
Manejo del Paciente Anciano con Abdomen Agudo Quirúrgico Espontáneo

"Consideraciones y Recomendaciones Prácticas"

Dr. Alejandro Membreño, F.A.C.S., M.S.L.L.A.C.*

ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

El término "abdomen agudo" significa esencialmente que un paciente cualquiera consulta a un médico ante todo por "dolor abdominal" de inicio y evolución agudo(a) y que ese médico que lo examina encuentra, además, signología abdominal que parece "orientar" a/o hace pensar en una verdadera "irritación peritoneal" y, por lo tanto, a una "peritonitis aguda". Este cuadro clínico puede ser "evidente, sospechoso o dudoso" para el médico consultando y, a la vez, él lo catalogará como "médico o quirúrgico" según la etiología más probable, evidente o sospechada. Sí termina por decir que es quirúrgico —es decir: que podría necesitar cirugía en el curso de su manejo— deberá también decir si es "traumático o no traumático". Este último tipo de abdomen agudo quirúrgico es el que nos interesa y al que yo llamo "espontáneo".

Ahora bien, la manera como se presentan ante un médico los pacientes ancianos con este especial cuadro clínico agudo quirúrgico, así como el tipo de manejo que nosotros instituyamos, nos permiten clasificar etiológicamente —en forma práctica y en ellos— al llamado abdomen agudo quirúrgico espontáneo "verdadero", en 3 grupos (Tabla No.1); clasificación

TABLA N 1

CLASIFICACIÓN CLINICO-ETIOLOGICA DEL VERDADERO ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO ESPONTÁNEO (+)

A) LAS VERDADERAS "EMERGENCIAS":

- 1) Aneurisma Aórtico Abdominal Roto
- 2) Rotura de Bazo o Hígado

MI LOS CASOS "URGENTES":

- 3) Ileos Intestinales Mecánicos y Vasculares
- 4) Perforación (es) Libre(s) de Vísceras Huecas
- 5) Ciertos Procesos Inflamatorios Agudos LA.
- 6) Rotura a la Cavidad Peritoneal de Abscesos de Hígado, Páncreas, Bazo o Trompa Uterina
- 7) Rotura a la Cavidad Peritoneal de Hematoma o Absceso Retro peritoneales
- 8) Rotura a la Cavidad Peritoneal de la Vejiga
- 9) Quiste de Ovario Retorcido

Q LOS CASOS "CONTROVERSIALES":

- 10) Colecistitis Aguda no Complicada
- 11) Plastrón Apendicular con o sin Absceso
- 12) Sub-Oclusión Intestinal no Complicada
- 13) Diverticulitis Aguda del Colon no Complicada
- 14) Pelviperitonitis Ginecológica Aguda
- 15) Pancreatitis Aguda Hemorrágica y/o Necrotizante
- 16) Absceso Retroperitoneal no roto

(+) Personal del Autor y en/o para "ANCIANOS"

que fácilmente nos dará una visión panorámica y rápida de cada caso, así como también nos permitirá rápidamente decir si determinado paciente es una "verdadera emergencia" o un "caso urgente", en vez de ser "controversial", lo cual a la vez, nos ayudará a tomar una decisión correcta —valga la redundancia— rápidamente. Conviene en este momento aclarar qué significa "emergencia", para diferenciarlo de lo que es una "urgencia" y, a la vez, así entender qué se quiere decir por "controversial". Los dos primeros términos implican una intervención quirúrgica rápida y/o temprana, con la diferencia de que el primero conlleva un alto riesgo de muerte para los pacientes si la operación no se realiza lo más pronto posible, en vista de que lo esencial en estos casos es el "evidente hemoperitoneo masivo" que se produce bruscamente y que, a la vez, provoca un franco choque hipovolemico; mientras que el segundo permite, casi siempre, un margen prudencial de tiempo para estudios y/o preparación de los pacientes, antes de llevarlos al quirófano, ya que en ellos el factor básico fisiológico es la "evidente peritonitis aguda" y no el sangrado, si es que lo hay. El tercer término significa que el caso puede ser manejado desde el comienzo en la mayoría de las ocasiones— en forma no quirúrgica o terminar siendo operado —en otras— al fallar el manejo médico conservador. Estos dos últimos grupos son los que nos interesan y, por lo tanto, los que se discutirán y/o analizarán ampliamente en este artículo.

Por otro lado, conviene aclarar que se entiende por "anciano" o por "paciente viejo", de "edad avanzada" o de la "tercera edad". La realidad es que las palabras anciano(a) y viejo(a) son sinónimas, ya que ambas significan sencillamente —según el Diccionario Enciclopédico Espasa—...."persona que tiene muchos años de vida o vivir", lo que equivale a decir:...."persona de edad avanzada". Ahora bien, el último término es más conflictivo y/o controversial puesto que nadie ha logrado todavía definirlo con precisión y/o exactitud y porque, además, incluye todos esos otros términos así como otro que todavía no he mencionado —talvez a propósito— y que es:...."senil". La definición clásica de este otro especial término —según la misma fuente bibliográfica— es la de :"joven vieja(o) mejor:.... "vieja(o)" prematura(o), por ser menor de 55 o 60 años"....basándose en que también se dice o se ha dicho por mucho tiempo y popularmente que la "edad de la vejez" comienza a los 55 años en las mujeres y a los 60 en los hombres. De tal manera que si una mujer o un

hombre se ve o se siente vieja o) antes de esas edades —generalmente por arterio esclerosis avanzada será considerada (o) como "senil" y se dirá que padece de "senilidad", es decir: "vejez prematura". Empero, mejor se habla actualmente de "expectancia de vida", como parámetro de salud y/o desarrollo, lo cual sería esencialmente similar a la "edad biológica" —es decir: "duración de la vida del hombre y la mujer", siempre según la mencionada fuente bibliográfica y, por lo tanto, aquellas personas que pasan de esas edades— es decir: mayores de 55/75 años, según el país— constituyen el grupo de hombres y mujeres que se encuentran en la "tercera edad" pero, a la vez, porque tienen muchos años también se les llama simplemente viejos o ancianos. En Honduras, la expectativa de vida actualmente es de 60 años para los hombres y de 65 para las mujeres. Por otro lado, también se ha dicho.... que la "edad senil" no es más que la "edad de la degeneración biológica del ser humano" y que ésta, generalmente coincide con el inicio del llamado "envejecimiento" o con lo que se conoce popularmente como "envejecer", lo cual significaría que —al final de cuentas— el término "senil" podría usarse también y a la vez en mayor o menor grado, para cualquier persona que sea simplemente vieja o anciana o de la tercera edad.

¿Por qué es importante aclarar todos estos conceptos o términos ? Sencillamente porque al evaluar a un paciente cualquiera mayor de 55 o 75 años —como para catalogarlo como anciano(a) o viejo(a) o en/de la tercera edad, según el término que se prefiera usar— debemos comprender que reaccionará mas o menos bien, casi como un joven adulto, ante la injuria producida por cualquiera de las patologías abdominales enumeradas en la Tabla No. 1 como posibles causas del llamado "abdomen agudo quirúrgico espontáneo", si su estado o condición biológica es aceptable —sin importar si tiene solo 56 años o, por el contrario, tiene 76 o más— y, por lo tanto, no lo cataloguemos todavía como "senil"; pero, por el contrario, si ya lo encontramos con varios o muchos cambios biológicos degenerativos propios de la "senilidad", reaccionará mal o peor ante la misma injuria. La llamada "edad senil" es, por lo tanto, la clave en el manejo y/o pronóstico de estos especiales pacientes —llamémosles ancianos, viejos o de la tercera edad— cuando se presentan ante nosotros con el cuadro clínico de un abdomen agudo quirúrgico espontáneo, cualquiera que sea su etiología.

Por supuesto que, también aquí entra en juego la capacidad clínica del médico consultado en lo que a diagnóstico certero rápido y/o temprano se refiere, como un factor primordial en el éxito del manejo de estos pacientes. Para ello, solo tenemos que aprender a utilizar con "lógica razonable" los datos clínicos anotados¹ en la Tabla No.2, en relación al diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico en el anciano; haciendo énfasis² en ciertos datos semiológicos tan sencillos como los allí anotados en los numerales 4, 5 y 6 ya que si un anciano se queja de "dolor abdominal" seguido de "vómitos" o "paro de evacuaciones" y, además, presenta evidentes signos de irritación peritoneal como "rebote y/o "rigidez abdominal involuntaria" —también llamada por algunos "defensa muscular"— especialmente a la palpación superficial, ya sean localizados o generalizados, realmente podremos decir que tiene una "peritonitis aguda" sin temor a equivocarnos.

TABLA N 2

DATOS CLINICOS IMPORTANTES PARA EL DIAGNOSTICO DEL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

- 1.- PACIENTE CON "DOLOR ABDOMINAL" DE MENOS DE 48 HORAS DE EVOLUCION;
- 2.- ESPECIALMENTE SI ES DE "EDAD AVANZADA" Y
- 3.- TIENE HISTORIA DE CIRUGIA PREVIA O
- 4.- NOS REFIERE "DOLOR SEGUIDO DE VOMITOS" Y/O
- 5.- PARO DE EVACUACIONES; Y QUE TIENE
- 6.- DEFENSA MUSCULAR ABDOMINAL Y/O "REBOTE", CON O SIN
- 7.- DISTENSION ABDOMINAL O TAMBIEN
- 8.- FIEBRE; Y QUE, ADEMAS, PRESENTA:
- 9.- "LEUCOCITOSIS" Y/O HIPERAMILASEMIA O
- 10.- "HALLAZGOS RADIOLOGICOS SOSPECHOSOS",

NOTA: Entre comillas y/o subrayados los datos más importantes

Las causas más frecuentes de "dolor abdominal" —en pacientes¹ de todas edades—no son quirúrgicas (Tabla No.3) y en realidad representan un 64.4% del total, o sea: casi los dos tercios de todos los casos; mientras que, las patologías intra abdominales agudas que pueden provocar dolor abdominal y a la vez ser quirúrgicas, apenas representan más o menos un 14% y de estas, la "apendicitis aguda" ocupa el primer lugar. Sin embargo, estas cifras realmente no se aplican estadísticamente a los pacientes ancianos puesto que al analizar la bibliografía^{3,5} revisada —en relación a este tema— me encontré (Tabla No.4) con que de las 5 patologías abdominales agudas dolorosas más frecuentes en ancianos, las 4 primeras son las de la vía biliar y ileos intestinales mecánicos, las úlceras pépticas perforadas y las diverticulitis agudas del colon y que, además, estas representan en conjunto más o menos el

TABLA No. 3

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN 1000 CASOS CONSECUTIVOS

1. DESCONOCIDA	41.3%	} 64.5%
2. GASTROENTERITIS	6.9%	
3. PELVIPERITONITIS	6.7%	
4. INFECCION URINARIA	5.2%	
5. CALCULO URETERAL	4.3%	

6. APENDICITIS AGUDA	4.3%	} 9.3%
7. COLECISTITIS AGUDA	2.5%	
8. OBSTRUCCION INTESTINAL	2.5%	} ± 14%
9. ESTREÑIMIENTO CRONICO	2.3%	
10. ULCERA DUODENAL	2.0%	} ↑ 4.8%

17. COLICOS BILIARES	1.2%	} 4.8%
18. PANCREATITIS AGUDA	0.9%	
19. ANEURISMA ABDOMINAL	0.7%	

TABLA No. 4

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN ANCIANOS

PATOLOGIAS ENCONTRADAS	AUTORES		
	PONKA(3)	FENYO(4)	FENYO(5)
	PORCENTAJES		
De la "Vía Biliar" (+)	27.5%	40.8%	26.0%
Ileos Mecánicos	17.5%	7.3%	10.7%
Úlceras Perforadas	10.5%	3.3%	8.4%
Diverticulitis Aguda	10.0%	3.4%	7.0%
APENDICITIS AGUDA	8.0%	6.7%	3.5%
Pancreatitis Aguda	7.5%	5.1%	4.1%
Hernias Complicadas	5.5%	9.6%	4.8%
OTRAS (X)	13.5%	23.8%	35.5%

(+) Incluye casos de Colecistitis Aguda así como Cólicos Biliares

(x) Incluye casos de Isquemia Mesentérica y algunos cuantos casos de Cánceres Gastro-Intestinales Perforados

50% o los dos tercios —según la serie consultada— de todos los casos encontrados. Asimismo, también me "apendicitis agudas" oscilaron entre solo un 3.5 y un 8% del total de los casos en las tres series consultadas, con lo que se demuestra que este tipo de patología no es la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en los ancianos, sino que ocupa el quinto lugar.

Ahora bien, ¿cuáles de estas patologías abdominales agudas dolorosas son las causas más frecuentes de operaciones urgentes o de emergencia en pacientes ancianos?. Al revisar y analizar la escasa bibliografía encontrada sobre este controversial tema, me encontré con que en dos series^{2,6} la primera causa de cirugía abdominal de urgencia o de emergencia en ancianos (Tabla No.5) con abdomen agudo quirúrgico espontáneo "verdadero" fueron los "fleos intestinales —ante todo los "oclusivos estrangulantes" o los "trombo embolismos mesentéricos", con isquemia o gangrena intestinal— y

le siguieron las perforaciones de vísceras huecas" —en especial por enfermedad ulcero péptica— y las "colecistitis agudas". Nuevamente, también me llamó la atención el bajo porcentaje de casos operados por "apendicitis aguda", de más o menos 12%, lo cual corroboró el concepto de que esta patología tiene baja prevalencia en ancianos.

La mortalidad postoperatoria global en la serie del Dr. Blake⁶ fue de más o menos un 31%, pero hay que aclarar que yo excluí de la lista de casos de esa serie a las "hernias complicada" —ya que para mí estas son en realidad patologías especiales que no conviene incluir en una verdadera lista de urgencias, o peor emergencias, abdominales— y que representaban más o menos un tercio de los casos operados, lo cual podría alterar ese porcentaje global en más o menos. Además, también vale la pena aclarar que en esa serie no se hizo un análisis cuidadoso y/o detallado de las causas de la mortalidad observada, ni se dio el dato respectivo y por separado de cada una de las patologías encontradas. Por otro lado, las cifras de mortalidad postoperatoria reportadas en la serie del Dr. Bender (2) si son específicas para cada una de las 4 patologías encontradas como las más frecuentemente operadas como urgencias o emergencias abdominales en ancianos y, por lo tanto, la mortalidad global de más o menos 19% -26 en 139 casos

TABLA No.5

CAUSAS DE Y MORTALIDAD P.O. EN LA CIRUGIA DE URGENCIA-EMERGENCIA EN PACIENTES ANCIANOS CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO ESPONTANEO

PATOLOGIAS ENCONTRADAS	AUTORES			
	BLAKE (6)		BENDER (2)	
	No.	%	No.	%
ILEOS INTESTINALES (+)	115	± 60	64	± 46
PERFORACION VISCERA HUECA O ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA	22	± 12	37	± 27
COLECISTITIS AGUDA	21	± 11	32	± 23
APENDICITIS AGUDA	33	± 17	6	± 4
TOTALES:	191	(±31%)*	139	(±19%)*

(+) Incluye tanto "mecánicos" como "vasculares"

* Cifras "globales" de MORTALIDAD P.O. en cada serie

operados— si es confiable y real. De esta segunda serie también excluí los casos de hernias complicadas —por la misma razón— así como otras patologías poco importantes y/o representativas, pero esto no alteró en nada ese porcentaje global. También hay que llamar la atención sobre el hecho de que en ambas series no apareció ningún caso de "diverticulitis aguda" operado de urgencia o de emergencia —a pesar de que ocupó el cuarto lugar (Tabla No.4) como causa de dolor abdominal— lo cual es claramente indicativo de que el manejo de ésta patología es esencialmente conservador, mientras no haya perforación libre. Conviene también aclarar que una patología abdominal aguda como el Sangrado Digestivo no se ha tomado aquí en consideración porque realmente no existe en esos pacientes el cuadro clínico de un "verdadero" abdomen agudo—ya que raramente se quejan de dolor abdominal o presentan signos de irritación perifonea aunque, con cierta frecuencia, unos de ellos necesitarán cirugía abdominal urgente o de emergencia y podrían, por lo tanto, ser considerados como causas del abdomen agudo quirúrgico.

LAS CONCLUSIONES

Del análisis de la bibliografía extranjera revisada se puede concluir fácilmente lo siguiente: a) que en los ancianos el abdomen agudo quirúrgico espontáneo y verdadero es tal vez más difícil de diagnosticar que en jóvenes o adultos, por algunas razones todavía no muy claras; b) que sus causas más frecuentes son casi opuestas a las que se ven en otras edades; c) que en especial, la apendicitis aguda no es tan frecuente —o que por lo menos no ocupa el primer lugar en la lista de causas de dolor abdominal o de cirugía abdominal de urgencia o de emergencia— como en pacientes menores de 65 años; d) que la diverticulitis aguda si se ve con relativa frecuencia en pacientes ancianos—como causa de dolor abdominal— pero que, a la vez, raramente es o será operada de urgencia o de emergencia; y e) que la mortalidad postoperatoria en estos pacientes —de mas o menos un 25%, calculo yo— es bastante alta.

LAS RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones anteriores y con el objetivo primordial de tratar de disminuir hasta un nivel aceptable —por debajo de un 10%, diría yo —la mortalidad postoperatoria en los ancianos que son operados de urgencia o de emergencia por lo que ya quedó establecido como el "verdadero" abdomen agudo

quirúrgico espontáneo en estos pacientes —asi como también en base a las diferentes "consideraciones" hechas sobre el tema— es que me atrevo a sugerir las siguientes "recomendaciones" (Tabla No.6) para un mejor manejo de estos especiales pacientes geriátricos: 1) Hacer un diagnóstico certero rápido y/o temprano. Esta primera recomendación es elemental! en ancianos puesto que si el medico general, el internista, el gastroenterólogo o aún el cirujano general se tardan en diagnosticar esta condición patológica aguda —o, peor aún, sino lo hacen la vida del paciente definitivamente estará en peligro. Indudablemente, el diagnóstico es más difícil en los ancianos, ya que estos pacientes —por alguna desconocida razón— presentan² frecuentemente una incapacidad o insensibilidad para percibir el dolor abdominal, además de que muchos podrían presentar "cambios seniles" que, a la vez, podrían dificultar obtener datos clínicos de ellos. Para ayudarnos a lograr este objetivo, vale la pena enumerar —como complemento de la/o una indispensablemente bien hecha³ historia clínica completa y orientada— algunos exámenes o procedimientos complementarios de ayuda diagnóstica (Tabla No. 7) como ciertos exámenes de laboratorio y radiografías; así como también algunos procedimientos especiales⁷ como la paracentesis o el lavado perifonea! diagnóstico que se puede usar para hacer "citología pe-

TABLA N 6

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANCIANO CON ABDOMEN ACUDO QUIRÚRGICO ESPONTANEO (+)

1.- Diagnóstico Certero Rápido y/o Temprano 2.- Evitar Exploraciones Innecesarias 3.- Preparar bien al Paciente para Cirugía 4.- Ser "más Conservador que Agresivo" en "Ciertos Casos Controversiales" (8-12)

- a) SOLO ANTIBIÓTICOS
- b) COLECISTOSTOMIA
- c) DRENAJES + ANTIBIÓTICOS
- d) ANTIBIÓTICOS + S.N.G.
- e) CIERRE SIMPLE
- f) ILEOSTOMIA CON SONDA
- g) HARTMANN MODIFICADA

5.- Cuidados Intensivos Quirúrgicos (x)

- (+) Recomendaciones Personales del Autor
- (x) Especialmente si es "diabético", Cardíaco-Nefropata o padece de EPOC.

TABLA N 7

DIAGNOSTICO DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO
ESPONTANEO EN ANCIANOS (7)

1.- Historia Clínica "Orientada"

1- Laboratorio:

- a) Recuento Globular
- b) Amilasaemia

3.- Radiografías:

- c) Simples de Abdomen y/o Tórax
- d) ENEMA BARITADO

4.- Citología Peritoneal y/o Laparoscopia 5.-

Ultrasonido y/o Tomografía Computada

6.- Termografía por Micro-onda y/o Centellografía de GB Marcados

7.- ¿COMPUTARIZACION?

ritoneal" y la "Laparoscopia diagnóstica", los que están siendo utilizados en ciertos casos de duda diagnóstica. Además, la tecnología moderna está permitiendo usar aparatos⁷ sofisticados para ultrasonido y tomografía axial computada (TAC) o para termografías de microondas y centellografía de glóbulos blancos marcados, en casos de abdomen agudo de diagnóstico difícil y/o dudoso; así como también, en los países desarrollados ya se están usando⁷ los llamados "diagnósticos con ayuda computarizada" que han proporcionado en ciertos centros programas especiales, basados en el teorema de Bayes, para el diagnóstico del dolor abdominal agudo. ¿Podría esto llegar a sustituir al médico —como ser humano pensante— en un futuro ya cada vez más cercano? Es posible, pero mientras eso llega, concentrémonos en nuestra realidad y simplemente hagamos diagnósticos clínicos certeros, rápidos y/o tempranos esencialmente basados en buenas historias clínicas que sean —lo repito— completas y, ante todo, "orientadas". Haciendo esto, posiblemente lograríamos llegar a cumplir ese objetivo elemental en la gran mayoría de los casos.— 2) Evitar exploraciones quirúrgicas —es decir: laparotomías— innecesarias. La única manera de lograr esto es precisamente haciendo diagnósticos certeros rápidos y/o tempranos, por lo que ésta segunda recomendación deberá ser un resultado lógico de la primera

Definitivamente los ancianos tienen mayor riesgo anestésico que los adultos y jóvenes y, por ello, cualquier laparotomía exploradora es de por sí un riesgo.— 3) Preparar bien al paciente para la operación. Si el anciano llegara a necesitar ser explorado quirúrgicamente, luego de un diagnóstico certero rápido y/o precoz, es muy importante prepararlo adecuadamente para ese acto quirúrgico, ya que es de esperar —especialmente si lo hemos catalogado preoperatoriamente como "senil"— que podría tener más problemas anestésicos durante la operación que una persona de menor edad. Por supuesto que este riesgo no es el mismo para todos los pacientes viejos o ancianos en vista de que el estado del corazón, cerebro, hígado, pulmones, riñones, etc. de ellos dependerá ante todo del estado de sus arterias o de ciertos otros insultos a los que podrían haber estado expuestos esos órganos vitales en el pasado, o aún en el mismo momento del cuadro abdominal agudo por el cual van a ser operados. Este mismo proceso patológico abdominal agudo es capaz de provocar cambios o reacciones bruscos(as) en los mismos órganos—asi como homeostáticos, metabólicos y/o hemodinámicos—que deben ser todos corregidos rápida y correctamente antes del acto quirúrgico en un período de tiempo aceptable y prudencial, especialmente si el caso es catalogado por nosotros como una urgencia o una verdadera emergencia.— 4) Ser más conservador que agresivo —según el caso— en el manejo del paciente. Esta recomendación es tan importante como las 3 anteriores, ya que si nosotros como cirujanos actuamos siempre —es decir: rutinariamente— en forma agresiva en el quirófano, cuando exploramos a estos pacientes, la vida de varios de ellos podría correr riesgo o estar en peligro. Las decisiones que nosotros tomemos durante el acto operatorio podrían salvarla vida del o los pacientes si, por el contrario, actuamos más conservadoramente—aunque no necesariamente en forma rutinaria—en los casos que así lo ameriten y, por lo tanto, para mí, definitivamente que una mayor mortalidad postoperatoria en estos pacientes dependerá de que nosotros seamos más agresivos que conservadores en la Sala de Operaciones, en la toma de decisiones. Ejemplos de manejo conservador, podrían ser los siguientes: a) Una "colecistitis aguda no complicada" puede ser perfectamente manejada⁸ con antibióticos —sin necesidad de una colecistectomía urgente—y así evitarse una operación innecesaria en un paciente anciano, aún sin ser de alto riesgo, para luego programar una colecistectomía diferida cuando el paciente ya esté bien recuperado del insulto abdominal agudo y, por lo tanto.

en mejores —sino óptimas— condiciones para ser anestesiado; b) también, una "colecistitis aguda severa y/o complicada" puede ser manejada en forma conservadora —especialmente en aquellos pacientes ancianos de alto riesgo anestésico— en el acto quirúrgico con una colecistostomía⁹ con sonda, en vez de una colecistectomía difícil o prolongada que podría aumentar la morbimortalidad postoperatoria.- c) Una "úlceras péptica perforada" puede también ser manejada¹⁰ conservadoramente —es decir: sin operación— con decompresión gástrica (SNG), restitución de líquidos y electrolitos por vía endovenosa y antibióticos en ciertos pacientes ancianos de alto riesgo anestésico ; d) la misma "ulcera péptica perforada" puede ser manejada¹⁰ en forma conservadora en el acto quirúrgico con un simple cierre primario con o sin parche— en vez de hacer una operación definitiva sin tener la capacidad o destreza técnicas o la preparación y/o experiencia para ello, especialmente si el caso es de alto riesgo.- e) La "perforación tifoidica" —única o múltiple— es posiblemente la catástrofe más grande como causa de peritonitis aguda generaliza y tóxica y, por lo tanto, es de lógica actuar lo más conservadora y rápidamente posible durante la exploración —especialmente si el paciente es un anciano— realizando el más rápido, mejor y más adecuado¹¹ procedimiento, según el caso.-f) La mayoría de las "diverticulitis agudas no complicadas" son o pueden ser manejadas conservadoramente, sin necesidad de operación, con antibióticos; g) pero aquellos casos específicos de "perforación libre" de una diverticulitis aguda —que provoque una peritonitis fecal— deben ser manejadas quirúrgicamente¹⁰ de urgencia y de preferencia en forma conservadora con la operación que yo llamo de "Hartmann Modificada", en aquellos casos técnicamente difíciles o en pacientes de alto riesgo, especialmente si son ancianos.- Y, h) una apendicitis aguda complicada con —o que ha evolucionado a— un "plastrón apendicular" sin absceso, puede perfectamente ser manejada¹² con antibióticos, con lo cual también estaremos evitando una laparotomía de urgencia e innecesaria en un anciano; o en el caso de que si exista asociado al plastrón un "absceso apendicular" evidente, éste podría ser también manejado conservadoramente —durante el acto operatorio— con un simple drenaje del absceso, en vez de con una apendicetomía que técnicamente podría ser de riesgo y provocar una mayor morbimortalidad. Por otro lado, en casos específicos y evidentes de "Íleos mecánicos

oclusivos estrangulantes" —como por ejemplo en los vólvulos o en las bridas o hernias internas congénitas, así como en las más frecuentes bridas y/o adherencias postoperatorias— o de "íleos vasculares severos", con sospecha o evidencia de gangrena intestinal, lo que definitivamente salvará al paciente —especialmente si es anciano— será el diagnóstico certero rápido y/o temprano que permitirá, a la vez, que el cirujano tratante tome la decisión de operar tempranamente —es decir: actuará agresivamente— y con ello se reducirá la mortalidad postoperatoria en estos difíciles casos- 5) Hacer uso de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos, cuando sea necesario. Si existe la posibilidad de usar una unidad de este tipo, ésta recomendación podría ser crucial en el manejo postoperatorio de estos delicados y frágiles pacientes, especialmente si son cardio o nefró patas, padecen de EPOC o tienen diabetes descontrolada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Brewer R.J., Golden G.T., Hitch D.C., Rudolf LE. and Waesteen S.L.: "Abdominal Pain. An Analysis of 1000 Consecutive Cases in a University Hospital Emergency Room"; Am. J. Surg., 131:219,1976. 2.-Bender J. S.: "Cuadro Abdominal Agudo en Ancianos", Cli. Med. N.A., 6:1549,1989. 3.-PonkaJ.L.,Welborn J. K.and Brush B. E.: "Acute Abdominal Pain in Aged Patients. An analysis of 200 cases"; J.Am. Geriatr. Soc, 11:993,1983. 4.- Fenyó G.: "Diagnostic Problems of Acute Abdominal Diseases in the Aged"; Acta Chir. Scand., 140:396,1974. 5.- Fenyó G.: "Acute Abdominal Disease in the Elderly"; Am. J. Surg., 143:751,1982 6.- Blake R. and Lynn J.: "Emergency Abdominal Surgery in the Aged"; Br.J.Surg., 64:956,1976. 7.- Paterson-Brown S. and Vipond M.N.: "Modern Aids to Clinical Decision-Making in the Acute Abdomen"; Br.J. Surg., 77:13,1990. 8.- du Plessis D.J. and Jersky JL: "The Management of Acute . Cholecystitis"; Surg. Clin. N.A., 53:1071,1973 9.- Membreño A., Hiza S. y Mejía-Lemus S.: "Colecistostomía con sonda en Colecistitis Aguda. La alternativa menospreciada"; Rev. Med. Hond., 56:128,1988. 10.- Membreño-Padilla A.A.: "Perforaciones espontáneas de vísceras huecas del tubo digestivo Manejo quirúrgico moderno"; Rev. Med. Hond., 58:230,1990. 11.- Membreño A.,Alcerro J.C.y Barahona A.: "Ileostomía con Sonda. ¿Es ésta la mejor alternativa en el manejo quirúrgico de las perforaciones tifólicas?"; Rev.Med. Hond., 54:221,1986. 12.- Deras J. L y Membreño- Padilla A.A.: "Manejo del Plastrón Apendicular. ¿Conservador o Agresivo?"; Rev. Med. Hond. ;197,1985.