



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER I.A.P.

CÁTEDRA DE CIRUGÍA "CARLOS PERALTA"

"FACTORES DE RIESGO PARA MAL PRONÓSTICO
EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD
CON ABDOMEN AGUDO"

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. FRANCISCO XAVIER HERNÁNDEZ VERA

ASESOR DE TESIS:
DR. JORGE ORTÍZ DE LA PEÑA RODRÍGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:
DR. JORGE CERVANTES CASTRO



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DR. JORGE ORTÍZ DE LA PEÑA RODRÍGUEZ
ASESOR DE TESIS

DR. JORGE CERVANTES CASTRO
CÁTEDRA DE CIRUGÍA “ING. CARLOS PERALTA”
PROFESOR TITULAR

DR. GUILLERMO ROJAS REYNA
CÁTEDRA DE CIRUGÍA “ING. CARLOS PERALTA”
PROFESOR ADJUNTO

DR. EDUARDO MORENO PAQUENTIN
CÁTEDRA DE CIRUGÍA “ING. CARLOS PERALTA”
PROFESOR ADJUNTO

DR. FELIPE CERVANTES MONTEIL
CÁTEDRA DE CIRUGÍA “ING. CARLOS PERALTA”
PROFESOR ADJUNTO

DR. JOSÉ HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
CENTRO MÉDICO ABC.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortuna de poder cumplir todos mis objetivos hasta el día de hoy.

A Mariana, por ser pilar fundamental, motivo y compañía indispensable durante todos estos años y los que faltan. Gracias por siempre estar a mi lado. Tipo te ADORO!

A mis padres, por todo su amor, paciencia y apoyo incondicionales en cada uno de los pasos dados a lo largo de mi carrera. Los quiero mucho!

A mi hermana Marcela, que a pesar de la distancia siempre supe que estaba conmigo en todo momento.

A Carlos de la Torre Rojo q.p.d, por ser amigo, cómplice y apoyo. Siempre estarás en mi mente y sabes que me haces mucha falta.

A Jaime, por darme ejemplo de perseverancia. Gracias por tu amistad.

A mis amigos incondicionales, Pelón, Jay, Toledo, Pastor, Chino, Natan, Pablo, Javi, Claudio, Zerrweck, Monges y Horacio. Por las experiencias vividas y las que faltan. Los voy a extrañar.

A todos los residentes, gracias por aguantarme. Suerte!

A ud. Dr. Jorge Cervantes, por ser ejemplo de rectitud y cumplimiento tanto en lo familiar como en lo profesional. Gracias por todo!

A ud. Dr. Rafael Padilla Longoria, por ser ejemplo, amigo e inspiración. Muchas gracias!

A los amigos: Dr. Belmonte, Dr. Ortíz de la Peña, Dr. Pablo Orozco, Dr. Roberto Hernández, Dr. Carlos Robles, Dr. Víctor Hugo Guerrero, Dr. Carlos Cosme, Dr. Ángel Martínez Munive, Dr. Horacio Olivares, Dra. Espíritu, Dr. Abraham Gutiérrez y Dr. Salomón Cohen, gracias por su amistad, enseñanza y que gracias a ustedes se disfrutaba mucho el día a día.

A mis coordinadores de curso Dr. Guillermo Rojas, Dr. Felipe Cervantes y Dr. Eduardo Moreno. Como olvidarlos....Muchas Gracias!

A los doctores: Dr. César Decanini, Dr. Fernando Quijano, Dr. Fernando Serrano, Dr. Miguel Herrera, Dr. Lorenzo Soler, Dr. Gil Mussan, Dra. Adriana Hernández, Dr. Manuel Muñóz, Dr. Alberto Chousleb, Dr. Samuel Schuchleib,

Dr. Guzmán Navarro, Dr. Elias Dergal, Dr. Carlos Florez, Dr. Gerardo Castorena, Dr. Gustavo Varela, Dr. Jorge Arriola, Dr. Moisés Zielanowsky, Dr. Miguel Bembassat, Dr. Enrique Guzmán de Alba, Dr. David Lasky, Dr. Francisco Said, Dr. José Luis Torres, Dr. Octavio Ruiz Speare, Dr. José Luis Haddad, Dr. Samuel Kleinfinger, Dr. Antonio Mafuzz, Dr. Adrian Cravioto y Dr. Enrique Bargalló por todas sus enseñanzas y momentos compartidos.

ÍNDICE

I Introducción.....	1
II Objetivos.....	2
III Justificación.....	3
IV Planteamiento del Problema.....	3
V Pacientes y Métodos.....	4
VI Resultados.....	5
VII Marco Teórico.....	12
VIII Discusión y Conclusiones.....	18
IX Referencias.....	20

I. INTRODUCCIÓN

Los pacientes adultos mayores o de la llamada “Tercera Edad” corresponden a aquellos individuos que tienen 65 años o más.

Este grupo de pacientes se ha incrementado año con año, aumentando así las posibilidades de presentar un cuadro de abdomen agudo en esta etapa de la vida. Es por ello que es indispensable tomar en consideración las características demográficas de la población y su comportamiento para entender que las probabilidades de enfrentarnos a un paciente de la tercera edad con abdomen agudo se incrementan a diario.

Debemos tener en mente que el manejo y la presentación de un paciente de la tercera edad con abdomen agudo no es convencional, requiriendo de una atención especializada y enfocada a este tipo de pacientes.

Los diagnósticos diferenciales son varios, desde causas de comportamiento benigno hasta causas que amenazan la vida del paciente. Habitualmente la falta de especificidad en la sintomatología y los cuadros atípicos de enfermedades comunes son frecuentes, lo que conlleva mayor número de complicaciones.

Los pacientes de la tercera edad normalmente refieren síntomas poco específicos y con presentaciones atípicas, lo que consume mucho mayor tiempo en el estudio y diagnóstico de su padecimiento. (1,2)

El dolor abdominal por si solo representa del 5-10% de los ingresos a Urgencias (3,6), de los cuales el 35 a 40% de estos son ingresados para tratamiento. (4,7,9)

Los pacientes de la 3era edad que presentan un cuadro de dolor abdominal tienen 6-8 veces mayor riesgo de mortalidad (1,10) y representan el 20% de los ingresos a urgencias, de los cuales 3-4% son por dolor abdominal. (1,10,11). Aproximadamente la mitad de estos pacientes requieren hospitalización, mientras que un tercio requiere intervención quirúrgico. (2, 5, 12-15).

II. OBJETIVOS

General:

- Determinar la presencia o no de padecimientos concomitantes y su asociación con el riesgo quirúrgico, morbilidad y mortalidad.

Alternos:

- Determinar las causas principales de abdomen agudo en pacientes mayores de 70 años en el Centro Médico ABC.
- Describir las características de los pacientes mayores de 70 años con abdomen agudo.

III. JUSTIFICACIÓN

El manejo adecuado de pacientes con abdomen agudo es indispensable en la formación de todo cirujano general, sin embargo es importante conocer las diferentes causas y formas de presentación de acuerdo a las características etarias de nuestros pacientes teniendo especial consideración con los pacientes que se encuentran en extremos de la vida como lo son los niños y los ancianos, ya que esto tiene un impacto considerable en la morbilidad y mortalidad.

Las co-morbilidades preexistentes pueden tomar un papel fundamental en la evolución clínica de un paciente de la tercera edad con abdomen agudo.

Buen pronóstico se definirá como aquellos pacientes que no fallezcan a consecuencia del procedimiento durante el mismo internamiento.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la relación entre las principales causas de abdomen agudo en el paciente de la tercera edad en el Centro Médico ABC y la literatura mundial.

Probar que relación de las co-morbilidades con el riesgo quirúrgico se refleja directamente en el pronóstico de los pacientes.

V. PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, longitudinal, mediante la revisión de expedientes en el archivo clínico del Centro Médico ABC en pacientes mayores de 70 años de edad y que fueron sometidos a una intervención quirúrgica de urgencia, en el periodo comprendido entre 01 de Enero del 2007 al 31 de Enero del 2008.

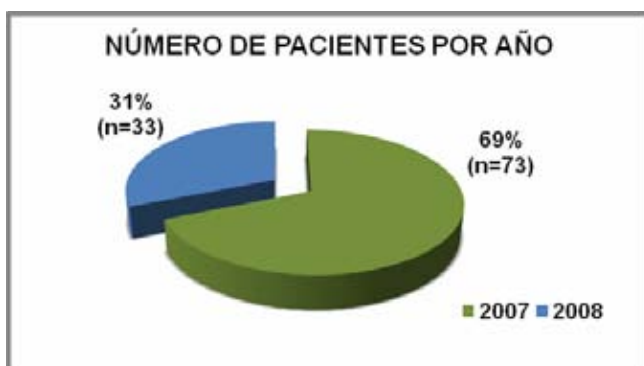
Se analizaron 250 expedientes de pacientes mayores de 70 años que fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico mediante el sistema de Expediente Médico Electrónico y de Archivo Clínico del Centro Médico ABC, de los cuales se excluyeron a aquellos pacientes a los cuales se les realizó una cirugía electiva y cirugía no abdominal. Únicamente se incluyeron los pacientes mayores de 70 años que fueron sometidos a cirugía abdominal de urgencia y que fueron ingresados al Centro Médico ABC por el servicio de Urgencias.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tiempo de estancia hospitalaria, antecedentes de Diabetes Mellitus, de Hipertensión Arterial Sistémica, de otras co-morbilidades, defunciones, grado de ASA, sangrado transoperatorio y complicaciones transoperatorias.

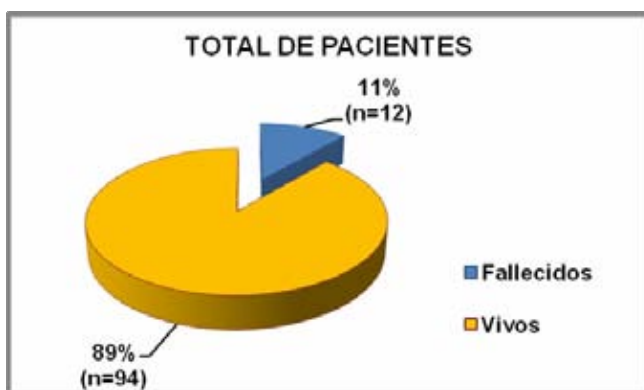
Se obtuvieron porcentajes de presentación de acuerdo a cada rubro, para así poderlos cotejar con la literatura mundial.

VI RESULTADOS

Se incluyeron 106 pacientes (73 del 2007 y 33 del 2008) de los cuales fallecieron e 11% (n=12) y vivieron el 89% (n=94). Grafica 1 y 2.



GRAFICA 1.



GRAFICA 2.

Hubieron 52 pacientes del sexo femenino (49%) y 54 del sexo masculino (51%), al dividirlos entre los que fallecieron y los vivos encontramos que 66% (n=8) de los que fallecieron fueron del sexo femenino y 34% (n=4) fueron del sexo masculino, así mismo de los pacientes vivos el 47% (n=44) fueron del sexo femenino y el 53% (n=50) fueron del sexo masculino. La diferencia entre hombres y mujeres entre los pacientes que fallecieron y los que vivieron, no fue estadísticamente significativo (NS). Tabla 1.

	Masculino	Femenino	Total
2007	41	32	73
2008	13	20	33
Total	54	52	106

TABLA 1.

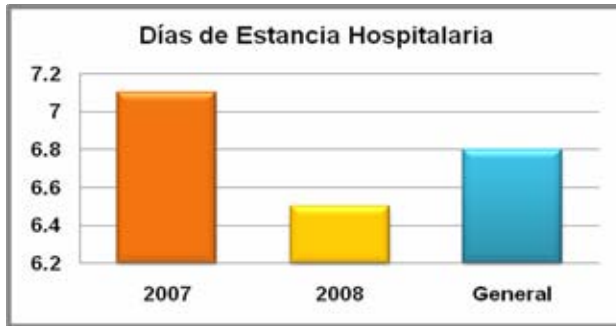
El promedio de edad de nuestros pacientes (n=106) fue de 78 años \pm 6 con un rango entre 70 y 98 años. Los pacientes que fallecieron (n=12) tuvieron una edad promedio de 79 \pm 6 con un rango de edad de 71 a 91 años. Los pacientes que vivieron (n=94) tuvieron una edad promedio de 78 \pm 6 con un rango de edad entre 70 y 98 años. La diferencia de edades entre los pacientes que vivieron y los que fallecieron no fue estadísticamente significativo (NS). Tabla 2.

En cuanto a los días de estancia hospitalaria el promedio general (n= 106) fue de 7 \pm 6 días con un rango de entre 1 día y 32 días. Los pacientes que fallecieron (n=12) tuvieron un tiempo de estancia hospitalaria de 5.3 \pm 5.2 días con un rango de 1 a 20 días. Los pacientes que vivieron (n=94) tuvieron un promedio de días de estancia hospitalaria de 7.1 \pm 6.4 días con un rango de 1 a 32 días. Sin embargo, a pesar de la diferencia en días de estancia hospitalaria entre los pacientes que vivieron y los que fallecieron, la diferencia no fue estadísticamente significativa (NS). (Tabla 2) (Grafica 3)

	POBLACIÓN TOTAL N=106	FALLECIDOS N= 12	VIVOS N=94	P
EDAD (años)	78 \pm 6 (70-98)	79 \pm 6 (71-91)	78 \pm 6 (70-98)	NS
DEH (días)	7 \pm 6 (1-32)	5.3 \pm 5.2 (1-20)	7.1 \pm 6.4 (1-32)	NS

*(DEH) Días de Estancia Hospitalaria

TABLA 2.



GRAFICA 3.

El sangrado transoperatorio (expresado en ml) en la población general de nuestro estudio (n=106) fue de 270.8 ± 675 ml con un rango de entre 5ml y 4000ml, sin embargo se obtuvo la mediana, la cual fue de 30ml con cuartil 25 de 10ml y el cuartil 75 de 150ml. De los pacientes que fallecieron (n=12) el promedio de sangrado transoperatorio fue de 891.6 ± 1327.7 ml con un rango de entre 10 ml y 4000ml. Se obtuvo la mediana la cual fue de 175ml con un cuartil 25 de 10ml y un cuartil 75 de 1300ml. De los pacientes que vivieron (n=94) el promedio de sangrado transoperatorio fue de 191.6 ± 499.9 ml con un rango de entre 5ml y 3000ml. Se obtuvo la mediana la cual fue de 30ml con un cuartil 25 de 10ml y un cuartil 75 de 100ml. Sí encontramos que la diferencia de sangrado transoperatorio entre los pacientes que vivieron y los que fallecieron fue estadísticamente significativo, con una $P < 0.0001$. Tabla 3.

El tiempo quirúrgico (expresado en minutos) en la población general (n=106) fue de 119.43 ± 71.1 minutos con un rango de entre 30 minutos y 420 minutos. Se obtuvo la mediana la cual fue de 120 minutos con un cuartil 25 de 60 minutos y un cuartil 75 de 150 minutos. De los pacientes que fallecieron (n=12) el promedio fue de 120.4 ± 94.49 minutos, con un rango de entre 30 y 360 minutos. Se obtuvo la mediana la cual fue de 120 minutos con un cuartil 25 de 44 minutos y un cuartil 75 de 170 minutos. De los pacientes que vivieron (n=94) el promedio fue de 119.3 ± 68.2 minutos. Se obtuvo la mediana la cual fue de 120 minutos con un cuartil 25

de 63.7 y un cuartil 75 de 148.7 minutos. Se demostró que la diferencia en el tiempo quirúrgico entre los pacientes que vivieron y los que fallecieron no fue estadísticamente significativo (NS). Tabla 3.

	POBLACIÓN TOTAL N=106	FALLECIDOS N= 12	VIVOS N=94	P
Sangrado Transoperato- rio (ml)	270.8 ± 675 (5-4000)	79 ± 6 (71-91)	78 ± 6 (70- 98)	<0.0001
Tiempo Quirúrgico (min)	119.43 ± 71.1 (30-420)	120.4 ± 94.49 (30-360)	119.3 ± 68.2 (30- 420)	NS

TABLA 3.

El grado de ASA (establecido por la Sociedad Americana de Anestesiología) si es estadísticamente significativo cuando es >II, con una P< 0.0005. Tabla 4.

* Cuando ASA >II P< 0.0005

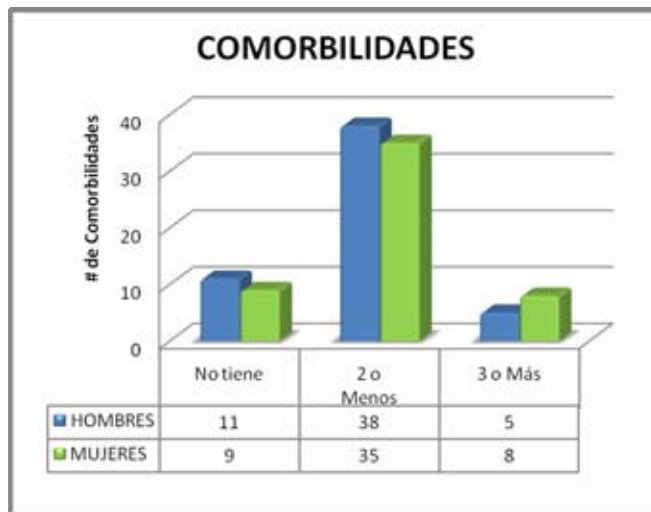
ASA	POBLACIÓN TOTAL N= 106	FALLECIDOS N= 12	VIVOS N= 94	P
I	2	0	2	NS
II	74	5	69	*
III	18	0	18	*
IV	7	2	5	*
V	5	5	0	*

TABLA 4.

En cuanto a las co-morbilidades, se dividieron a los pacientes en tres grupos diferentes de acuerdo a si no tenían co-morbilidades, tenían 2 o menos y si tenían 3 o más, todo esto dependiendo de la población total, fallecidos y pacientes vivos. Se demostró que era estadísticamente significativo como factor pronóstico que los pacientes tuvieran 2 o más co-morbilidades, $P=0.05$. Tabla 5. Grafica 4.

COMORBILIDADES	POBLACIÓN	FALLECIDOS	VIVOS
TOTAL			
Sin Co-morbilidades	23	0	23
< 2	72	9	63
>3	11	3	8
TOTAL	106	12	94

TABLA 5.



GRÁFICA 4.

Es importante mencionar que de los pacientes que fallecieron 16% (n=2) eran portadores de Diabetes Mellitus y el 84% (n=14) no lo eran. El 66% (n=8) de los pacientes fallecidos eran portadores de Hipertensión Arterial Sistémica y el 33.3% (n=4) no lo eran.

En la literatura las principales morbilidades reportadas son: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedad Neoplásica e Insuficiencia Renal. (22)

Las morbilidades en los pacientes mayores de 70 años revisados para nuestro estudio principalmente fueron: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémica, Hipotiroidismo, Dislipidemia y antecedente de algún tipo de Neoplasia.

De todos los pacientes incluidos mayores de 70 años en el periodo establecido, se obtuvo la siguiente distribución por patologías.

Tabla 6.

	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>95	Total	Porcentaje
Patología Bilio-pancreática	17	12	4	1	3	1	38	36.1%
Hemlas	7	3	4	1	0	0	15	14.2%
Apendicitis aguda	2	5	1	2	0	0	10	9.5%
Oclusión intestinal	3	2	2	2	0	0	9	8.5%
Enfermedad Diverticular	2	1	3	3	0	0	9	8.5%
Enfermedad ácido péptica	3	2	1	0	2	0	7	6.6%
Isquemia Mesentérica	2	1	3	1	0	0	7	6.6%
Tumores digestivos	2	0	1	0	0	0	3	2.8%
Otros	2	2	1	1	1	0	5	4.7%
TOTAL	49	28	20	11	6	1	106	100%

TABLA 6.

Las principales causas de abdomen agudo en el paciente de la tercera edad, reportadas en la literatura son (19,22)

- Patología bilio-pancreática 30 - 35%
- Oclusión intestinal 15 - 20%
- Hernias 15 - 20%
- Apendicitis 15 - 20%
- Enfermedad ulcerosa péptica 5 - 15%
- Enfermedad diverticular 5 - 10%
- Malignidades 5 - 10%
- Patología vascular 3 - 5%

Las patologías bilio-pancreáticas, las hernias, apendicitis y los cuadros de oclusión intestinal fueron las principales causas de abdomen agudo en nuestros pacientes.

La mortalidad global fue del 11.3%, muy comparable con lo publicado en la literatura mundial. (17,22, 23)

VII. MARCO TEÓRICO

Según la *National Library of Medicine* el abdomen agudo es un síndrome caracterizado por dolor abdominal que por su gravedad y los síntomas y signos asociados, simulan una peritonitis aguda que puede corresponder a una patología quirúrgica y que no necesariamente lo es.

5 a 10% de los ingresos al servicio de urgencias se deben a alguna causa de abdomen agudo. 23% de éstos ingresos son de pacientes mayores de 50 años. Los pacientes de la tercera edad son los pacientes que más tiempo consumen en un servicio de urgencias. (15)

Algunos de los factores que influyen en el diagnóstico tardío de los pacientes de la tercera edad con abdomen agudo son: mucho tiempo perdido en buscar atención médica, presentación atípica de padecimientos comunes, deterioro paulatino del sistema inmunológico (lo que impide manifestar el dolor abdominal de manera habitual), miedo a “molestar al médico”, habitualmente presumen “es mejor esperar y ver como sigo en los próximos días”, incapacidad para obtener una historia clínica específica, etc.

En pacientes de la tercera edad con peritonitis, solo el 73% de los pacientes cursan con dolor a la palpación abdominal, 34% resistencia muscular, 69% distensión abdominal y 52% ausencia de ruidos intestinales. Los diagnósticos que requieren cirugía son por mucho, más comunes en pacientes de la tercera edad. El riesgo de un diagnóstico quirúrgico se duplica con cada década después de los 40 años. (15)

Los pacientes mayores de 80 años con dolor abdominal tienen 70 veces más riesgo de mortalidad que los adultos jóvenes. (15)

Un gran porcentaje de pacientes mayores de 50 años presentan una afección importante en ausencia de signos, síntomas o valores de laboratorio que reflejen la seriedad de su enfermedad. (16)

La mortalidad global en pacientes de la tercera edad con abdomen agudos es de 10%. (17, 22, 23)

Como parte de los diagnósticos diferenciales se encuentran aquellos que ponen en riesgo la vida del paciente, como lo son (17,18,19, 20, 21):

- Aneurisma de Aorta Abdominal (más común en hombres mayores de 60 años, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular periférica, hipertensión, tabaquismo positivo e historia familiar de AAA).
- Isquemia Mesentérica (caracterizado por dolor abdominal peri umbilical habitualmente fuera de proporciones con respecto a los hallazgos del examen físico, asociado a pacientes de edad avanzada, con aterosclerosis, bajo gasto cardiaco, arritmias, enfermedad valvular severa, IAM reciente o algún tipo de neoplasia intraabdominal).
- Perforación Intestinal (más común como consecuencia de úlcera péptica perforada, en pacientes con historia de enfermedad ácido péptica, consumo de AINES, que desarrollan dolor abdominal severo, difuso).
- Oclusión Intestinal (la mayoría involucran el intestino delgado, con una mortalidad que oscila entre el 8% al 25% dependiendo si se interviene dentro de las primeras 36horas, y es secundaria principalmente a: adherencias (50-70%), hernias internas (15%) y neoplasias (15%). Los íleos biliares son causa de obstrucción intestinal en pacientes de la tercera edad en un 20% de los casos).
- Volvulus (los pacientes e presentan con un cuadro similar al de un paciente con oclusión intestinal, presentando distensión, náusea, vómito, obstipación y constipación. La presencia de fiebre, peritonitis o hipotensión, pueden sugerir gangrena intestinal. Tiene una mortalidad del 12-17% que en ancianos se incrementa a 65%.

Otras causas son los padecimientos comunes como:

- Apendicitis (la mortalidad en pacientes de la tercera edad asciende a 70%).
- Colecistitis y Colelitiasis
- Pancreatitis (factores predisponentes: alcoholismo, trauma, hipertrigliceridemia, reacciones a medicamentos, hipercalcemia, etc.).
- Enfermedad Diverticular (Los pacientes de la tercera edad tienen mayor riesgo a desarrollar cuadros de diverticulitis o sus complicaciones).
- Úlcera Péptica
- Hernia Encarcelada
- Gastroenteritis
- Síndrome de Colon Irritable
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Hepatitis
- Infección de Vías Urinarias
- Nefrolitiasis

Otras causas No- Abdominales:

- Cetoacidosis Diabética (el 3% de los pacientes con DM tipo I debutan con este cuadro).
- Cetoacidosis Alcohólica (75% de los pacientes presentan náusea, vómito y dolor abdominal).
- Neumonía
- Neoplasias

Es de vital importancia considerar las características demográficas y antecedentes médicos y quirúrgicos de nuestro paciente al momento de realizar el interrogatorio completo así como la semiología de cada uno de los síntomas, en específico del dolor abdominal: Inicio, atenuantes, exacerbantes, tipo, sitio, irradiación, tiempo y síntomas asociados).

La distribución demográfica de las personas de la tercera edad se ha ido incrementando paulatinamente con el pasar del tiempo. En el 2005 según el censo de población del INEGI, la distribución poblacional por edades era:

	Total	Masculino	Femenino
México	100, 453	48, 844	51, 609
0 a 14 años	31, 650	16, 061	15, 589
15 a 29 años	27, 177	13, 055	14, 122
30 a 64 años	35, 909	17, 079	18, 831
>65 años	5, 716	2, 649	3, 067

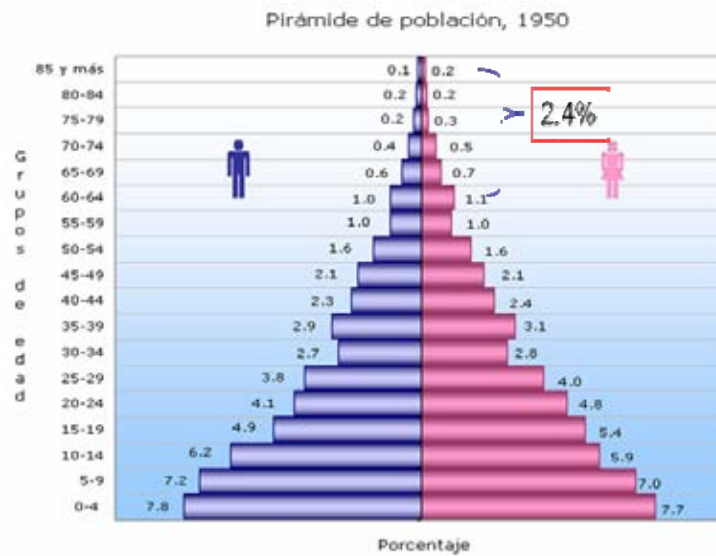
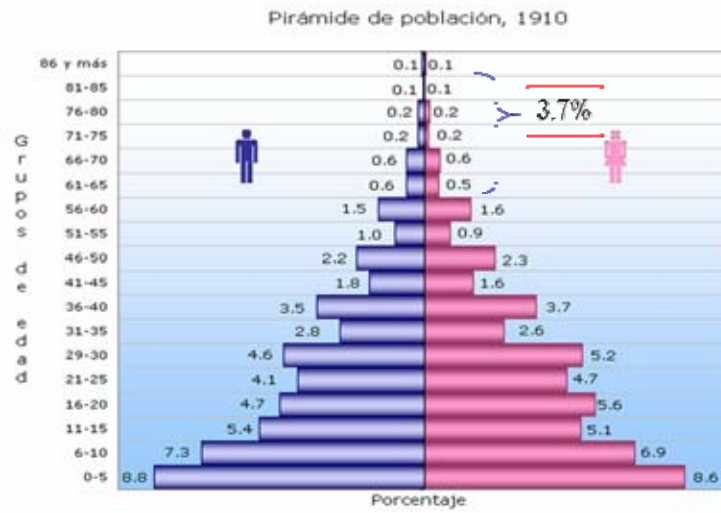
Con un total de 5.7% de la población mayor a 65 años, lo que demuestra un incremento del 3.5% desde 1910 y que nos hace suponer que en los próximos 30 años la pirámide poblacional va a cambiar su distribución radicalmente.

La distribución y frecuencia de los padecimientos causales de abdomen agudo en pacientes de la tercera edad son:

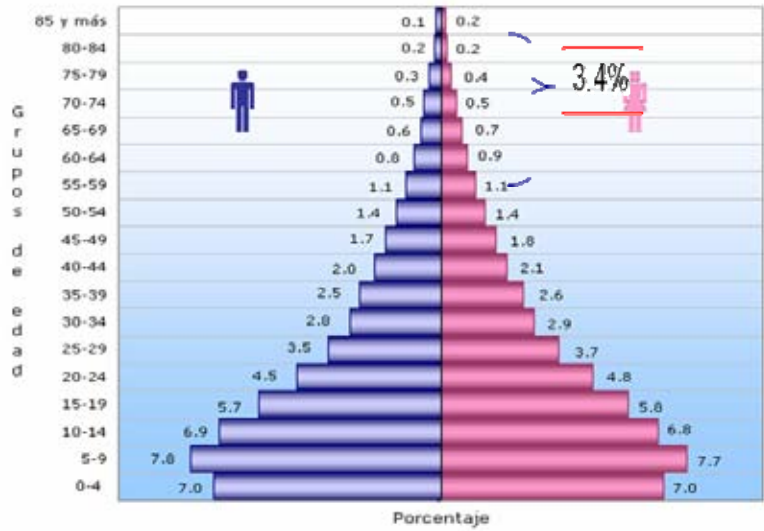
- Patología bilio-pancreática 30 - 35%
- Oclusión intestinal 15 - 20%
- Hernias 15 - 20%
- Apendicitis 15 - 20%
- Enfermedad ulcerosa péptica 5 - 15%
- Enfermedad diverticular 5 - 10%
- Malignidades 5 - 10%
- Patología vascular 3 - 5%

Existen variaciones entre las primeras cuatro causas dependiendo de la literatura que sea revisada, lo que evidencia los padecimientos más comunes y los cuales hay que descartar al momento de valorar a un paciente de la tercera edad con abdomen agudo. (19, 22)

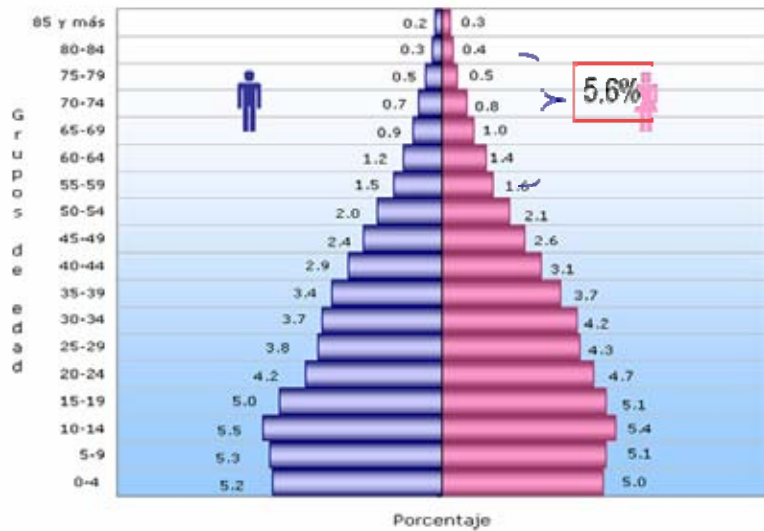
A continuación se muestran las pirámides poblacionales desde 1910 a la fecha. Nótese el incremento en el porcentaje de personas de la tercera edad y la inversión paulatina de la pirámide poblacional.



Pirámide de población, 1980



Pirámide de población, 2005



Se calcula que para el 2035 habrá mayor número de población adulta, que jóvenes. (24)

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que tanto el sangrado transoperatorio como el que los pacientes presenten dos o más co-morbilidades, son factores de mal pronóstico el pacientes de la tercera edad con abdomen agudo, cumpliendo con el objetivo principal de nuestro estudio.

Así mismo la frecuencia de patologías causales de abdomen agudo en pacientes de la tercera edad en nuestro estudio, son totalmente comparables con lo reportado en la literatura mundial, teniendo como principal causa la patología bilio-pancreática, seguida de hernias, apendicitis y cuadros de oclusión intestinal. Con esto queda demostrado que el comportamiento y la presentación de los padecimientos es particular de ésta población.

Las morbilidades principales en nuestros pacientes fueron Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémica, Hipotiroidismo, Dislipidemia y antecedente de algún tipo de Neoplasia, muy comparables con lo reportado en la literatura.

La mortalidad en nuestro estudio fue de 11% a penas por encima por el 10% reportado, lo que nos debe motivar para continuar dando una atención oportuna y certera a los pacientes de la tercera edad con abdomen agudo.

Es evidente que la distribución demográfica continúa cambiando año con año con una tendencia franca al incremento en el número de personas mayores de 65 años. Es fundamental tener muy presente las diferencias entre la población general y los pacientes de la tercera edad para así disminuir los recursos, el tiempo para poder obtener un diagnóstico de certeza para poder ofrecer un tratamiento oportuno.

Todos los prestadores de servicios de salud en algún momento tendrán contacto con un paciente de la tercera edad debiendo tener en cuenta los cambios secundarios que van a tener un impacto importante.

El dolor, la debilidad, la pérdida de funciones y muchos otros síntomas son esperados por el paciente anciano al igual que por sus familiares, aceptando éstos como consecuencias propias de la edad.

Es importante saber reconocer los cambios propios de la edad para así poder identificar la presentación atípica de diversas enfermedades, permitiendo un tratamiento más efectivo.

El que un paciente de la tercera edad presente dolor abdominal debe ser considerado como un dato sumamente importante, requiriendo de estudios de extensión, un potencial ingreso al departamento de urgencias, interconsulta a cirugía y considerar observación estrecha hasta que se esclarezca la naturaleza del mismo.

Siempre hay que tener presente la posibilidad diagnóstica de una afección vascular en pacientes ancianos con abdomen agudo, debido a que la ventana terapéutica es muy estrecha.

IX. REFERENCIAS

1. Hustey, FM, Meldon, SW, Banet, GA, et al. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2005; 23:259.
2. Cooper, GS, Shlaes, DM, Salata, RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994; 19:146.
3. Brewer, BJ, Golden, GT, Hitch, DC, et al. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *Am J Surg* 1976; 131:219.
4. Powers, RD, Guertler, AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995; 13:301.
5. Sanson, TG, O'Keefe, KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14:615.
6. Kamin, RA, Nowicki, TA, Courtney, DS, Powers, RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21:61.
7. Irvin, TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989; 76:1121.
8. Jess, P, Bjerregaard, B, Brynitz, S, et al. Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. A prospective study. *Am J Surg* 1982; 144:338.
9. Lukens, TW, Emerman, C, Effron, D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med* 1993; 22:690.
10. Lewis, LM, Banet, GA, Blanda, M, et al. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenter study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60:1071.
11. Kizer, KW, Vassar, MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 1998; 16:357.
12. Marco, CA, Schoenfeld, CN, Keyl PM, et al. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med* 1998; 5:1163.

13. De Dombal, FT. The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986. Scand J Gastroenterol Suppl 1988; 144:35.
14. Bugliosi, TF, Meloy, TD, Vukov, LF. Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med 1990; 19:1383.
15. De Dombal, FT. Acute abdominal pain in the elderly. J Clin Gastroenterol 1994; 19:331.
16. Burg. M., Francis L. Acute Abdominal Pain in the Elderly. Emerg Med 37(8):8-12, 2005.
17. Lyon C, Clark D.C. Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients. Am Fam Physician 2006; 74: 1537-44.
18. Martínez J.P., Mattu A. Abdominal Pain in the Elderly. Emerg Med Clin N Am 2006; 24:371-388.
19. Yeh E.L., McNamara R.M. Abdominal Pain. Clin Geriatr Med 2007; 23: 255-270.
20. Doerflinger D.M.C. Perioperative Nursing Clinics 2007; 2: 317-327.
21. Cartwright S., Knudson M.P. Am Fam Physician 2008; 77(7): 971-978.
22. Espinoza R., Balbotín M., Feuerhake S., Piñera C. Rev Méd Chile 2004; 132: 1505-1512.
23. Arenal J., Begoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. Can J Surg. 2003; 42(2): 111-116.
24. www.inegi.gob.mx