

pequeña, accesible, sin antecedentes quirúrgicos. Las complicaciones posquirúrgicas se presentan en la [figura 1](#) y su distribución en función de la clasificación Clavien-Dindo fue: grado I: 6 infección de herida (3 programados, 3 urgentes), 11 retención aguda de orina (5 programados, 6 urgentes). Grado IIIb: fallo de estoma (uno urgente). Complicaciones médicas grado I: descompensación de enfermedad cardíaca (2 programados, 2 urgentes) y renal (uno urgente).

La estancia media fue de 22,23 días en cirugía urgente y 25,30 en cirugía programada siendo mayor por ingreso pre-intervención que permite estabilizar la situación basal. La estancia en pacientes con tratamiento médico/endoscópico fue de 16,93 días.

La mortalidad total fue de 23 pacientes (60,53%), 13 operados, falleciendo en postoperatorio inmediato 5 (27,7%): 2 por fallo renal, uno por insuficiencia cardíaca, uno por paro respiratorio y uno por sepsis de foco abdominal. Al año, 5 pacientes más habían fallecido sin relación a la intervención, encontrándose estables 10 pacientes.

Cualquier decisión terapéutica en pacientes ancianos con enfermedad tumoral debe considerar factores comórbidos y el estado basal del paciente siendo imperativa una evaluación multidisciplinaria por geriatría, oncología y digestivo, individualizando el carácter paliativo en función de cada paciente^{3,6,8}.

La mortalidad inmediata poscirugía oscila entre el 10-40%^{3,6} durante el primer año, siendo mayor si la intervención es urgente. En nuestro grupo la mortalidad inmediata y mediata es del 27%. Las complicaciones quirúrgicas fueron grado I sin re-intervenciones excepto un paciente con dehiscencia de estoma (grado IIIb). La cirugía electiva se ha probado recomendable, aumentando la supervivencia^{3,8}, por lo que un diagnóstico precoz con planificación previa disminuye la morbimortalidad relacionada a la cirugía. De los 23 pacientes operados se encontraban libres de enfermedad 10, todos intervenidos electivamente. Se debe valorar en intervenciones programadas el beneficio de instaurar programas de recuperación rápida, ya que disminuyen la morbilidad asociada y la estancia hospitalaria^{9,10}. El tratamiento endoscópico definitivo tiene buena tolerancia con una mortalidad debajo del 8% y aceptable calidad de vida. Hay indicios de que el tratamiento endoscópico es mejor tolerado y el tratamiento quirúrgico electivo proporciona niveles de supervivencia similares a pacientes de menor edad.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Catálogo de publicaciones administración general del estado. España y la UE: una comparativa sobre la mortalidad por cáncer. Boletín informativo: julio de 2012.
2. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse S, et al. SEER Cancer Statistics Review. 1975-2010, National Cancer Institute. Bethesda. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/, based on November 2012 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2013.
3. Ihedioha U, Gravante G, Lloyd G, Sangal S, Sorge J, Singh B, et al. Curative colorectal resections in patients aged 80 years and older: clinical characteristics, morbidity, mortality and risk factors. *Int J Colorectal Dis.* 2013;28:941-947.
4. Medarde-Ferrer M, Serra-Genís C, Roca J, Sala F, Palau M, Guixà M, et al. Evaluación objetiva del grado de comorbilidad en pacientes geriátricos con neoplasia de colon: relación con los resultados quirúrgicos y la supervivencia. *Cir Esp.* 2013;91:231-6.
5. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240:205-13.
6. Kunitake H, Zingmond D, Ryoo J, Ko C. Caring for octogenarian and nonagenarian patients with colorectal cancer: What should our standards and expectations be? *Dis Colon Rectum.* 2010;53:735-43.
7. Índice de Charlson [consultado 7 May 2013]. Disponible en: <http://www.rccc.eu/ppc/indicadores/Charlson.html>
8. Pokala R, Pokala N, Dudrick S. Long-term outcome after operative intervention for rectal cancer in patients aged over 80 years: Analysis of 9,501 patients. *Dis Colon Rectum.* 2006;50:604-10.
9. Rawlinson A, Kang P, Evans J, Khann A. A systematic review of enhanced recovery protocols in colorectal surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011;93:583-8.
10. Compagna R, Aprea G, de Rosa D, Gentile M, Cestaro G, Vigiotti G, et al. Fast track for elderly patients: It is feasible for colorectal surgery? *Int J Surg.* 2014;12:20-2.

Mariana Loreto-Brand*, Fernando Fernández-López, Jesús Paredes-Cotoré, María Jesús Ladra-González y Manuel Bustamante-Montalvo

Departamento de Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m3lbita@hotmail.com (M. Loreto-Brand).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.012>

Características clínicas y supervivencia a 30 días de pacientes ancianos colombianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada



Clinical characteristics and 30-day survival decompensated heart failure of hospitalized elderly patients in Colombia

La prevalencia de insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) crónica se estima en más del 10% en las personas mayores, y su manejo es muy complejo¹. En Colombia se conoce poco acerca de los resultados clínicos de la valoración geriátrica integral en el manejo de la ICD en los ancianos². El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y supervivencia a 30 días en pacientes mayores de 75 años con ICD en un hospital universitario de tercer nivel de atención.

Se incluye 106 pacientes consecutivos con edad de 75 años o más que ingresaron a las salas de hospitalización geriátrica y medicina interna general con diagnóstico clínico y ecocardiográfico de ICD, de enero/2011 a noviembre/2013. El principal criterio del ingreso a la sala geriátrica es la condición de dependencia medida por estos criterios: índice de masa corporal menor de

20 kg/m², poli-medicado, índice de Barthel < 60, enfermedad cerebro vascular subaguda, más de 2 admisiones en el último mes, delirium o demencia de base, red de apoyo social insuficiente. El programa de geriatría incluye un equipo interdisciplinario para el manejo integral y seguimiento (geriatra, nutricionistas, terapias respiratorias, trabajadores sociales, psicólogos, fonoaudiólogos, terapias ocupacionales, fisioterapeutas y enfermeras de terapia enterostomal). Los pacientes mayores quienes no se catalogan como dependientes, ingresan a la sala de medicina interna general, donde hay un médico internista con experiencia, médicos generales asistenciales, residentes de medicina interna de segundo y tercer año. En ambas salas se manejan los pacientes conforme las guías de ICD¹. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigaciones de la institución.

Para las comparaciones se utilizan la prueba t de Student o de Mann-Whitney y la Chi-cuadrado o prueba de Fisher según el caso, un valor de p < 0,05 es estadísticamente significativo. Se estima probabilidad de supervivencia a 30 días por el método de Kaplan-Meier.

La edad media es de 82 años, y la mitad son varones ([tabla 1](#)). Al ingreso, el 61,3% de los pacientes se encontraban en clase funcional III y IV. Los factores de riesgo asociados más frecuentes fueron

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada, 2011-2013

Característica	Todos los pacientes (n = 106)	Sala de Medicina Interna (n = 57)	Sala de Geriátrica (n = 49)	Valor de p ^a
<i>Edad, años</i>				
Mediana (RIC)	82 (78-85)	80 (77-84)	83 (80-86)	0,01 ^b
<i>Género, % (n)</i>				
Varones	51,0 (54)	50,9 (24)	51,0 (25)	0,98
<i>Reingreso último año</i>	24,5 (26)	17,5 (10)	32,6 (16)	0,07
<i>Índice de comorbilidad de Charlson (3 o más)</i>	50,9 (54)	40,3 (23)	63,3 (31)	0,01
<i>Evaluación geriátrica (solo en los pacientes de la sala geriátrica^a) al ingreso</i>				
Dependencia total (índice de Barthel 0-20)			32,7 (16)	NA
Dependencia moderada (índice de Barthel 21-60)			24,5 (12)	NA
Alteración cognitiva severa (MMSE 0-15)			16,3 (8)	NA
Alteración cognitiva moderada (MMSE 16-24)			26,5 (13)	NA
<i>Clase funcional al ingreso, % (n)</i>				
III-IV	61,32 (65)	49,1 (28)	75,5 (37)	0,01
<i>Fracción de eyección, % (n)</i>				
<40	41,5 (44)	35,1 (20)	49,0 (24)	0,35
40-50	23,6 (25)	26,3 (15)	20,4 (10)	
>50	34,9 (37)	38,6 (22)	30,6 (15)	
<i>Estancia, días, mediana (RIC)</i>				
UCI	4 (3-7)	4 (3-6)	5 (3-12)	0,20 ^b
Total hospitalaria	10 (7-15)	10 (7-15)	12 (8-17)	0,23 ^b
<i>Mortalidad al egreso, % (n)</i>	3,8 (4)	0	8,2 (4)	0,04 ^c
<i>Mortalidad a 30 días, % (n)</i>	2	0	2	0,19

Las comparaciones de las proporciones con Chi-cuadrado.

NA: no aplica; MMSE: *Mini-mental state examination*; RIC: rango intercuartílico; UCI: unidad de cuidados intensivos.

^a Comparaciones entre pacientes de sala general y de geriátrica.

^b Comparación de medianas con Mann-Whitney.

^c Prueba exacta de Fisher.

hipertensión, fumador actual o ex-fumador, dislipidemia y diabetes mellitus. Respecto a la etiología de la ICD incluye hipertensión arterial (44,3%), cardiopatía isquémica (26,4%), problema valvular (15,1%), arritmia (10,4%) y otras (3,8%). La frecuencia del ritmo en fibrilación auricular cardiaca promedio fue de $103,3 \pm 31,4$ en medicina interna y $100,9 \pm 29,5$ en geriátrica ($p = 0,77$). Los motivos de descompensación más frecuentes en total incluye la arritmia (25%), la isquemia (17%), la mala adherencia al tratamiento (17%), la infección (13%), el descontrol de hipertensión (8%), el problema valvular (8%) y otros (12%). La causa más frecuente de descompensación en los pacientes de la sala de medicina interna fue la arritmia (33%) y en la de geriátrica fue la isquemia (44%); mientras que la mala adherencia al tratamiento fue mayor en los de medicina interna (20%) que en los de geriátrica (11%), pero las diferencias no fueron significativas. Comparados con los pacientes hospitalizados en medicina interna, los pacientes en la sala de geriátrica tenían una edad mayor (mediana 80 vs. 83, $p = 0,01$), un porcentaje mayor de comorbilidad (3 o más enfermedades, 40,3 vs. 63,3%, $p = 0,01$), un porcentaje mayor de ICD clase III-IV (49,1 vs. 75,5%, $p = 0,01$), una mortalidad mayor al egreso (0 vs. 8,2%, $p = 0,04$), y una supervivencia a 30 días similar (100 vs. 95%, $p > 0,05$, Kaplan-Meier). No hubo diferencias en estancia hospitalaria, en medicamentos usados (de acuerdo a la guía ICD) o en antecedentes patológicos.

Con este trabajo se resaltan los resultados clínicos en pacientes ancianos con ICD, y se muestra que pueden ser tan buenos en pacientes dependientes, comparados con otros. En efecto, la probabilidad de supervivencia a 30 días en pacientes mayores de 75 años dependientes o no con ICD fue similar. La clasificación de riesgo geriátrico es un elemento que hoy se conoce como factor pronóstico y que obliga a un manejo más agresivo e individualizado en estos pacientes³⁻⁵, pero que no hizo la diferencia en los resultados clínicos a corto plazo. Los pacientes ingresados en la sala geriátrica tenían una mayor proporción de clase funcional III y IV que pudo afectar la mortalidad al egreso, pero no afecta la supervivencia a 30 días, ni la estancia hospitalaria; aunque sí reflejan que la condición de estos pacientes es de mayor deterioro funcional en general.

Chaudhry et al. reportaron la importancia que tiene la dependencia funcional como predictor de desenlaces en los adultos mayores con insuficiencia cardiaca⁶. Por otro lado esta teoría se corrobora en los hallazgos de Martín Sánchez et al., quienes mostraron que la dependencia funcional evaluada por el índice de Barthel mejora la predicción de mortalidad a 30 días en pacientes con insuficiencia cardiaca⁷, en otro estudio de Roig et al. mostraron que un índice de Barthel bajo predice la mortalidad al año en ancianos con ICD⁸, y en otro estudio realizado por Rodríguez Pascual et al. concluyeron que una valoración geriátrica integral predice la mortalidad a corto plazo⁹.

Una limitante potencial de este estudio es el sesgo de selección al incluir pacientes que ingresan desde la unidad de cuidados intensivos (UCI) o de urgencias, ya que pueden ocurrir muertes u otros eventos en el transcurso a la UCI, aunque cerca del 60% ingresaron directamente de urgencias a salas. Otros factores que pudieron contribuir a sesgo incluyen la FEVI reducida, en una alta proporción, o una mayor estancia media comparado con otros estudios que pueden reflejar tiempo de evolución de la enfermedad más larga, o sin tratamiento médico óptimo ambulatorio^{1,6-9}. También pudieron influir las diversas causas de descompensación (algunas potencialmente prevenibles) o la selección por sexo, un alto porcentaje de varones, que está relacionada con la población que atiende el hospital, la mayoría son jubilados o veteranos.

En conclusión, La probabilidad de supervivencia a 30 días en pacientes mayores de 75 años dependientes o no con ICD fue similar. Usando protocolos estandarizados y con manejo agresivo desde el ingreso se refleja en buenos resultados clínicos.

Bibliografía

- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al., ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-847.

2. Senior JM, Saldarriaga C, Rendón JA. Descripción clínico-epidemiológica de los pacientes con falla cardiaca aguda que consultan al servicio de urgencias. *Acta Med Colomb.* 2011;36:125–9.
3. Boxer RS, Shah KB, Kenny AM. Frailty and prognosis in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2014;8:25–9.
4. Khan H, Kalogeropoulos AP, Georgiopoulou VV, Newman AB, Harris TB, Rodondi N, et al. Frailty and risk for heart failure in older adults: The health, aging, and body composition study. *Am Heart J.* 2013;166:887–94.
5. Ocampo JM, Morales E. Valoración Geriátrica Integral. En: Archila PE, Senior JM, editores. *Texto de Medicina Interna. Aprendizaje basado en problemas.* 1.^a ed. Bogotá: Distribuna Editorial Médica; 2013. p. 2019–25.
6. Chaudhry SI, Wang Y, Gill TM, Krumholz HM. Geriatric conditions and subsequent mortality in older patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55:309–16.
7. Martín-Sánchez F, Gil V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Fernández C, et al., Acute Heart Failure Working Group of the Spanish Society of Emergency Medicine Investigation Group. Barthel Index-Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment (BI-EFFECT) Study: Contribution of the Barthel Index to the heart failure risk scoring system model in elderly adults with acute heart failure in the emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:493–8.
8. Roig T, Márquez MÁ, Hernández E, Pineda I, Sabartés O, Miralles R, et al. Valoración geriátrica y factores asociados a mortalidad en ancianos con insuficiencia cardiaca ingresados en una unidad de geriatría de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48:254–8.
9. Rodríguez-Pascual C, Vilches-Moraga A, Paredes-Galán E, Ferrero-Marinez AI, Torrente-Carballido M, Rodríguez-Artalejo F. Comprehensive geriatric assessment and hospital mortality among older adults with decompensated heart failure. *Am Heart J.* 2012;164:756–62.

José Mauricio Ocampo Chaparro^{a,f}, Marisol Badiel^b,
María Eugenia Casanova^{c,f}, Carlos A. Reyes-Ortiz^{d,*},
Hoover León Giraldo^b y Orlando Castaño Cifuentes^e

^a Programa de hospitalización Geriátrica «Siéntete como en casa»,
Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia

^b Subdirección de educación superior e investigación, Clínica
Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia

^c Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia

^d University of Texas Medical School at Houston, Department of
Internal Medicine, Division of Geriatric and Palliative Care, Harris
Health System, and UTHealth Consortium of Aging, Houston, TX,
EE.UU.

^e Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia

^f Universidad Libre-Seccional, Cali, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: careyesortiz@hotmail.com (C.A. Reyes-Ortiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.013>