

# Cirugía Oncológica Pélvica en pacientes de Edad Avanzada

Dr. Moisés Lichtinger, M.D.\*

Miami, Florida

En los Estados Unidos de Norteamérica entre 1950 y 1975 el número de personas de 65 años o más aumentó en un 50 por ciento. Estas personas representan el 12 por ciento del total de la población. El promedio de expectativa de vida de una mujer norteamericana de 70 años es aproximadamente de 15 años, y a la edad de 80 años, alrededor de 9 años (1).

En una revisión realizada por la Clínica Mayo sobre operaciones pélvicas radicales en pacientes de más de 65 años, no se halló aumento en la morbilidad, mortalidad o complicaciones (2). Pierson (3) estudió 24 pacientes que sufrieron operaciones mayores debido a lesiones malignas ginecológicas invasivas y las comparó con un grupo similar de pacientes más jóvenes.

Encontró que la incidencia de complicaciones de la herida quirúrgica era mayor en las pacientes de edad avanzada,

mientras que otras complicaciones fueron menores. En nuestra institución, el sistema de vigilancia o monitoreo de la hemodinámica por métodos invasivos en las pacientes críticamente enfermas y en las, de alto riesgo se relacionó con un bajo nivel de complicación y una información cardiopulmonar altamente confiable (4). También, la reciente utilización de cuidados intensivos perioperatorios en las exenteraciones pélvicas ha ayudado a disminuir significativamente la mortalidad hospitalaria postoperatoria (5). El propósito de este estudio es determinar la morbilidad y mortalidad en pacientes de más de 75 años que fueron sometidos a cirugía mayor como resultado de cáncer ginecológico y analizar la influencia del cuidado intensivo perioperatorio en las complicaciones postoperatorias.

## MATERIALES Y METODOS

Entre enero, 1966 y enero, 1985, 89 pacientes de más de 75 años fueron sometidas a cirugía mayor pélvica debido a lesiones malignas ginecológicas invasivas en el Jackson Memorial Hospital Centro Médico de la Universidad de Miami. Las operaciones fueron realizadas principalmente por cirujanos especializa-

---

\* División de Oncología Ginecológica. Departamento de Ginec Obstetricia, Escuela de Medicina, Universidad de Miami, P. O. Box 016960, Miami, Florida 33101.

dos en ginecología oncológica bajo la dirección de miembros permanentes de la clínica de oncología ginecológica. Todas las pacientes tenían historia clínica completa, examen físico y estudio invasivo. Este estudio comprendía un cuadro hemático completo, urinálisis, perfil químico, radiografía de tórax, pruebas de funcionamiento pulmonar, electrocardiograma, pielograma intravenoso, cistoscopia, sigmoidoscopia, y enema de bario. Siempre se solicitó consulta médica y se ordenaron estudios adicionales cuando fue necesario. La preparación preoperatoria antes de la cirugía incluyó: entrevista con la enfermera de oncología clínica, preparación de los intestinos, antibióticos preoperatorios, hiperalimentación cuando estaba indicada, heparina profiláctica subcutánea, consulta de enfermería ostómica y evaluación de cuidados intensivos quirúrgicos. Desde 1976, en forma rutinaria se ha evaluado a las pacientes de más de 70 años conjuntamente con los miembros de la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos de nuestro hospital a fin de hacer una evaluación del estado cardiorrespira-

torio y hemodinámico preoperatorio. El ingreso a la unidad de cuidados intensivos preoperatorios y postoperatorios se individualiza y a todas las pacientes se les envía al salón de operaciones con la disponibilidad de una cama asegurada.

La Tabla 1 muestra la distribución de las diferentes operaciones de acuerdo con la localización del órgano. Cuarenta y tres pacientes fueron sometidas a histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral y biopsias de nódulos linfáticos retroperitoneales debido a carcinoma corpus. Treinta y tres de estas operaciones fueron efectuadas con posterioridad a 1976. Ocho pacientes fueron sometidas a resección tumoral debido a carcinoma ovárico, todas después de 1976. Dos pacientes fueron sometidas a exenteraciones pélvicas totales, una en 1974 debido a carcinoma vulvar recurrente y la otra en 1975 por carcinoma cervical recurrente.

Previamente ambas habían sido sometidas a resección quirúrgica y terapia de radiación. Treinta y seis pacientes fueron

Tabla No. 1

## DISTRIBUCION DE OPERACIONES MAYORES

TIPO DE PROCEDIMIENTO	PERIODO DE TIEMPO		
	1966 - 1975	1976 - 1988	TOTAL
Histerectomía con Biopsias de nódulo linfático Retroperitoneal (Carcinoma Corpus)	10	33	43
Histerectomía con omentectomía y resección tumoral (Carcinoma Ovárico)	0	8	8
Exenteración	2	0	2
Vulvectomía radical o Disección nodular	11	25	36

sometidas a vulvectomía radical y/o disección nodular por carcinoma vulvar; 25 después de 1976. Como resultado de carcinoma corpus, la operación que se llevó a cabo más frecuentemente fue la histerectomía abdominal total con salpingo-ooforectomía bilateral y biopsias de ganglios linfáticos y para-aórticos (35). Dos pacientes fueron sometidas a histerectomía radical modificada, dos pacientes a histerectomía radical y otras cuatro a histerectomía extrafascial con omentectomía parcial y una resección del intestino delgado. Todas las pacientes que se operaron debido a carcinoma ovárico fueron sometidas a histerectomía abdominal total, salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía parcial y otra también sufrió una resección del intestino delgado y del grueso. Catorce pacientes fueron sometidas a vulvectomía radical solamente. Diecinueve se

sometieron a la misma operación con disección bilateral inguinal y otras cinco pacientes a la disección simultánea del nódulo pélvico.

La evolución de todas las pacientes se siguió desde enero, 1966 hasta su fallecimiento o enero de 1985.

## RESULTADOS

La edad promedio de las 89 pacientes fue de 79.6 años, con una escala entre las edades de 75 a 90 años. El tiempo promedio requerido para la operación fue de 2 horas, 30 minutos y la pérdida de sangre promedio fue de 990 cc. con un remplazo promedio de 550 cc.

La Tabla 2 muestra la mortalidad hospitalaria. Ocho pacientes (8.9%) no

Tabla No. 2

### MORTALIDAD HOSPITALARIA

OPERACION	DIAGNOSTICO	NUMERO	%
Hat (histerectomía abdominal total), BSO + biopsias nódulo linfático	Carcinoma corpus	2/43	4.6
Vulvectomía radical disección bilateral de la ingle	Carcinoma vulvar	4/36	11.1
Hat (Histerectomía abdominal total), BSO, omentectomía	Carcinoma ovárico	0/8	--
Exenteración pélvica total	Carcinoma cervical Recurrente Carcinoma recurrente de la Vulva	2/2	100.00
Total		8/89	8.9
* Mortalidad después de 1976:		2/62	3.2

lograron abandonar el hospital. Siete pacientes fallecieron como resultado de fallo cardiorrespiratorio que se diagnosticó tempranamente en el período postoperatorio mientras se encontraban en el piso de ginecología oncológica. Una paciente falleció en la unidad de cuidados intensivos debido a complicaciones respiratorias postoperatorias. Esta fue la única de las ocho pacientes que ingresó en la unidad de cuidados intensivos en el período perioperatorio. En 62 pacientes la mortalidad hospitalaria después de 1976 disminuyó al 3.2%. La Tabla 3 muestra las condiciones médicas preexistentes. Cincuenta y tres de las 89 pacientes presentaban enfermedades médicas preexistentes y 7 presentaban múltiples trastornos médicos. Dos de las ocho pacientes que fallecieron se encontraban en este grupo.

Tabla No. 3

## CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES

CONDICION MEDICA*	NUMERO DE CASOS
Enfermedad cardiaca	17
Enfermedad pulmonar crónica	3
Diabetes mellitus	12
Obesidad	4
Hipertensión	8
Glaucoma	5
Anemia	5
Total	53

\* Enfermedades múltiples: 7

Las pacientes que fueron sometidas a pruebas hemodinámicas preoperatorias se muestran en la Tabla IV. Diez pacien-

Tabla No. 4

## PRUEBA HEMODINAMICA PERIOPERATORIA

Etapa	Número	Intervenciones terapéuticas
Preoperatoria	10	9
Transoperatoria	2	2
Postoperatoria	2	0

\* Se utilizó un catéter en arteria pulmonar en 13 pacientes.

tes fueron ingresadas en la unidad de cuidados intensivos antes de la operación. Las principales indicaciones fueron valoración de hidratación antes de cirugía y evaluación de pacientes con historia de enfermedad cardiaca severa. Se colocaron catéteres en la arteria pulmonar de todas estas pacientes y se indicó la intervención terapéutica en nueve pacientes (hidratación, mejoramiento de la contractibilidad cardiaca o modificaciones en la resistencia vascular periférica). Solamente una de estas pacientes falleció en el período postoperatorio. Era la única paciente de esta serie que presentaba una avanzada enfermedad pulmonar restrictiva. Una paciente desarrolló embolismo pulmonar en el período postoperatorio mientras se encontraba en la unidad de cuidados intensivos. Se atendió inmediatamente y la paciente sobrevivió. Durante la operación se colocaron catéteres en la arteria pulmonar en otros dos pacientes. En ambas, la presión venosa central (presión auricular derecha) fue baja a pesar de múltiples transfusiones sanguíneas y cristaloides. Se anticiparon discrepancias entre la presión venosa central y la presión pulmo-capilar. Se llevaron a cabo con éxito diferentes intervenciones terapéuticas para reversar tempranamente el fallo cardiaco congestivo, aunque la presión venosa central

permaneció siempre en los mismos niveles de presión. Otras dos pacientes fueron admitidas en la unidad de cuidados intensivos durante el período postoperatorio para el control y observación de la hidratación. (Una paciente fue sometida a exenteración pélvica y la otra presentó arritmias cardíacas durante las intervenciones). La mayor duración del monitoreo de la arteria pulmonar fue de 72 horas y no se presentaron complicaciones relacionadas con la inserción o uso del catéter.

La Tabla 5 muestra las complicaciones postoperatorias. Cuatro pacientes desarrollaron infecciones de la herida abdominal. Se les había realizado una incisión infraumbilical en línea media y una requirió un cierre secundario. Diecisiete de las 32 pacientes que sobrevivieron la vulvectomy radical presentaron infección de la herida que requirió algún tipo de tratamiento. Dieciséis de estas pacientes se curaron después de un tratamiento conservador y una paciente requirió cierre secundario con injerto. La estancia hospitalaria de las 32 pacientes que sobrevivieron esta operación fue de

Tabla No. 5

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

COMPLICACION	NUMERO
Infección de la herida, abdominal	4
Infección de la herida, vulvar	17
Infección de tracto urinario	5
Atelectasia	4
Pneumonía	2
Fallo respiratorio no cardiogénico	3
Fallo cardíaco congestivo	8
Embolismo pulmonar	2
Arritmia cardíaca	2
Ileo que requirió succión nasogástrica	4
Fístula urinaria	1
Fístula intestinal	1
Cambio de conducta agudo	2

27.1 días con una escala entre 7 a 74 días. A partir de 1980 el uso rutinario de enfermeras visitantes ha disminuido la estancia hospitalaria de 30.2 (15 pacientes) a 24.4 días (17 pacientes). Cinco pacientes presentaron infecciones del tracto urinario posterior a la vulvectomy. Cuatro sufrieron atelectasia postoperatoria que se solucionó por medio de tratamiento respiratorio con equipo auxiliar. Siete pacientes fallecieron como resultado de descompensación cardiorespiratoria aguda, seis antes de 1976 cuando aún se encontraban en el piso de ginecología durante el período postoperatorio inmediato. Una fue tratada por neumonía, tres se complicaron con fallo respiratorio no-cardiogénico posterior a transfusiones sanguíneas, dos presentaron fallo cardíaco congestivo y una embolismo pulmonar clínico masivo. Se presentó una fístula vesicovaginal en una paciente con carcinoma endometrial que había recibido terapia de radiación externa postoperatoria y en una de las dos pacientes que fueron sometidas a exenteraciones pélvicas se presentó una fístula en el intestino delgado con posterioridad a terapia de radiación. En dos ocasiones se observó cambio de conducta agudo que requirió consulta psiquiátrica. Después del tratamiento de ambas pacientes su comportamiento se normalizó.

Once pacientes fueron sometidas a reoperaciones tres o cuatro años después de la primera intervención (Tabla 6). Tres pacientes requirieron resección intestinal, dos por carcinoma endometrial recurrente y la tercera debido a un segundo carcinoma primario del colon en una paciente que presentó cáncer vulvar. Una paciente fue sometida a vaginectomía superior por carcinoma in situ y otra como resultado de cierre tardío de herida abdominal secundaria. Ambas pacientes habían sido operadas con anterioridad por carcinoma endometrial. Otras seis pacientes con carcinoma vulvar fueron sometidas a intervenciones adi-

Tabla No. 6  
REOPERACIONES

LOCALIZACION	NUMERO	PROCEDIMIENTO	MORTALIDAD
Corpus	4/41	Cierre secundario de la herida	--
		Resección del intestino delgado por recurrencia	--
		Vaginetomía superior por carcinoma in situ	--
		Resección de Colon colostomía por recurrencia	--
Vulva	7/32	Histerectomía vaginal total, reparación antero-posterior	--
		2 Reparaciones vaginales antero-posteriores	--
		Resección de colon por carcinoma primario del colon	--
		3 Excisiones vulvares por recurrencia	--
Ovario	0/8	--	--

cionales. Una fue sometida a histerectomía vaginal total y reparación vaginal antero/posterior; otras dos sufrieron reparación vaginal antero/posterior debida a incontinencia urinaria de esfuerzo y relajación vaginal y tres pacientes a resección local por carcinoma vulvar recurrente. No hubo mortalidad operatoria en estas pacientes.

De las 41 pacientes con corpus carcinoma que sobrevivieron la operación inicial, 13 presentaron recurrencia. Una sobrevivió tres años después de la recurrencia. Seis pacientes de 32 que sobrevivieron después de la vulvectomía presentaron recurrencia. Tres sobrevivieron más de tres años después del tratamiento quirúrgico de la recurrencia y las otras tres pacientes fallecieron como resultado de enfermedad intercurrente. Ninguna de las ocho pacientes con carcinoma ovárico fue reexplorada. Cinco pacientes fallecieron debido a persistencia de la enfermedad mientras se encontraban recibiendo quimioterapia transcurridos de 6 a 15 meses después de la operación inicial. Dos pacientes, una con carcinoma ovárico Fase IA y otra en Fase IIB,

fallecieron como resultado de enfermedad intercurrente 3 años después de la intervención quirúrgica original, y a su fallecimiento no se encontraron signos clínicos de enfermedad. La última paciente, que se encontraba en la Fase IIC, ha permanecido viva y clínicamente libre de enfermedad durante un año. Estas tres últimas pacientes podrían considerarse para ser sometidas a una segunda laparotomía exploratoria, pero se negaron a ser operadas. De las 32 pacientes sometidas a vulvectomía, 27 sobrevivieron durante más de tres años y 23 de 41 pacientes que se operaron por carcinoma corpus sobrevivieron más de tres años. Todas las supervivientes pudieron llevar una vida normal sin impedimentos, de acuerdo con las visitas de seguimiento evolutivo y la información revisada.

## DISCUSION

Los rápidos cambios perioperatorios en el funcionamiento cardiorrespiratorio no necesariamente van acompañados de hallazgos clínicos obvios y en particular, el rápido deterioro (o mejoría) de las funciones circulatorias fundamentales por sí solas no pueden determinarse con precisión basándose en la información histórica y en los datos obtenidos de los exámenes físicos convencionales. Del Guercio y Cohn han observado en el paciente quirúrgico de edad avanzada, que la evaluación rutinaria preoperatoria frecuentemente es inadecuada. Las investigaciones hemodinámicas revelan anomalías fisiológicas ligeras o moderadas en el 64% de los pacientes y defectos avanzados que hacen que las pacientes constituyan un riesgo inaceptable en casos de cirugía mayor en el 23% de las pacientes. Por lo tanto, el monitoreo hemodinámico puede ser especialmente útil en pacientes de edad avanzada y en las que presenten enfermedad subyacente cardiovascular o respiratoria. Las pacientes de edad avanzada que van a someterse a una intervención quirúrgica amplia

en la cual se anticipe considerable pérdida sanguínea, transfusiones masivas o necesidades de gran volumen también pueden beneficiarse de la cateterización de la arteria pulmonar y el monitoreo. En nuestra división, las pacientes que sean sometidas a exenteraciones pélvicas y las pacientes de más de 70 años en las cuales se contemplen cirugías mayores como resultado de cáncer ginecológico son evaluadas por los miembros de la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos. La disponibilidad perioperatoria en la unidad de cuidados intensivos siempre constituye una regla establecida y algunas pacientes ingresan en la unidad de cuidados intensivos el día anterior a la cirugía para efectuárseles una evaluación hemodinámica. A estas pacientes se les hace una prueba de esfuerzo para determinar la presión diastólica terminal del ventrículo izquierdo, el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica. Se pueden efectuar intervenciones terapéuticas a fin de mejorar el estado hemodinámico de la paciente antes de la operación. En nuestra institución, el cumplimiento de este protocolo desde 1976 ha hecho disminuir la mortalidad hospitalaria después de exenteración pélvica del 28.5% a un 10.4% (5). En la actualidad la mortalidad postoperatoria durante el período de 30 días después de la exenteración es menos del 5%. También, la imposibilidad de identificar partiendo de estudios preoperatorios, a las pacientes con riesgo de presentar insuficiencia respiratoria después de la exenteración pélvica, nos ha llevado a utilizar como apoyo profiláctico temporal la ventilación respiratoria desde 1974 (7). En esta serie, 89 pacientes de más de 75 años fueron sometidas, por indicación, a operaciones mayores debido a diferentes lesiones malignas ginecológicas. Las condiciones médicas preexistentes en 53 de estas pacientes no aumentó la mortalidad. De las ocho pacientes que fallecieron durante el período postoperatorio, solamente dos tenían trastornos médicos preexistentes.

La mortalidad del hospital de 1966 a 1985 fue de un 8.9%. En un esfuerzo conjunto con la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos, partiendo desde 1976, se ha logrado disminuir la mortalidad hospitalaria a un 3.2%. Somos de la opinión que el fallecimiento de las cinco pacientes durante el período postoperatorio anterior a la existencia de la unidad de cuidados intensivos, pudo haberse prevenido. Todas estas pacientes presentaron fallo cardiorrespiratorio agudo después de las transfusiones sanguíneas y cristaloides durante el período postoperatorio temprano. Teóricamente, el monitoreo preoperativo de su estatus hemodinámico hubiese ayudado a prevenir estas complicaciones. Dos pacientes que recibieron múltiples transfusiones y considerables cantidades de cristaloides en el período preoperatorio se monitorearon con catéteres colocados en la arteria pulmonar. Se observó una diferencia de más de 10 Torr entre la presión venosa central y la presión en cuña de los capilares pulmonares en los recuentos iniciales, mostrando signos de edema pulmonar temprano, que hubiese sido imposible de ser diagnosticado por medio del examen clínico solamente. De las 10 pacientes que se monitorearon en el preoperatorio utilizando catéteres en la arteria pulmonar, 9 se beneficiaron de las intervenciones terapéuticas para mejorar el estado cardíaco y hemodinámico antes de la operación. Las complicaciones relacionadas con el uso de catéteres en la arteria pulmonar ocurren y pueden resultar fatales. En una reciente revisión efectuada en nuestra institución, (4) Helmkamp revisó 33 cateterizaciones de la arteria pulmonar en 22 pacientes ginecológicas. Las únicas complicaciones fueron tres pneumotorax que ocurrieron en el momento de realizarse la inserción. Civetta (8), de nuestra institución, ha descrito y utilizado una técnica segura para la punción de la vena yugular interna. En la presente serie, no ocurrieron complicaciones durante la

inserción. No se requirió el uso del catéter durante más de 72 horas y no hubo infecciones, ni complicaciones cardíacas o pulmonares.

De las 32 pacientes que sobrevivieron la vulvectomía radical, 17 presentaron infección de la herida. Esta incidencia es similar en pacientes jóvenes sometidas a la misma operación en nuestra institución. Se han utilizado diferentes tipos de incisiones con la intención de disminuir estas complicaciones, sin que se haya observado diferencia significativa entre ellas (incisión en línea media contra mariposa). El uso de enfermeras visitantes desde 1980 ha disminuido la estancia hospitalaria y debería también ser usada en pacientes que son dadas de alta del hospital con un catéter Foley. Cinco pacientes presentaban historial de glaucoma. Es importante documentar la información de que se dispone y evitar el uso de atropínicos en estas pacientes, según lo ha recomendado Wang (9).

Una resección quirúrgica oncológica efectiva debe resultar en una supervivencia aceptable con una recurrencia baja. De 41 pacientes que sobrevivieron la operación de carcinoma corpus, 13 recurrieron y 23 sobrevivieron por más de 3 años. Este índice de supervivencia no es sorprendente ya que esta serie incluye solamente a pacientes que fueron sometidos a biopsias del nódulo linfático determinadas por factores de alto riesgo (tumores indiferenciados y tumor voluminoso). De las 32 pacientes que sobrevivieron a la vulvectomía radical, 6 recurrieron y 27 sobrevivieron por más de 3 años, lo que hace que esta operación sea aceptable para este grupo de edad. De ocho pacientes con carcinoma ovárico, dos fallecieron a los tres años debido a enfermedad intercurrente en un estado asintomático. Una vive después de transcurrido un año y cinco

fallecieron debido a persistencia de la enfermedad con posterioridad a la intervención quirúrgica. Todas las ocho pacientes pudieron recibir quimioterapia. Debido a que la tolerancia y la respuesta a los efectos de la quimioterapia depende más de la condición médica, la extensión de la enfermedad y la cantidad de enfermedad residual después de la resección, la edad por sí sola no debe constituir una contraindicación quirúrgica. Las dos pacientes que sufrieron exenteración pélvica total no sobrevivieron la operación. En una reciente revisión de las exenteraciones pélvicas realizadas en nuestra institución, la influencia de la edad en la supervivencia fue un factor de importancia. Las pacientes con menos de 60 años tuvieron un índice de supervivencia de 5 años de un 37%, comparado con el 16% en pacientes de más de 60 años de edad (5). De acuerdo con nuestra experiencia, probablemente la exenteración pélvica no esté indicada en pacientes de más de 75 años de edad.

Otras cinco pacientes se sometieron a reexploraciones bajo anestesia general debido a nuevos trastornos sintomáticos no relacionados con la malignidad ginecológica primaria. Se consultó con la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y no hubo mortalidad, la morbilidad fue mínima y se logró la mejoría sintomática en todas las pacientes. Sólo se aplicó anestesia regional a dos pacientes que fueron sometidas a vulvectomía. En el resto se utilizó anestesia general endotraqueal. La posibilidad de utilizar más extensivamente la anestesia regional debería investigarse en el futuro a fin de disminuir aún más las complicaciones postoperatorias en estas pacientes. En pacientes de más de 75 años de edad, la cirugía oncológica pélvica puede realizarse con un índice de baja morbi-mortalidad, especialmente cuando se cumple un estricto protocolo que utilice los cuidados intensivos preoperatorios.

**RESUMEN**

Se revisaron los casos de ochenta y nueve pacientes de más de 75 años que fueron sometidas a cirugía mayor debido a diferentes lesiones malignas ginecológicas. El reciente uso rutinario de cuidados intensivos perioperatorios disminuyó la mortalidad hospitalaria de un 8.9% a un 3.2% y contribuyó a la disminución y a la anticipación de complicaciones cardiorespiratorias trans y postoperatorias. A partir de 1980 la disponibilidad de enfermeras visitantes disminuyó la permanencia hospitalaria promedio de 30.2 a 24.4 días en pacientes que fueron some-

tidas a vulvectomía radical. No hubo mortalidad en 11 pacientes que fueron subsecuentemente sometidas a reexploración debido a recurrencia o nueva enfermedad quirúrgica. Cincuenta y dos de las 89 pacientes sobrevivieron más de 3 años sin que presentasen impedimentos o limitaciones como resultado de las operaciones. En pacientes de más de 75 años, la cirugía mayor electiva debida a lesiones malignas ginecológicas puede efectuarse sin riesgo, especialmente cuando la paciente es evaluada y supervisada por miembros de una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos.

**PELVIC ONCOLOGIC CLINIC IN ADVANCED AGE PATIENTS****SUMMARY**

The clinical records of 89 patients over 75 years old who underwent major surgery due to different malignant gynecologic lesions were reviewed. The recent rutinary use of transsurgical intensive care lowered the Hospitalary mortality rate from 8.9% to 3.2% and contributed in diminishing and anticipate the trans and post surgical cardiopulmonary complications. Since 1980, the availability of visiting nurses lowered the mean Hospitalary stay from 30.2 to 24.4 days in pa-

tients who underwent radical vulvectomy. There was no mortality in 11 patients who subsequently had a reexploration due to relapse or a new surgical illness. 52 of the 89 patients showed a survival rate of more than 3 years without impediments or limitations as a result of the interventions. In patients over 75 years old the major elective surgery due to malignant gynecologic lesions can be carried out without risk, especially when the patient is evaluated and supervised by members of a surgical intensive care unit.

**REFERENCIAS**

1. Vital Statistics of the United States, Vol. II, Sec. 5, Life Tables, Department of Health, Education, and Welfare, 1970.
2. O'LEARY J, SYMMONDS RE: Radical pelvic operations in the geriatric patient, a 15-year review of 133 cases. *Obstet and Gynecol* 28: 745-753, 1966.
3. PIERSON RL, FIGGE PK, BUCHSHAUM HJ: Surgery for gynecologic malignancy in the aged. *Obstet. Gynecol* 46: 523, 1975.
4. HELMKAMP BJ, CIVETTA JM, GIRTANNER RE et al: The Swan-Ganz catheter and its application in the gynecologic patient. *Am J Obstet Gynecol* 139: 628, 1981.
5. AVERETTE HE, LICHTINGER M, SEVIN BU et al: Pelvic exenteration: a 15-year

- experience in a general metropolitan hospital. *Am J Obstet Gynecol* 150: 179-184, 1984.
6. DEL GUERCIO LRM, COHN JD: Monitoring operative risk in the elderly. *JAMA* 243: 1350 - 1355, 1980.
  7. GIRTANNER, RE, DELCAMPO T, ALLEYN J et al: Routine intensive care for pelvic exenterative operations. *Surg Gynecol & Obstet* 153: 657-659, 1981.
  8. CIVETTA JM, GABEL JC, GEMER M: Internal jugular vein puncture with a margin of safety. *Anesthesiology* 36: 622 - 623, 1972.
  9. WANG BC, TANNENBAUM CS, ROBERTAZZ RW: Acute glaucoma after general surgery. *JAMA* 177: 108 - 110, 1961.