

11209
247



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE ANCIANO

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA
DR. FRANCISCO SAMUEL TRUJILLO BRACAMONTES
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
DE CIRUGIA GENERAL**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



ISSSTE

MEXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



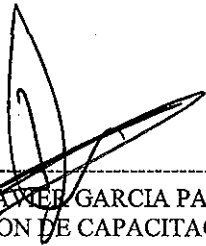
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ OCT 25 2009 ★
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION



DR FRANCISCO JAVIER GARCIA PALOMINO
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION.



DR ARTURO VAZQUEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. JAVIER BENITEZ BELTRAN
ASESOR DE TESIS

DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
VOCAL DE INVESTIGACION

DR. LUIS SERAPIN ALCAZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
* OCT. 29 *
DIRECCION DE
INVESTIGACION

DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTRADA
29 OCT 2001
Direccion de
Investigacion

A mis padres, Francisco Samuel y Eva Silvia, a quienes agradezco toda su confianza , apoyo, regaños, y consejos para seguir por el camino del estudio.

A mis hermanos, Silvia Erika, Marla Roxana y Paul Armando, que gracias a su confianza y cariño pude alcanzar mis metas.

A mis sobrinos, Eduardo y Oswaldo, que con su sonrisa y su inocencia me brindaron para seguir superándome cada día más.

Al Dr. Javier Benitez Beltran quien me ofrecio su amistad y confianza, ayudándome en este proyecto, y me brindo sus conocimientos.

A mis pacientes que me ayudaron a realizar mi estudio, y que hicieron posible que fortaleciera el camino de mi vida profesional.

Gracias a todas las personas que creyeron en mi.



INDICE

1.- Resumen	3
2.- Introducción o Antecedentes	4
3.- Objetivo	12
4.- Justificación	13
5.- Material y Métodos	14
6.- Resultados	17
7.- Conclusiones	22
8.- Gráficas y Tablas	23
9.- Bibliografía	35

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional, entre marzo del 2000 al 31 de julio de 2001, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E. en 100 pacientes (100%) mayores de 60 años que ingresaron al Servicio de Urgencias con cuadro de Abdomen Agudo, los criterios de inclusión fueron: 1. - pacientes mayores de 60 años de ambos sexos, 2. - pacientes que presentaran síntomas clínicos de abdomen agudo con o sin patología previa; los criterios de exclusión fueron 1. - pacientes menores de 60 años sin patología abdominal de urgencias, 2. - pacientes que acudieran al servicio de urgencias tratados previamente en otro hospital. Dividimos arbitrariamente a los pacientes en 3 grupos: aquellos con patología < de 24 horas, aquellos con patología > de 24 horas pero < de 48 horas y pacientes con patología > de 48 horas. Las enfermedades más frecuentes fueron: Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada N35 (35%), Hernia Inguinales N24 (24%), Hernias Umbilicales N10 (10%), Apendicitis N8 (8%), Oclusión Intestinal N6 (6%), Ca. Páncreas N3 (3%), Ca. De Recto N3 (3%), Hernia de Pared N3 (3%), Trombosis Mesentérica N3 (3%), Vólvulo N1 (1%), Hernia de Estoma N1 (1%), Hernia Interna N1 (1%), Quiste Torcido de Ovario N1 (1%) y Granuloma de Pared N1 (1%). Las enfermedades concomitantes fueron Hipertensión Arterial en 45 Pacientes, Diabetes Mellitus Tipo II en 25 pacientes, Obesidad en 15 pacientes y Cardiopatía en 5 pacientes. Todos los pacientes fueron estudiados a través de Historia Clínica, Laboratorio y Gabinete, previos a cirugía de urgencias. Las complicaciones presentes fueron: 28 Infecciones de Herida, 22 íleo adinámico, 10 seromas y 5 neumonías. La Mortalidad se presentó en 3 pacientes (3%) con Trombosis Mesentérica. Nosotros concluimos que el paciente anciano con Abdomen Agudo tiene una menor Morbi-Mortalidad cuando el diagnóstico y tratamiento se efectúa dentro de las primeras 24 horas en cualquiera de las patologías mencionadas, siendo la más grave la Trombosis Mesentérica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION O ANTECEDENTES.-

El diagnóstico de Abdomen Agudo indica cualquier trastorno no traumático repentino, cuya principal manifestación se encuentra en el área abdominal y para el cual quizá se requiera una operación de urgencia. Las variables en la presentación de los cuadros de abdomen agudo en los pacientes geriátricos son el principal factor en la toma de decisiones para la realización de algún procedimiento quirúrgico, sin embargo también la presencia de enfermedades concomitantes o solicitar atención médica demasiado tarde en el curso de algún problema agudo impide brindar el manejo quirúrgico necesario y aumenta la morbi-mortalidad.

La definición de anciano según la Organización Mundial de la Salud es aquella persona mayor de 60 años de edad. Sin embargo el envejecimiento fisiológico se produce a una velocidad diferente en cada individuo por lo que es necesario comentar sobre la biología molecular del envejecimiento y para poderlo entender es necesario saber que el término de envejecimiento suele emplearse para referirse a los procesos subsecuentes a la maduración que se caracterizan por el deterioro y culminan en mayor vulnerabilidad, por esto es más preciso hablar de senescencia, dado que el envejecimiento alude a diversos procesos relacionados con el tiempo.

Medawar decía desde los años de 1952 que el envejecimiento "es un problema de importancia sociológica sobresaliente", ya que desde el punto de vista de biología molecular se hará por la investigación del envejecimiento lo que ya se ha hecho en otros campos como la biología del cáncer y el desarrollo, donde se pueden identificar las siguientes características:

1. - Mayor mortalidad con la edad, después de la maduración.
2. - Cambios en la composición bioquímica de los tejidos.
3. - Amplio espectro de cambios fisiológicos de deterioro progresivo.
4. - Disminución de la capacidad para representar reacciones adaptativas ante los cambios ambientales.
5. - Mayor vulnerabilidad a muchas enfermedades.

Es razonable concluir que el envejecimiento es un proceso multifactorial, constituido por componentes tanto genéticos como ambientales. Cada sistema fisiológico dentro de un organismo, cada tejido dentro de un sistema y cada tipo de célula dentro de un tejido, parece tener su propia trayectoria de envejecimiento.

La fisiología orgánica del envejecimiento, se ha logrado gracias a los progresos médicos logrados durante el último siglo que han permitido a los miembros de la sociedad vivir más y conservarse sanos durante un tiempo mucho mayor. El proceso del envejecimiento afecta a todos los sistemas orgánicos, con secuelas funcionales variable que pueden tener un impacto negativo en la reacción del anciano al estrés quirúrgico. Por lo tanto es imperativo que los cirujanos comprendan y sepan reconocer los cambios fisiológicos que se producen en los diversos sistemas orgánicos con el envejecimiento. Donde se mencionaran los cambios de aparatos y sistemas como son:

CAMBIOS CARDIOVASCULARES

Uno de los aspectos principales que debe distinguirse al considerar el aparato cardiovascular y el envejecimiento, es el efecto de la enfermedad aterosclerótica considerada por la mayoría de los estudios en la literatura como un trastorno patológico más que un proceso normal del envejecimiento:

VASOS SANGUINEOS: Los cambios que ocurren en los vasos sanguíneos con el envejecimiento consisten en hiperplasia de la íntima y la media de la aorta y los grandes vasos, que culmina en fragmentación de la lámina elástica dejando como secuelas una menor capacidad de distensión y mayor rigidez de la aorta y ramas arteriales en general.

CORAZON: Entre los cambios anatómicos que experimenta el corazón está la hipertrofia compensatoria resultante de incremento de la presión arterial sistólica. Con la edad sobrevienen también engrosamiento y calcificación del endocardio de las aurículas y los bordes de las válvulas, haciendo que el anciano reaccione con menor grado al incremento inducido por las catecolaminas y por lo tanto depende más de la dilatación ventricular que aumenta el volumen diastólico terminal (precarga) aumentando el volumen de contracción para incrementar el gasto cardíaco, a diferencia de los individuos más jóvenes que incrementan el gasto cardíaco principalmente al incrementar la frecuencia cardíaca.

APARATO RESPIRATORIO

Se suceden cambios en la fisiología pulmonar que trastorna la capacidad del pulmón para deshacerse de las infecciones y otras situaciones de agresión ambiental. Los cambios que afectan a la función respiratoria en los ancianos consisten en trastornos de la pared torácica, los músculos respiratorios y el propio parénquima pulmonar. El tórax se vuelve más rígido con el envejecimiento, a causa de la calcificación de los cartílagos costales y disminución de los espacios entre los discos intervertebrales, lo que da por resultado un aumento del diámetro anteroposterior del tórax y reducción de la excursión costal. En el envejecimiento la capacidad pulmonar total se conserva igual sin embargo, la capacidad funcional residual, que es el volumen que tiene un pulmón al final de la espiración, se incrementa como resultado de disminución de las fuerzas elásticas pulmonares. Hay disminución gradual de la PO₂ arterial, aumento del espacio muerto y disminución del volumen respiratorio y el flujo respiratorio.

FUNCION RENAL

Hay pérdida gradual del tamaño de los riñones y disminución de su funcionamiento. Hay disminución gradual de la filtración glomerular, de cerca de 1ml/ min. por cada año hasta 40 años de edad. En conjunto, estos cambios de la función renal complican en grado importante la asistencia postoperatoria del paciente de edad avanzada, porque el envejecimiento disminuye notablemente la capacidad del riñón para corregir los trastornos de líquidos, electrolitos y acidobásico, y tolerar las lesiones hemodinámicas.

APARATO DIGESTIVO

En general, el envejecimiento de los órganos del aparato digestivo se manifiesta como disminución de la motilidad, secreción y la capacidad de absorción. La capacidad de reserva de estos órganos es grande, de modo que las disminuciones observadas en los aspectos fisiológicos no suelen dar por resultado trastorno funcional real.

ESOFAGO: El proceso de envejecimiento afecta principalmente a la motilidad esofágica. El término presbiefago, que se ha aplicado a la función motora del esófago atribuida a envejecimiento, indica que este órgano manifiesta una reacción desorganizada generalizada a la deglución y defectos en la relajación del esfínter esofágico inferior. Donde se demuestra múltiples contracciones terciarias no propulsoras, retraso del vaciamiento esofágico y dilatación esofágica, con defecto de la relajación del esfínter esofágico inferior.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTOMAGO: Hay modificaciones secretoras y morfológicas del estómago que se caracteriza por cambios degenerativos, disminución de la secreción de ácido y pepsina, y atrofia de la mucosa, disminuye con el paso de la edad las secreciones gástricas tanto basales como estimuladas, donde la explicación más frecuente es la pérdida de células parietales a causa de gastritis atrófica cuya incidencia incrementa sostenidamente con la edad. La secreción de pepsinógeno disminuye ligeramente con el envejecimiento pero no en una proporción tan grande como ocurre de ácido.

INTESTINO DELGADO: Hay reducción general de la altura de las vellosidades de la mucosa del intestino delgado, lo cual provoca disminución de la absorción de ciertas sustancias, entre ellas calcio y hierro, se ha postulado, aunque no ha podido comprobarse, una disminución del tono del intestino delgado con el envejecimiento.

COLON: Se produce atrofia de la mucosa, anomalías morfológicas de las glándulas mucosas, infiltración celular de la lámina propia, hipertrofia de la capa muscular e incremento del tejido conectivo. Hay aumento de las capas musculares tanto circular como longitudinal, con un incremento concomitante del contenido de elastina y tejido conectivo. La incidencia de diverticulosis es de 20% en los pacientes de 40 años de edad, de 40% en los de 60 años de edad y de 60% en los de 80 años.

HIGADO: La reserva hepática es tan grande que sólo producen pérdida mínima de la función real. Se ha demostrado disminución real del tamaño del hígado, se ha demostrado hipertrofia de los hepatocitos aumento del número de hepatocitos binucleados, para compensar la pérdida del tamaño del hígado.

VESICULA BILIAR: Se incrementa con la edad las enfermedades. La cinética y la capacidad de absorción de la vesícula no cambian de manera apreciable, pero se ha demostrado la disminución de la sensibilidad de la vesícula a la colecistocinina pero se incrementa la secreción de colesterol por el hígado.

PANCREAS: Hay metaplasia de epitelio de los conductos, con un leve incremento de diámetro del conducto principal. Trastorno degenerativo de los alvéolos, caracterizados por atrofia nuclear, incremento de la sustancia nucleolar y dilatación de los acinos y los conductos. Disminución de la amilasa y tripsina en el jugo pancreático en los acinos.

ALTERACION EN LA DEFECACION: Estreñimiento se presenta en un 80 a 90 % de los enfermos mayores de 60 años de edad

TRASTORNOS DE APARATO DIGESTIVO:

Apendicitis: En los ancianos es común la perforación y muchos pacientes presentan dolor el cual no es característico que se presente en la fosa ilíaca derecha, presentan pérdida de la hipersensibilidad en un 80 % y leucocitos aumentados en un 75%, aunque esto es variable. Su mortalidad en mayores de 75 años es de 25 %.

Obstrucción de intestino delgado y grueso: La obstrucción de delgado representa el 25% de la cirugía de urgencias. Las adherencias o hernias son las causa más común de obstrucción intestinal (30%), esta requiere de laparotomía exploradora excepto en los casos de alteraciones metabólicas, alteraciones hidroelectrolíticas o carcinomatosis, por mencionar algunas. La isquemia ocurre frecuentemente en pacientes geriátricos con una mortalidad de 80%. Donde el dolor abdominal es el síntoma inicial desde 75 a 90%, sangre oculta en heces de un 75%, leucocitos en un 75% y afección ácido-base es de un 50%. Los pacientes presentan antecedentes de patología cardiovascular en su gran mayoría. La obstrucción de intestino grueso es de aproximadamente un 50% secundaria a la presencia de Ca de recto, con una mayor afección de recto sigmoides. La enfermedad diverticular en mayores de 80 años se observa en más de 50%, en esta se indica la cirugía cuando se presentan las complicaciones como la perforación, abscesos, obstrucción evidente o cuadros clínicos de peritonitis. El vólvulo se sospecha cuando hay distensión abdominal ocasionada por dilatación de una asa de intestino grueso, entre sus factores destaca la inactividad física y consumo de dieta rica en fibra, se debe intervenir quirúrgicamente de urgencia o electivo a fin de disminuir la mortalidad.

Hernias Estranguladas: El 75 % de las hernias ocurren en la ingle, las hernias por incisiones previas y ventrales comprenden aproximadamente 10%, las umbilicales 3% y otras cerca de 3%. Las complicaciones como hernia encarcerada, donde su contenido no regresa al abdomen por estar atrapado por un cuello estrecho deben ser resueltas quirúrgicamente. El término encarceración implica obstrucción, inflamación o isquemia de los órganos herniados, estrangulación es cuando ha ocurrido gangrena del saco y su contenido, la frecuencia de estrangulación es más alta en las hernias crurales.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Estómago y duodeno: La enfermedad ácido péptica es generalmente secundaria a la ingesta de medicamentos de tipo AINES, donde por medio de escleroterapia se puede manejar, si el estado del paciente lo permite, con riesgo de resangrado de 5 a 40%, si durante el estudio se observa una úlcera que sea mayor de 2cm la intervención quirúrgica se recomienda por el riesgo de resangrado. La hemorragia gastrointestinal alta, es la causa más común en el anciano. Rectorragia es secundaria con mayor frecuencia a pólipos de colón y cáncer rectosigmoideo. Úlcera Péptica Perforada, es frecuente en el sexo masculino y predomina la úlcera duodenal sobre la gástrica. La úlcera duodenal perforada debe ser tratada quirúrgicamente según sea el caso de cada una y su presentación.

TRASTORNOS DE LA VIA BILIAR:

Colecistitis Aguda: las enfermedades del tracto biliar en pacientes geriátricos son casi exclusivamente secundarias a litiasis vesicular o cáncer, existe una mayor incidencia en el sexo femenino. Las complicaciones más frecuentes incluyen coledocolitiasis, colecistitis enfisematosa, perforación de la vesícula, abscesos intra-abdominales y sepsis. Su mortalidad quirúrgica en cirugía de urgencias es mayor de 16% que la observada en forma electiva de un 5%. La incidencia de colangitis se incrementa con la edad, una colecistectomía en forma temprana esta indicada ya que disminuye la morbimortalidad, la colangitis agregada da como mortalidad de 17 a 50% si no se da manejo temprano.

Esto es solo algunas formas de presentación en cuanto a sus formas de presentación de la patología y sus variantes, se da un cuadro en forma de presentaciones y lugares de cada enfermedad para ver su situación y presentación.

TRASTORNO DEL APARATO DIGESTIVO:

- Apendicitis
- Obstrucción intestinal delgado y grueso
- Hernia estrangulada
- Úlcera péptica perforada
- Perforación intestinal
- Diverticulitis de Meckel
- Síndrome de Boerhaave
- Diverticulitis
- Trastorno inflamatorio del intestino
- Síndrome de Mallory Weiss
- Gastroenteritis
- Gastritis aguda
- Adenitis mesentérica

TRASTORNOS HEPATICO, ESPLENICOS Y VIAS BILIARES

- Colecistitis aguda
- Colangitis aguda
- Absceso hepático
- Tumor hepático roto
- Ruptura espontánea de del bazo
- Infarto esplénico
- Cólico biliar
- Hepatitis aguda

- TRASTORNOS PANCREÁTICOS

- Pancreatitis aguda

- TRASTORNOS DE VIAS URINARIAS

- Cólico ureteral o renal
- Pielonefritis aguda
- Cistitis aguda
- Infarto renal

- TRASTORNO GINECOLÓGICO

- Embarazo ectópico roto
- Tumor ovario torcido
- Quiste del folículo ovárico rotos
- Salpingitis aguda
- Dismenorrea
- Endometriosis

- TRASTORNO VASCULARES

- Aneurisma aórtico y visceral rotos
- Colitis isquémica aguda
- Trombosis mesentérica

- TRASTORNO PERITONEALES
- Abscesos intra-abdominales
- Peritonitis primaria
- Peritonitis tuberculosa

- TUMORES RETROPERITONEALES
- Hemorragia retroperitoneal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

Brindar atención oportuna a este grupo de población e incidir en una mejor supervivencia y optimizar los recursos materiales y humanos que requieren en su padecimiento.

JUSTIFICACION

El diagnostico Temprano del Abdomen Agudo en el paciente anciano disminuye la morbimortalidad, disminuye los costos de su atención y mejora la calidad de la atención en este grupo de derechohabientes que cada día es mayor en nuestra población, además por otro lado unificar criterio en el abordaje diagnóstico de acuerdo las enfermedades más frecuentes encontradas en nuestra población.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio prospectivo, transversal y observacional de 100 pacientes de mas de 60 años de edad, de ambos sexos, que ingresaron al servicio de urgencias, del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E., en el período comprendido de marzo del 2000 a julio del 2001, todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico una vez realizado el diagnóstico de abdomen agudo. El estudio de los pacientes se llevó acabo por medio de las variables de la cédula de recolección de datos:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos.
- Pacientes atendidos por patología abdominal de urgencias.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes menores de 60 años sin patología abdominal.
- Pacientes tratados previamente en otro hospital.

I.- IDENTIFICACIÓN: (edad, sexo, exploración física, enfermedades concomitantes y tiempo de evolución del cuadro clínico).

II.-METODO DIGANOSTICO: (laboratorio, radiología, ultrasonido, tomografía y resonancia magnética)

III.-TRATAMIENTO: (diagnóstico preoperatorio, diagnóstico posoperatorio, cirugía realizada, tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento y tiempo de cirugía)

IV.-EVOLUCION: (primero, segundo, tercero, cuarto, quinto día, 1 semana , complicaciones y mortalidad).

Todos los pacientes fueron informados de su diagnóstico, aceptando la intervención quirúrgica propuesta, así como de los riesgos del procedimiento.

Se estudiaron un total de 100 pacientes (100%), 51 pacientes del sexo masculino (51%), y 49 pacientes del sexo femenino (49%), para realizar el estudio fue necesario la participación de los familiares y los mismos pacientes para obtener mejor información con los interrogatorios directos e indirectos.

Dividimos arbitrariamente a los pacientes en 3 grupos principales, aquellos con evolución de su patología < de 24 horas, evolución > de 24 horas pero menor de 48 horas y evolución > de 48 horas.

Las patologías más frecuentes fueron: Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada en 35 pacientes (35%), Hernia Inguinal en 24 pacientes (24%), Hernia Umbilical en 10 pacientes (10%), Apendicitis aguda en 8 pacientes (8%), Oclusión Intestinal en 6 pacientes (6%), Cáncer de Páncreas en 3 pacientes (3%), Cáncer de recto en 3 pacientes (3%), Hernia de Pared en 3 pacientes (3%), Trombosis Mesentérica en 3 pacientes (3%), vólvulo en 1 paciente (1%), Hernia de Estoma en 1 paciente (1%), Hernia Intra-abdominal en 1 paciente (1%), Quiste Torcido de Ovario en 1 paciente (1%) y Granuloma de Pared en 1 paciente (1%). Las

5 principales patologías fueron representadas con 83 pacientes (83%) y el resto 13 pacientes (13%).

Las enfermedades concomitantes, fueron las siguientes: Hipertensión Arterial 45 pacientes, 12 hombres y 33 mujeres; Diabetes Mellitus Tipo II 25 pacientes, 4 hombres y 21 mujeres; Obesidad 15 pacientes, 5 hombres y 10 mujeres y Cardiopatías 5 pacientes, 2 hombres y 3 mujeres.

Nuestra población fue estudiada exclusivamente durante su estancia en el servicio de urgencias con la cédula de recolección de datos mencionada con anterioridad, siendo posible realizar la recolección de datos en un tiempo mínimo de 3 horas y un máximo de 120 hrs. En el diagnóstico de nuestros enfermos le dimos mucha importancia a la biometría hemática y de ella a la cuenta leucocitaria, dividiendo a nuestros pacientes en aquellos con leucocitos < de 5,000, leucocitos de 5,000 a 10,000 y leucocitos > de 10,000, quedando 20 pacientes en el grupo con < de 5,000, 35 pacientes con 5,000 a 10,000 y por último 45 pacientes con > de 10,000. Esta consideración fue necesaria debido a que este es el estudio que más fácilmente se obtiene en urgencias y por problemas técnicos administrativos no se pudo recolectar más datos de laboratorio.

Los estudios de gabinete fueron las radiografías simples del abdomen, tanto de pie como en decúbito. Ultrasonido de hígado, páncreas y vías biliares se realizó selectivamente para patología vesicular principalmente, ya que su uso se limita para otras patologías.

La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética durante el periodo en que se realizó el estudio se encontraba en reparación y no se realizó a nuestro grupo de enfermos.

El diagnóstico preoperatorio coincidió en 96% con los hallazgos transoperatorios, excepto en un caso de hernia de pared abdominal en el que resultó un granuloma de la pared en una incisión abdominal previa y tres pacientes con oclusión intestinal a quienes durante la cirugía se les encontró cáncer de recto.

La cirugía realizada fue según el hallazgo transoperatorio.

El tiempo transcurrido desde llega al servicio de urgencias y su manejo quirúrgico se da en forma diferente en cada patología, en los cuadros de Colecistitis Aguda Crónica Litásica Agudizada, se apreció que un tiempo de 11 horas como mínima, 96 horas como máxima, con una media de 9 horas. Las Hernias Inguinales presentaron 2 horas como mínima, 17 horas como máxima, 24 horas, con una media de 7 horas. Las Hernias Umbilicales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

presentaron 4 horas como mínima, 15 horas como máxima, con una media de 6 horas. Las Apendicitis Agudas presentaron 5 horas como mínima, 24 horas máxima y una media de 7.5 horas. Las Oclusiones Intestinales presentaron 15 horas como mínima, 48 horas como máxima y una media de 22.5 horas. Cáncer de Páncreas presentaron 24 horas como mínima, 144 horas como máxima y una media de 88 horas. Cáncer de Recto presentaron 14 horas como mínima y 120 horas como máxima y una media de 44.6 horas. Las Hernias de Pared presentaron como mínima 8 horas, como máxima 12 horas y una media de 10 horas. Las Trombosis Mesentericas presentaron una mínima de 18 horas, como máxima de 24 horas y una media de 14 horas. Vólvulos 10 horas. La Hernia de Estoma 18hrs, Hernia Intrabdominal 18 horas, Quiste Torcido de Ovario 36 horas, Granuloma de Pared 18 horas, estas ultimas 5 patologías fueron solo constituidas por un solo paciente, donde se saco su media que fue de 20 horas

RESULTADOS

En el grupo de pacientes estudiados, representado con un total de 100 pacientes (100%), de ambos sexos se encontró que la causa principal de abdomen agudo en pacientes mayores de 60 años es la Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada con 35 pacientes (35%) además se determinó que la morbi-mortalidad es dependiente de la gravedad del padecimiento pero el tiempo y manejo posterior al diagnóstico quirúrgico es fundamental.

Se encontró que el abdomen agudo afecta por igual al sexo masculino con 51 pacientes (51%) que al sexo femenino con 49 pacientes (49%), es decir existe una proporción de 1:1.

Otras patologías que se presentaron en nuestro universo fueron: Hernias Inguinales en 24 pacientes (24%), Hernia Umbilicales en 10 pacientes (10%), Apendicitis 8 pacientes (8%), Oclusión Intestinal 6 pacientes (6%), para un total de 48 pacientes que representan el (48%), y que junto con la anterior representan las cinco principales causas de abdomen agudo en nuestra población.

En menor casos ocurrieron Cáncer de Páncreas, Cáncer de Recto, Hernias de Pared, Trombosis Mesentérica, Vólvulos, Hernia de Estoma, Hernia Intraabdominal, Quiste de Ovario Torcido y Granuloma de Pared, que sumaron 17 pacientes para un (17%) de la población estudiada.

La enfermedad vesicular sucedió en 23 mujeres (65.7%) y 12 en hombres (34.3%), del total de 35 pacientes 26 de ellos permanecieron en urgencias hasta su cirugía un tiempo menor de 24 horas (74.3%), un tiempo > de 24 horas pero menos de 48 horas 6 pacientes (17.1%) y un tiempo > de 48 horas solamente 3 paciente (8.6%). Esto significa que 32 pacientes (91.4%) se atendió en < de 48 horas

La duración de las cirugías de los 35 pacientes con colecistitis crónica litiásica agudizada, fue en el rango de 60 a 120 minutos y tuvo una relación directa con los hallazgos transoperatorios, que fueron en 23 pacientes colecistitis crónica litiásica agudizada (23%), piocollecisto en 8 pacientes (8%), hidrocolecisto en 4 pacientes (4%). En todos se realizó colecistectomía simple sin exploración de las vías biliares.

Las plastias inguinales en 24 pacientes (24%) se resolvieron en un tiempo promedio de 120 a 240 minutos, cuando se retrazó el tiempo de diagnóstico fue necesario realizar un inscción media infraumbilical para efectuar resección del contenido herniario por compromiso de asa, esto sucedió en 8 pacientes (8%). La técnica realizada fue en forma de Mc vey, y no se utilizó prótesis en algún caso.

Las plastias umbilicales se practicaron a 10 pacientes (10%), con tiempo de cirugía promedio de 60 minutos, se requirió resección de epiplón en 4 pacientes (4%) y la duración de la cirugía fue de 120 minutos.

La apendicectomías se llevó a cabo en 8 pacientes (8%) con un tiempo de 120 a 180 minutos esto debido a la fase encontrada, 5 (5%) peritonitis local y 3 (3%) fase IV. La Técnica elegida fue a criterio de cirujano.

Oclusión Intestinal en 6 pacientes (6%), con tiempo de quirúrgico de 120 a 240 minutos debidos a que todos los enfermos sufrieron resección intestinal ya sea por compromiso de vascular y/o lesión intestinal durante la liberación de adherencias.

El cáncer de páncreas ocurrió en 3 pacientes (3%). Tiempo de su cirugía fue de 120 minutos y fueron intervenidos por la noche efectuándoseles una colecistectomía mas colocación de

sonda en "T" en el colédoco. En ellos no se tuvo la posibilidad de efectuar tomografía axial computada del abdomen.

Cáncer de recto se presentó 3 pacientes (3%), realizándoseles resección del tumor con colostomía en bolsa de Hartman en un promedio de 120 minutos a 240 minutos.

Las hernias de pared abdominal con 3 pacientes (3%), con una incisión abdominal previa y requirieron resección de su contenido, el cual fue solo epiplón, tiempo de duración cirugía de 120 minutos.

La trombosis mesentérica se dio en 3 pacientes (3%), solo se realizó laparotomía exploradora en un tiempo de 60 minutos ya que por la condición del intestino delgado y colón no fue posible ofrecer tratamiento quirúrgico alguno.

El vólvulo de sigmoide en 1 paciente (1%), y durante la laparotomía exploradora de 120 minutos se efectuó sigmoidectomía y colostomía en bolsa Hartman.

Hernia de estoma en 1 paciente (1%), con duración de cirugía de 120 minutos, se hizo una resección de estoma y remodelación.

Hernia interna en 1 paciente (1%) al que con cirugía de 120 minutos, se practico solo cierre de mesenterio. Este paciente refirió como antecedente de importancia trauma abdominal cerrado hace 6 meses y con la imagen radiológica sospeché el diagnóstico.

El quiste torcido de ovario derecho que en el estudio de patología resulto cistoadenoma ocurrió en 1 paciente (1%). Su cirugía tuvo duración de 60 minutos y se resolvió con salpingooforectomía ipsilateral.

Granuloma de pared 1 paciente (1%), resección en 60 minutos y se resección del mismo, con seda como cuerpo extraño.

Las Hernia Inguinales se presentaron en 24 pacientes (24%) con predominio del sexo masculino, el tiempo de estancia en urgencias hasta la cirugía fue determinado de igual forma esto es < de 24 horas 23 pacientes (95.8%), > de 24 horas pero menor de 48 horas solo 1 paciente (4.2%), nuevamente todos los pacientes se atendieron en menos de 48 horas.

Hernia Umbilical se reportó en un total de 10 pacientes (100%) con predominio del sexo femenino, el tiempo estancia hasta la cirugía fue < de 24 horas en 10 pacientes (100%).

La apendicitis aguda se presentó en 10 pacientes (100%), el sexo masculino predominio, y tiempo estancia en urgencias hasta cirugía fue < de 24 horas 5 pacientes (50%), > de 24 horas pero menor de 48 horas 3 pacientes (30%), > de 48 horas 2 pacientes (20%).

Se diagnosticó oclusión Intestinal un total de 6 pacientes (100%), con predominio del sexo masculino, tiempo estancia en urgencias hasta cirugía fue < de 24 horas en 2 pacientes (33.3%), > de 24 horas pero menor de 48 horas 3 pacientes (50%), > de 48 horas solamente 1 paciente (16.7%).

El resto en las patologías se presentaron en 17 pacientes (17 %) de la población estudiada, se reporta predominio del sexo masculino, la estancia en urgencias hasta cirugía fue < de 24 horas 8 pacientes (47%), > de 24 horas pero menor de 48 horas 4 pacientes (23.5%), > de 48 horas 5 pacientes (29.5%).

Entre las enfermedades concomitantes se destaca la Hipertensión Arterial con un total de 45 pacientes (100%), esta se presentó en 33 mujeres (73.3%) y 12 hombres (26.7%); en forma descendente se encontró la Diabetes Mellitus con 25 pacientes (100%) de estas 21 mujeres (84%) y 4 hombres (16%); 15 pacientes (100%) eran obesos, 10 pacientes (66.6%) mujeres y 5 pacientes (33.4%) hombres; La cardiopatía existió en 5 pacientes(100%) 3 pacientes (60%) mujeres y 2 hombres (40%), esto concuerda con la literatura que dice que las enfermedades de tipo crónico degenerativos siempre tienden a estar presentes y manifestar su presencia en asociación de otras enfermedades de presentación aguda.

Los pacientes con infección de las heridas quirúrgicas fueron 28 (100%) y se asoció a diabetes mellitus y tenían cierto grado de obesidad.

Los 3 pacientes con diagnóstico de trombosis mesentérica presentaron Hipertensión Arterial y Cardiopatía, está última había provocado previamente arritmias cardíacas que se encontraban en manejo médico con y antecedentes de Infarto Agudo al Miocardio.

La exploración física juega un papel muy importante en la elaboración del diagnóstico, destacan para la colecistitis crónica litíásica el signo de Murphy y Glenard (100%) y la vesícula palpable en 15 pacientes (42.8%).

En las 24 (100%) hernias Inguinales se presentó aumento de volumen de la región (100%), taxis negativo y el signo de Reyes (equimosis) en 8 pacientes (53.3%) esto fue sobre todo en pacientes con hernia femoral (53.3%).

En las hernias umbilicales se presentó taxis negativo, aumento de volumen y signo de Cullen (equimosis periumbilical).

En los 8 pacientes con apendicitis se presentó con signo de Mc Burney, Rovsing, capurro y rebote en 100%.

En la oclusión Intestinal se apreció cicatriz previa, distensión abdominal, timpanismo y dolor difuso.

Al analizar los exámenes de laboratorio, encontramos que el único reporte por lo menos presente en el expediente era Biometría Hemática de tal manera que nosotros dividimos a los pacientes arbitrariamente en aquellos con cifras de leucocitos de < de 5,000 (20 pacientes 20%), de 5,000 a 10,000 (35 pacientes 35%) y > de 10,000 (45 pacientes 45%).

Los hallazgos principales en las radiografías simples de abdomen de pie o decúbito solicitados únicamente a 63 pacientes, son los niveles hidroaéreos presente en 50 de ellos esto es un total de 79.3%, solo una asa centinela se observó en 25 pacientes (39.6%), falta de aire en ampulla rectal 10 pacientes (15.8%), presencia de asas de delgado 8 pacientes (12.5%), materia fecal en 7 pacientes(11.5%). Es decir cualquier cambios radiológico es este tipo de cuadros no indica la presencia de patología abdominal y no obliga a pensar en el abdomen agudo.

Se efectuó ultrasonido abdominal a 35 pacientes (35%), en decir solamente en pacientes con patología biliar, las imágenes importantes reportadas fueron la presencia de un halo hipocóico alrededor de la pared vesicular, aumento del espesor de la pared vesicular hasta 6mm o más y líquido perivesicular, La Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética no se realizaron por problemas de funcionamiento del equipo durante el período de estudio.

Tres pacientes murieron (3%) del total de la serie a consecuencia de los daños provocados en el intestino delgado y grueso por trombosis mesentérica.

La determinación del tiempo de evolución de cada padecimiento, desde su llegada al servicio de urgencias y su manejo de forma quirúrgica se determino de las cinco principales patologías, se maneja la siguiente escala en horas, como principal causa de abdomen agudo se reporta la colecistitis crónica litiasica donde el rango en horas es desde 3 a 96 horas y la mayor fue de 12 horas, hernia inguinales se da un rango de 5 a 24 horas y la mayor fue 10 horas, hernias umbilicales tiene rango de 4 a 15 horas y la mayor 6 horas, apendicitis rango de 6 a 24 horas y mayor 24 horas, oclusión intestinal rango de 15 a 48horas y mayor 24 horas.

Dentro de la metodología diagnostica se menciona el uso de laboratorio con reporte de su leucocitosis tomando el parámetro de < de 5000 leucocitos dado a 20 pacientes, de 5,000 a 10,000 en 35 pacientes y > de 10,000 a 45 pacientes.

El ultrasonido fue realizado solamente a patología vesicular en donde se tomo su diagnostico de interpretación, ya que la mayoría no reporto completo el estudio , de los cuales 12 reportaron encontramos el reporte de halo hipocóico o liquido perivesicular.

La terapeutica se realizo en forma quirúrgica y particularizando a cada uno de los 100 pacientes esto de la forma siguiente:

Diagnósticos Preoperatorios predominio de Colecistis Cronica Litiasica Agudizada, Plastia inguinal, Apendicitis, Lisis de adherencias.

Encontramos un diagnostico posoperatorio de las coleicistitis cronica litiasicas se aprecio 23 pacientes con colecistitis cronica agudizada, 8 fueron pícolecistos, 4 hidrocolecistos, de plastias inguinales de un total de 24 pacientes 16 fueron incarceratedas y 8 estranguladas, mismas de forma y presentación femoral donde se les realizo resección a las 8 en forma intestinal y de epiplon. Hernia Umbilical 10 pacientes , no reductibles y 4 se realizo resección de epiplon. Apendicitis 8, 5 peritonitis y 3 Fase IV .Oclusión Intestinal 6, todas fueron por adherencias y todas resección intestinal.

La colecistectomia simple fue la cirugía mas frecuentemente realizada, de 35 cirugías, , no se realiza en ninguna de ellas exploración de vias biliares. Se presenta la plastia inguinal con un 24% pacientes, donde la técnica más realizada es la de Mc-vay, no se colocaron prótesis además de el total de 24 cirugías, se realizaron 8 recciones intestinales con EEATT en dos planos. Las plastias umbilicales, se practicaron con 10% pacientes, el abordaje fue en forma infraumbilical, oblicuas y trasversales , en éstas se realizo resección de epiplon solamente, su técnica fue la colocación de puntos separados. Apendicitis sucedió con 8% pacientes, de los cuales 5 fueron peritonitis y 3 en fase IV, la técnica quirúrgica realizada fue pouche y su invaginación de muñón dependiendo según las técnicas y experiencia del cirujano, cabe

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mencionar qué en todas se colocó drenaje. La oclusión intestinal, fue de 6% n pacientes, la técnica realizada fue laparotomía exploradora con resección intestinal y EEATT en dos planos de delgado. El resto de las patologías que ocupó un 20% pacientes de nuestra población, las técnicas quirúrgicas realizadas fueron laparotomía exploradora y procedimientos derivativos.

La evolución se dividió en días, esto descrito en primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo, octavo, noveno, décimo.

Donde se apreció que los días de estancia fueron según el estado y la cirugía realizada su presentación, el mínimo fue 1 día, máximo fue 10 días, con promedio de 4 días.

Las complicaciones presentes fueron en 28 infecciones de la pared 28% n100 pacientes, 22 íleos 22% n100 pacientes, 10 seromas 10% n100 pacientes y 5 neumonías 5% n 100 pacientes.

Mortalidad se presentó en 3% con, causa de mortalidad trombosis mesentérica.

CONCLUSIONES

El abdomen agudo en los pacientes ancianos es un problema de salud frecuente que se presenta con la misma frecuencia en hombres que en mujeres, uno de los principales problemas que debe enfrentar el médico para resolver este problema es el tratar de efectuar un diagnóstico temprano que algunas veces se ve entorpecido por una pobre comunicación con el paciente de esta edad y otro son los síntomas sutiles que algunos de ellos manifiestan. La reserva orgánica propia de la edad y las enfermedades concomitantes de estos pacientes los hace más vulnerables cuando por retraso en el diagnóstico se presenta alguna complicación, séptica, hidroelectrolítica o cardiopulmonar.

Las enfermedades de la vesícula biliar seguidas de la hernia inguinal cuando esta se torna no reductible continúan siendo los problemas causales más frecuentes de abdomen agudo en este grupo de población, seguidos de la apendicitis aguda.

El corto tiempo entre la llegada al servicio de urgencias y el inicio de su manejo quirúrgico determina que los pacientes presenten un menor tiempo transoperatorio, una mejor evolución y una menor morbi-mortalidad lo que disminuye la estancia intrahospitalaria y el costo de atención, optimizando los recursos y días camas disponibles.

Si bien la hipertensión arterial se presentó en los tres pacientes que fallecieron en nuestra serie a causa de trombosis mesentérica no podemos correlacionarla con un aumento de la mortalidad ya que también estuvo presente como enfermedad concomitante en 42% más de los casos.

Debemos tener en cuenta que al evaluar al paciente geriátrico con dolor abdominal la historia clínica debe ser completada con interrogatorio directo e indirecto, que la exploración física puede aportar signos sutiles, que el laboratorio puede mostrar alteraciones nulas o mínimas la cuenta leucocitaria, los estudios de gabinete deben evaluarse intencionadamente para descubrir imágenes compatibles con las patologías más frecuentes. Al contar el clínico con los datos anteriores y un alto índice de sospecha de las patologías abdominales más frecuentes, difícilmente se retrasará el diagnóstico de estos enfermos.

La presencia de complicaciones son secundarias a la misma enfermedad, el tiempo de manejo y sus patologías concomitantes.

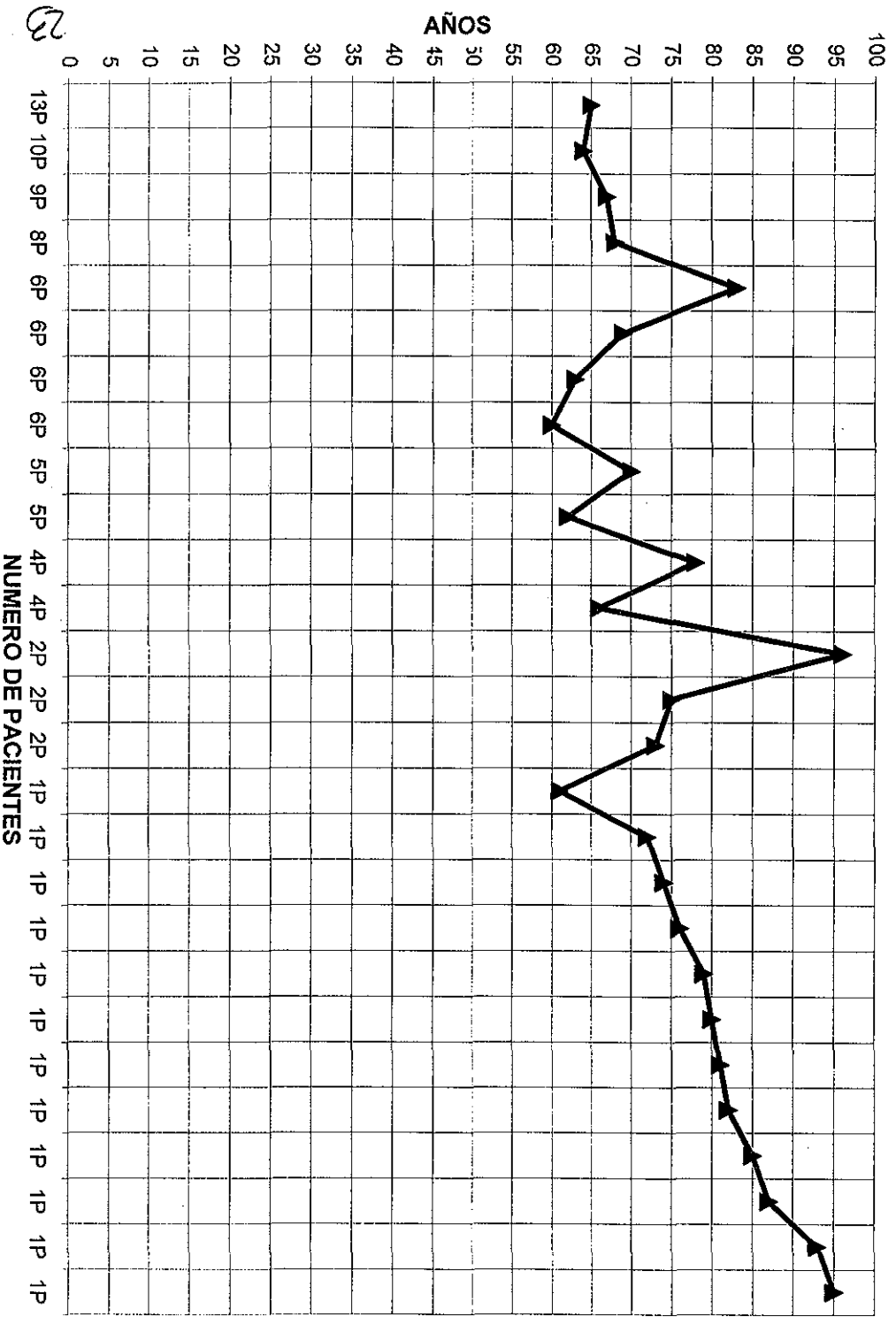
Nosotros observamos una relación directa entre cardiopatía y abdomen agudo con la mortalidad de los pacientes.

La presentación de datos clínicos de abdomen agudo a las 48 horas es de 100%.

El transcurso de un periodo > de 24 horas de evolución una vez establecido el cuadro de abdomen agudo en los pacientes ancianos influyen de forma clara con la mortalidad del padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

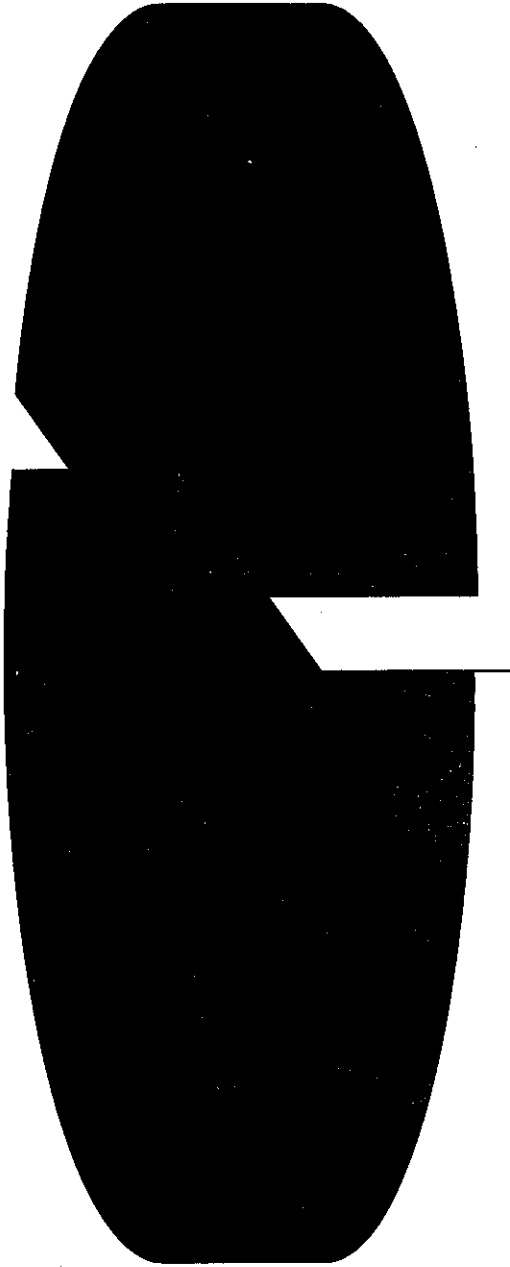
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



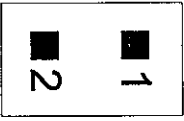
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

22

49



SEXO



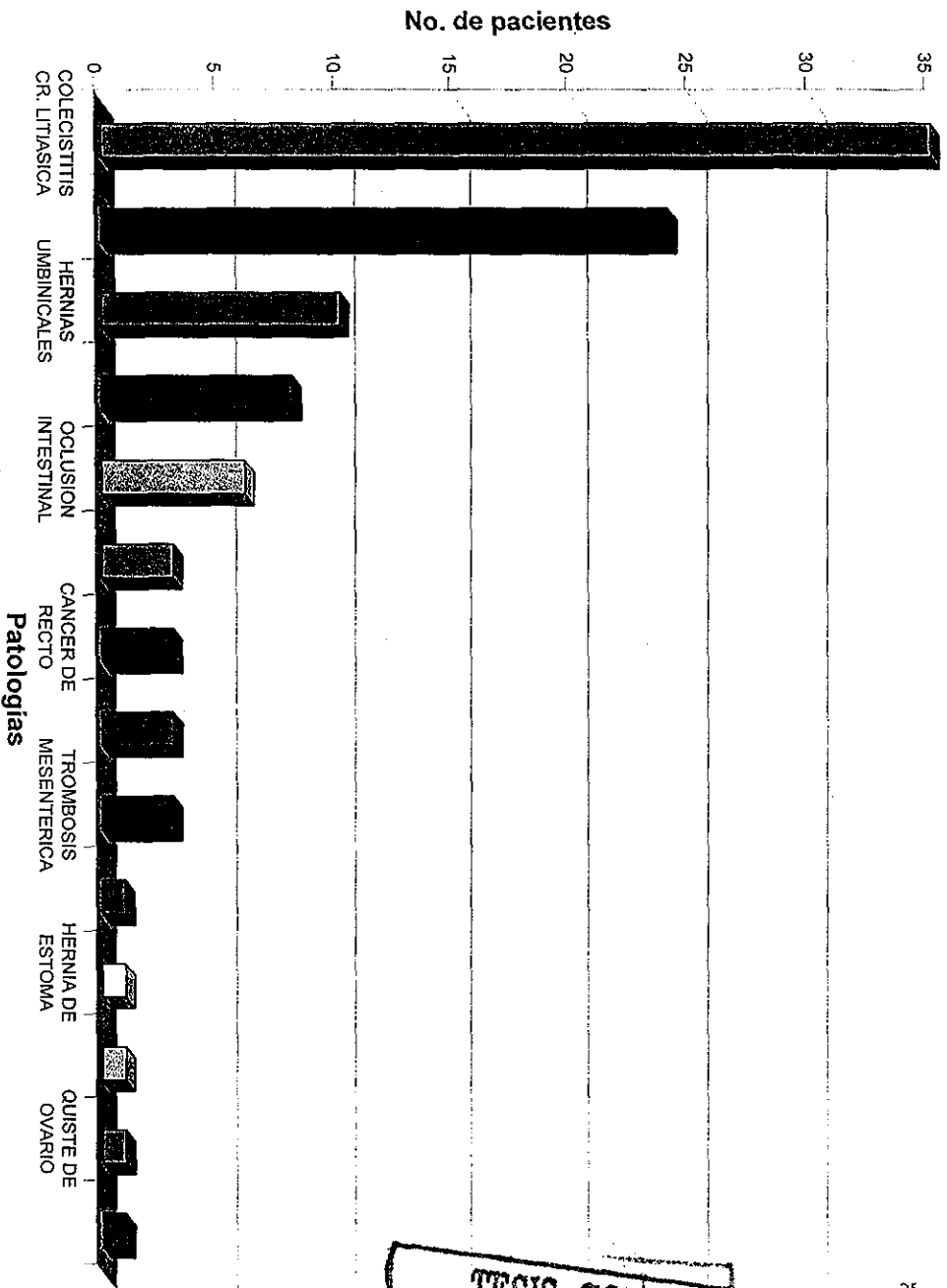
MASCULINOS

FEMENINOS

51

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

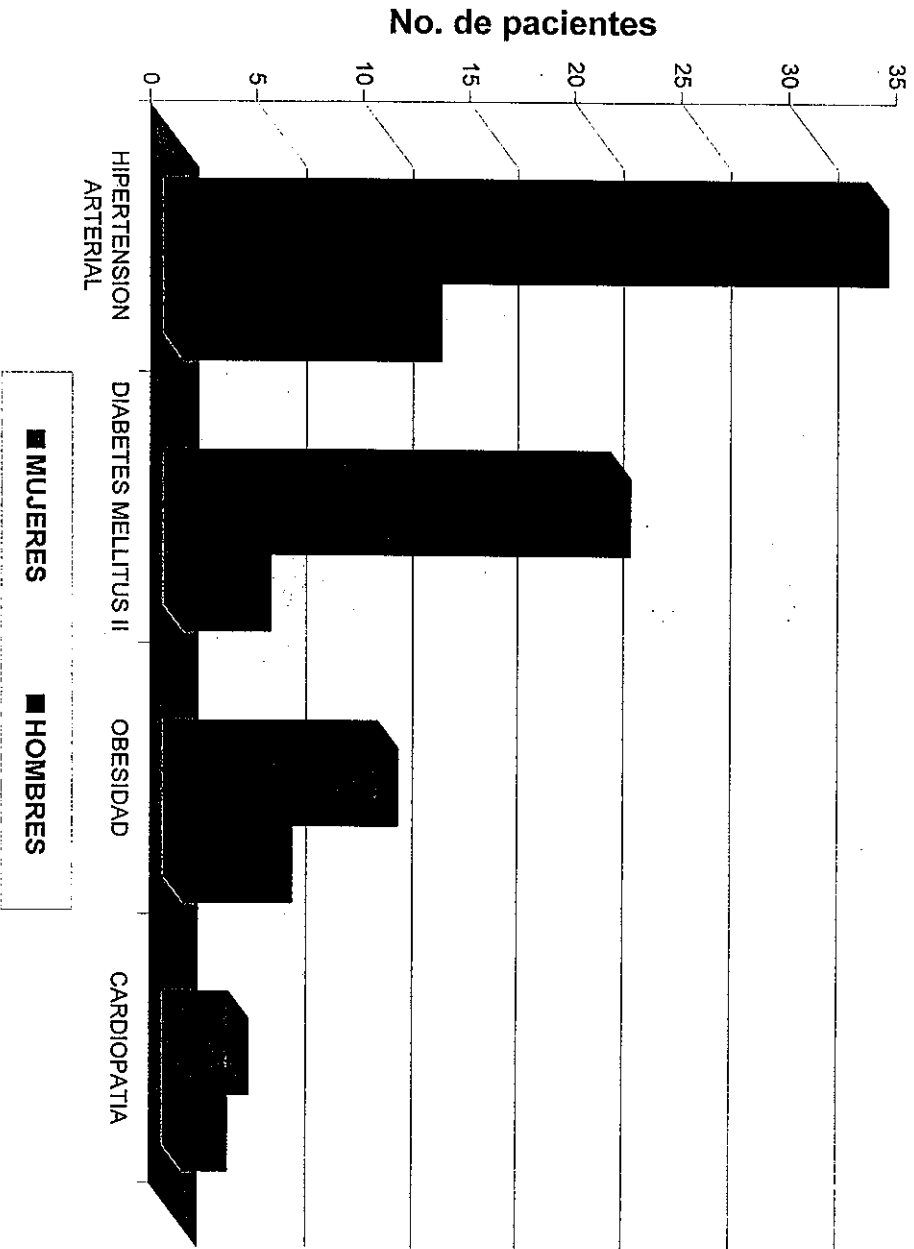
PRINCIPALES DIAGNOSTICOS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

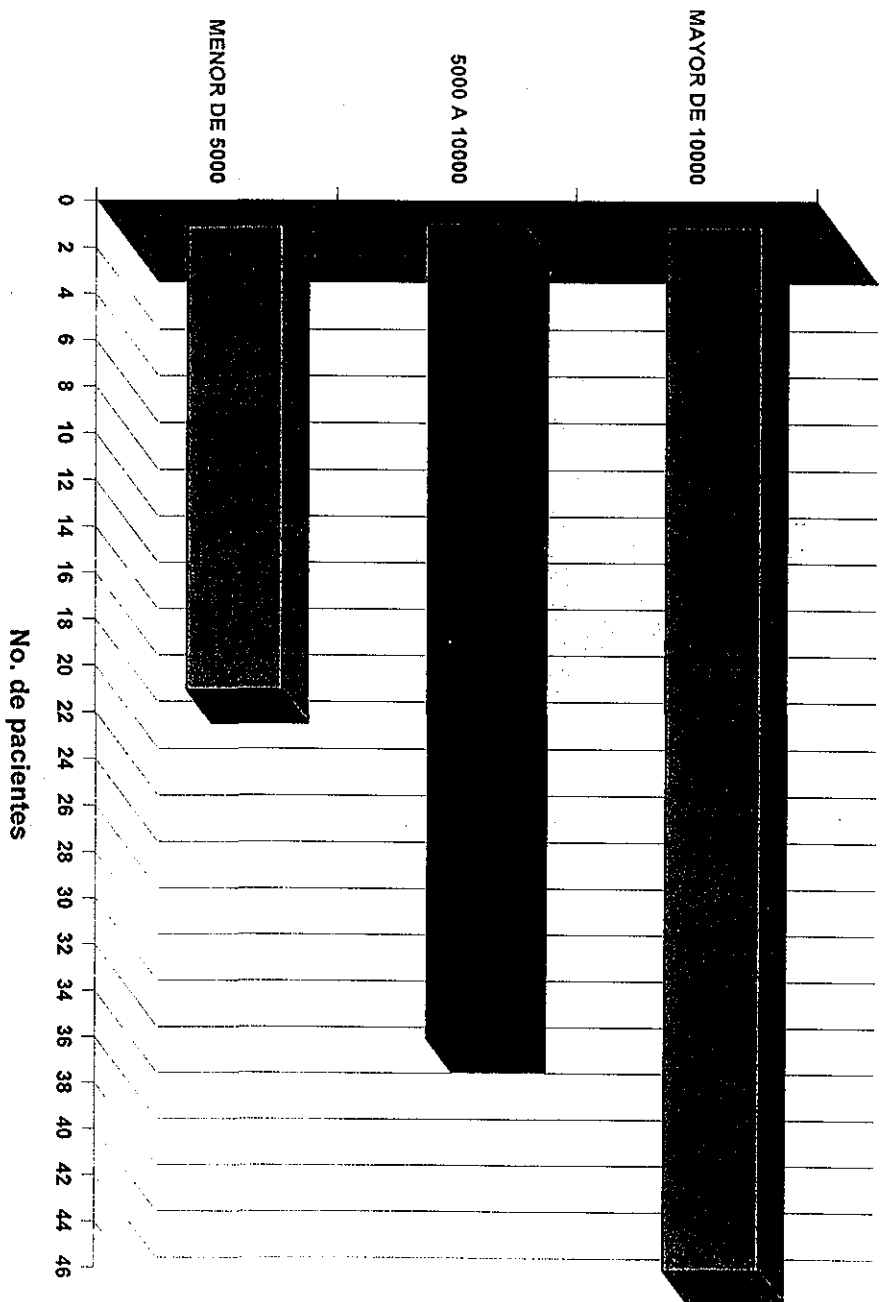
25

ENFERMEDADES CONCOMITANTES



22

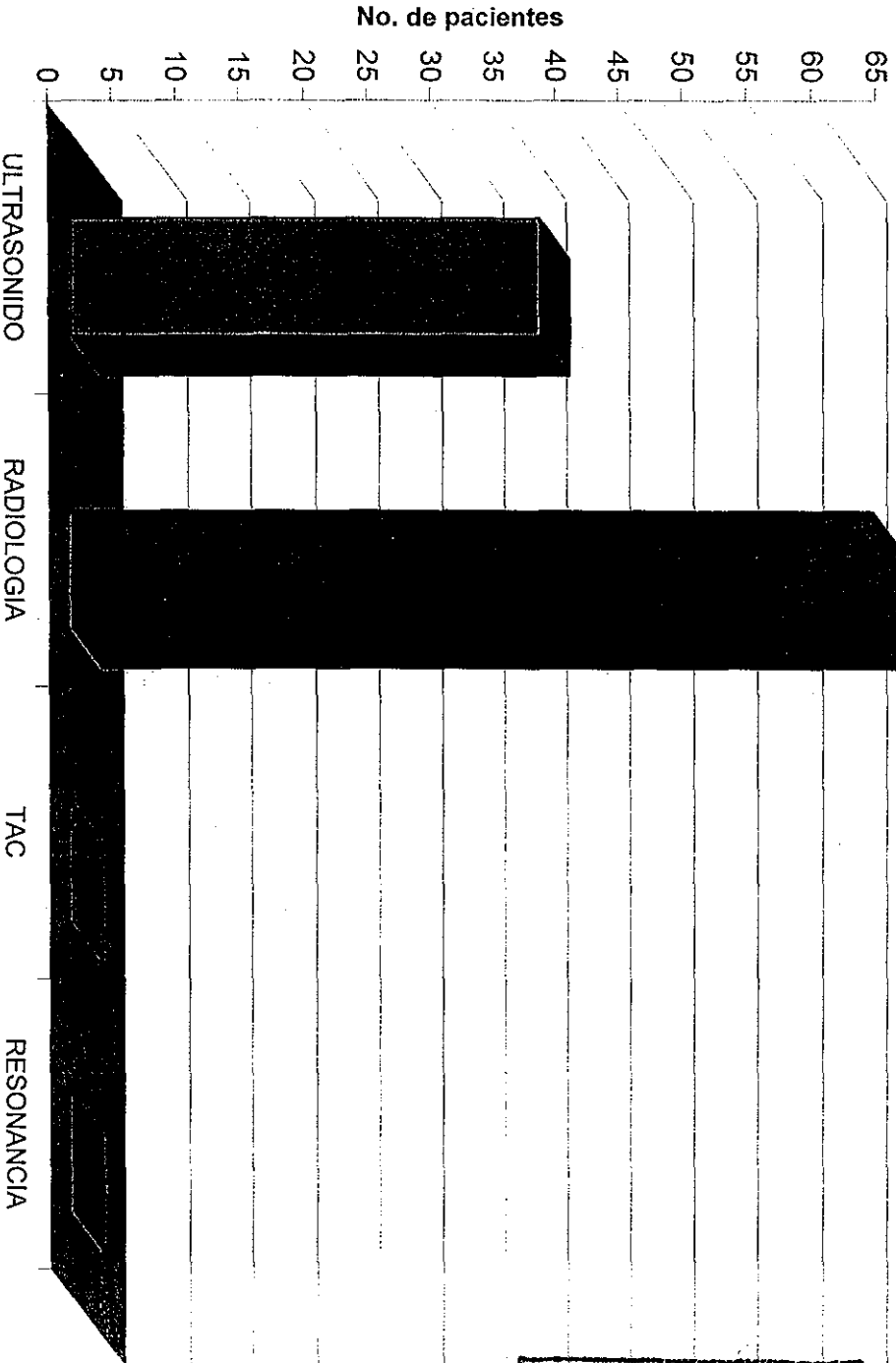
No. De Leucocitos



CUENTA DE LEUCOCITOS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

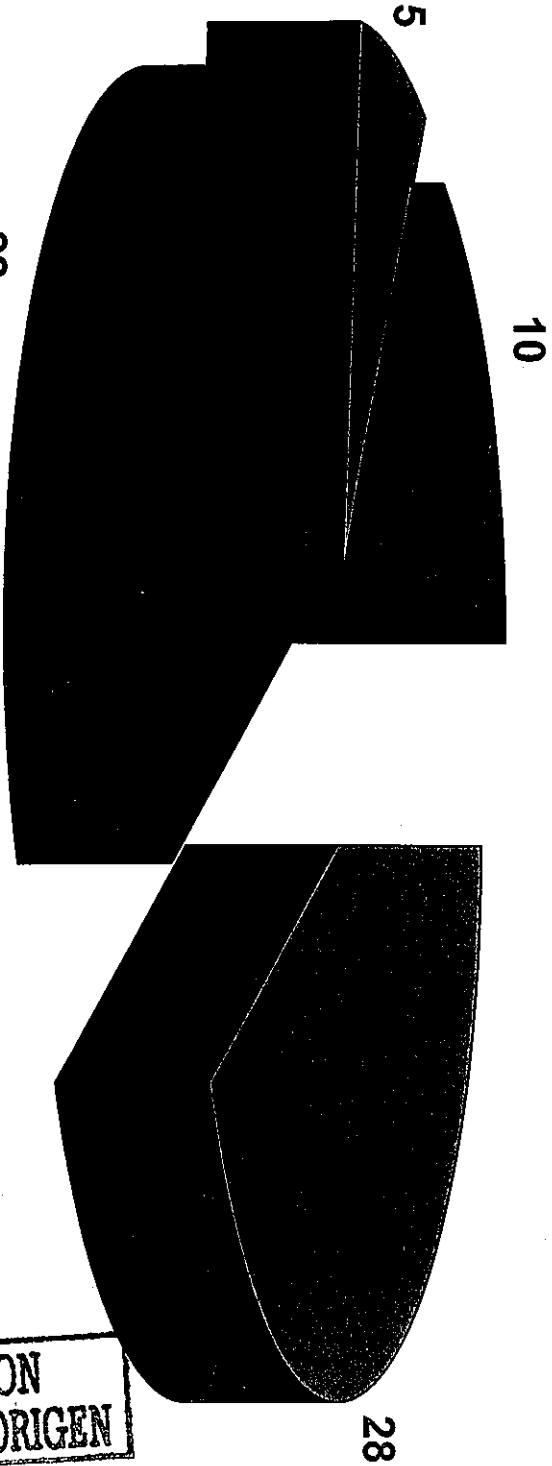
ESTUDIOS DE GABINETE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28

NUMERO DE PACIENTES
QUE PRESENTARON COMPLICACIONES



■ INFEC. DE PARED ■ ILEOS ■ NEUMONIA ■ SEROMA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

29

GRAFICAS POR EL TIEMPO DE EVOLUCION DESDE SU LLEGADA A URGENCIAS Y HASTA RECIBIR MANEJO QUIRURGICO ADEMAS SEPARADOS POR SEXOS.

COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA.	
96 horas =	1 paciente
24 horas =	7 pacientes
18 horas =	5 pacientes
14 horas =	2 pacientes
12 horas =	12 pacientes
11 horas =	1 paciente
10 horas =	3 pacientes
7 horas =	1 paciente
6 horas =	1 paciente
5 horas =	1 paciente
3 horas =	1 paciente
TOTAL =	35 pacientes
HOMBRES =	12 pacientes
MUJERES =	23 pacientes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HERNIA INGUINALES	
24 horas	= 3 pacientes
17 horas	= 1 paciente
16 horas	= 1 paciente
15 horas	= 2 pacientes
14 horas	= 1 paciente
13 horas	= 1 paciente
12 horas	= 2 pacientes
11 horas	= 1 paciente
10 horas	= 1 paciente
9 horas	= 2 pacientes
8 horas	= 3 pacientes
7 horas	= 1 paciente
6 horas	= 3 pacientes
5 horas	= 1 paciente
2 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 24 pacientes
Hombre	= 16 pacientes
Mujeres	= 8 pacientes

HERNIAS UMBILICALES	
15 horas	= 1 paciente
13 horas	= 1 paciente
10 horas	= 1 paciente
9 horas	= 2 pacientes
6 horas	= 2 pacientes
5 horas	= 1 paciente
4 horas	= 2 pacientes
TOTAL	= 10 pacientes
Hombre	= 3 pacientes
Mujeres	= 7 pacientes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

APENDICITIS	
24 horas	= 3 pacientes
13 horas	= 1 paciente
12 horas	= 1 paciente
10 horas	= 1 paciente
6 horas	= 1 paciente
5 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 8 paciente
Hombres	= 5 paciente
Mujeres	= 3 paciente

OCCLUSION INTESTINAL.	
48 horas	= 1 paciente
32 horas	= 1 paciente
24 horas	= 2 pacientes
16 horas	= 1 paciente
15 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 6 paciente
Hombres	= 5 paciente
Mujeres	= 1 paciente

CANCER DE PANCREAS.	
144 horas	= 1 paciente
96 horas	= 1 paciente
24 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 3 pacientes
Mujeres	= 0 paciente
Hombres	= 3 pacientes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CANCER DE RECTO	
120 horas	= 2 pacientes
14 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 3 pacientes
Hombres	= 2 paciente
Mujeres	= 1 paciente

HERNIA DE PARED	
12 horas	= 1 paciente
10 horas	= 1 paciente
8 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 3 paciente
Hombres	= 1 paciente
Mujeres	= 2 pacientes

TROMBOSIS MESENERICA.	
24 horas	= 2 pacientes
18 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 3 pacientes
Hombres	= 1 paciente
Mujeres	= 2 pacientes

VOLVULOS	
10 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 1 paciente
Hombres	= 1 paciente
Mujeres	= 0 paciente

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HERNIA DE ESTOMA	
18 HORAS	= 1 paciente
TOTAL	= 1 paciente
Hombres	= 1 paciente
Mujeres	= 0 pacientes

HERNIA INTRABDOMINAL .	
18 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 1 paciente
Masculinos	= 1 paciente
Femeninos	= 0 paciente

QUISTE DE OVARIO TORCIDO	
36 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 1 paciente
Femeninos	= 1 paciente

GRANULOMA DE PARED	
18 horas	= 1 paciente
TOTAL	= 1 paciente
Hombres	= 0 paciente
Mujeres	= 1 paciente

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFÍAS.

- Abdominal surgery in the elderly patient clinic in geriatric medicine 1995.
- Medicina preventiva en Geriátria Interamericana-Mcgrawhill México 1996.
- Cuadro Abdominal Agudo. Clínica Médica de Norteamérica , Medicina Geriátrica Interamericana 1995
- Urgencias Médicas Quirúrgicas Abdominales Balsano y Gayton clínica de Medicina de Urgencias de Norteamérica Interamericana Mcgrall Hill México 1995.
- Interpretación de los Síntomas Gastrointestinales en el anciano Mcgraw Hill 1996.
- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cirugía en el Paciente Geriátrico Parte I 1994.
- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cirugía en el Paciente Geriátrico Parte II 1994.
- Ketunen J Paajanen H Kostiainen S. Emergency Abdominal surgery in the elderly. Hepatogastroenterology 1995.
- Gu F , Lui Y, Pan R. Local arterial infusion of 5-fu in treatment of acute necrotic pancreatitis 1995.
- Martínez de Jesús fr, Gallardo Hernández R, Morales Guzmán M, Pérez Morales ag, retardo en la hospitalización, el diagnóstico y la intervención quirúrgica de la apendicitis aguda.
- Franz Mg, Norman J, Fabrin PJ Increased morbidity on appendicitis with advancing age 1993.
- Doglia G. Persistencia del síndrome de FMO en pacientes con o sin sepsis med intensiva 1987.
- Wilkinsn ag Varela -Rueda ce y blasco y gonzalez. Jum Morbilidad y Mortalidad en pacientes que presentan dolor abdominal agudo Gastroenterología México 1995.
- Cohen Jr , Johnson h, Eaton s, sterman H & Wise l, surgical, procedures in patients during the tenth decade of life. Surgery 1988.
- Parent S bresler L.Marchal B Bissel P. Celioscopic treatment of acute obstruction caused by adhesions of the small intestine . Experience of 35 cases 1995.
- Composition and function of cells and tissues. In handbook of biochemistry in aging 1981
- Carrel A., Burrows MT: On the physiochemical regulation of the growth of the tissues exp med.
- Marshall WH., Fahey, Operative complications and mortality in patients over 80 1985.
- Adams ID et al : computer aided diagnosis of acute abdominal pain . A multicentre study ME J 1986
- Austin H : Acute right upper quadrant abdominal pain: ultrasound approach. J clin Ultrasound approach , Clin ultrasound 1983.
- Clifford pc, et al : The abdomen : Management with microcomputer aid, ann R coll surg eng. 1996.
- Doran FSA. , Observation on referred pain from the posterior abdominal wall and pelvis.
- Holder TM., Leape LL, The acute surgical abdomen in geriatric. 1998
- Wilson DH, Diagnosis of acute abdominal pain in the accident and emergency department BR. J Surg 1987.

- Thomson J. Jones., Active observation in acute abdominal pain AMJ SURG 1992.
- Silen W, Coper, early Diagnosis of acute abdomen Univ oxford. 1995.
- Doran. FSA, the sites to which pain is referred from the common bile duct in man and its implication for the theory of referred pain , 1997.
- Fromm D Gastrointestinal surgery 1987.
- Morson BC Dawson IMP Gastrointestinal pathology 2d ed. 1990.
- Sleisenger M Fordtran JS, Gastrointestinal Disease 4 th ed 2 vol saunders 1998.
- Ortega.león LH Vargas- dominguez et al. Las complicaciones locales de la apendicitis . rev. Gastroentero M'x. 1994.
- Hank JC., et al Acute apendicitis III. An Analysis of one Thousand and three cases. Ann Surg 1990.
- Athie Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. Invest. Clin.Méx. 1990.
- McGregor Jr and O' dwyer ps The surgical management of obstruction and perforation de intestino. 1994.
- Provost D surgical treatment of obstructing de colon for carcinoma. In McClelland EN Genral Surgery 1996.
- Mule JJ and Rosemberg SA, Catalogue of Cytokines. Biol Ther Cancer Updates 1992.
- Wittman dh, Schein M Condon Re Management of secondary peritonitis .ANN Surg 1996.