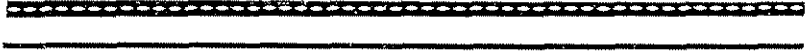


11227
72



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

"ANALISIS DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS Y
CORRELACION CLINICO-QUIRURGICA DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR"

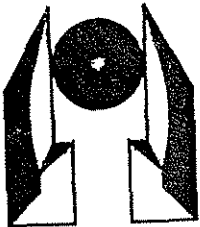
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A :

DRA. ELIZABETH FLORES ACEVEDO



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MEXICO, D. F.

ASESOR DE TESIS: DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE: DR. CESAR RIVERA BENITEZ

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

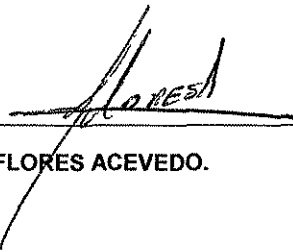
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

“ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CORRELACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR”

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

PRESENTA:



DRA. ELIZABETH FLORES ACEVEDO.



DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI.

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS, HGM.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA, HGM, O.D.

DEDICATORIA

A MIS PADRES: Por su cariño apoyo y comprensión que me han brindado todos los días de mi vida

A HÉCTOR: Por tu comprensión, tolerancia, tiempo y apoyo incondicional

A MIS HERMANOS: Por ser mis amigos y motivarme siempre

A MIS ABUELOS: Por su apoyo, afecto y enseñanzas.

AGRADECIMIENTOS

AL DR. CESAR RIVERA BENITEZ: Por su apoyo, enseñanzas, confianza y por la oportunidad y respaldo al desempeñarme como residente.

A LA DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI: Por sus enseñanzas, confianza y brindarme todo el apoyo para la realización de este trabajo

AL DR. ANTONIO CRUZ ESTRADA: Por su apoyo, enseñanza y consejos

AL DR. ANTONIO GONZALEZ CHAVEZ: Por la confianza, consejos y darme la oportunidad de poner en practica lo aprendido en estos años

AL DR. JULIAN ESPINOZA REY: Por permitirme desempeñarme como residente con confianza y en un ambiente muy agradable en los servicios de medicina interna

A TODOS LOS PROFESORES ADJUNTOS AL CURSO DE MEDICINA INTERNA: Por sus enseñanzas, tiempo, ayuda y disposición para mi enseñanza como residente

ÍNDICE

	página
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVOS GENERALES	12
OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
MÁTERIAL Y MÉTODOS	14
a) Diseño del estudio y duración	14
b) Población y muestra	14
c) Criterios de selección	14
d) Criterios de inclusión	14
e) Criterios de exclusión	15
f) Criterios de eliminación	15
g) Definición de variables	15
h) Procedimiento	16
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	43

INTRODUCCIÓN

El término de tercera edad surgió en Francia hacia 1950 acuñado por el Dr J. A. Huet uno de los iniciadores de la Gerontología, abarcando personas jubiladas, pensionadas y con poca actividad laboral, por arriba de 60 años de edad, sin embargo dicho concepto pronto sufrió críticas ya que para mencionar una tercera edad debería darse el concepto de una segunda edad y una primera edad ⁽¹⁾ Otro término utilizado frecuentemente es el de anciano, varios diccionarios lo describen así "Dícese del hombre o la mujer de mucha edad", sin aclarar qué significa mucha edad. Senecto vocablo que se utiliza como sinónimo de viejo y de anciano, en un anteproyecto de la Secretaría de Salud, se indica que "es la persona de 60 años ó más" Hay vocablos similares, algunos aceptables, una de las palabras más conocidas es viejo definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas de la siguiente manera "Edad senil, senectud, período de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente en los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades" ⁽¹⁾

En 1980 las Naciones Unidas fijó en 60 años la edad de transición de las personas a la vejez, por lo cual es conveniente definir en los informes a las personas de 60 años ó más como ancianos. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decide emplear el término de adulto mayor, aplicado a personas de 65 años ó más de edad. Para fines estadísticos se considera como adulto mayor a la persona de más de 60 años, por lo tanto este será el término a utilizar en el presente estudio ⁽²⁾

El dolor abdominal es un síntoma no específico que puede estar asociado con una multitud de condiciones, es una sensación de discomfort abdominal que puede ser causado por varias enfermedades (enfermedad del tracto biliar, hepática, renal, pancreática, hernias, perforación ó enfermedades metabólicas) Debido a que la causa de dolor es no específica se requiere de ampliar la información como duración del dolor (minutos, horas, días e incluso meses), localización, tipo, severidad y si se encuentra relacionado con deseos de orinar o evacuar El patrón de localización suele sugerir la causa, durante el examen físico se debe tratar de determinar su localización o consignar si es difuso ⁽⁴⁾

El dolor abdominal agudo cuando se acompaña de otros síntomas como náusea, vómito, fiebre, constipación y rebote indica irritación peritoneal y puede corresponder a una peritonitis secundaria ⁽⁵⁾ El dolor abdominal agudo no implica la indicación invariable de cirugía, pero en algunos casos la indicación de cirugía puede ser tan obvia que debe transferirse el enfermo al cuidado del cirujano para su intervención quirúrgica ⁽³⁾

El dolor abdominal agudo en el adulto mayor supone un reto en el diagnóstico por su manifestación insidiosa con escasos signos y síntomas y datos poco específicos⁽³⁾ Cabe mencionar que en el servicio de urgencias del Hospital General de México se ha observado que el adulto mayor suele consultar pasadas horas o días del inicio de la manifestación de dolor y cuando acuden lo hacen con una expresión clínica más severa

El término abdomen agudo se refiere como el dolor abdominal de gran intensidad incapacitante con signo clínico de dolor a la descompresión debido a irritación peritoneal que abarca un grupo de condiciones abdominales que requieren pronto tratamiento quirúrgico, para prevenir

complicaciones como sepsis abdominal grave, shock y muerte ⁽⁶⁾ El abdomen agudo constituye una de las patologías de atención de urgencia con la que se enfrenta el médico que labora en estos servicios. Los adultos mayores a diferencia de los jóvenes suelen presentar otras enfermedades asociadas que dificultan o complican su valoración, a veces es difícil obtener los datos del interrogatorio cuando los enfermos presentan demencia, patología neurológica o alteración del nivel de conciencia. Dentro de las causas más importantes de dolor abdominal agudo en este grupo de edad se han referido lo siguiente en la serie de Ponka (1961-1962) es considerada por orden de frecuencia, la patología biliar, la obstrucción intestinal, misceláneas, úlcera péptica, y divertículos. La realizada por Bender (1984-87) considera la obstrucción intestinal, la patología de vías biliares, hernia, úlcera péptica y la patología vascular. La serie de Dombal (1982-93) menciona la patología de vías biliares, dolor inespecífico, apendicitis, obstrucción intestinal y pancreatitis ⁽³⁾

JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal agudo es una de las patologías que con más frecuencia demanda atención en los servicios de urgencia y no existen en México estadísticas sobre sus causas en el adulto mayor y requiere de diagnóstico y tratamiento oportuno. Es del conocimiento común, que en un paciente con dolor abdominal agudo suele ser difícil precisar cuál es la causa que lo provoca, solo a través de la historia clínica y el examen físico completos se puede sospechar una probabilidad. La sintomatología en el adulto mayor generalmente es pobre y confusa, suele ser de presentación subaguda y más severa que el resto de la población de enfermos que acuden a la atención en los servicios de urgencias por dolor abdominal agudo, hasta en un 65% se asocia de al menos con una enfermedad sistémica y esto hace más difícil la interpretación de la sintomatología ⁽³⁾

El médico que trabaja en un servicio de urgencia generalmente es el primero que se enfrenta a la atención de estos pacientes por lo que es importante conozca las causas más frecuentes y sus características clínicas ya que de esto depende una mejor interpretación del abdomen agudo en el adulto mayor y con esto brindar una adecuada calidad de atención médica en esta población ⁽⁷⁾

Actualmente hay poca información en la literatura mundial acerca del dolor abdominal agudo en este grupo de edad, no se reportan estudios que establezcan criterios clínicos para el diagnóstico de abdomen agudo y con ello mejorar la atención de estos enfermos

En la mayoría de las series de estudios se refiere que las causas más frecuentes de dolor abdominal en los adultos mayores son la patología biliar y la obstrucción intestinal las responsables de la consulta, además de otras patologías como la patología neoplásica o la vascular ⁽³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 ¿Son las manifestaciones clínicas del abdomen agudo en el adulto mayor poco específicas?

2 ¿Las manifestaciones clínicas del abdomen agudo en el adulto mayor correlacionan con los hallazgos quirúrgicos?

OBJETIVOS GENERALES

- 1 Analizar las manifestaciones clínicas (síntomas y signos) que presentaron los enfermos adultos mayores con dolor abdominal agudo que fueron intervenidos quirúrgicamente
- 2 Establecer la correlación entre las manifestaciones clínicas y el hallazgo quirúrgico
3. Mejorar la calidad de atención en esta población
- 4 Disminuir la morbi-mortalidad

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1 Determinar que manifestaciones clínicas sustentaron el diagnóstico de dolor abdominal agudo en el paciente adulto mayor, intervenido quirúrgicamente y su correlación

2 Establecer criterios clínicos tempranos de dolor abdominal agudo en el adulto mayor que debe ser intervenido quirúrgicamente

3 Identificar las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo determinadas por hallazgo quirúrgico, en el enfermo adulto mayor

MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño de estudio y duración:

- 1 Un estudio clínico de correlación, retrospectivo, descriptivo, transversal
- 2 Del 01 de Abril del 2001 al 31 de Marzo del 2001

b) Población y muestra:

- 1 Revisión de expedientes del archivo general del Hospital General de México O D de pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de urgencias unidad 301, con diagnóstico de dolor abdominal agudo y fueron intervenidos quirúrgicamente
- 2 Pacientes de 60 años ó más de ambos sexos
- 3 Tamaño de la muestra 72 pacientes.

c) Criterios de selección:

- 1 Expedientes de pacientes ingresados al servicio de Urgencias del Hospital General de México O D con el diagnóstico de dolor abdominal agudo, de 60 ó más años de edad de ambos sexos que fueron intervenidos quirúrgicamente y contaban con historia clínica y hoja de descripción quirúrgica al momento de la revisión

d) Criterios de inclusión:

- 1 Pacientes de 60 años ó más de ambos sexos
- 2 Diagnóstico preoperatorio de dolor abdominal agudo
- 3 Intervenidos quirúrgicamente
- 4 Expedientes con historia clínica y hoja de descripción quirúrgica

e) Criterios de exclusión:

- 1 Pacientes de menos de 60 años.
- 2 Pacientes que requirieron solo de tratamiento medico
- 3 Expedientes sin historia clínica y hoja de descripción quirúrgica

f) Criterios de eliminación

- 1 Pacientes sin diagnostico de dolor abdominal agudo
- 2 Pacientes con diagnostico de dolor abdominal agudo no comprobado
- 3 Pacientes con diagnostico de dolor abdominal agudo no quirúrgico
- 4 Pacientes con diagnostico de dolor abdominal agudo fallecidos antes de la intervención quirúrgica
- 5 Pacientes con diagnostico de dolor abdominal agudo intervenidos quirúrgicamente fuera del servicio de urgencias

g) Definición de variables:

Cualitativas

1 Nominales

- Sexo, lo referido al género (masculino y femenino)

2 Ordinales

- Manifestaciones clínicas
- Hallazgos quirúrgicos

Cuantitativas

- 1 Edad (60 años ó más).

h) Procedimiento:

1 Se realizó la búsqueda en el archivo general del hospital General de México O D de los expedientes de pacientes con diagnóstico de dolor abdominal agudo y de más de 60 años de edad intervenidos quirúrgicamente, en el periodo del 01-04-01 al 31-03-02

2 Tamaño de muestra 72 pacientes de ambos sexos

3 Concentración de datos de las diferentes variables del estudio en un formato (ver anexo 1) de manera cualitativa, realizado por el mismo autor del estudio

4. Resultados Tablas y gráficas de las manifestaciones clínicas y hallazgos quirúrgicos

5 Realización de la prueba Kappa para documentar la correlación clínico-quirúrgica

6. Análisis de los datos obtenidos

7 Conclusiones

Anexo 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O D

Sexo _____

Edad _____

Expediente _____

Diagnostico clínico _____

Abdomen Agudo SI _____ NO _____

Probabilidad diagnostica _____

Manifestaciones Clínicas (enunciar)

Síntomas	Signos	Laboratorio	Gabinete
1 _____	1 _____	1 _____	1 _____
2 _____	2 _____	2 _____	2 _____
3 _____	3 _____	3 _____	3 _____
4 _____	4 _____	4 _____	4 _____
5 _____	5 _____	5 _____	5 _____
6 _____	6 _____	6 _____	6 _____
7 _____	7 _____	7 _____	7 _____
8 _____	8 _____	8 _____	8 _____
9 _____	9 _____	9 _____	9 _____
10 _____	10 _____	10 _____	10 _____

Intervenido quirúrgicamente SI _____ NO _____

Cuenta con hoja de descripción quirúrgica SI _____ NO _____

Hallazgos quirúrgicos (enunciar) _____

RESULTADOS

Después de llevar a cabo la revisión retrospectiva de los expedientes de pacientes internados en el servicio de Urgencias del Hospital General de México O D con el diagnóstico de dolor abdominal agudo, de más de 60 años de edad de ambos sexos, que requirieron tratamiento quirúrgico durante el periodo del 01 de abril del 2001 al 31 de marzo del 2002, se encontraron 113 expedientes de pacientes con diagnóstico de dolor abdominal agudo, de los cuales 83 (73.4%) requirieron tratamiento quirúrgico

Se excluyeron expedientes de pacientes que no contaban con historia clínica y/o descripción quirúrgica, los que fueron intervenidos quirúrgicamente fuera del servicio o fallecieron antes de ser intervenidos quirúrgicamente, en total 11. Se seleccionaron 72 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión en base a los cuales se realizó el análisis del presente estudio (Tabla 1)

Tabla 1 Numero de casos de pacientes adultos mayores con dolor abdominal agudo de ambos sexos y tipo de tratamiento que requirieron

TRATAMIENTO QUIRURGICO	TRATAMIENTO NO QUIRURGICO	TOTAL # y %
83 (73.4%)*	30 (26.6%)	113 (100%)

* Se excluyeron 11 expedientes de pacientes quedando un total de 72

Se clasificaron los pacientes por grupo de edad y por genero encontrando que la mayoría fueron del sexo femenino y de este la mayoría se localizaron en el grupo de edad de 70-74 años (Tabla 2, 3 y Gráfica 1)

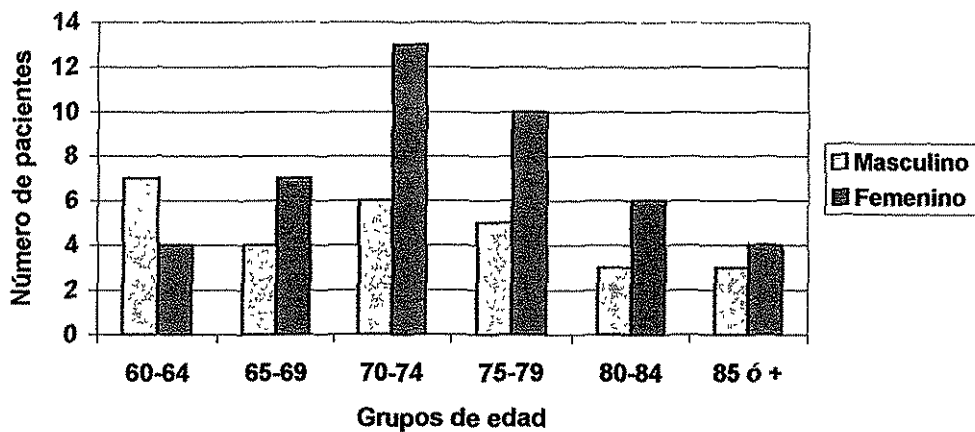
Tabla 2 Clasificación por grupo de edad de pacientes masculinos que requirieron intervención quirúrgica

GRUPOS DE EDAD						
60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 ó + años	Total # y %
7	4	6	5	3	3	28 (38.8%)

Tabla 3 Clasificación por grupo de edad de pacientes femeninos que requirieron intervención quirúrgica

GRUPOS DE EDAD						
60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 ó + años	Total # y %
4	7	13	10	6	4	44 (61.2%)

ADULTOS MAYORES CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO QUE REQUIRIERON INTERVENCIÓN QUIRURGICA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



Gráfica 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

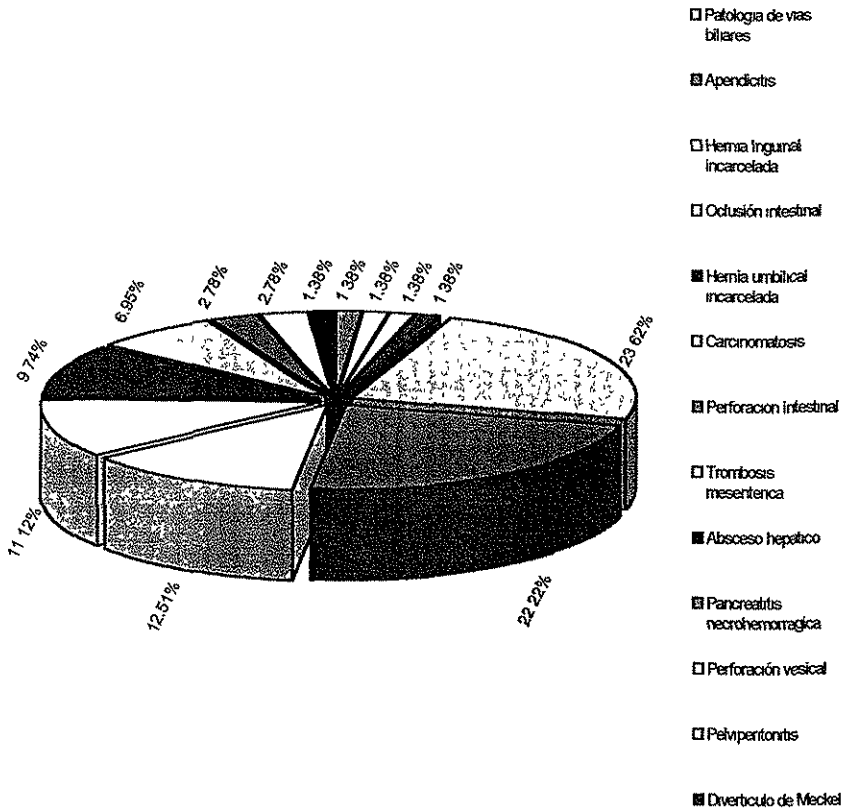
Las cinco principales causas de dolor abdominal agudo en el paciente adulto mayor documentadas por hallazgo quirúrgico fueron la patología de vías biliares (colecistitis crónica litiasica agudizada, colesterosis, procolecisto y coledocolitais) en un 23.62%, apendicitis en un 22.2%, hernia inguinal encarcelada en un 12.51%, oclusión intestinal en un 11.12% y hernia umbilical encarcelada en un 9.74%. El resto representaron un mínimo porcentaje (Tabla 4 y Gráfica 2).

Tabla 4 Hallazgos quirúrgicos en el paciente adulto mayor con dolor abdominal agudo

HALLAZGOS QUIRURGICOS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Patología de vías biliares*	17	23.62%
Apendicitis	16	22.22%
Hernia inguinal encarcelada	9	12.51%
Oclusión intestinal	8	11.12%
Hernia umbilical encarcelada	7	9.74%
Carcinomatosis	5	6.95%
Perforación intestinal	2	2.78%
Trombosis mesenterica	2	2.78%
Absceso hepático	1	1.38%
Pancreatitis necrohemorrágica	1	1.38%
Perforación vesical con peritonitis química	1	1.38%
Úlcera duodenal perforada	1	1.38%
Pelviperitonitis y absceso en saco de Douglas	1	1.38%
Divertículo de Meckel	1	1.38%
Total	72	100%

* Colecistitis crónica litiasica agudizada, colesterosis, procolecisto y coledocolitais

HALLAZGOS QUIRURGICOS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO



Gráfica 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los síntomas clínicos más frecuentes fueron el dolor abdominal en un 100%, vomito en un 62%, imposibilidad para evacuar en un 46%, imposibilidad para canalizar gases en 43% y la fiebre en un 23.6%. El resto de los síntomas se presentaron en pocos pacientes (Tabla 5)

Tabla 5 Síntomas clínicos en el paciente adulto mayor con dolor abdominal agudo que requirió intervención quirúrgica

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	72	100%
Vomito	45	62%
Imposibilidad para evacuar	33	46%
Imposibilidad para canalizar gases	31	43%
Fiebre	17	23.6%
Hiporexia ó anorexia	3	4%
Coluria	3	4%
Hipocolia	3	4%
Ictericia	3	4%
Disminución de la consistencia de las evacuaciones	2	2.7%

Los signos clínicos más frecuentes fue el dolor a la descompresión en un 100% de los pacientes, distensión abdominal en un 62%, resistencia muscular aumentada en 25%, peristalsis disminuida en un 22.2% y ausencia de peristalsis en un 16.6%, el resto de signos clínicos se presento en mínimo porcentaje (Tabla 6)

Tabla 6 Signos clínicos en el paciente adulto mayor con dolor abdominal agudo que requirió intervención quirúrgica

SIGNOS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor a la descompresión	72	100%
Distensión abdominal	45	62%
Resistencia muscular aumentada	18	25%
Peristalsis disminuida	16	22.2%
Peristalsis ausente	12	16.6%
Ruidos peristálticos metálicos	6	8.3%
Peristalsis aumentada	2	2.7%
Ascítis	1	1.3%
Ictericia	1	1.3%

La patología de vías biliares fue la primera causa de dolor abdominal agudo, con un total de 17 casos corroborados por hallazgo quirúrgico con un porcentaje de 23.62%, se encontraron como síntomas clínicos predominantes el dolor en 100%, vomito en 88.2%, ictericia, hipocolia y coluria en 17.6% (Tabla 7)

Tabla 7 Síntomas clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por patología de vías biliares

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	17	100%
Vomito	15	88.2%
Ictericia	3	17.6%
Hipocolia	3	17.6%
Coluria	3	17.6%
Fiebre	3	17.6%
Imposibilidad para evacuar	2	11.7%
Imposibilidad para canalizar gases	2	11.7%
Anorexia ó hiporexia	1	5.8%

*Colecistitis crónica litiasica agudizada, colesterolesis, piocolecisto y coledocolitiasis

Los signos clínicos encontrados en patología de vías biliares fueron predominantemente dolor a la descompresión en un 100%, distensión abdominal en un 94%, resistencia muscular aumentada y peristalsis disminuida ambos con 17.6% e ictericia en 5.8% (Tabla 8)

Tabla 8 Signos clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por patología de vías biliares

SIGNOS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor a la descompresión	17	100%
Distensión abdominal	11	94%
Resistencia muscular aumentada	3	17.6%
Peristalsis disminuida	3	17.6%
Ictericia	1	5.8%

*Colecistitis crónica litiasica agudizada, colesterosis, procolecisto, coledocolitiasis

La segunda causa de dolor abdominal agudo fue la apendicitis con un total de 16 casos corroborados por hallazgo quirúrgico, correspondiendo a un porcentaje de 22.2%. Con relación a los síntomas clínicos predominantes se encontró el dolor en un 100%, vomito en 50%, fiebre en 37.5%, imposibilidad para evacuar en 31.2%, imposibilidad para canalizar gases en 25%, el resto de la sintomatología tuvo un mínimo porcentaje (Tabla 9)

Tabla 9 Síntomas clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por apendicitis

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	16	100%
Vomito	8	50%
Fiebre	6	37.5%
Imposibilidad para evacuar	5	31.2%
Imposibilidad para canalizar gases	4	25%
Evacuaciones disminuidas de consistencia	2	12.5%
Anorexia	1	6.2%

Los signos clínicos más frecuentes en la apendicitis fueron el dolor a la descompresión en un 100%, distensión abdominal en 68.7%, resistencia muscular aumentada en 37.5%, peristalsis ausente en 25%, y disminución de peristalsis en 12.5% (Tabla 10)

Tabla 10 Signos clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por apendicitis

SIGNOS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor a la descompresión	16	100%
Distensión abdominal	11	68.7%
Resistencia muscular aumentada	6	37.5%
Peristalsis ausente	4	25%
Peristalsis disminuida	2	12.5%

La tercera causa de dolor abdominal agudo fue la hernia inguinal encarcelada con un total de 9 casos corroborados por hallazgo quirúrgico correspondiente a un porcentaje de 12.5%, sus síntomas clínicos en orden de frecuencia fueron el dolor en 100%, vomito en 55.5%, imposibilidad para evacuar y canalizar gases en 44.4%, fiebre y anorexia en 11% (Tabla 11)

Tabla 11 Síntomas clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por hernia inguinal encarcelada

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	9	100%
Vomito	5	55.5%
Imposibilidad para evacuar	4	44.4%
Imposibilidad para canalizar gases	4	44.4%
Fiebre	1	11%
Anorexia	1	11%

Los signos clínicos encontrados mas frecuentemente fueron dolor a la descompresión en 100%, distensión abdominal en 68.7%, y alteraciones en la peristalsis con ruidos peristálticos metálicos, disminución, aumento ó bien peristalsis ausente en 11% de los casos (Tabla 12)

Tabla 12 Signos clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por hernia inguinal incarcerada

SIGNOS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor a la descompresión	9	100%
Distensión abdominal	1	68.7%
Ruidos peristálticos metálicos	1	11%
Peristalsis aumentada	1	11%
Peristalsis ausente	1	11%
Peristalsis disminuida	1	11%

La cuarta causa de dolor abdominal agudo fue la oclusión intestinal con un total de 8 casos corroborados por hallazgo quirúrgico correspondiente a un porcentaje de 11 12%, sus síntomas clínicos más frecuentes fueron dolor en 100%, imposibilidad para evacuar en 87 5%, imposibilidad para canalizar gases en 87 5%, vomito 50% (Tabla 13)

Tabla 13 Síntomas clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por oclusión intestinal.

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	8	100%
Imposibilidad para evacuar	7	87.5%
Imposibilidad para canalizar gases	7	87.5%
Vomito	4	50%

Los signos clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal por oclusión intestinal fueron los siguientes dolor a la descompresión en un 100%, distensión abdominal en 75%, resistencia muscular en 50%, ruidos peristálticos metálicos en 37.5% y peristalsis ausente en 12.5% (Tabla 14)

Tabla 14 Signos clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal por oclusión intestinal

SIGNOS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor a la descompresión	8	100%
Distensión abdominal	6	75%
Resistencia muscular	4	50%
Ruidos peristálticos metálicos	3	37.5%
Peristalsis ausente	1	12.5%

La quinta causa de dolor abdominal agudo fue la hernia umbilical encarcelada con un total de 7 casos corroborados por hallazgo quirúrgico y un porcentaje de 97.4%, sus síntomas clínicos fueron los siguientes dolor y vomito en 100%, imposibilidad para evacuar y canalizar gases en 57% y fiebre en 14.2% (Tabla 15)

Tabla 15 Síntomas clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por hernia umbilical encarcelada

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor	7	100%
Vomito	7	100%
Imposibilidad para evacuar	4	57%
Imposibilidad para canalizar gases	4	57%
Fiebre	1	14.2%

Los signos clínicos encontrados fueron dolor a la descompresión en 100%, distensión abdominal en 57%, peristalsis disminuida en 42.8%, ausencia de peristalsis en 28.5% y resistencia muscular aumentada en 14.2% (Tabla 16)

Tabla 16 Síntomas clínicos en el adulto mayor con dolor abdominal agudo por hernia umbilical encarcelada

SINTOMAS CLINICOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor a la descompresión	7	100%
Distensión abdominal	4	57%
Peristalsis disminuida	3	42.8%
Peristalsis ausente	2	28.5%
Resistencia muscular aumentada	1	14.2%

La localización más frecuente del dolor en la patología de vías biliares por orden de frecuencia fue el hipocondrio derecho, el hemiabdomen superior y el dolor generalizado que se presento solo en un caso (Tabla 17 y Gráfico 3)

Tabla 17 Localización del dolor abdominal agudo en el adulto mayor con patología de vías biliares

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Hipocondrio derecho	14	82.35%
Hemiabdomen superior	2	11.76%
Generalizado	1	5.88%
Total	17	100%

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL EN EL ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO POR PATOLOGIA DE VIAS BILIARES

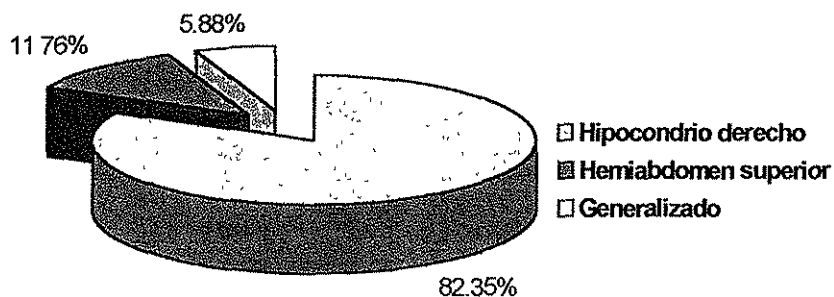


Gráfico 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La localización más frecuente del dolor en la apendicitis fue fosa iliaca derecha en 68.75%, el dolor generalizado en 18.75%, y de hemiabdomen superior en 12.5% (Tabla 18 y Gráfico 4)

Tabla 18 Localización del dolor abdominal agudo en el adulto mayor con apendicitis

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Fosa iliaca derecha	11	68.75%
Generalizado	3	18.75%
Hemiabdomen superior	2	12.50%
Total	16	100%

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR CON APENDICITIS

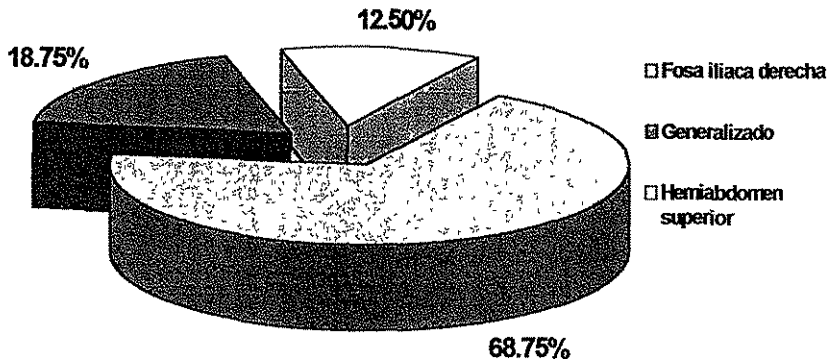


Gráfico 4

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Para establecer la correlación diagnóstica clínico-quirúrgica, se realizó el análisis con estadística Kappa, el coeficiente de concordancia Kappa fue de 0.82, de acuerdo a los lineamientos de Landis y Koch la fuerza de concordancia fue casi perfecta (Tabla 19)

Valor kappa	Fuerza de concordancia
0.1 a 0	Mala
0.19	Ligera
0.20 a 0.39	Regular
0.40 a 0.59	Moderada
0.60 a 0.79	Substancial
0.80 a 1	Casi perfecta

Tabla 19 Casos concordantes y no concordantes

CASOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Discrepantes	43	59.7
No discrepantes	29	40.3
Total	72	100

DISCUSIÓN

El síndrome de dolor abdominal agudo en el adulto mayor se ha descrito como de presentación diferente a la del joven porque los síntomas suelen ser insidiosos, inespecíficos y atípicos, ya que en esta etapa de la vida se dificulta la obtención de información y los hallazgos físicos son más sutiles o casi inexistentes ⁽⁸⁾, lo anterior se ha relacionado con los cambios biológicos del envejecimiento como es el elevado umbral al dolor el cual se ha asociado a disminución de los órganos sensoriales corpusculares, disminución de la densidad y composición de los nervios periféricos, afección de la sensibilidad de la piel ⁽¹⁰⁾ Hay alteraciones en la respuesta inmunológica por lo que incluso la cuenta leucocitaria en la biometría hemática puede ser normal. Las enfermedades crónicas asociadas y el uso crónico de medicamentos pueden modificar la presentación y evolución de la enfermedad, repercutiendo en un retraso diagnóstico y en el tratamiento ⁽⁸⁾

El presente trabajo define la presentación del dolor abdominal agudo en este grupo de edad con relación a las manifestaciones clínicas (signos y síntomas), ya que cada vez se atiende mayor población de este grupo y en algunos casos es difícil la interpretación de la sintomatología, son pocos los estudios que describen los datos clínicos

Gómez Antúñez y Robles Ortega describen las características clínicas y mencionan las principales causas del dolor abdominal agudo en mayores de 60 años, en orden de frecuencia son la patología de vías biliares, la obstrucción intestinal, la neoplásica y vascular ⁽³⁾

Nosotros además encontramos que los pacientes con abdomen agudo en este grupo de edad requirieron tratamiento quirúrgico hasta en un 73.4%, los síntomas clínicos predominantemente encontrados por orden de frecuencia en el presente estudio son el dolor abdominal, vomito, imposibilidad para evacuar, canalizar gases y fiebre, los signos clínicos mas importantes en orden de frecuencia fueron el dolor a la descompresión, distensión abdominal, resistencia muscular aumentada y peristalsis disminuida

Las causas más frecuentes de dolor abdominal corroboradas por hallazgo quirúrgico fueron la patología de vías biliares incluyendo la colecistitis crónica litiasica agudizada, colesterolesis, pirocolecisto, coledocolitiasis en un 23.62%, como segunda causa la apendicitis aguda en un 22.22%, posteriormente la hernia inguinal encarcelada en 12.51%, la oclusión intestinal en 11.12% y la hernia umbilical encarcelada en 9.74%, en nuestra revisión encontramos muy pocos casos de patología neoplásica y vascular

En la patología de vías biliares la más común fue la colecistitis aguda, esta es más frecuente en personas de edad avanzada que en jóvenes, se sugiere por cambios en la fisiología del tracto biliar debido a disminución de la motilidad de la vesícula así como a alteraciones en el metabolismo biliar específicamente incremento de Hidroxiglutaril coenzima A reductasa responsable de la síntesis de colesterol, y a la disminución de la 7-Hidroxilasa responsable de la síntesis de los ácidos biliares, la estasis en los conductos biliares incrementa la flora biliar bacteriana con formación de litos e incremento en el riesgo de colangitis, la coledocolitiasis se considera más causa de obstrucción que de dolor abdominal agudo. Los

procesos complicados como pirocolecisto e hidrocolecisto son más frecuentes en esta edad por los cambios ya comentados ⁽⁹⁾

La apendicitis es la causa más frecuente de laparotomía abdominal en el joven, considerada infrecuente en los adultos mayores sin embargo su incidencia se ha incrementado en últimas fechas, el estudio de Moro reporta que al acudir estos pacientes lo hacen con una expresión clínica más severa, y palpándose plastrón con frecuencia algunos trabajos atribuyen un desarrollo más rápido de esta entidad a factores anatomopatológicos en relación con los cambios involutivos apendiculares del anciano como son atrofia de la mucosa, alteración de la microcirculación, involución del tejido linfoide, se trata de pacientes con mayor compromiso de su estado basal, con situaciones funcionales ASA (American Society of anesthesiologist) más importantes, que retraen al cirujano a la hora de tomar una actitud quirúrgica de urgencia. La demora terapéutica puede llevar a la perforación apendicular ⁽¹²⁾

La hernia inguinal encarcelada, es común en esta edad, y se presentan tensas, dolorosas, e incluso pueden acompañarse de datos de obstrucción intestinal, su diagnóstico es relativamente sencillo por la evidencia del saco hemiano que clínicamente nos orienta al diagnóstico ⁽⁷⁾

La obstrucción intestinal, también es frecuente en este grupo de edad, y los síntomas son más intensos entre más alta es la obstrucción, con frecuencia el dolor es muy intenso desde su inicio, el vómito es casi constante así como la incapacidad para expulsar gases y heces, dentro de las causas más importantes en este grupo de edad se encuentra el vólvulo y las adherencias así como las hernias y el cálculo biliar ⁽⁷⁾

La hernia umbilical es más frecuente en mujeres obesas, es común que el paciente tenga cuadros de dolor antes del cuadro agudo, en caso de estar encarcelada presenta dolor abdominal agudo, vomito ⁽⁷⁾

Se pudo observar en el presente estudio que las manifestaciones clínicas por enfermedad fueron típicas de la patología sospechada

Los cánceres gastrointestinales son de las neoplasias más comunes y tiene una alta incidencia entre los 60 y 70 años, las teorías propuestas por su mayor presentación es la disminución de la respuesta inmune, prolongada exposición a cancerígenos, la carcinomatosis puede ser una de sus manifestaciones, principales del cáncer colorectal, que es la segunda causa de cáncer en Estados Unidos solo precedido del cáncer de pulmón, su incidencia aumenta con la edad, y dentro de los factores de riesgo están la historia familiar, pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, comida baja en fibra, los pacientes pueden estar asintomáticos, tener sangrado de tubo digestivo, produce periodos de constipación alternados con diarrea, datos de obstrucción intestinal, dolor abdominal generalmente difuso, los datos clínicos pueden confundir y en ciertos casos sugerir un abdomen quirúrgico ⁽¹¹⁾, en esta serie se encontraron pocos casos correspondiendo solo a un 6.95% descritos como hallazgo quirúrgico de carcinomatosis

La enfermedad vascular se encontró también en pocos casos 2.78%, a diferencia de otras series sin embargo en otras series se presenta como un causa frecuente de dolor abdominal, la isquemia colónica es la más común en pacientes de mas de 60 años, causada por émbolos o trombos en la arteria mesentérica superior, los pacientes con riesgo son los que presentan falla cardíaca, arritmias, infarto agudo del miocardio reciente,

hipovolemia, hipotensión, sepsis, estados de hipercoagulabilidad, vasculitis, embolia arterial, previa y uso de potentes vasoconstrictores esplancnicos como los digitalicos, clínicamente se manifiesta como abdomen agudo ⁽¹³⁾

Realizamos la descripción de las características clínicas de las principales cinco patologías encontradas, y los datos clínicos coincidieron con la patología sospechada, en muy pocos casos los datos clínicos no orientaban al diagnóstico etiológico o su dificultad de interpretación era mayor

Para establecer la correlación diagnóstica clínico-quirúrgica, se realizó el análisis con la prueba estadística Kappa encontrando un coeficiente de 0.82, de acuerdo a los lineamientos de Landis y Koch la fuerza de concordancia fue casi perfecta

La conclusión obtenida del presente trabajo es que los datos clínicos (signos y síntomas) en los pacientes adultos mayores no son muy diferentes a los encontrados en pacientes jóvenes y en su gran mayoría orientan al diagnóstico etiológico, siendo pocos los casos que se manifiestan con un cuadro clínico atípico, por lo cual la correlación diagnóstica clínico-quirúrgica de 0.82 puede clasificarse como casi perfecta (excelente) Las patologías más frecuentemente encontradas por orden de frecuencia fueron la patología de vías biliares, apendicitis, hernia inguinal encarcelada, oclusión intestinal y hernia umbilical encarcelada, a diferencia de otras series la patología neoplásica y vascular se encontró con poca frecuencia

BIBLIOGRAFIA

- 1 Carranza A, cols El adulto mayor en América Latina sus necesidades y sus problemas médico sociales 1ra ed CIESS OPS OSP OMS México 1995 3-5.
- 2 García D, cols. La salud en las personas de edad Informe de un comité de expertos 8va ed OMS México 1989 7-11
3. Gómez AM, Olombrada ZA Dolor abdominal agudo en el anciano Ann Med Intern 2001, 18(3) 164-168
- 4 Sainger T VenMed Healthcare Abdominal pain 2da ed Network Washington 2001-2002 1-5
- 5 Beers M Bogin RM, cols The Merck manual of diagnosis and therapy. Gastrointestinal and acute abdomen and surgical gastroenterology. 8va ed Merck Washington 1995-2002 1850-1870
- 6 Scott M Family Practice Notebook. Pain Acute abdominal 2da ed HON CODE New York 2002 112 y 3951.
- 7 William S Abdomen agudo de Cope Diagnóstico temprano 2da ed Manual Moderno México 1994 141-187
8. Robles OM Cortés GR Etiología y manifestaciones clínicas del síndrome abdominal agudo en el adulto mayor Rev Med IMSS 2001; 39 (3) 237-241
- 9 Shea O. Chris E Gastrointestinal Disorders in the elderly Pancreatic and biliary Disorders in the elderly Clin Gastroenterol 2001, 30 (2). 1-15
- 10 Sui F Greenwald W Effect of age on acute pain perception of standardized stimulus in the emergency department Ann Emerg Med 2001, 38(6)- 644-647
- 11 Shahid H Mare F Gastrointestinal Disorders in the elderly Gastrointestinal tract cancer in the elderly Clin Gastroenterol 2001, 30(2) 16-25

- 12 Moro MJ Arboiro J Apendicitis en el anciano Retraso desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía Ann Med Intern 1996, 13: 580-583
- 13 Greenwald A Brandt J Gastrointestinal Disorders in the elderly Ischemic Bowel disease in the elderly Clin Gastroenterol 2001, 30(2) 25-34
- 14 Fajardo GA Garduño EJ Consistencia y validez de una medición en la investigación clínica pediátrica. Definición, evaluación y su interpretación Bol Med Hosp Infant Mex 1991, 48: 367-381