

Morbilidad anestésica en cirugía de urgencia en el paciente geriátrico

Luis Enrique Soriano Jorge¹, Liuva Nercy Bueno Gomez², Bárbara Rosa Varona Alejo³, Yudanis Diaz Lopez⁴

1. Licenciado en Enfermería verticalizado en Anestesiología. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste No 305 entre Avenida Hospital y Calle 9. Reparto Sánchez Soto. Camagüey, Cuba. luisenrique@mad.cmw.sld.cu.
2. Licenciada en Enfermería verticalizada en Anestesiología. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste No 305 entre Avenida Hospital y Calle 9. Reparto Sánchez Soto. Camagüey, Cuba.
3. Licenciada en Enfermería. Diplomado en Unidad Quirúrgica. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste No 305 entre Avenida Hospital y Calle 9. Reparto Sánchez Soto. Camagüey, Cuba.
4. Licenciada en Enfermería. Diplomado en Unidad Quirúrgica. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste No 305 entre Avenida Hospital y Calle 9. Reparto Sánchez Soto. Camagüey, Cuba.

Resumen

Introducción: A medida que la población envejece, más pacientes geriátricos deben someterse a cirugías, bien sea electivas o urgentes. Dado que el envejecimiento es una experiencia única y personal, cada paciente que va ser sometido a cirugía debe abordarse de manera individual. Cuando se discute el procedimiento quirúrgico de un anciano, obviamente aparece la barrera cronológica y biológica. **Objetivo:** Determinar la morbilidad anestésica del paciente geriátrico propuesto para cirugía de urgencia. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la Unidad Quirúrgica de Urgencias del Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech, de Camagüey, entre octubre de 2016 y enero de 2017. El universo estuvo constituido por los pacientes mayores de 60 años que fueron intervenidos quirúrgicamente. Se aplicó el

análisis documental a las historias clínicas y hojas de anestesia confeccionadas al momento de la cirugía, de donde se recogieron los datos. **Resultados:** Las edades extremas fueron 60 y 92 años. El sexo masculino fue el más común. La clasificación ASA, mas frecuente fue la 3. La anestesia mas empleada, la general endotraqueal con 49. Las complicaciones intraoperatorias fueron también las cardiovasculares, entre ellas la taquicardia sinusal y otras arritmias. La mayoría de las complicaciones intraoperatorias se presentaron después de la primera hora. En el postoperatorio predominaron las náuseas, los vómitos y el dolor. **Conclusiones:** La edad no constituyó una limitación quirúrgica. Las complicaciones más frecuentes fueron las cardiovasculares; pero ninguna repercutió de forma significativa en los pacientes.

Palabras claves: cirugía de urgencia; anestesia; paciente geriátrico; complicaciones; morbilidad anestésica.

Introducción

El envejecimiento es un proceso fisiológico que transcurre a lo largo de la vida y la última fase del ciclo vital. En el pasado, se restó importancia a la situación que implicaba la vejez; sin embargo, se vio que cuando se resolvieron los problemas debilitadores de la enfermedad, incapacidad física y diversas situaciones sociales el paciente senil es capaz de incorporarse de manera activa a la sociedad.¹

En comparación a pacientes jóvenes, los adultos mayores tienen significativamente más morbimortalidad perioperatoria, especialmente en cirugías de urgencia,^{2,3} por lo que es prioritario establecer medidas estandarizadas de evaluación y manejo perioperatorios, como valoración preanestésica precoz y completa, monitorización estricta intra y postoperatoria de parámetros vitales y eventual postoperatorio inmediato en unidades de mayor complejidad.

La edad por sí misma no debiera ser considerada una contraindicación quirúrgica ni anestésica, ya que el mayor riesgo perioperatorio, está dado principalmente por las eventuales múltiples comorbilidades que el paciente presenta más que por su longevidad. En la evaluación de riesgo perioperatorio, una adecuada clasificación American Society of Anesthesiologists (ASA) es más determinante que la edad cronológica.⁴

Algunos factores de riesgo para el incremento de la morbilidad y mortalidad en el grupo de pacientes geriátricos sometidos a cirugía son: un índice ASA alto (ASA 3, 4, o 5); cirugía de urgencia o procedimientos extensos toraco-abdominales, o vasculares mayores; coexistencia de ciertas enfermedades (cardíacas, pulmonares, renales o diabetes mellitus), capacidad funcional igual o menor a 4 MET (equivalentes metabólicos) y, por último, cirugías de más de dos horas.⁵

En Cuba, el 15 % de la población tiene 60 años o más, es decir, alrededor de 1 millón 300 mil personas. Para el 2025 se pronostica que uno de cada cuatro cubanos tenga 60 años o más, teniendo en cuenta que la expectativa de vida de la isla es de 78 años en la mujer y 74 años en el hombre.⁶

En Camagüey, el anuario estadístico del 2013, recoge el dato de 140,369 personas con 60 y más años de edad, cifras que alerta en que algún momento de sus vidas, estas pueden ser intervenidas quirúrgicamente.⁷

Estas cifras pueden dar una idea del incremento de pacientes ancianos atendidos por enfermedades quirúrgicas para procedimientos mayores, tanto electivos como urgentes.⁸

Se acepta que a partir de la sexta década de la vida, debido al proceso de envejecimiento natural y las enfermedades coexistentes, disminuye la capacidad de reserva funcional de diversos órganos y sistemas del cuerpo humano, por lo que se espera un alto riesgo de complicaciones relacionado con los procedimientos anestésicos; influyen en esto además, el diagnóstico de la enfermedad que aqueja al paciente por el cual se va a intervenir quirúrgicamente.

La mortalidad general de una población quirúrgica se sitúa aproximadamente en 1:3 000 pacientes. Los estimados de mortalidad por causa anestésica han disminuidos de 6,3:10 000 a 0,5-1:10 000 en las estadísticas actuales más ampliadas.^{9,10}

Todo lo anterior ha condicionado que la anestesiología en el paciente geriátrico adquiera vital importancia. Esta temática no ha sido investigada en nuestra provincia, por lo que nos sentimos motivados a realizar la siguiente investigación, cuyo objetivo fue determinar la morbilidad anestésica del paciente geriátrico propuesto para cirugía de urgencia

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la Unidad Quirúrgica de Urgencias del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, de Camagüey, entre octubre de 2016 y enero de 2017.

El universo estuvo constituido por los pacientes mayores de 60 años que fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencias.

Se aplicó el análisis documental a las historias clínicas y hojas de anestesia confeccionadas al momento de la cirugía, de donde se recogieron los datos.

Se creó una base de datos en hojas de cálculo diseñadas en Microsoft Excel, para el análisis descriptivo de los mismos en tablas y gráficos.

Según la gravedad del paciente se tomó el consentimiento informado verbal para incorporarlo a la investigación.

Resultados

La edad de nuestros pacientes presentó una media de 68,65 años. Las edades extremas fueron 60 y 92 años. Como se puede apreciar en la tabla 1 prevaleció el sexo masculino con 87 pacientes (54 %).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo.

Sexo	Pacientes	%
Masculino	87	54
Femenino	75	46
Total	162	100

Fuente: Historia clínica.

Según la clasificación ASA (Tabla 2) predominó la 3 con 115 pacientes para un 71%, siguiéndole en orden de importancia la 2, con 33 pacientes (20,4%).

Tabla 2 Clasificación de los pacientes según escala ASA.

ASA	Pacientes	%
2	33	20,4
3	115	71
4	13	8
5	1	0,6

Total	162	100
--------------	------------	------------

Fuente: Historia clínica.

El tipo de anestesia más empleado fue la anestesia general orotraqueal en 80 pacientes (49,38%), siguiéndole analgesia espinal en 47 pacientes (29,01%), como se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución según técnica anestésica empleada.

Tipo	Pacientes	%
General orotraqueal	80	49,4
Analgesia espinal	47	29,0
General endovenoso	22	13,3
Local y sedacion	7	4,3
Bloqueo plexo	3	1,85
Analgesia peridural	2	1,2
Bloqueo femoral	1	0,6

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 4 se expresan las complicaciones presentadas por los enfermos. Las más frecuentes fueron la taquicardia sinusal y otras arritmias en 12 pacientes (7,40%) respectivamente. Es de destacar que no hubo fallecidos en esta serie.

Tabla 4 Complicaciones transoperatorias presentadas.

Complicaciones	Casos	%
Taquicardia sinusal	12	7,4
Otras arritmias	12	7,4
Hipertension arterial	9	5,6
Hipotension arterial	6	4,0
Bradicardia sinusal	1	0,6
Broncoespasmo	1	0,6

Fuente: Historia clínica.

Discusión

El manejo perioperatorio del anciano es diferente al de los pacientes jóvenes y típicamente más complejo; las condiciones médicas coexistentes son comunes y pueden incrementar marcadamente los riesgos asociados con la intervención quirúrgica. En nuestra investigación se pudo constatar, que los pacientes geriátricos prevalecieron por el promedio de edad calculado.

En su investigación en pacientes geriátricos, Fuentes y Jiménez¹¹, encontraron que el sexo femenino prevaleció, lo que no coincide con nuestro trabajo.

Luján et al¹², en su investigación, encontraron que el 58,1 % de sus pacientes estaban clasificados como ASA 2, lo que no coincide con la nuestra porque los pacientes de este estudio fueron operados de urgencias en las cuales se observan con mayor frecuencia clasificaciones ASA 3. La clasificación del estado físico de la ASA, es un indicador de gran valor ya que junto al tipo de intervención y su magnitud permiten establecer el riesgo quirúrgico-anestésico.¹³⁻¹⁵

La mayoría de los datos sugieren que existe poca o ninguna diferencia en el pronóstico entre la anestesia regional y la general en ancianos. Estos resultados se han obtenido en muchos tipos de cirugía, incluidos los procedimientos mayores vasculares y traumatológicos.¹⁶⁻¹⁸

El uso de la anestesia regional no parece reducir la incidencia de disfunción cognitiva postoperatoria en comparación con la anestesia general.¹⁹ Sin embargo, los efectos específicos de la anestesia regional pueden proporcionar algún beneficio.²⁰⁻²²

En primer lugar, esta modalidad afecta al sistema de coagulación al impedir la inhibición postoperatoria de la fibrinólisis. Puede producirse trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en el 2,5% de los pacientes tras ciertos procedimientos de alto riesgo. La anestesia regional puede reducir la incidencia de trombosis profunda.²³ Las complicaciones cardíacas fueron las de mayor incidencia.

Conclusiones

- La edad no constituyó una limitación quirúrgica.
- Las complicaciones más frecuentes fueron las cardiovasculares, pero ninguna repercutió de forma significativa en los pacientes.

- El sexo más afectado fue el masculino.
- La clasificación ASA que más incidió fue la 3.
- La anestesia general orotraqueal se empleó con mayor frecuencia.

Referencias bibliográficas

1. Vásquez Márquez I, Castellanos Olivares A. Anestesia en el anciano. Rev Mex Anest [Internet]. 2011 [citado 2012 Ene 12];34(Supl 1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111au.pdf>.
2. Li G, Warner M, Lang BH, Huang L, Sun LS. Epidemiology of anesthesia-related mortality in the United States, 1999-2005. Anesthesiology 2009;110:759-65.
3. Griffiths R, Beech F, Brown A, Dhesi J, Foo I, Goodall J, et al. Peri-operative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia 2014;69 Suppl 1:81-98.
4. Miller RD. Anestesia. 8va ed. Barcelona: Elsevier/Saunders; 2016.
5. Gómez JF, Curcio C. Valoración integral de la salud del anciano. 2da ed. México: Tizán; 2012.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP. Estadísticas. La Habana: MINSAP; 2014.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud Anuario estadístico de salud 2013. La Habana: MINSAP; 2014.
8. Soberón Varela I, de la Concepción de la Peña AH, Hernández Varea JA. Colectectomía videolaparoscópica en ancianos para prevenir la urgencia. Rev Cubana Cir [Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Feb 23]; 51(1): 46-58. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000100006&lng=es.
9. Cotes M. Anestesia en el envejecimiento [Internet]. 2011 [citado 2016 Feb 23]. Disponible en: <http://provipque.blogspot.com/2011/01/anestesia-en-el-envejeciente-dr.html>.
10. Lama J. Valoración pre, intra y post operatoria en el adulto mayor. En: Principios de geriatría y gerontología. La Habana: Félix Varela; 2003. p. 93-7.

11. Fuentes VE, Jiménez PR. Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años. Rev Cubana cir 2000; 39 (1): 15-27.
12. Luján JA, Sánchez Bueno F, Parrilla P, Robles R, Torralba JA, González Costea R. Laparoscopic vs open cholecystectomy in patients aged 65 and older. Surg Laparosc Endos 1998;8(3):208-10.
13. Del Campo Abad R, Mederos Curbelo ON, Da Costa Fernández JM, Castillo Aguilera MÁ. Colectomía con anestesia local como recurso en el paciente anciano. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Feb 23]; 50(1): 96-101. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100008&lng=es.
14. Pérez Lara FJ, de Luna Díaz R, Moreno Ruiz J, Suescun García R, del Rey Moreno A, Hernández Carmona J, Oliva Muñoz H. Colectomía laparoscópica en pacientes mayores de 70 años: nuestra experiencia en 176 casos. Rev Esp Enferm Dig. 2006; 98 (1): 20-6.
15. Bueno Lledó J, Serralta Serra A, I Planells Roig M, Rodero Rodero D. Colectomía laparoscópica en el paciente anciano. Cir Esp 2002;72(4):205-9.
16. Torres A. Morbimortalidad anestésica en un hospital general. Rev Esp Anestesiología Reanim. 1993;40(2):61-8.
17. Bonal JA, Martí JL, Ibáñez MT. Cambios fisiológicos en el anciano. Fisiología aplicada a la anestesiología. FEEA. 2005;39:879-92.
18. Lauven PM. Perioperative morbidity morbidity and mortality of geriatric patient. A retrospective study of 39053 cases. Anaesth Intensive Therap Notfallmed 2006;25(suppl 1):3-9.
19. Castillo L, Peñate Y, Galloso GL, Jordán A, Alonso N, Cabrera J. Cirugía abdominal de urgencia en la tercera edad. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Rev Med Electrónica [Internet]. 2017 Feb [citado 2012 Ene 31];31(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168442009000100003&lng=es.
20. Eli P, Yaniv K, Halachmi S, Soundry M, Zinman J, Yats Y, Barak M. Los pacientes mayores de 80 años sometidos a cirugía ortopédica o urológica: un estudio

prospectivo de enfoque en la morbilidad y mortalidad perioperatorio. Gerontología. 2011;23:55-63.

21. Fernández H, Pozo JA, Correa M. Comportamiento de la dosis intradural de fentanil en el paciente geriátrico. Rev Cubana Anest [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Ene 31];8(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172667182009000100003&lng=es.
22. González E, Águila PC, Pérez RA, Nieto CG, González N, Ramírez M. Calidad en la anestesia espinal con bupivacaína más fentanyl para pacientes con fractura intertrocanterica de cadera. Rev Cubana Anest [Internet]. 2009 [citado 1012 Sep 27];8(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17267182009000200003ng=es.
23. Granados SO. Manual de Anestesia en el paciente geriátrico. México. 2006. Preparación preoperatoria [Internet] 2006 [citado 2016 Dic 2]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_003.html.