diagnóstico precoz y correcto, seguido del tratamiento quirúrgico urgente, donde la indicación y oportunidad operatoria son fundamentales, así como la realización de un preoperatorio corto, precediendo a un procedimiento quirúrgico rápido y eficaz.

Tabla 5. Mortalidad

	Nº	M.
Cierre simple	15	8 (53%)
Gastrectomía	2	2
Vagotomía y pilor.	1	1
Úlcerectomía	1	-
Gastrostomía	1	-
	20	11 (55%)

Infarto intestinomesentérico

Dres. Ana Mariño, Lucy Olivieri, Martha Mauro, Rogelio Belloso

Introducción

Se define como infarto intestino mesentérico (IIM) primitivo a la obstrucción vascular mesentérica aguda de causa orgánica o funcional, permanente o pasajera.

Clásicamente se describen los IIM oclusivos causados por trombosis, embolia o venoso y los no oclusivos que no entraremos a detallar.

Material y método

Nos referiremos a la casuística del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre el año 1973 y el año 1982, revisándose 52 historias clínicas de las cuales 38 correspondieron a IIM confirmados y 16 a IIM sin confirmar, 23 pacientes de sexo femenino y 15 de sexo masculino, todos pacientes de raza blanca. Oscilando las edades en 24 casos entre 70 y 79 años, en 11 casos entre 80 y 89 años, en 3 casos mayores de 90 años.

Datos clínicos

Dentro de la clínica el síntoma predominante fue el dolor en 31 casos que representa 81.5%, la oclusión y el colapso se situaron en segundo lugar, 16 casos para la oclusión correspondiendo a 42% y 16 casos con colapso representando 42%. En tercer lugar la enterorragia, 8 casos que representan 21%. En último lugar la peritonitis presente en 5 casos correspondiendo a 13.5%. Es de destacar que todos los casos operados fueron con diagnóstico tardío. La sintomatología anteriormente referida es considerada tardía salvo el dolor y la oclusión.

Se desprende de esta serie una consulta tardía con elevada mortalidad (92.1%) dado que 3 pacientes consultaron dentro de las primeras 8 horas (7.8%) y 35 pacientes con más de 8 horas de evolución (92.1%).

Todos los pacientes tenían un mal terreno, no sólo vasculares sino otras patologías asociadas. Dentro de ellas encontramos 21 pacientes portadores de taras vasculares, 10 con patología respiratoria, 4 con patología renal, 5 con alteraciones del sistema nervioso y 4 pacientes portadores de diabetes. Configurando por lo tanto un riesgo de 100% en estos pacientes.

Se realizó el diagnóstico correcto en 14 pacientes (36.8%) e incorrecto en 24 (63.1%). Dentro de este último grupo 8 se diagnosticaron como peritonitis, 5 como oclusión intestinal, 5 como cuadro agudo de abdomen, 4 de origen biliopancreático, 1 como shock hipovolémico, 1 como hernia umbilical estrangulada.

Se operaron 34 pacientes, 14 con diagnóstico preopera-

torio e intraoperatorio de IIM, 20 con diagnóstico intraoperatorio y 4 por necropsia de los cuales 3 fueron sospechados por la clínica y 1 correspondió solamente al diagnóstico necrópsico.

Se realizó exclusivamente laparotomía sin resección en 16 pacientes, resección segmentaria en 17 pacientes y cirugía de la mesentérica en 1 paciente.

Comentarios

Como conclusión queremos jerarquizar que el diagnóstico de esta afección debe ser hecho precozmente, entendiendo por precoz aquel que se realiza dentro de las 6 horas de instalado el cuadro. Para ello es fundamental la consulta temprana y el buen juicio clínico. Estos pacientes se nos presentan clínicamente con un cuadro agudo de abdomen diferenciando dos tipos: 1) aquellos sin distensión contando actualmente con dos métodos paraclínicos para el correcto diagnóstico: la laparoscopia y la arteriografía, puntualizando la indicación discutida de esta última.

2) Los que presentan distensión, en los cuales lo ideal es poder realizar una tomografía axial computarizada, para descartar el gran diagnóstico diferencial que es la pancreatitis aguda. La TAC no realiza el diagnóstico de IIM sino que nos informa de la existencia de una pancreatitis aguda. La laparoscopia en estos pacientes distendidos conlleva un riesgo elevado de perforación visceral. Tanto la pancreatitis aguda como el infarto intestinomesentérico son afecciones que a pesar de compartir síntomas clínicos y tener un pronóstico similar tienen un tratamiento diferente, siendo fundamental entonces el diagnóstico correcto.

Consideramos diagnóstico tardío a aquel que sobrepasa las 6 horas de evolución, siendo el diagnóstico en estos casos operatorio o por necropsia.

Para finalizar queremos destacar que la conducta frente al diagnóstico clínico y paraclínico del IIM debe ser la intervención quirúrgica sabiendo que si no se operan muere 100%. A pesar de que el porcentaje de sobrevida poscirugía no llega a 2%, no podemos saber cuáles son aquellos que quedan comprendidos en dicho porcentaje; de ahí que debemos ser intervencionistas.

Podemos actuar directamente sobre la obstrucción arterial realizando una cirugía de revascularización por medio de la desobstrucción, puentes o reimplantes; con o sin resección. O indirectamente sin cirugía de la mesentérica realizando únicamente la resección.

Teniendo en cuenta que es prioritario realizar la relaparotomía programada y no anastomosar en caso de duda. Remarcamos que nuestra serie es demasiado limitada para poder sacar conclusiones.

Hemorragias digestivas altas

Dres. Enrique Folle, Siul Salisbury, Gonzalo Estapé, Gustavo Veirano

Se analizó el archivo del Hospital Pasteur entre los años 1975 y 1985. De 300 historias registradas, sólo se encontraron y pudieron por tanto ser analizadas, 137.

Hay una mayor frecuencia en el sexo masculino, hay predominio de las causas crónicas (53,92%) sobre las agudas (46,08%) y debe señalarse del análisis global el papel que juega la ingestión de agresores de la mucosa gástrica sobre la falta de sintomatología previa (77,68%).

De los 137 pacientes analizados, más de la mitad correspondieron a mayores de 70 años.

En otra estadística del medio, sobre más de 1000 fibroscopías (Sojo-Estapé), sólo 10,34% correspondían a pacientes mayores de 70 años.

Se resumen en los cuadros siguientes los datos fundamentales que surgen del análisis de la casuística referida. A destacar el bajo número de pacientes operados y también el bajo índice de mortalidad, sobre todo en los operados (tablas 6 a 10).

Tabla 6. Causas de hemorragias digestivas altas

	H. Pasteur	Sojo-Estapé
Úlcera gástrica crónica	22,36%	9,9%
Úlcera duodenal crónica	18,42%	15,4%
Gastritis	13,15%	31,6%
Duodenitis	6,57%	7,3%
Úlceras agudas	0	5,2%
No se comprobaron lesiones	35,52%	3,6%

Tabla 7. Causas de hemorragias digestivas altas

	H. Pasteur	Sojo-Estapé
Neoplasma gástrico	5,26%	7,7%
Hernia hiatal y esofagitis	2,26%	3,3%
Várices esofágicas	1,31%	2,6%
Telangiectasias	0	6,2%

Tabla 8. Incidencia lesional según edades (H. Pasteur)

	Menores de 70 años	Mayores de 70 años
Úlcera gástrica crónica	31,15%	22,37%
Gastritis erosiva	18,03%	13,15%
Esofagitis	3,27%	0
Hernia hiatal	3,27%	1,31%
Neoplasma gástrico	0	5,26%
Lesiones telangiectásicas	0	1,31%

Tabla 9. Tratamiento de las hemorragias digestivas altas

	Menores de 70 años	Mayores de 70 años
Médico	80,33%	84,21%
Quirúrgico		
• De urgencia	13,11%	10,52%
• De coordinación	4,92%	5,26%
Total	18,03%	15,78%

Tabla 10. Mortalidad según edades

	Menores de 70 años	Mayores de 70 años
Postratamiento médico	3,28%	11,84%
Postratamiento quirúrgico	0	2,63%

Colecistitis aguda en el geronte

Dres. José Trostchansky, Aida Cresceri, Eduardo Pratto, Ademar Morales

Se estudiaron 50 casos de colecistitis aguda en pacientes de más de 70 años, y el mismo número de menores de 50 años, extraídos del archivo del Hospital Pasteur entre los años 1974 y 1985.

Serie de mayores de 70 años

Predominio de sexo femenino (76% y 24%).

La mayor incidencia de 70 a 75 años.

Promedio de internación, 16 días.

Manifestaciones clínicas previas a la consulta: 7 días.

Se realizó tratamiento quirúrgico en 37 casos (74%), siendo operados 27 (71%) dentro de las primeras 24 horas de la consulta y diferido en 10 casos (29%).

Operación: 26 colecistectomías (70,2%) y 11 colecistostomías (29,7%).

La colangiografía intraoperatoria se realizó en 55% de los casos.

Se dejaron 6 drenajes transcísticos, y de esos pacientes, en dos se comprobó luego litiasis residual de cóledoco.

Se actuó sobre la vía biliar principal en 8 casos. La mortalidad operatoria fue de 18,9% (7 casos), la mayoría de las cuales eran colangitis agudas evolucionadas.

El tratamiento médico se realizó en 13 casos (26%), de los cuales falleció uno, siendo la mayoría pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Análisis de pacientes de menos de 50 años

Predominio del sexo femenino (76% contra 24%).

La mayor incidencia fue a los 40 años.

Promedio de internación, 7 días.

Tratamiento quirúrgico en 39 casos (78%), de los que fueron operados de urgencia 30 pacientes y diferidos 9.

Operación: colecistectomías (74,3%) y colecistostomías (25,7%).

Patología biliar aguda. Colangitis

Dres. José Trostchansky, Aida Cresceri

Se estudian 66 pacientes de más de 70 años portadores de colangitis aguda bacteriana, leve, mediana o severa, atendidos en el Hospital Pasteur en un período de 10 años (1974–1985).

Promedio de internación: 23 días.

Alta frecuencia de antecedentes biliares: 80% de cólicos hepáticos, 21% de episodios de ictericia, y 18,1% tenían intervenciones previas sobre sus vías biliares.

Dolor e ictericia, los síntomas más frecuentes. La hipotermia estuvo ausente en alrededor de dos tercios de los casos.

Leucocitosis elevada en 71,2% de los pacientes.

Dentro de los estudios previos, a señalar que la ecografía que se hizo en 68,2% de los casos, en 55,5% de los mismos, hizo diagnóstico de litiasis coledociana, y en 87,2% de

Colangiografía intraoperatoria en 77% de los operados de coordinación y en 53,3% en los operados de urgencia. Drenaje transcístico en cinco, de los que sólo en un paciente se constató luego litiasis residual.

En seis casos se tuvo que actuar sobre la vía biliar principal.

Mortalidad: 5,1%, dos pacientes, ambos operados de urgencia, uno por peritonitis biliar y uno por sepsis.

Conclusiones

Es evidente la mayor tasa de mortalidad para los pacientes añosos (18,9% contra 5,1%). La internación se duplica en el geronte. Alto porcentaje de litiasis residual en el paciente añoso, por lo que la colangiografía intraoperatoria es acá fundamental.

dilatación de la vía biliar extrahepática. Hubo un falso positivo de litiasis coledociana.

Tratamiento. En 12 casos sólo se hizo tratamiento médico y en 54 tratamiento quirúrgico combinado. La colangiografía intraoperatoria se efectuó en 79,6% de los casos y en 11 se hizo biopsia hepática. De cinco pacientes que presentaron microabscesos hepáticos múltiples, fallecieron dos, lo que parecería indicar que la presencia de los mismos no es un signo de pronóstico fatal.

Mortalidad. De los 66 casos fallecieron 12 (18,1%). De los 12 con tratamiento médico solo, fallecieron 7 (58,3%). De los que fueron operados, falleció 9,2% de los cuales dos tercios eran colangitis agudas severas.

Cirugía biliar

Dr. Nicolás Davidenko

Se analiza una serie de 81 pacientes mayores de 70 años con litiasis biliar, provenientes de la Clínica Quirúrgica "1" del Hospital Pasteur, en un período de 10 años (1975–1985), 75 de los cuales fueron operados de coordinación.

La mortalidad fue de 9,87% (8 pacientes). El mayor fue un enfermo de 93 años, y el máximo de pacientes estuvo comprendido entre los 75 y 79 años (42 pacientes).

El tipo de operación más común fue la colecistectomía (26 pacientes) con un fallecido (3,85%) en el posoperatorio inmediato por colangitis séptica, seguramente secundaria a litiasis coledociana que pasó inadvertida (no se contó con colangiografía intraoperatoria).

La litiasis coledociana es elevada en este grupo etario.

Colecistectomía y coledocostomía se realizó en 29 pacientes (9,52%), con dos fallecidos por colangitis séptica.

Coledocoduodenostomía se realizó en 20 pacientes, con tres fallecidos (15%).

Fibroscopía con colangiografía endoscópica retrógrada se realizó en seis pacientes, con cuatro fracasos en la extracción de cálculos (período de inicio del procedimiento), con una muerte por hemorragia pospapiotomía endoscópica.

Oclusión intestinal

Dres. César Armand Ugón, Miguel Cordero Palladino, Fernando Gutiérrez, Hilmer Bowley, Roberto Grezzi

Introducción

Son conocidas las alteraciones sistémicas que acompañan y agravan el cuadro clínico de la oclusión intestinal. Esta en el geronte adquiere factores relevantes. Si a esto se le agrega la alta incidencia de población añosa que se atiende en nuestros centros hospitalarios se deduce el interés de este trabajo.

Objetivos

Este trabajo mediante evaluación retrospectiva de las causas de oclusión y su evolución pretende establecer diferencias entre el geronte y el no geronte, con proyección en la terapéutica y en el pronóstico inmediato y alejado.

Material y métodos

La población estudiada fue aquella que ingresó al Hospital Pasteur con diagnóstico de oclusión intestinal, en los últimos 10 años, y cursó su posoperatorio en la Clínica Quirúrgica "1". El número de historias obtenidas fue de 150. El concepto de geronte es exclusivamente cronológico; se consideraron en forma arbitraria todos los pacientes que tuvieron 70 años o más. Con este concepto 50 eran gerontes y el resto no gerontes.

Los datos evaluados son: 1) distribución de la población por edad y sexo; 2) etiología; 3) mortalidad global; 3.1) mortalidad por edad y sexo; 3.2) mortalidad por topografía (delgado y colon); 3.3) mortalidad según edad y topografía; 4) morbilidad por edad, por topografía y por tipo de operación (con o sin apertura del tubo digestivo); 4.1) morbilidad quirúrgica, médica, y médico-quirúrgica; 5) relación del tipo de morbilidad con la mortalidad; 6) análisis de las complicaciones; 6.1) quirúrgicas; 6.1.a) número y cualificación de las mismas; 6.1.b) distribución por edad, por topografía; 6.1.c) desglose de las complicaciones graves y su distribución por edad y topografía; 6.1.d) frecuencia cuando se abre el tubo digestivo y gravedad de la misma; 6.2) médicas; 6.2.a) número y frecuencia relativa; 6.2.b) interrelación del terreno con las complicaciones y muerte de causa médica en el geronte y en el no geronte. 7) secuelas; 8) días de internación.

Los resultados se estudiaron mediante el test de "ji" cuadrado (X^2). En todos los casos se eligió un nivel de significación de 0,05 considerándose significativos los resultados tales que $p < 0,05$.

Resultados

Los resultados obtenidos son los siguientes:

1) Distribución de la población por edad y sexo

Del total cien son no gerontes, con una mínima de 16 años y un promedio de 50,34. De esta población 54 son sexo femenino y 46 hombres. Cincuenta son gerontes con un

máximo de 96 años, 27 mujeres y 23 hombres, y un promedio de edad de 78,6 años.

2) Etiología

De la población estudiada, 131 son oclusiones de intestino delgado. De este grupo 92 son con compromiso de irrigación, destacándose dentro de las mismas la alta incidencia de la estrangulación herniaria, 69 casos. Prácticamente 50% de todas las oclusiones de delgado. Los vólvulos se presentaron en once casos y hubo siete eventraciones.

Las oclusiones sin compromiso de irrigación son 39. De éstas 26 son estenosis por bridas, adherencias o ambas, 6 íleo biliar, 3 cuerpos extraños, etc.

De los 131 casos de oclusión de delgado, 91 eran no gerontes y 40 gerontes. 45% de la oclusión estrangulación en el no geronte es por hernia estrangulada (42 en 91 casos). En el geronte representa 65%, 27 casos en 40. Los vólvulos como causa de oclusión en el delgado, en nuestra estadística sólo se vio en los no gerontes, 11 en 91. Las bridas y adherencias son la causa predominante de oclusión sin estrangulación tanto en gerontes como no gerontes. 26 en 91, siendo 20 casos en no gerontes, o sea 20% y 6 en el geronte, 15%.

Hay 19 oclusiones de colon constituidas por 12 neoplasmas (6 de resto sigmoide, 2 de ángulo esplénico, dos transverso, uno descendente y otro ciego). El cáncer en la oclusión de colon representa 65%. Vólvulo de sigmoide cuatro casos, dos estrangulaciones (uno por hernia umbilical y otro por eventración umbilical) y un fecaloma alto.

3) Mortalidad intrahospitalaria global

En este estudio se define como la muerte acaecida en la primera o subsecuentes admisiones si estas eran debidas a la oclusión primaria, su tratamiento, o a patología crónica previa descompensada por la oclusión.

Fallecieron 14 pacientes de 150, lo que da una mortalidad de 9,33%.

3.1. Mortalidad por edad y sexo

3.1.a) Edad. Fallecieron 10 gerontes en cincuenta, lo que es 20%. No gerontes fallecieron cuatro en cien casos, 4%. Existía una diferencia estadísticamente significativa entre las mortalidades de pacientes mayores y menores de 70 años ($p < 0,05$, $x^2 = 10,28$). Se debe destacar que dichas muertes se produjeron en un subgrupo etario de 49 a 69.

3.1.b) Sexo. No gerontes, 54 mujeres con dos muertes, 46 hombres y dos muertes. Gerontes, 27 mujeres con 4 muertes (14,8%) y 23 hombres con 6 muertes (26%).

3.2) Mortalidad por topografía. Intestino delgado, 6 fallecidos en 131 (4,58%). Colon, 8 en 19 (42%). La diferencia de mortalidad entre ambas topografías fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$, $x^2 = 29$).

3.3) Mortalidad según edad y topografía. No gerontes, intestino delgado dos muertos en 91 casos, 2,19%. Colon dos casos en nueve, 22%. La diferencia entre ambas

topografías fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$ $X^2 = 8,12$). Gerontes, oclusión de intestino delgado 4 muertos en 40 casos, 10%. Colon 6 en 10,60%. También en este grupo etario existió una diferencia estadísticamente significativa, en la mortalidad de ambas topografías ($p < 0,05$, $X^2 = 10,28$).

4) Morbilidad global, por edad, por topografía y por tipo de operación (con o sin apertura del tubo digestivo).

4.a) Edad. Se complicaron 45 enfermos en 150 lo que da 30% de morbilidad global. Los no gerontes tuvieron 29 complicaciones en 100 casos, lo que es 29%. Los gerontes presentaron 16 complicaciones en 50 lo que es 32%. El $p < 0,05$ $X^2 = 0,13$ es no significativo.

4.b) Sexo y edad. Al separar la morbilidad de acuerdo a estos dos ítems, vemos que la mortalidad global en los no gerontes es de 29% (29 casos en 100). De acuerdo al sexo 25,9% en las mujeres (14 casos en 54) y 32,6% en los hombres (15 casos en 46). No existe diferencia significativa ($p < 0,05$, $X^2 = 0,51$). En los gerontes la morbilidad global es de 32%, separada por sexo tenemos: para las mujeres 25,9% (7 en 27), para los hombres 39,1% (9 en 23). La diferencia no es significativa ($p < 0,05$, $X^2 = 0,97$). La morbilidad tiene un moderado predominio en los hombres no gerontes, dicha diferencia es mucho más evidente para los hombres gerontes.

4.c) Topografía. La morbilidad de la oclusión en el intestino delgado fue de 35 en 131,26%. En el colon se presentaron 10 complicaciones en 19, lo que da un 52%.

4.d) Edad y topografía. No gerontes, intestino delgado se complicaron 24 en 91 (26%). En colon 5 en 9 (55%). $p < 0,05$ $X^2 = 3,42$ estadísticamente no significativo. En el geronte a nivel del intestino delgado, 11 en 40,27%. En el colon cinco en 10, $p < 0,05$, $X^2 = 1,85$ no significativo.

- 4.1.) Morbilidad quirúrgica, médica y médica quirúrgica.
- quirúrgicas 26 complicaciones de los 45 totales, es 57,77%.
 - médicas 14 complicaciones de los 45 totales, es 31,11%
 - médico quirúrgicas cinco complicaciones en 45 totales, es 11,1%.

4.1a) Morbilidad según tipo y edad

Las complicaciones quirúrgicas, 18 correspondieron a los no gerontes, y 8 a los gerontes, 18% y 16% respectivamente. No existe diferencia estadísticamente significativa.

Las complicaciones médicas en número de 14 se distribuyeron de tal manera que 8 correspondieron a no gerontes y 6 a gerontes. Es decir, 8 y 12% respectivamente (no significativo $p < 0,05$, $X^2 = 0,61$).

Las complicaciones médico quirúrgicas no evidenciaron diferencias ostensibles entre ambos grupos etarios (3 y 2 casos respectivamente).

4.1b) Morbilidad tipo y topografía. Se presentaron 22 complicaciones quirúrgicas, en 131 oclusiones de delgado correspondiendo a 17%. Hubo 4 a topografía colónica, en 19 oclusiones de colon, representan 21%. La diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$ $X^2 = 6,09$). Las complicaciones médicas son 8,5% para el intestino delgado y 15,7% en el colon. Diferencias similares se mantienen en las complicaciones médico quirúrgicas, siempre a favor de la localización en el marco cólico en la oclusión intestinal.

4.1.c) Morbilidad: Tipo Edad y Topografía

Tanto en las complicaciones quirúrgicas, como en las

médicas hay un evidente predominio, a nivel colónico, por igual en los no gerontes como en los gerontes.

5) Relación entre el "tipo" de morbilidad y la mortalidad

De su análisis se deduce, que hay un gradiente de gravedad creciente, desde las complicaciones quirúrgicas a las médicas y médico-quirúrgicas. En efecto, de las 26 complicaciones quirúrgicas, murieron 4, lo que corresponde a 15,38%. No existe diferencia significativa con la mortalidad de los que no tuvieron complicaciones quirúrgicas ($p < 0,05$ $X^2 = 1,32$). De las 14 complicaciones médicas, fallecieron 6 (42,8%). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa con la mortalidad de los que no tuvieron complicaciones médicas ($p < 0,05$ $X^2 = 20,53$). De las 5 complicaciones médico-quirúrgicas, murieron 3, lo cual corresponde a 60%. Existe diferencia significativa con la mortalidad de los que no padecieron complicaciones médico-quirúrgicas ($p < 0,05$, $X^2 = 15,94$).

Si en cada tipo de complicaciones desglosamos los grupos etarios gerontes y no gerontes, vemos las diferencias traducidas en los porcentajes. Las complicaciones quirúrgicas, en los no gerontes es de 11% (2 muertes en 18 complicados), en los gerontes fue de 25% (2 muertos en 8). Las complicaciones médicas en los no gerontes presentaron una mortalidad de 12,5% (1 muerto en 8 complicados), mientras que en los gerontes fue de 83,33% (5 muertos en 6 complicados). Las complicaciones médico-quirúrgicas, evidencian una mortalidad de 33,33% (1 muerto en 3) para los no gerontes, y de 100% (2 complicados fallecidos) en los gerontes.

6) Análisis de las complicaciones

6.1) Quirúrgicas

6.1.a.) Número, frecuencia y cualificación de las mismas. El predominio es de las supuraciones parietales. Constituyen 50% en ambos grupos etarios. Siguen las evisceraciones, totales o contenidas, las necrosis de cebos colostómicos, y las oclusiones del posoperatorio inmediato. En total hubo 36 complicaciones quirúrgicas, en los 18 pacientes –no gerontes– con 4 reintervenciones. En los gerontes, se presentaron más del doble de complicaciones (18), con relación al número de pacientes complicados (8), con una reoperación.

6.1b) Según la topografía de la oclusión vemos que en 131 oclusión de intestino delgado, hubo 34 complicaciones, lo que significa una frecuencia del 26%, habiéndose reintervenido un solo paciente. En cambio se presentaron 18 complicaciones en 18 oclusiones del colon, 95% de complicaciones, con 4 reoperaciones. La diferencia entre ambas topografías fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$ $X^2 = 50,9$). Al agrupar estas 52 complicaciones, por edad y por localización de la oclusión, vemos que las mismas predominan ampliamente, tanto en uno como en el otro grupo etario, a nivel de la topografía colónica.

6.1.c) Análisis de las complicaciones "graves"

Jerarquizando la entidad de las complicaciones, por la gravedad de las mismas, llegamos a separar 16 complicaciones importantes, entre las 52 quirúrgicas. Las mismas están constituidas por: 3 peritonitis difusas, 3 fístulas (2 de delgado y 1 del colon) 2 evisceraciones totales, 2 necrosis de cabos colónicos, 2 oclusiones del posoperatorio inmediato, 1 absceso del Douglas (causal de una de las oclusiones).

nes), 1 celulitis necrotizante, 1 miositis grave, 1 sepsis. Consideramos a 7 eventraciones como no graves, por ser contenidas. Estas no necesitaron reoperación en el postoperatorio inmediato. Dejaron como secuela eventraciones de variable entidad. Las supuraciones del celular subcutáneo, como los hematomas, no incidieron en la gravedad. Separando estas complicaciones graves de acuerdo a los grupos etarios estudiados, vemos la poca diferencia porcentual entre los no gerontes 10% (10 en 100 operados), y los gerontes 12% (6 en 50 operados). En cambio si los agrupamos por su topografía, comprobados que 5 casos correspondieron a las 131 oclusiones de delgado, lo que arroja 3,82% mientras que las restantes 11 complicaciones, se presentaron en 19 oclusiones colónicas, lo que representa 57,89%.

6.1.d) Pacientes que con mayor frecuencia dan complicaciones quirúrgicas y gravedad de las mismas. De los 150 pacientes que integran la población total de este estudio, tenemos un subgrupo de 58 enfermos que presentan en común la apertura de la luz intestinal sea por la evolución patológica o por el procedimiento quirúrgico, se incluyen las colostomías. Estos 58 pacientes los consideramos potencialmente complicables, ya que a priori estimamos un aumento de la morbilidad posoperatoria. El otro subgrupo de 92 pacientes que no tuvieron apertura de la luz intestinal, en general esperamos que no se compliquen, son aquellos que se les realizó liberación de brida, liberación de asa estrangulada viable, etc. Del total 31 pacientes con complicaciones (26 son sólo quirúrgicas, y 5 médico-quirúrgicas). 4 provienen del subgrupo de los 58 considerados potencialmente complicables. Representan 41,3% de pacientes complicados. Los restantes 7 pacientes provienen del grupo sin gran riesgo de complicación, lo que es un 7,6%. La diferencia de complicaciones quirúrgicas entre pacientes potencialmente complicables fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$ $\chi^2 = 24,98$).

Las 16 complicaciones graves se comprueban en el grupo de 24 pacientes, que a priori, por los hallazgos, el manejo operatorio o ambos, se consideraron susceptibles de complicación. Los otros 7 pacientes, presentaron supuraciones o hematoma de pared, sin entidad, que no llevaron a la muerte a ninguno de los enfermos, y que tampoco prolongaron significativamente, la estadía hospitalaria (13 días, mientras los no complicados, promedialmente estuvieron 10 días).

6.2.a.) Número y frecuencia relativa. Médicas

Se comprobó un total de 25 complicaciones. Es de destacar que de las mismas, 19 fueron pleuropulmonares (broncoespasmo, neumopatía aguda, TEP, insuficiencia respiratoria) y cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, arritmia, hipertensión, etc.). De estas 19, 66% (2/3), fueron de la esfera pleuropulmonar y 33% (1/3) de la cardiovascular. Las restantes son shock (2 veces), IRA (3 veces), hemorragia digestiva, 1 vez.

6.2.b.) Interrelación del terreno con las complicaciones y muerte de causa médica en el geronte y el no geronte

El terreno en los no gerontes (11 pacientes). Se destaca la alta incidencia de complicaciones pleuropulmonares, 7 de 11 casos, de los cuales, 3 pacientes no tenían antecedentes (o terreno) en ésta, ni en otro sector de la economía. Ninguno de estos 7 pacientes fallecieron. Uno de ellos debió estar en CTI, por una secuela laringotraqueal. Este paciente, que cursó una neumopatía aguda por aspiración en la inducción anestésica, tenía como antecedente una secuela de BK pulmonar y mal de Pott. Otro paciente que

sufrió una complicación similar, tuvo una evolución, sin mayores incidentes, siendo su terreno, y en especial el pleuropulmonar, normal.

De los 4 pacientes restantes, dos de ellos (uno con terreno de insuficiencia cardíaca, el otro cirrótico), sortearon las complicaciones, el segundo de los cuales desarrolló una IRA (gran supuración parietal). Los otros dos pacientes fallecieron, uno de ellos tenía un IRC (por uropatía obstructiva), y el restante un frondoso terreno cardiovascular (IAM, AVE, HTA).

En suma: de 11 pacientes no gerontes, con complicaciones médicas, 3 tenían un terreno normal (27%), y de los 8 con terreno patológico, fallecieron 2 (25%), siendo la mortalidad de 2 en 11 casos, constituyendo 18,18%.

El terreno en los gerontes. De un total de 8 pacientes gerontes con complicaciones médicas, sólo uno carecía de patología médica en sus antecedentes. Destacamos que solamente este paciente sobrevivió a la complicación posoperatoria (pese a presentar una IRA). Un paciente con una insuficiencia cardíaca, fue operado por una hernia estrangulada, se le realizó resección segmentaria de intestino y falleció a las 8 horas de operado, al complicarse con una hemorragia digestiva alta.

En suma: falleció 100% de los gerontes con complicaciones médicas, portadores de antecedentes –terreno– de filiación patológica médica (especialmente cardiovascular, pleuropulmonar o ambas). De 8 gerontes, fallecieron 7, lo que corresponde a 87,50%.

7) Secuelas

Consideramos como tal, aquellas situaciones patológicas, creadas o no por el cirujano (caso de colostomías), o por las complicaciones quirúrgicas (eventraciones, fístulas, etc.) en pacientes que fueron dados de alta. Comprobamos que hubo un total de 16 secuelas, distribuidas de tal manera que 14 ocurren en no gerontes, y las dos restantes en gerontes. Las mismas son: 7 colostomías, 5 eventraciones, 2 fístulas colecistoduodenales, 1 diarrea (por intestino corto), 1 lesión laringotraqueal por intubación prolongada. Estas 16 secuelas, para los 150 enfermos representan 10,66%. Como fallecieron 14 pacientes, la incidencia real de dichas secuelas es de 16 en 136, es decir 11,76%. Dichas 16 secuelas, son 15 de naturaleza quirúrgica y 1 por complicación médica (laringotraqueal). Dentro de estas 15 secuelas de índole quirúrgica, hay 7 colostomías, (5 en no gerontes y 2 en gerontes) que dependen fundamentalmente de la táctica quirúrgica. Las restantes 8 secuelas (todas en pacientes no gerontes), ocurrieron en aquellos con complicaciones quirúrgicas de entidad. Recordemos que de 31 complicados, 24 de los pacientes provienen del grupo pasible de complicarse, y que los restantes 7 pacientes complicados, proviene de los probablemente no complicables. Destacamos ya que estos 7 pacientes sufrieron complicaciones de poca entidad (sin mortalidad y que no dejaron secuelas quirúrgicas). Es decir que las 81 secuelas quirúrgicas, se presentaron en la evolución de los 24 pacientes con complicaciones previsibles (pacientes en que hubo apertura del intestino, necrosis, perforación, resección, etc.). Es decir que hubo 8 secuelas, en 24 pacientes. Todas ocurrieron en pacientes no gerontes.

8) Días de internación

El promedio de días de internación fue de 12 (13 días para los no gerontes y 11 para los gerontes). Si separamos los pacientes complicados (45), de los no complicados (105), los días de internación fueron 20 y 10 días respectivamente. A su vez si separamos dentro de los 31 pacientes complicados, los 24 con complicaciones esperadas, de los restantes 7 con complicaciones no esperadas, vemos que los días de internación fueron de 27 y 13 respectivamente. Según el tipo de complicación quirúrgica, promedialmente estuvieron 23 días (26 los no gerontes y 17 los gerontes). Las complicaciones médicas estuvieron 14 días, 13 y 15 días no gerontes y gerontes respectivamente. Las complicaciones médico-quirúrgicas presentaron una internación promedio de 34 días, 46 días los no gerontes y 17 los gerontes.

Conclusiones

Del análisis de los datos obtenidos, se desprenden las siguientes conclusiones:

- 1) Los 150 pacientes se separan en 100 no gerontes y 50 gerontes. Esto evidencia la elevada frecuencia de gerontes que son asistidos en el Hospital Pasteur, donde hay en las consultas un franco predominio de pacientes de edad avanzada.
- 2) En cuanto a la etiología, vemos que a nivel del intestino delgado, dos tercios son por estrangulación (hernias propiamente dichas y vólvulos), seguido de las bridas y adherencias. A su vez a nivel del colon dos tercios de las oclusiones son por neoplasmas, siguiéndoles los vólvulos sigmoideos. Separándolas por grupos etarios vemos que la oclusión del delgado en el no geronte, es producida en los dos quintos por hernias estranguladas y en un quinto por bridas y adherencias, y en 12% por vólvulos (destacamos que todos los vólvulos se produjeron en este grupo etario y sobre todo en las décadas menores). En el geronte: dos tercios son por hernias estranguladas (sobre todo inguinal y crural). Notamos un cierto predominio, de las estrangulaciones en este grupo etario. Las bridas sólo constituyen 15%. A nivel del colon vemos que el neoplasma predomina ampliamente (7 en 10 casos), mientras que en los más jóvenes tenemos 5 en 9 para esta etiología, siendo en este grupo en que se presentaron más frecuentemente los vólvulos sigmoideos. Coincide con la bibliografía consultada, que la oclusión por neoplasma predomina en el geronte. Más de 60% de las oclusiones serían causadas por esta etiología.
- 3) La mortalidad es significativamente mayor en los gerontes (20%) que en los no gerontes (4%). Además en este último grupo las muertes se produjeron en los años próximos a los 69 años. Con respecto al sexo, para los no gerontes la mortalidad es similar en ambos sexos. En los gerontes la mortalidad fue de 14% en la mujer y de 26% en el hombre. Si tenemos en cuenta la topografía de la oclusión (delgado o colon), la mortalidad predomina ampliamente a nivel del colon (42%), siendo 4.58% en el delgado. Destacamos la importancia del cáncer de colon como causal de muerte (5 muertos en 12 neoplasmas) y a su vez como causal de muerte en el geronte, ya que de los 10 muertos (en 50 gerontes), 4 tenían una oclusión por neoplasma de colon.
- 4) Morbilidad. a) No encontramos diferencias, en el número de pacientes complicados en gerontes y no gerontes. b) La morbilidad predomina a nivel del colon (52.5%), respecto al delgado (26.7%). c) Si agrupamos por tipo de complicación, vemos que más de 50% son quirúrgicas, un tercio son médicas, y 11% médico-quirúrgicas. d) A su vez agrupándolas por: tipo, edad y topografía, también los pacientes complicados predominan para la topografía colónica.
- 5) Si vinculamos la mortalidad con la morbilidad, y especialmente con el tipo de complicación, vemos de acuerdo a nuestras cifras, la gravedad de la asociación de complicaciones médico-quirúrgicas (M-Q). Dentro de cada grupo se evidencia la mortalidad mayor en los gerontes. Son: quirúrgicas 15%, médicas 43%, M-Q 60%. En los gerontes son: 25%, 83% y 100%. En los no gerontes: 11%, 12.5% y 33.3% respectivamente. En suma: la asociación de complicaciones médico quirúrgicas, hacen que se agraven mutuamente. Esto adquiere relevancia en el geronte y en la topografía colónica.
- 6) Analizando el número de complicaciones quirúrgicas, acaecidas en 26 pacientes (18 no gerontes y 8 gerontes), comprobamos que globalmente, hubo 52 complicaciones (el doble respecto al número de enfermos). De estas 28 se debieron a supuraciones parietales, hematomas o ambos. Estas complicaciones junto con otras como las evisceraciones contenidas, no fueron de jerarquía como para comprometer la vida del paciente. Fueron la causa de secuelas, como eventraciones. Si agrupamos a estas complicaciones por grupos etarios vemos que las mismas predominan a nivel del colon en uno como en el otro grupo. De las 52 complicaciones, sólo 16 son graves. Las mismas predominan ampliamente en el colon (11 complicaciones graves en 19), mientras que en el delgado hubo 5 en 131 pacientes. En cada grupo etario relacionando el número de complicaciones, con la gravedad de las mismas vemos que son más importantes a nivel del colon.
- 7) Los pacientes complicados y especialmente las graves, se presentan en aquellos que consideramos de riesgo de complicación o potencialmente complicables (apertura o resección de intestino, etc.). De 31 pacientes, son 24 los que presentan complicaciones pertenecientes al grupo de riesgo. Es precisamente en estos pacientes donde se presentaron las más graves. 15 complicaciones quirúrgicas graves en 24 pacientes con alto riesgo de dar complicaciones graves, especialmente supuraciones, peritonitis, sepsis, etc. Los 7 pacientes que no entraban en el grupo de riesgo, tuvieron una morbilidad sin trascendencia, ni en la gravedad, ni en días de internación y quedaron todos sin secuelas posoperatorias.
- 8) El número de complicaciones médicas (25) en 14 pacientes, evidenciaron un neto predominio, de acuerdo con la literatura, de las pleuropulmonares y cardiovasculares. Sumando entre ambas 76% de las complicaciones, siendo de 50% y 36% respectivamente. Hemos vinculado las complicaciones médicas con la patología médica previa (tasas orgánicas) y con la mortalidad. Vemos que en los no gerontes muchas de las complicaciones ocurrieron en pacientes sin terreno patológico previo. No hubo muertos en este subgrupo. Dentro de los que tenían taras previas, de 8 fallecieron 2 (25%). En suma de 11 paciente fallecieron 2, lo que corresponde a 11%. En cambio en los gerontes ocluidos, de 8 enfermos 7 tenían mal terreno médico, habiendo sobrevivido sólo aquel paciente sin tara previa. Es decir pacientes con antecedentes médicos

fallecieron todos (100%). De 8 gerontes con taras médicas fallecieron 7, que representa 87%.

9) Secuelas. Las secuelas, si no se consideran las colostomías, están constituidas sobre todo por eventraciones, algunas de entidad. Dichas eventraciones se han presentado en pacientes que han tenido complicaciones quirúrgicas de entidad, y como hecho a destacar todas han acaecido en pacientes no gerontes. Creemos que esto tiene su explicación en el hecho de que sólo los pacientes jóvenes con complicaciones graves han sobrevivido. No aparece la eventración en los gerontes que integran este trabajo dado la alta mortalidad de este grupo.

10) Días de internación. Promedialmente fueron 12 días. Los

no complicados sólo estuvieron 10 días. Por el hecho de complicarse, el promedio asciende a 20 días. Dentro de este último grupo vemos que los que tuvieron complicaciones de entidad (correspondiente al grupo de alto riesgo), la internación asciende a 27 días. Los pacientes con complicaciones quirúrgicas tuvieron una estadía promedial de 23 días. Asciende a 26 en los no gerontes. Descendiendo a 17 días en los gerontes. Las complicaciones médicoquirúrgicas presentan un promedio de internación de 34 días. En los no gerontes es de 46 días, siendo de 17 días en los gerontes. Estos resultados paradójales pueden ser explicados por la mortalidad en los pacientes gerontes.

Cirugía gastroduodenal

Dres. Humberto Viola, Dante Pastro, Carlos Tarabochia, Carlos Olalde

Se analizaron 100 enfermos de más de 70 años operados por patología gastroduodenal en la Clínica Quirúrgica "A" del Hospital de Clínicas, de 1973 a 1984.

Excluidas 18 úlceras perforadas, de los 82 operados 54 son del sexo masculino y 28 mujeres. 67 pertenecen a la década de los 70, y 15 están por encima de los 80 años. Patología médica asociada se encontró en 44 pacientes (53,65%), siendo a destacar que la desnutrición estuvo presente en 36 operados (43,90%).

El úlcus péptico y el neoplasma gástrico fueron las patologías más frecuentes, totalizando entre ambos 72 pacientes (87,80%).

Hubo una internación preoperatoria muy elevada, de 22 días promedio.

Se realizaron 40 gastrectomías, dos de ellas totales. Laparotomía exploradora en 17 pacientes. En el resto, otros procedimientos, de derivación. La mortalidad fue de 25% en los gastrectomizados, comparable a una serie de gastrectomías por úlcus en mayores de 60 años, con 20% de fallecidos. De 10 operados de urgencia por hemorragia digestiva fallecieron cinco (50%).

Para disminuir esta alta mortalidad es imprescindible: tratar las afecciones previas, corregir la desnutrición, acortar el período preoperatorio, reducir el tiempo quirúrgico, utilizar anestesia adecuada, disminuir las complicaciones, deambulación precoz.

Cáncer de colon y recto

Dres. Gustavo dos Santos, Roberto Caballero, Jorge Bermúdez

Se analizan 83 historias (61 del Hospital de clínicas y 22 personales del Dr. Jorge Bermúdez) de pacientes operados de colon y recto, entre 70 y 88 años.

Alta frecuencia de tumores palpables (en 73,8%), de los cuales 37 por tacto rectal. Del total, 36 eran tumores de recto, 27 de colon derecho, 15 de sigmoides, 3 de colon descendente y 2 de transversos.

Fueron resecados 80,7% (67 pacientes), 49 con criterio curativo y el resto paliativo.

Mortalidad global 8,3%, siendo la menor la de recto, uno

sobre 33, en una amputación abdomino-perineal. La resección de colon derecho tuvo cuatro muertes sobre 22 (18,1%). Las causas de muerte fueron: dos quirúrgicas por falla de sutura, ambas íleo-transversas. La alta mortalidad en la cirugía de colon derecho es llamativa y merece destacarse puesto que puede ser mejorada, aunque en la mayoría de las estadísticas es promedialmente superior a la de colon izquierdo.

Cirugía vascular

Dres. Daniel Corradi, Milton Mazza, Omar Rudnitzky, Fernando Sciutto, Raúl Blanco

Material y método

Este trabajo, que es en realidad una revisión de historias fundamentalmente, está basado en los resultados obtenidos en un período de 1 año, que va de agosto de 1984 a agosto

de 1985, en donde hemos extraído los enfermos vasculares operados en ese lapso.

Se excluye acá toda la patología venosa, los traumatismos arteriales, las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis y ponemos en un capítulo aparte los aneurismas de la aorta

abdominal por las consideraciones que haremos más adelante.

En este último año, hemos operado 136 pacientes vasculares (excluidos los aneurismas) que se desglosan de la siguiente manera:

- 23 endarterectomías carotídeas
- 70 procedimientos directos sobre MMII, ya sea by-pass, endarterectomías o embolectomías.
- 28 entre amputaciones y simpaticectomías lumbares
- 15 procedimientos extraanatómicos (áxilo-femorales, fémoro-femorales y áxilo-axilares).

De estos 136 pacientes, 108 eran hombres y 28 mujeres, 79.4% y 20.6% respectivamente.

58 pacientes, 42.6% mayores de 70 años y 78 pacientes, 57.4% menores de 70 años.

La mortalidad global fue de 5 enfermos (3.6%) correspondiendo 1 mayor de 70 años (20%) 4 menores de 70 años (80%), tomando como mortalidad la ocurrida entre la operación y un mes después de realizada la misma.

Agrupando las diferentes patologías, diremos que de las 23 endarterectomías carotídeas (16.9% del total) se operaron 6 enfermos mayores de 70 años (26%) y 17 enfermos menores de 70 años (74%). Hubo 2 muertes, una al octavo día, muere por hemorragia cerebral masiva y el otro muere al mes de operado por infarto de miocardio, el cual es difícil de atribuir directamente como consecuencia de la operación. Los dos enfermos eran menores de 70 años, hipertensos severos y de sexo masculino.

De los procedimientos sobre los MMII que fueron 70 enfermos (51.4%) 36 eran mayores de 70 años (51.4%) y 34 eran menores de 70 años (48.6%). Fallecieron 3 pacientes (4.2%) siendo las causas de muerte las siguientes:

- 1 bay-pass iliaco-femoral, muere por sangrado masivo por infección.
- 2 puentes fémoro-poplíteos, 1 por una sepsis urinaria y el otro por un infarto de miocardio.

De estos 3 enfermos uno solo era mayor de 70 años, los 3 del sexo masculino, hipertensos y cardiopatas.

Las simpaticectomías lumbares y las amputaciones abarcaron 28 pacientes (20.6%) siendo 35.7% mayores de 70 años y 64.3% menores de esa edad. No se registraron muertes.

Los puentes extra anatómicos fueron 15 pacientes (11.1%) correspondiendo 53.3% a mayores de 70 años y 46.6% a menores. Tampoco acá se registraron muertes.

Factores de riesgo

Hemos considerado 3 factores de riesgo, los cuales creemos son los más influyentes dentro de la patología vascular periférica y son:

- a) La diabetes
- b) La hipertensión arterial
- c) Las cardiopatías

Si bien cualquiera de estos 3 factores son iguales para el geronte que para un sujeto joven, la presencia de éstos en los primeros tienen una influencia mayor.

29.4% o sea 40 pacientes de nuestra serie eran diabéticos, correspondiendo 47.5% a sujetos añosos y 52.5% a sujetos menores de 70 años.

53.7%, 73 pacientes eran hipertensos, de los cuales corresponden 49.3% a gerontes y 50.7% a menores de 70 años.

39% fueron catalogados como cardiopatas, correspondiendo 45.2% a gerontes y 54.8% al resto.

Como se puede apreciar, dentro de los porcentajes de cada una de estas 3 patologías, no hay diferencias significativas entre los gerontes y los otros, correspondiendo aproximadamente 50% a cada uno.

Conclusiones

Si bien tenemos que tener en cuenta que el número de enfermos no es muy elevado, las apreciaciones que podemos hacer son las siguientes:

- 1) Dentro de la serie no hay una predominancia significativa entre mayores y menores de 70 años.
- 2) Predominan las enfermedades vasculares netamente en el hombre sobre la mujer (79.4% a 20.6%).
- 3) La mortalidad es baja, 3.6%, predominando en esta serie los pacientes menores de 70 años. Esta tasa de mortalidad es comparable con diferentes publicaciones extranjeras.

Analizando estos resultados, creemos que esto se logra por:

- a) 100% de los pacientes analizados fueron operados por el mismo equipo quirúrgico.
- b) Puede llamar la atención, la inversión del índice de mortalidad entre los pacientes menores de 70 y mayores de 70 años. Acá se plantean 2 factores; uno es que los enfermos menores de 70 años que deben ser operados, en general la enfermedad propia del sujeto (arterioesclerosis) es más avanzada que en el sujeto añoso y por tanto más grave. La otra consideración que diferencia este grupo de otras patologías quirúrgicas, es que gran parte de estos procedimientos son pasibles de realizarse con anestesia regional o local mientras que en otros campos de la cirugía la anestesia general es la regla.

El otro factor a considerar en los enfermos vasculares gerontes es la elección y la valoración de cada enfermo en particular atendiendo a la calidad de vida que se le puede ofrecer en el posoperatorio.

En cirugía vascular en particular, los fracasos o errores se pagan muy caros. A modo de ejemplo digamos que un paciente amputado a los 40 años no es lo mismo que a los 70 y en nuestro país en particular por razones de infraestructura casi podríamos asegurar que un paciente de 70 años que es amputado en un miembro inferior, está condenado a una silla de ruedas.

Aneurismas de aorta abdominal

Hemos hecho un capítulo aparte con los aneurismas de la aorta abdominal (AAA) ya que no son entidades comparables con los procedimientos ya analizados, por diferentes causas:

- 1) El tratamiento quirúrgico de las enfermedades precedentes es casi exclusivamente extraabdominal. Los AAA implican un tratamiento agresivo y de mayor entidad.
- 2) Conllevan siempre para su tratamiento una anestesia general.
- 3) La morbimortalidad es muy superior y se agrava aún más en la urgencia.
- 4) En un gran porcentaje es una enfermedad que pasa desapercibida, que predomina en el geronte y que cuando da síntomas en general lo hace por sus complicaciones, conllevando la gravedad que éstas implican.

Los AAA operados en este último año (agosto/84 a agosto/85) fueron 20 en total.

De estos 20 enfermos 14 (70%) son mayores de 70 años y 6 (30%) menores de 70 años.

50% de ellos o sea 10, fueron operados de urgencia y otro 50% fueron de elección. En cuanto a la distribución por sexo, nuevamente acá predomina netamente el sexo masculino: 18 hombres (90%) y 2 mujeres (10%).

La mortalidad global fue de 40% (8 enfermos) correspondiendo 87.5% (7 enfermos a mayores de 70 años y 12.5%) 1 enfermo menor de 70 años.

La mortalidad en este tipo de cirugía prevalece netamente en los procedimientos de urgencia por rotura del aneurisma.

De 10 pacientes operados de urgencia, fallecieron 7 (70%) y uno de coordinación (10%).

De los 7 fallecidos en la urgencia 6 eran mayores de 70 años (85%).

El rango de edades fue entre 55 y 80 años, siendo el promedio de edad de 71.

Evaluación del riesgo quirúrgico de la cirugía herniaria inguinal

Dres. José P. Perrier, Augusto Müller, Nelma Chevalier, Dolly Barreto, Víctor Davezac

Metodología

Se seleccionaron entre 1.352 historias de pacientes operados por primera vez de hernia inguinal en la Clínica Quirúrgica "1" en los últimos 30 años, las que llenaban los siguientes requisitos: ser mayores de 15 años, intervenidos de elección, y a los que sólo se les trató la hernia inguinal en el acto operatorio, descartando aquellas con tratamientos quirúrgicos simultáneos asociados locales, regionales o a distancia.

Se los dividió en dos grupos, entre 15 y 69 años y los de 70 años o más. A este último grupo, cuyo límite de 70 años se tomó en forma arbitraria, se le denominó gerontes.

De los antecedentes personales se seleccionaron todos aquellos que pudieran favorecer una mayor morbilidad tanto local como general, agrupándolos como factores de riesgo locales o generales. Dentro de los generales se incluyeron los antecedentes respiratorios (asma, bronquitis crónica, EPOC, enfisema, etc.) y los cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, coronaria, arritmias, hipertensión arterial, etc.). En los locales la patología urinaria obstructiva, la constipación. Un tercer grupo englobó una miscelánea de factores como diabetes, arteriopatía obstructiva periférica, cirrosis, embarazo.

De acuerdo con el objetivo del trabajo se consideraron los factores de riesgo como unidades y luego se analizaron globalmente. Todos los pacientes con antecedentes patológicos se encontraban compensados en el momento de la intervención quirúrgica.

Cuando un paciente fue operado de hernia inguinal bilateral en el mismo acto operatorio, se consideró cada hernia como perteneciente a individuos distintos, en cuanto a su evolución (morbilidad local), duplicándose en el conteo todos los factores de riesgo y la morbilidad general.

La técnica quirúrgica empleada para hacer la reparación herniaria no fue tenida en cuenta ya que se entiende que el cirujano actuante eligió la más adecuada de acuerdo a los hallazgos operatorios.

Conclusiones

Como ya lo mencionamos, la mortalidad de los AAA es elevada, se eleva aún más en la urgencia y con la edad.

Como lo dice J. Natali, el AAA hay que considerarlo como un tumor maligno, que se va a beneficiar con el tratamiento quirúrgico. El riesgo de ruptura de un aneurisma está en función del tamaño del mismo, estableciéndose casi como una necesidad de operar todos aquellos aneurismas de 6 cm o más de diámetro.

La expectativa de vida de un paciente portador de un aneurisma de 6 cm los 5 años va de 10 a un 20% mientras que después de operado es de 50 a 60%.

Aún en sujetos añosos por estas consideraciones, somos partidarios de la cirugía en los AAA.

En los AAA chicos de menos de 6 cm se puede realizar en los sujetos añosos una vigilancia periódica, con un método no invasivo como es la ecografía, que nos va dando una idea del crecimiento del mismo.

La estimación del riesgo de la indicación quirúrgica se estableció en base a la evaluación de la morbimortalidad.

La morbilidad fue dividida en: complicaciones debidas a la acción local del operador (como ser: hematoma o infección de la herida, hematoma de cordón o de bolsas, etc.); y las debidas a la agresión quirúrgica anestésica (como neumatías agudas, trombosis venosa profunda de miembros inferiores, tromboembolismo pulmonar, descompensación de insuficiencia cardíaca, etc.).

Resultados

De las 1.352 historias revisadas se analizaron las 1.108 que cumplían con todos los requisitos exigidos para este estudio.

Hubo 977 pacientes en el grupo de 15 a 69 años inclusive, mientras que 131 de 70 años o más. En el primer grupo 885 fueron hombres y 92 mujeres, mientras que en el segundo fueron 120 y 11 respectivamente.

Según el tipo de hernia inguinal encontrado en la exploración quirúrgica se clasificaron en 924 oblicuo externas, 113 directas, 38 directas y oblicuo externas simultáneas (en pantalón) y 33 deslizadas. Correspondieron al primer y segundo grupo etario los siguientes números de pacientes en forma respectiva: 826 y 98; 95 y 18; 30 y 8; 26 y 7.

Para el grupo de menores de 70 años, se obtuvieron los siguientes resultados: factores de riesgo 185 (18.93%); mortalidad 2 (0.20%); morbilidad global 255 (26.10%) de la cual 172 (17.10%) fue debida a la técnica en sí misma y 83 (8.49%) a la agresión quirúrgica anestésica.

En el grupo de gerontes, se encontraron 70 veces factores de riesgo (53.43%) con una mortalidad de 1 (0.76%) y una morbilidad global de 34 casos (25.95%) correspondiendo 23 (17.55%) a factores locales y 11 (8.39%) a la agresión quirúrgica anestésica.

Discusión

En cuanto a la mortalidad:

De acuerdo con la serie estudiada la operación de hernia inguinal tiene una baja mortalidad (2.7%).

Comparando su incidencia en los dos grupos etarios estudiados, fue 4 veces mayor para los de 70 años o más. Su escasa frecuencia no permite sacar conclusiones de valor estadístico.

Sin embargo, las diferencias entre la incidencia de factores de riesgo generales entre los dos grupos sí tuvo significación estadística y fue 3 veces mayor para los de 70 años o más.

Lo que pone de manifiesto el estudio es que el riesgo de muerte al que expone la cirugía de la hernia inguinal de elección es bajo (2.7%).

Pudo demostrar que los factores de riesgo aumentan con la edad, es decir que el terreno empeora con ella y la diferencia es significativa desde el punto de vista estadístico para el grupo de mayores de 70 años.

Sin embargo no se pudo demostrar que ese empeoramiento del terreno esté relacionado con una mayor mortalidad en forma significativa estadísticamente.

En cuanto a la morbilidad

El grupo de mayores de 70 años presentó casi el triple de

Cirugía pleuropulmonar

Dres. Juan Chifflet y José Luis Martínez

Es un hecho aceptado que los riesgos de la cirugía pleuropulmonar aumentan con la edad, hecho que está en general más de acuerdo con la edad biológica que con la edad cronológica del paciente, lo que se explica por la disminución de las reservas funcionales. Analizaremos dos puntos: 1) Alteraciones fisiológicas, en especial del sector respiratorio en el viejo y 2) la cirugía de resección parenquimatosa.

Alteraciones fisiológicas

- A) De la pared. Existe en el viejo disminución de la fuerza muscular, resistencia y actividad, todo ello derivado de la disminución de las fibras musculares. Esto se pone en evidencia, por ejemplo, con la tos. Alteraciones regresivas del sector osteoarticular, que provocan tendencia a la flexión cérvico-dorsal con cifosis dorsal. Rigidez progresiva de las articulaciones. Estos tres factores explican la disminución de la elasticidad parietal en el viejo.
- B) Del pulmón. Con la edad, el pulmón pierde gran parte de su elasticidad por cambios en la elastina. Existe dilatación alveolar. Esto es el substratum del enfisema senil, con disminución de la capacidad retráctil pulmonar y aumento de la rigidez.

Está comprobado que el VEMS (Volumen espiratorio máximo en 1 segundo) disminuye a razón de 30 ml por año a partir de los 35-40 años. El VEMS importa mucho en

factores generales de riesgo (2.12) y locales (3.03) y en ambos casos la diferencia con el otro grupo etario es estadísticamente significativa. Pero pese a ello, la morbilidad global así como la local regional (por la técnica quirúrgica) como la general (por la agresión quirúrgico anestésica) se presentaron con igual frecuencia en ambos grupos.

Estos resultados que nos muestran una diferencia significativa en los factores de riesgo por un lado y la ausencia de ella entre los dos grupos en la incidencia de complicaciones por el otro, nos permiten decir que: los pacientes mayores de 70 años pese a tener un peor terreno, si se encuentran compensados en sus disfunciones y están correctamente preparados para la cirugía herniaria inguinal de elección no se ven expuestos a mayores riesgos de complicaciones que la población menor a esa edad.

Ello tal vez quede bien demostrado en el estudio de la población femenina, que no tuvo complicaciones por el acto quirúrgico anestésico en las mayores de 70 años pese al doble de factores de riesgo y las tuvo una vez y media menos por la agresión locoregional.

Parece válido concluir que la morbilidad tanto en lo local como en lo general no guardó relación directa con la edad ni con los factores de riesgo. Las complicaciones locales debidas a la reparación quirúrgica en sí misma o las generales por la agresión quirúrgico anestésica tienen una frecuencia propia aparentemente independiente de los factores predisponentes y que se sitúa en 25% global, 17% para las locales, y 8.5% para las generales.

vistas a la cirugía de resección y para evaluar la posibilidad de tos efectiva en el posoperatorio.

Está comprobada la disminución de la función de limpieza de la vía aérea con la edad y disminución de la actividad reflexógena de la vía aérea superior.

Cirugía de resección

La cirugía de la pared torácica y mediastinal puede ser realizada en el anciano sin mayores problemas. El problema se plantea cuando es necesaria la cirugía de resección pulmonar.

Diversas estadísticas demuestran que la mortalidad operatoria se triplica en pacientes mayores de 60 años y se multiplica por 5 en los mayores de 70 años.

La neumotectomía, según Faiad y Lamy, presenta una mortalidad de 50% en mayores de 70 años. En la lobectomía asciende a 18,6%.

Pero frente al neoplasma de pulmón la cirugía es el único tratamiento efectivo y por lo tanto debe intentarse, mejorando previamente todos los factores asociados que presentan estos enfermos.

Tórax agudo quirúrgico

La cirugía de urgencia en el geronte tiene una morbimortali-

dad 3 veces superior a la de coordinación. La evaluación del paciente en la urgencia queda supeditada al riesgo de vida.

Hay lesiones que deben ser resueltas siempre por la cirugía: rotura de diafragma con vísceras abdominales en el tórax, rotura tráqueo-brónquica, lesión vascular, etc.

El problema se plantea en las lesiones que admiten más de una posibilidad terapéutica.

Así por ejemplo, el volet costal o fracturas costales múltiples con respiración paradójica o tórax inestable.

Cuando hay además lesión intratorácica que obliga a la operación, al cerrar la toracotomía se debe estabilizar la parrilla costal. Cuando la lesión parietal es única, se debe evaluar la patología asociada y en primera instancia hacer tratamiento conservador, con buena analgesia, incluso con catéter peridural, mantener la vía aérea sin secreciones, con tos efectiva, fluidificantes de las secreciones, fisioterapia respiratoria.

En los casos en que es muy evidente la zona de movimiento paradójica, sobre todo en zonas laterales, se puede y debe hacer una estabilización del volet, cosa que puede hacerse con agrafes tipo Judet.

Índice

Introducción

Dr. Alberto Aguiar

Cirugía en geriatría (conceptos generales)

Dr. Alberto Sosa

Evaluación pre y posoperatoria

Dr. Oscar Facello

Aspectos anestesiológicos

Dr. Héctor Piriz

Cirugía de urgencia

Dres. Augusto Müller, Nelma Chevalier, Dolly Barreto, Víctor Hugo Davezac

Apendicitis aguda

Dres. Roque Guariglia, Rogelio Belloso, Fabio Crocci, Dante Pastro, Carlos Tarabochia

Patología parietal abdominal mecánica aguda

Dres. Fabio Crocci, Rogelio Belloso, Carlos Tarabochia, Dante Pastro, Martha Mauro

Úlcera gastroduodenal perforada

Dres. Humberto Viola, Dante Pastro, Carlos Tarabochia, Roque Guariglia, Carlos Olalde

Infarto intestino-mesentérico

Dres. Ana Mariño, Lucy Oliverly, Martha Mauro, Rogelio Belloso

Hemorragias digestivas altas

Dres. Enrique Folle, Siul Salisbury, Gonzalo Estapé, Gustavo Veirano

Patología biliar aguda. Colecistitis aguda

Dres. José Trostchansky, Aida Cresceri, Eduardo Pratto, Ademar Morales

Patología biliar aguda. Colangitis aguda

Dres. José Trostchansky, Aida Cresceri, Eduardo Pratto, Ademar Morales

Oclusión intestinal

Dres. César Armand Ugón, Miguel Cordero, Fernando Gutiérrez, Hilmer Bowley, Roberto Grezzi

Cirugía gastroduodenal

Dres. Humberto Viola, Dante Pastro, Carlos Tarabochia, Carlos Olalde

Cáncer de colon y recto

Dres. Gustavo dos Santos, Rodolfo Caballero, Jorge Bermúdez

Cirugía biliar

Dr. Nicolás Davidenko

Cirugía vascular

Dres. Daniel Corradi, Milton Mazza, Omar Rudnitzky, Fernando Sciutto, Raúl Blanco

Cirugía herniaria inguinal

Dres. José Pedro Perrier, Augusto Müller, Nelma Chevalier, Dolly Barreto, Víctor Davezac

Cirugía pleuropulmonar

Dres. Juan Chifflet, José Luis Martínez