

Cirugía ambulatoria en pacientes mayores de 65 años: nuestra experiencia

Arribas del Amo, D.; Jiménez Bernadó, A.; Escartín Arias, A.; Lagunas Lostao, E.; Núñez Royo, E. y González González, M.

Servicio de Cirugía General «B». Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este trabajo es valorar los resultados alcanzados en pacientes mayores de 65 años en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

MATERIAL Y MÉTODOS: Fueron intervenidos 190 pacientes con edad superior a 65 años (71,05% varones, 28,95% mujeres; 24,74% ASA I, 63,68% ASA II, 11,58% ASA III). Diagnóstico más frecuente: hernias de la pared abdominal 59 casos, patología testicular 29, catarata 23, tumoraciones de partes blandas y patología ósea 20. Tipos de anestesia más frecuentemente realizados: local con sedación en 75 ocasiones, intradural en 59, retrobulbar en 23 y general en 21.

RESULTADOS: No se registraron mortalidad ni complicaciones postoperatorias mayores. La incidencia de complicaciones menores en el primer mes postoperatorio fue del 11,17%, siendo las más frecuentes la retención urinaria (5) y complicaciones en relación a la herida operatoria (9), sin observar relación entre riesgo anestésico, tipo de anestesia practicado o tipo de cirugía realizada y la aparición de complicaciones. 181 pacientes fueron dados de alta y siete precisaron hospitalización.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados avalan a la cirugía ambulatoria como una alternativa segura en el tratamiento de muchas patologías en el paciente anciano.

Palabras clave

Cirugía ambulatoria. Criterios de selección. Paciente anciano. Morbilidad postoperatoria.

Ambulatory surgery in elderly patients: our experience

SUMMARY

INTRODUCTION: Our objective is to value the results reached in elderly patients in the Ambulatory Surgery Unit of the Hospital Clínico Universitario of Zaragoza.

Correspondencia: Dra. D. Arribas del Amo. Lasierra Purroy 118 - 4º E. 50007 Zaragoza.

Recibido el 23-1-98; aceptado el 19-2-99.

MATERIAL AND METHODS: They were operated on 190 patient older than 65 years (71.05% male, 28.95% female; ASA I 24.74%, ASA II 63.68%, ASA III 11.58%). The most frequent diagnosis were: hernias of the abdominal wall 59 cases, testicle pathology 29, cataract 23, soft tissues tumours and bone pathology 20. Types of anesthesia frequently performed: local with sedation in 75 occasions, intradural in 59, retrobulbar in 23 and general in 21.

RESULTS: It is not registered mortality neither major postoperative complications. The morbility rate in the first postoperative month was 11.17%, being the most frequent complications urinary retention (5) and wound complications (9), without observing relationship among anaesthetic risk, type of anesthesia or surgery, 181 patients were discharged and 7 were hospitalized.

CONCLUSIONS: Our results confirm ambulatory surgery as a safe alternative in the treatment of many pathologies in the elderly patient.

Key words

Ambulatory surgery. Selection criteria. Elderly patient. Postoperative morbility.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional que se está produciendo en el mundo occidental supone un aumento del porcentaje de pacientes incluidos dentro de la llamada tercera edad (personas de más de 65 años de edad, tomando la definición de «elderly/aged person» del Index Medicus). Como es lógico esta población incrementa año tras año la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad que precise intervención quirúrgica (1). La concurrencia de patología médica asociada implica en muchos casos un mayor riesgo de que estos pacientes presenten complicaciones postoperatorias (2).

La cirugía ambulatoria, que aporta grandes ventajas económicas y sociales (entre estas últimas, un menor trastorno en la vida de los pacientes con una rápida vuelta al entorno familiar) (3, 4), está obteniendo excelentes resultados en todo el mundo y muestra una clara tendencia a ampliar sus criterios de selección (5-7). Esta tendencia se centra en la inclusión de procedimientos más agre-

TABLA I. Criterios de selección de la UCMA del HCU de Zaragoza.

<i>1. De los procedimientos.</i>
Nunca urgentes.
Mínimo riesgo hemorrágico.
Duración < 90 minutos.
No se abren cavidades (excepto procedimientos endoscópicos).
Dolor controlable con analgesia oral.
<i>2. Se incluyen enfermos ASA I, II y III estables.</i>
<i>3. Se excluyen.</i>
HTA en tratamiento con más de un fármaco.
DMID.
EPOC que precisen anestesia general.
Sobrepeso > 30%.
Pacientes psiquiátricos o drogadictos.
Pacientes anticoagulados o con trastornos de la coagulación.
<i>4. Factores sociales.</i>
Domicilio a más de una hora de la Unidad.
Acompañante responsable.
Teléfono en el domicilio.
Aceptación voluntaria.
<i>5. Factores psicológicos.</i>
Poco nervioso.
No consumo habitual de ansiolíticos.

sivos y en la selección de enfermos en las edades extremas de la vida y con mayor riesgo quirúrgico.

La práctica de la cirugía ambulatoria en pacientes de edad avanzada y de mayor riesgo quirúrgico precisa por tanto una valoración de los resultados (morbilidad, admissions hospitalarias inesperadas) (8). Este es el objetivo del trabajo que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde abril de 1995 y durante un período de 18 meses fueron seleccionados mil pacientes para su intervención en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Clínico Universitario (HCU) de Zaragoza. Dicha

TABLA II. Distribución de los pacientes según edad y especialidad quirúrgica.

Especialidad	Edad media	Rango
Cirugía general	71	66-83
Oftalmología	71	66-83
ORL	70	66-76
Traumatología	71	66-81
Urología	72	66-85
Vascular	78	

TABLA III. Diagnósticos

<i>Cirugía general</i>		
Hernias pared abdominal	59	
Proctología (hemorroides fístula físsula)	4	
Partes blandas (lipoma q epidermoide)	20	
<i>Oftalmología</i>		
Catarata unilateral	23	
<i>ORL</i>		
Microcirugía laríngea	4	
<i>Traumatología</i>		
Patología ósea (RMO, hallux valgus, exóstosis)	20	
Patología fascias/tendones (tunel carpiano, Dupuytren)	9	
Tumoraciones	1	
<i>Urología</i>		
Patología testicular (hidrocele, quistes epidídimo)	29	
Patología vesical (tumores, biopsias)	6	
Patología pene/uretra (incurvación, hipospadias, estenosis)	11	
Patología prostática	3	
<i>Vascular</i>		
Varices	1	

unidad es de tipo integrado y multidisciplinario con participación de los Servicios de Cirugía General, Cirugía Vascular, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Urología. Los criterios de selección y exclusión se recogen en la tabla I.

Se ha realizado un estudio retrospectivo basado en las fichas informáticas de cada paciente. Las fichas se abrían en el momento del ingreso y se cerraban a los 30 días de la intervención quirúrgica. El tratamiento estadístico (descriptivo) de los datos se ha realizado con ayuda del programa Stat View 4.1 Abacus Concepts Inc. 1992-1994 Berkeley-California. Del total de pacientes, 340 fueron mujeres (34%) y 660 varones (66%), con una edad media de 47 años (rango 12-85). Utilizando la edad como variable discriminativa se establecieron dos grupos de enfermos: grupo 1, compuesto por 810 pacientes con edad igual o inferior a 65 años y grupo 2, compuesto por 190 pacientes con una edad superior a 65 años.

En el grupo de más de 65 años la edad media fue 71 años (rango 66-85 años) y la distribución por sexos fue: varones 135 (71,05%) y mujeres 55 (28,95%). La distribución por especialidades quirúrgicas fue la siguiente: cirugía general 83 casos, urología 49, traumatología 30, oftalmología 23, otorrinolaringología, 4 cirugía vascular 1. En la tabla II se refleja la edad media de los pacientes intervenidos en cada una de las especialidades quirúrgicas. Los diagnósticos más frecuentes se describen en la tabla III. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados pueden observarse en la figura 1. La distribución de los pacientes mayores de 65 años según el riesgo anestésico fue: ASA I 47 (24,74%), ASA II 121 (63,68%) y

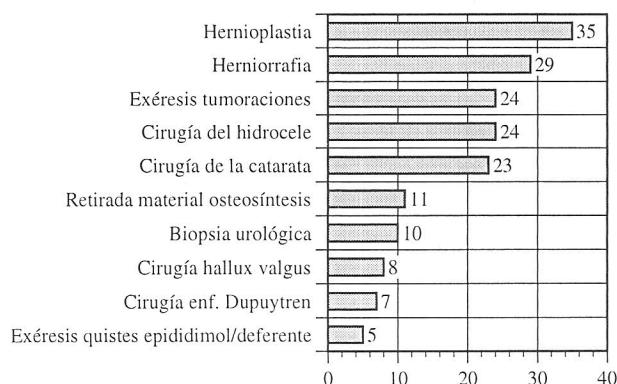


Figura 1. Técnicas quirúrgicas

ASA III 22 (11,58%). La distribución por riesgo anestésico y las técnicas anestésicas realizadas así como su distribución por especialidades pueden contemplarse en la tabla IV.

Se llevó a cabo una premedicación estándar con 50 mg de ranitidina y 4 mg de ondansetron en el 95% de los pacientes, de 30 a 60 minutos antes de comienzo de la intervención. La profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa con heparina de bajo peso molecular (3%) y la profilaxis antibiótica (20%) se dejaron al criterio particular de cada cirujano, dadas las distintas especialidades participantes y las diferentes técnicas quirúrgicas practicadas.

RESULTADOS

De las 190 intervenciones programadas, dos (1,1%) no pudieron ser llevadas a cabo. No hubo mortalidad alguna entre los pacientes intervenidos. No se registró, asimismo,

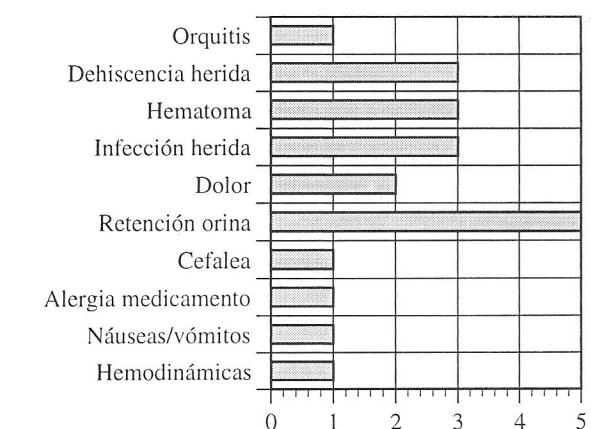


Figura 2. Complicaciones postoperatorias

ninguna complicación mayor. Tres pacientes sufrieron alguna complicación intraoperatoria: dos casos de fracaso de la anestesia local, que precisaron reconversión a anestesia general, dos casos de cirugía más compleja de lo inicialmente previsto y un caso de fibrilación auricular. Un total de 21 pacientes (11,17%) desarrollaron complicaciones postoperatorias menores, considerando el período de 30 días después de la intervención (fig. 2). La distribución de las complicaciones postoperatorias en las distintas especialidades quirúrgicas puede verse en la tabla V, sin hallar diferencias entre las distintas especialidades quirúrgicas ($p=0,6803$).

Un total de cuatro pacientes (2,1%) no reunieron los criterios de alta de la Unidad y tuvieron que ser hospitalizados y 3 (1,57%) tuvieron que reincorporarse tras el alta por alguna complicación. Las causas que motivaron ambos tipos de ingreso fueron: retención urinaria (2), hemorragia

TABLA IV. Distribución de los pacientes según riesgo anestésico y técnica anestésica y especialidad.

Especialidad	ASA I	ASA II	ASA III
Cirugía general	20 (24,1%)	53 (63,85%)	10 (12,05%)
Oftalmología	5 (21,74%)	14 (60,87%)	4 (17,39%)
ORL	3 (75%)	1 (25%)	
Traumatología	2 (6,67%)	25 (83,33%)	3 (10%)
Urología	17 (34,7%)	27 (55,1%)	5 (10,2%)
Vascular		1 (100%)	
Técnica	Total	Cirugía	Oftalmolog.
Local+seda.	75	35	
Epidural	1	1	
Intradural	59	35	
General	21	11	4
Regional	7		5
Plexos	2		1
Retrobulbar	23		7
			2
			23

TABLA V. Distribución de complicaciones postoperatorias según especialidad

<i>Cirugía</i>	
Total complicaciones	13 (15,85%)
Retención orina	5
Infección herida	3
Dolor	1
Nauseas/vómitos	1
Alergia medicamento	1
Hematoma	1
Dehiscencia herida	1
<i>Oftalmología</i>	
Total complicaciones	4 (17,39%)
Hemodinámicas	1
Retardo cicatrización/dehiscencia	2
Cefalea	1
<i>ORL</i>	
Total complicaciones	0
<i>Traumatología</i>	
Total complicaciones	1 (3,33%)
Dolor	1
<i>Urología</i>	
Total complicaciones	3 (6,25%)
Orquitis	1
Hematoma	2
<i>Vascular</i>	
Total complicaciones	0

de la herida operatoria (1), mareo (1), dehiscencia de la herida (1), causas sociales (1) y recomendación anestésica por antecedentes de angor del enfermo (1). La distribución por especialidad quirúrgica de los pacientes que precisaron hospitalización fue: cirugía general, cinco, urología uno, oftalmología, uno y por riesgo anestésico: ASA II seis y ASA III, uno.

DISCUSIÓN

Las intervenciones quirúrgicas realizadas en régimen ambulatorio se incrementan día a día en todas las especialidades con objetivos de índole social y económico, como son beneficiar al paciente de un rápido retorno al medio familiar, minimizar la probabilidad de aparición de complicaciones de carácter infeccioso y reducir los costes sanitarios (9), sin que por ello se deteriore la calidad asistencial (10).

La adquisición de mayor experiencia en las unidades de cirugía ambulatoria y la presión que los cirujanos y anestesiólogos están sufriendo para aumentar su actividad en este tipo de cirugía, han llevado a seleccionar pacientes de edad más avanzada o con peor estado general. Esta ampliación en los criterios de selección de pacientes ha supuesto un mayor número de complicaciones y un incremento del índice de ingresos hospitalarios en algunas experiencias (10). Verco et al (11) piensan que un excesi-

vo deterioro de estos importantes indicadores de calidad en cirugía ambulatoria podrían frenar su expansión por un efecto negativo sobre los pacientes y el personal sanitario. Por tanto es de una gran importancia valorar la influencia que factores como la edad podrían tener en los resultados que presentan las unidades de cirugía de día, no sólo por el posible empeoramiento que podrían causar sobre los indicadores, sino también porque, en caso de no existir influencia alguna, la población de mayor edad se vería beneficiada de una modalidad de asistencia muy bien aceptada por los pacientes.

La probabilidad de que un paciente de edad avanzada, que precise una operación, tenga asociadas enfermedades cardiovasculares, respiratorias o diabetes, es lógicamente más alta que en la población más joven. Pese a ello, los servicios de Anestesiología del mundo occidental están de acuerdo en aceptar para cirugía ambulatoria pacientes hipertensos diabéticos que no precisen insulina y enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que no vayan a necesitar anestesia general. En nuestra serie la mayor parte de los pacientes (63,68%) fueron clasificados como ASA II pero un porcentaje no desdeneable de casos (11,58%) fueron incluidos en el grupo ASA III.

El número de complicaciones intraoperatorias que acontecieron fue bajo, resolviéndose con facilidad. La mortalidad y las complicaciones postoperatorias mayores fueron nulas en la Unidad. Esta circunstancia es constante en cirugía ambulatoria. Warner y cols. (8), analizando una amplia casuística, encontraban dentro de los 30 primeros días del postoperatorio una mortalidad de un enfermo por cada 11.273 y una morbilidad mayor (infarto de miocardio, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia respiratoria grave) de un enfermo por cada 1.455. El porcentaje de complicaciones postoperatorias menores es similar al de otras series de nuestro entorno (10), siendo la más frecuente la retención urinaria. En dos ocasiones la retención urinaria condicionó en los enfermos de mayor edad un ingreso hospitalario inesperado. Esta complicación, aun considerando que los pacientes ancianos presentan con frecuencia síndrome prostático (2), se ha producido en la mayor parte de los casos en relación a la práctica de una anestesia intradural. Son muchas las referencias existentes sobre la importancia de la técnica anestésica empleada en cirugía ambulatoria para conseguir recuperaciones postoperatorias rápidas y sin complicaciones (5, 11-14) proporcionando un buen control del dolor postoperatorio. En los pacientes ancianos, en los que las complicaciones cardiovasculares, pulmonares y urinarias son más frecuentes, la técnica anestésica empleada tiene gran importancia. La anestesia local raramente se asocia a complicaciones mayores, mientras que la anestesia raquídea suele asociarse a la aparición de retención urinaria, especialmente en pacientes con antecedentes de síndrome prostático.

En el control de calidad de las unidades de cirugía ambulatoria, además de la morbilidad, deben valorarse el porcentaje de pacientes que no pueden darse de alta y

la tasa de readmisiones. Se admite como aceptable un porcentaje de pacientes no dados de alta entre el 1 y el 4%, debiendo ser el de readmisiones tan bajo como sea posible (15). En esta serie dichos valores se situaban en el 2,1 y 1,57% respectivamente, lo que nos permitiría calificarlos como satisfactorios.

En conclusión, los resultados obtenidos avalan a la cirugía ambulatoria como una alternativa segura en el tratamiento de muchas patologías en el paciente anciano, siempre que se lleve a cabo una exquisita selección previa a su inclusión en el programa y se opte dentro de lo posible por técnicas anestésicas locorregionales que se asocian con una rápida recuperación y pocas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walsh TH. Audit of outcome of major surgery in the elderly. *Br J Surg* 1996;83:92-7.
2. Gianetta E, de Cian F, Cuneo S, Friedman D, Vitle B, Marinari G, Gaschieri G, Camerini G. Hernia repair in elderly patients. *Br J Surg* 1997;84:983-5.
3. Sampietro A, Vaquerizo A, Fernández A, Fernández J, Zazo A, Álvarez F, Gómez A. Cirugía mayor ambulatoria en Urología: nuestra experiencia. *Arch Esp Urol* 1995;48(4):343-6.
4. Briggs TP, Anson KM, Jones A, Coker BJ, Miller RA. Urological day case surgery in elderly and medically unfit patients using sedoanalgesia: what are the limits? *Br J Urol* 1995;75:708-11.
5. Gold BS, Kitz DS, Lecky JH, Neuhaus JM. Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. *JAMA* 1989;262:3008-10.
6. Clark SK, Grieve JP, Jarret PEM. Exclusion from day surgery: a 1-year clinical audit. *Br J Surg* 1996;83:1384-5.
7. Wetchler BJ. A quarter century of accepting the challenges while avoiding the pitfalls of ambulatory surgery. *Ambulatory Surg* 1997;5:101-4.
8. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA* 1993;270:1437-41.
9. De Pedro J, Suárez A, García G, Cuberes R, Fernández R, Balibrea JL. Cirugía de la hernia en un programa de cirugía ambulatoria. *Cir Esp* 1997;62:115-9.
10. Marsal F, Giner M. Evolución de los criterios de selección en un programa de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 1995;57(5):452-6.
11. Verco AM, Ratne V, Robins DW. Unplanned admissions in day surgery. *Ambulatory Surg* 1996;4:99-102.
12. Marshall SI, Chung F. Discharge following ambulatory surgery. *Ambulatory Surg* 1997;5:3-8.
13. Hardman DTA, Patel MI, Yiing D, Warden JC. The unplanned admission: a review of the day surgery experience. *Ambulatory Surg* 1997;5:21-4.
14. Carroll PH, Ogg TW, Watson B, Hitchcock M, Pickworth T, Andrade J, Jeevaratnam RD. The safety, efficacy and recovery characteristics of desflurane versus propofol for anaesthesia in an older day surgery population. *Ambulatory Surg* 1997;5:85-92.
15. Alcalde Bezhold G, Alfonso Farnós MI. Implantación de un programa de calidad en cirugía mayor ambulatoria. En: Guía para la planificación y desarrollo de un programa de cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Ediciones Ergón SA; 1997. p. 221-3.

INFORMACIONES DE ESPAÑA

IX Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia

Madrid, 21 y 22 de mayo de 1999

Lugar de celebración: Colegio Oficial de Médicos. Santa Isabel, 51. Madrid.

Tema: Atención al anciano.

Información: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Embajadores, 106-1º D. 28012 Madrid. Tel. y fax: 91 473 51 33. E-mail: smmfyc@medynet.com.

Creación de la Asociación Nacional de Residentes de Geriatría

En el mes de octubre de 1998 se constituyó, en el seno de la II Reunión Nacional de Residentes de Geriatría, la Asociación Nacional de Residentes de Geriatría (ANRG), con sede social provisional en el Hospital Virgen del Valle (Carretera de Cobisa s/n, 45071 Toledo) y Junta Directiva igualmente provisional dirigida por los doctores Juan Antonio Avellana Zaragoza, del Servicio de Geriatría del Hospital Virgen del Valle (Presidente) y Eva López Álvarez, del Servicio de Geriatría del Hospital Monte Naranco de Oviedo (Vicepresidente).

Los fines de la asociación se consideran los siguientes:

1. Colaborar con organismos nacionales y regionales en la promoción de las acciones y sistemas necesarios para garantizar la adecuada formación especializada en Geriatría.

2. Colaborar en la promoción de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

3. Velar por los intereses profesionales de los Geriatras en Formación, intentando evitar el intrusismo profesional.

4. Fomentar la realización de investigaciones clínicas, biológicas y sociales, que permitan avanzar en el conocimiento relativo al proceso de envejecimiento humano, y de aquellos problemas relacionados con la vejez, de acuerdo con las normas de los organismos nacionales (Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología) y supranacionales de la especialidad (OMS, Asociación Internacional de Gerontología, Sección de Geriatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas).

Inicialmente destinada de modo exclusivo a Médicos Internos Residentes de la Especialidad, en su primera asamblea general se decidió, en función del carácter temporal de esta situación profesional, y a fin de propiciar su continuidad y una evolución efectiva hacia los objetivos propuestos, la inclusión en la misma de aquellos especialistas en Geriatría interesados en ellos.

Dada la coincidencia de intereses con los expresados por la SEGG, se ha solicitado la inclusión como grupo de esta Asociación dentro de esta última Sociedad, con el deseo de colaborar en lo posible en el desarrollo de una especialidad, y de un sistema de servicios adecuadamente diseñado, destinado a la población que es objeto de nuestra atención.

Las personas interesadas pueden dirigirse a la dirección anteriormente indicada en busca de una mayor información.