



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.7
MONCLOVA, COAHUILA**

**COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HGZ No. 7 EN EL AÑO 2013.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS.**

PRESENTA:

DR. HUGO MACIEL GONZALEZ

MONCLOVA, COAH.

2012



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.

**COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HGZ/CMF No. 7 EN EL AÑO 2013**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS.**

PRESENTA:

DR. HUGO MACIEL GONZALEZ

**DIRECCION: PRIVADA MONTESSORI # 252
COL. JARDINES DE MONTESSORI
TEL. 8666392435 CEL: 866 134 0709
CORREO: macielhugo28@hotmail.com
LUGAR DE TRABAJO IMSS UMF # 9**

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ORTIZ VALDES

**TUTOR Y ASESOR DE TESIS DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS GENERALES
HGZ/CMF No. 7 MONCLOVA COAHUILA.**

**DIRECCIÓN. FLORES MAGON 1505. COL TECNOLOGICO
TEL. 866 124 1060 PART. 8666345839
CORREO: carlosov63@gmail.com
LUGAR DE TRABAJO IMSS HGZ No. 7**

INDICE

	Pagina
Resumen -----	1
Marco teórico -----	3
Planteamiento del problema -----	13
Justificación -----	14
Objetivos -----	15
Metodología -----	16
Aspectos éticos -----	23
Material y financiamiento -----	24
Resultados -----	25
Discusión -----	26
Conclusiones -----	29
Anexos -----	30
Bibliografía -----	3

RESUMEN

Introducción. El dolor abdominal agudo representa uno de los mayores desafíos diagnósticos en medicina. Existe un gran número de enfermedades abdominales y extraabdominales que lo producen y otras que los simulan. El diagnóstico es importante, pero lo es aún más la toma de decisión relativa a la oportunidad de cirugía. 2/3 partes de los enfermos con dolor abdominal agudo no ameritan tratamiento quirúrgico pero cuando es necesaria un gran porcentaje es diferida por falta de certeza de origen multifactorial aumentando la morbimortalidad.

Objetivo: Determinar las complicaciones del abdomen agudo no traumático en el servicio de urgencias del HGZ No 7 Monclova Coah.

Metodología: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo. Se realiza en el HGZ CMF No. 7 de Monclova Coah. En el servicio de urgencias, seleccionándose todos los pacientes en el período de enero a junio del 2013. Se registra los pacientes que acuden mayores de 60 años con abdomen agudo no traumático. Identificando los que requirieron intervención quirúrgica y presentaron complicación pre o posoperatoria.

Resultados. Se tomaron en cuenta 149 pacientes de los cuales fueron ingresados a hospital, 56 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo que son los contemplados para la investigación: 29 fueron del sexo masculino (51.8%) y 27 de sexo femenino (48.2%), la edad promedio fue de 74 años.

El tiempo promedio para acudir a urgencias por dolor abdominal fue de 24 horas, el tiempo para realizar cirugía abdominal fue de 75 horas y la mediana de 24 horas, la cual se realizó en 41 pacientes 73.2%

Los diagnósticos quirúrgicos más frecuentes fueron: colecistitis aguda 8 (14.3%), obstrucción intestinal 6 (10.7%), trombosis mesentérica 5 (8.9%), apendicitis 4 (7.1%), hernia abdominal estrangulada 4 (7.1%), perforación víscera hueca 4 (7.1%).

Las complicaciones se presentaron en 33 pacientes (58.9%), y las más frecuentes fueron acidosis metabólica 9 (16.1%), choque 8 (14.3%), muerte 13 (23.2%), DHE 24 (42.9%), hiperglucemia aguda 10 (17.9%), descontrol hipertensivo 3 (5.4%), IRA 6 (10.7%), encefalopatía 3 (5.4%)

Palabras claves: abdomen agudo, complicaciones, adulto mayor

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCION

El dolor abdominal agudo representa uno de los mayores desafíos diagnósticos en medicina. Existe un gran número de enfermedades abdominales y extraabdominales que lo producen y otras que lo simulan. El diagnóstico es importante, pero lo es aun mas la toma de decisión relativa a la oportunidad de cirugía.

Debe definirse si la intervención quirúrgica es necesaria de inmediato o urgente, si se puede establecer un periodo de observación prequirúrgico por sospecha de un abdomen quirúrgico, si el diagnóstico es incierto o si el tratamiento debe ser exclusivamente médico, el juicio quirúrgico es necesario, no olvidando que 2/3 partes de los enfermos con dolor abdominal agudo no ameritan tratamiento quirúrgico.

Los estudios de laboratorio y gabinete son útiles para apoyar el diagnóstico clínico y el diagnóstico diferencial, pero no debe ser un impedimento para efectuar cirugía oportuna y nunca se deberá restar importancia al interrogatorio y la exploración del paciente. ^(1,2,3)

CONCEPTO

Síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, de inicio súbito, de evolución corta, por lo general menos de 24 a 48 hrs, que se acompaña de otros síntomas y signos, comúnmente los de peritonitis aguda y que con mucha frecuencia requiere intervención quirúrgica de urgencia. ⁽⁴⁾

ETIOLOGIA

Puede ser provocado por una gran variedad de enfermedades intraperitoneales, muchas de las cuales ameritan tratamiento quirúrgico, y por enfermedades extraperitoneales que no son susceptibles de cirugía. Las causas quirúrgicas pueden dividirse en 5 grupos: inflamación/infección, perforación, obstrucción, hemorragia e isquemia.

La causa más común de dolor abdominal agudo, en general, es inespecífica, lo que representa poco más de la tercera parte de los casos. En el abdomen agudo quirúrgico las tres primeras causas de mayor a menor frecuencia son: apendicitis aguda, colecistitis aguda y obstrucción intestinal en el adulto ⁽⁵⁻⁹⁾ y en el anciano la patología biliar, la obstrucción intestinal, diverticulitis y defectos de pared. ⁽¹⁰⁾

EPIDEMIOLOGIA

El dolor abdominal es un síntoma de aparición habitual y representa hasta un 10% de las consultas en el servicio de urgencias. Hasta el 40% de los pacientes pueden ser dados de alta con el diagnóstico de "dolor abdominal inespecífico"; sin embargo en el adulto mayor la incidencia cambia, teniendo como origen del dolor patología gástrica, colónica y de infección de vías urinarias; no ameritando resolución quirúrgica en un 70% de los casos. ⁽¹¹⁾

Hay dos grupos que merecen especial atención: los ancianos (> 65 años) y las mujeres en edad reproductiva. En el caso de los ancianos, la probabilidad de que se trate de un proceso que puede poner en peligro su vida es mayor y puede tener una evolución mas rápida. La menor precisión diagnóstica y la elevada probabilidad de que se trate de un proceso grave genera una mayor mortalidad en los ancianos que se presentan en urgencias con este síntoma. ⁽¹²⁾

Al ingreso hospitalario cerca del 40% se diagnostica de forma errónea, su mortalidad global es del 10%, la cual se eleva al 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia. Lo anterior es producto de la patología abdominal de base y de las complicaciones cardiacas y pulmonares subyacentes.

FISIOPATOLOGIA

Para abordar el dolor abdominal agudo en todos los grupos de edad se requiere de buen conocimiento de las vías de percepción del dolor visceral y somático. Las vías neurales no cambian conforme se envejece; sin embargo, se acepta como axioma que en ancianos la percepción del dolor abdominal o, por lo menos, la comunicación de éste se encuentra alterada. Existen pocas pruebas al respecto para el caso del dolor abdominal. Otros factores (miedo, estoicismo y problemas de comunicación) pueden influir en la comunicación del dolor abdominal por parte de los ancianos.

Las enfermedades coexistentes y su tratamiento ciertamente hacen mas compleja la atención a los pacientes mayores con dolor abdominal. Otras características fisiopatológicas importantes a considerar respecto de este grupo de edad son disminución en la reserva cardiopulmonar, menor tolerancia al choque hipovolémico y alteraciones en la farmacodinamia y en la farmacocinética que repercuten en el tratamiento. ⁽¹³⁾

CUADRO CLÍNICO

La anamnesis y exploración física son los datos mas importantes para obtener una orientación adecuada y poder tomar una decisión correcta.

La anamnesis debe ser detallada prestando atención en los siguientes aspectos que nos puedan orientar a la causa del dolor:

- Edad: Depende de la edad para pensar en determinadas causas de dolor mas probables que otras; en menores de 50 años la apendicitis es la mas frecuente, mientras que en mayores de 50 años es la colecistitis aguda. a edades mas avanzadas el dolor se asocia mas frecuente a procesos isquémicos y obstructivos.
- Antecedentes personales: Pueden orientar al diagnostico como el consumo abusivo de alcohol (pancreatitis crónica), fármacos que pueden originar o enmascarar el dolor (AINEs, corticoesteroides, inmunosupresores, antibióticos, opioides, anticolinérgicos), factores de riesgo cardiovasculares (infarto agudo de miocardio si el dolor se

localiza en epigastrio), fibrilación auricular o miocardiopatía (isquemia mesentérica por embolismo), enfermedades hematológicas (drepanocitosis, hemoglobinuria paroxística nocturna), o enfermedades como insuficiencia renal o diabetes que hacen pensar en causa metabólica del dolor. Antecedentes de laparotomía previa en pacientes con dolor y distensión obliga a pensar en obstrucción intestinal por bridas quirúrgicas. ⁽¹⁴⁾

Hay una serie de factores que caracterizan una presentación atípica de la enfermedad en el anciano y otros condicionan la realización correcta de la valoración diagnóstica:

1. Historia Clínica: Es muy importante pero difícil por las alteraciones del lenguaje, déficit cognitivo, delirium, deprivación sensorial, etc.
2. Antecedentes de patología abdominal (litiasis biliar, hernia de hiato estreñimiento crónico, etc.) que pueden no ser responsables del problema actual y llevarnos a un diagnóstico erróneo.
3. Comorbilidad asociada: Puede modificar la presentación clínica o influir decisivamente en la evolución clínica del abdomen agudo.
4. El consumo de determinados fármacos: Puede alterar la percepción del dolor, así como influir en los hallazgos de la exploración física. En concreto, el uso de AINEs (antinflamatorios no esteroideos) puede disminuir la percepción del dolor, alterar la capacidad de respuesta del anciano y contribuir a la aparición de ciertas patologías
5. Los síntomas pueden ser más tardíos e inespecíficos que en los pacientes más jóvenes. Los síntomas típicos de dolor abdominal (náusea, vómito, alteraciones intestinales o diarrea) no se presentan con tanta frecuencia como en los pacientes jóvenes y cuando aparecen lo hacen de manera más tardía. Conviene recordar la posibilidad de que el abdomen agudo se presente con manifestaciones generales e inespecíficas (deterioro del estado general, cuadro confusional, caídas, etc.).
6. La exploración física: Puede ser más inespecífica. La hipotermia es cuatro veces más frecuente en los ancianos acompañando a un proceso intraabdominal.
7. Pruebas complementarias: La biometría hemática presenta una leucocitosis que tiende a ser menor o incluso no aparecer, aun el mismo grado de inflamación que en un joven; la radiología simple de abdomen y/o de tórax ofrece una menor información que en los adultos (el neumoperitoneo puede no apreciarse en 30-35% de los casos con perforación de víscera hueca). La ecografía abdominal es muy útil en patología biliar, hepática, aórtica y renal.
8. Aspectos psicosociales del anciano: En ocasiones la minimización de los síntomas por parte del anciano, por no querer ocasionar problemas a sus familiares y/o la consideración por parte de los profesionales de la salud, provocan un retraso en el diagnóstico y como consecuencia una peor evolución clínica del proceso; en donde los síntomas que presentan refieren que son consecuencia normal del envejecimiento. ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

DIAGNOSTICO

Clasificación del síndrome de abdomen agudo

El diagnóstico de este síndrome se facilita si se utilizan las diversas clasificaciones que existen: ⁽¹⁷⁾

- Peritonitis:

Localizado: (apendicitis aguda, colecistitis, diverticulitis, pancreatitis aguda)

Generalizado: (víscera perforada).

- Obstrucción intestinal:

Hernia estrangulada, vólvulos.

- Accidente vascular abdominal:

Aneurisma de aorta abdominal (contenido o roto).

Infarto agudo mesentérico, trombosis mesentérica.

- Dolor abdominal no específico o de manejo médico:

Uso de drogas.

Constipación, gastroenteritis aguda.

Infarto agudo al miocardio, neumonía del lóbulo inferior.

LABORATORIO Y GABINETE

A veces, los datos de laboratorio tienen gran valor para evaluar a un paciente con dolor abdominal pero, con pocas excepciones, es raro que ayuden a establecer el diagnóstico. La leucocitosis nunca debe utilizarse como dato aislado para decidir si una intervención está indicada o no. Puede haber leucocitosis mayor de 20,000/l en una perforación visceral, pero la pancreatitis, la colecistitis aguda, la enfermedad inflamatoria pélvica y el infarto intestinal también pueden presentar leucocitosis intensa. En los casos de perforación de una víscera abdominal no es raro que la cifra de leucocitos sea normal. El diagnóstico de anemia puede ser más útil que el recuento de leucocitos, ante todo si se tienen en cuenta los datos de la historia.

El análisis de orina puede servir para conocer el estado de hidratación o para descartar una enfermedad renal grave, una diabetes o una infección urinaria.

También pueden resultar útiles las concentraciones de nitrógeno ureico, glucosa y bilirrubina sérica. Los niveles de amilasa sérica pueden elevarse en muchas enfermedades distintas a la pancreatitis, como la úlcera perforada, la obstrucción intestinal con estrangulación y la colecistitis aguda; por tanto, una amilasa sérica alta no excluye la necesidad de una intervención. La medición de la lipasa sérica puede tener más valor a este respecto que la amilasa sérica.

Las radiografías simples de abdomen en bipedestación o decúbito lateral pueden ser valiosas cuando hay obstrucción intestinal, úlcera perforada, y otros procesos, pero suelen ser innecesarias en los pacientes con apendicitis aguda o con una hernia externa estrangulada. Hay casos raros en los que el estudio de la porción alta del tubo digestivo con bario o con un contraste hidrosoluble puede demostrar una obstrucción intestinal parcial que no se habría diagnosticado con otros medios. Si hay dudas sobre la existencia de una obstrucción del colon no debe administrarse sulfato de bario por vía oral. Por otro lado, cuando se sospecha una obstrucción del colon (sin perforación), una enema opaca puede establecer el diagnóstico.

Si no hay antecedentes de traumatismo, el lavado peritoneal se ha sustituido por otras técnicas diagnósticas como la ecografía, la tomografía computadorizada (*computed tomography*, CT) y la laparoscopia. Se ha comprobado que la ecografía es útil para detectar una vesícula biliar o un páncreas agrandados, para descubrir unos cálculos biliares, un ovario agrandado, o un embarazo tubárico. La laparoscopia es de particular utilidad para diagnosticar los procesos de la pelvis, como el quiste de ovario, el embarazo tubárico, la salpingitis y la apendicitis aguda. Los estudios radioisotópicos pueden servir para diferenciar la colecistitis aguda de la pancreatitis aguda. La CT puede demostrar agrandamiento del páncreas, rotura del bazo o engrosamiento de la pared del colon o del apéndice y las imágenes espiculares o estriadas del mesocolon o del mesoapéndice, que son características de la diverticulitis o la apendicitis. ⁽¹⁸⁾

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Las causas del abdomen agudo en los ancianos, no son tan diferentes de los jóvenes; sin embargo, ciertas enfermedades son más comunes en los ancianos.

Colecistitis y coledocolitiasis

En todos los grupos de edad, las mujeres desarrollan más frecuentemente litos biliares que los hombres. La presencia de estos en la octava década de la vida es de 22% para los hombres y 38% para las mujeres.

En general, 25% de la población geriátrica con colecistitis no tuvieron previamente cólico biliar y 33% presentará sólo dolor abdominal mínimo o sin signos peritoneales. Típicamente, el conteo de leucocitos en estos pacientes no es elevado. La colecistitis aguda constituye la indicación más común de cirugía, siendo responsable de 40% de los casos de abdomen agudo en los pacientes mayores de 55 años. Las complicaciones de colecistitis aguda ocurren en más de la mitad de los pacientes mayores de 65 años. Tales complicaciones incluyen colangitis aguda ascendente, perforación de vesícula biliar, colecistitis enfisematosa, bilioperitoneo e íleo biliar. ^(19,20)

Apendicitis aguda

La apendicitis aguda se presenta poco en la población geriátrica. En un estudio la apendicitis aguda fue responsable de 3.5% de los diagnósticos de abdomen agudo en 1000 pacientes ancianos. A pesar de la baja incidencia, la presentación de la apendicitis aguda es atípica con deterioro del estado mental, hipotensión e hipotermia. Los mínimos signos y síntomas que presentan los ancianos, dan como resultado una gran incidencia de perforación. Así el diagnóstico requiere de una buena exploración física y en ocasiones la realización de ultrasonido abdominal y tomografía abdominal helicoidal.

Pancreatitis aguda

La pancreatitis en 80% de los pacientes mayores de 80 años es causada por litiasis vesicular. Además presentan una mortalidad de 20% a 25%

comparada con los jóvenes, la cual es de 8% a 10%. El síntoma clásico es dolor abdominal, el cual se irradia a la espalda con náusea, vómito y deshidratación. La progresión de la inflamación simula un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y esto se desencadena debido a la presencia de una gran cantidad de mediadores inflamatorios; teniendo como resultado un estado de choque y pancreatitis necrotizante que es la complicación más letal en los pacientes mayores de 80 años. Los niveles séricos de amilasa y lipasa útiles en el diagnóstico y la tomografía permiten vigilar la viabilidad del tejido pancreático. El manejo definitivo dependerá de la evolución con terapia quirúrgica y endoscopia y en su caso desbridamiento de áreas de necrosis.⁽²¹⁾

Enfermedad diverticular

La incidencia de enfermedad diverticular incrementa con la edad y se estima que afecta a dos terceras partes de los mayores de 90 años (en contraste con 5% de la población general). La diverticulosis ocurre predominantemente en las poblaciones occidentales –primariamente en Europa occidental, Australia y los Estados Unidos-, lo cual se asocia con una dieta con consumo bajo de fibras. De 10 a 30% de los pacientes con diverticulosis desarrollarán dolor por enfermedad diverticular o diverticulitis. El dolor de enfermedad diverticular se caracteriza por ataques de dolor localizado en ausencia de inflamación. La diverticulitis se manifiesta primero con inflamación como de una infección debido a probable micro perforación de uno o más divertículos. El colon sigmoidees es el más comúnmente afectado; los pacientes presentan típicamente dolor en cuadrante inferior izquierdo y signos de inflamación. Generalmente el diagnóstico es clínico, el uso de la tomografía abdominal se determina cuando se tiene duda en el diagnóstico o si se sospecha de un absceso o fístula. El manejo consiste en la admisión hospitalaria para administración de fluidos intravenosos y antibióticos con cobertura hacia la flora bacteriana del colon. En estos casos casi 75% de los pacientes responden con medidas conservadoras.⁽²²⁾

Úlcera péptica perforada

La enfermedad de úlcera péptica es responsable de dolor abdominal en los pacientes ancianos en 16%. El uso de antiinflamatorios no esteroideos y la infección con *Helicobacter pylori* son los factores más importantes de riesgo para enfermedad de úlcera péptica. Los síntomas de esta enfermedad a menudo son vagos, ausentes o no bien localizados; aproximadamente 30% de los pacientes de más de 60 años con enfermedad de úlcera péptica no presentaron dolor abdominal. Generalmente el primer signo de enfermedad es una complicación aguda tal como la perforación. El dolor abdominal de una perforación clásicamente ocurre de una manera abrupta, localizado en epigastrio, sin ruidos peristálticos, con rigidez abdominal. Las radiografías de abdomen son muy útiles para identificar el aire libre. Sin embargo, 50% de estos casos de úlceras perforadas no presentan aire libre. Además se confunde con apendicitis aguda, pues la perforación es sellada por el epiplón y la fuga del líquido gástrico cae por gravedad a la corredera derecha produciendo irritación en cuadrante inferior derecho. Es importante tenerlo presente antes de realizar la incisión de McBurney.⁽²³⁾

Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal puede ser alta o baja, completa o parcial, simple o complicada y dinámica o paralítica. Cuando la obstrucción es completa la cirugía está indicada. En la obstrucción simple la vascularidad no está comprometida. En la obstrucción mecánica el contenido intestinal no puede pasar porque el lumen se encuentra bloqueado. Con una obstrucción funcional o paralítica el intestino se encuentra con la motilidad debilitada. El vómito causado por una obstrucción proximal conduce a una deshidratación severa, hipocalemia, alcalosis hipoclorémica y mínima distensión. En obstrucciones distales existe una gran cantidad de líquido acumulado dentro del intestino distendido, esto causa un tercer espacio masivo, con una marcada distensión, deshidratación severa y vómitos fecaloides. ⁽²⁴⁾

Obstrucción de intestino delgado.

La causa más común de obstrucción intestinal en los ancianos son las adherencias posquirúrgicas (50 a 70%) y hernias (15 a 30%). El íleo biliar es una rara pero importante causa de obstrucción intestinal, ya que es la causa en 20% de los pacientes mayores de 65 años. La radiografía de abdomen es un método diagnóstico más común en donde se evidencia distensión del intestino delgado, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en el intestino grueso. Sin embargo, los hallazgos radiológicos son normales en 25% a 40% de los pacientes.

Obstrucción del intestino grueso.

La causa más común de obstrucción de intestino grueso en el paciente geriátrico es por neoplasias. La diverticulitis y los vólvulos son causas menos comunes de obstrucción del intestino grueso. Siendo así el vólvulos de sigmoides el más común (75-80% de los casos). Las radiografías de abdomen evidencian dilatación del intestino grueso por más de 5 cm, con pérdida de las haustras. El riesgo de perforación ocurre con dilatación mayor de 9 cm. El enema de bario puede confirmar el diagnóstico cuando se sospecha de vólvulos. ⁽²⁵⁾

Aneurisma de la aorta abdominal

Los aneurismas de la aorta abdominal son una manifestación de arterioesclerosis. La prevalencia y frecuencia aumenta con la edad y se incrementan de tres a ocho veces más en los varones que en las mujeres.

La aorta distal es el sitio más común y peligroso de aneurisma aterosclerótico; 98% de los aneurismas tienen un origen infrarrenal y se extienden hasta las arterias ilíacas. Un aneurisma mayor de 6 cm representa un riesgo alto de ruptura, esto más condiciones comórbidas severas, necesitan una reparación quirúrgica electiva. Los pacientes con aneurismas de 4 cm que

en su control ultrasonográfico presentan aumento de tamaño deben ser referidos a un cirujano vascular.

Más de 75% de los pacientes con aneurisma son asintomáticos al momento del diagnóstico, el cual generalmente surge durante una exploración de rutina durante la palpación o hallazgos en estudios de imagen. Cuando los pacientes desarrollan síntomas son inespecíficos como: dolor abdominal, dolor de espalda o claudicación. A diferencia de cuando un aneurisma está roto se presenta dolor abdominal, intenso, súbito; dolor en espalda o flanco; hipotensión y una masa pulsátil en la examinación. La clásica tríada de ruptura de aneurisma de aorta abdominal (hipotensión, dolor de espalda y masa pulsátil) se presenta sólo en 25 a 50% de los casos. ⁽²⁶⁾

Isquemia intestinal aguda

La mitad de los pacientes mayores de 45 años tienen algún grado de aterosclerosis del tronco celiaco y de las arterias mesentéricas superior e inferior. Esto principalmente en los fumadores incrementa el riesgo de isquemia intestinal. Las principales causas de isquemia intestinal son: embolia arterial (50%), trombosis arterial (15-25%), isquemia no oclusiva (20%) y trombosis mesentérica venosa (5%).

La embolia intestinal se caracteriza por síntomas hiperagudos desproporcionados con los hallazgos clínicos. El diagnóstico se establece identificando la posible causa del émbolo (fibrilación auricular, trombo mural por infarto agudo al miocardio [IAM] reciente o enfermedad valvular).

La trombosis mesentérica se presenta en los pacientes con historia de angina intestinal, IAM, accidente vascular cerebral o claudicación intermitente. Los síntomas son similares a un íleo parálítico con distensión abdominal y dolor moderado.

La isquemia intestinal no oclusiva es común en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI), quienes presentan choque séptico y cardiogénico, por lo tanto, generalmente están entubados y sedados incapacitados para comunicarse. Esta enfermedad tiene un alto índice de sospecha cuando hay un deterioro inexplicable de los signos vitales.

La trombosis venosa mesentérica se presenta en los pacientes con hipertensión portal, trauma intraabdominal, sepsis, neoplasia intraabdominal y estados de hipercoagulación. Se sospecha de esta enfermedad cuando el paciente presenta dolor abdominal, antecedentes de trombosis y coagulopatías. ^(27,28)

Dolor abdominal no específico

Este grupo está formado por los pacientes que se encuentran con dolor abdominal, afebriles, sin taquicardia, abdomen blando y sin datos de irritación peritoneal.

Entre las causas del dolor abdominal no específico se encuentran:

1. El inducido por medicamentos, tales como el uso de AINEs, eritromicina y los múltiples medicamentos que pueden desarrollar pancreatitis (azathioprine, estrógenos, furosemda, sulfonamidas y tetraciclinas).
2. Constipación. Ésta se presenta por evacuaciones escasas, con intestino repleto de heces duras y pequeñas como consecuencia de prolongada estadía en colon y recto que propicia la absorción de agua de éstas.
3. Infarto agudo al miocardio inferior, se caracteriza por presentar dolor en epigastrio, motivo por el cual los pacientes deben someterse a un electrocardiograma y a panel de enzimas cardiacas si presentan factores de riesgo cardiaco.⁽²⁹⁾

COMPLICACIONES

La complicación más frecuente posoperatoria debido a la cirugía es la infección superficial del sitio quirúrgico siendo de 68% en los menores de 65 años y de 42% en los mayores de 65 años. Siendo mayor la incidencia de neumonía (28.6%) e insuficiencia renal aguda (28.6%) en los mayores de 65 años de edad (Cuadro 4).

Los días de estancia intrahospitalaria para menores de 65 años es de 3 a 6 días con un promedio de tres y en mayores de 65 años de 3 a 10 días con un promedio de siete (Cuadro 5). El intervalo de tiempo entre el ingreso y el diagnóstico y del diagnóstico al manejo quirúrgico en estudio realizado en el hospital Juárez de México no presentó diferencia alguna hacia algún grupo de edad. Así también no hubo diferencia de afectación de los grupos entre los intervalos de tiempo con la mortalidad (Cuadros 5 y 6).

Así también los intervalos de tiempo entre ingreso diagnóstico y diagnóstico-cirugía en relación con la mortalidad no presentaron ningún efecto sobre ésta última presentando una p 0.822 y p 0.668, respectivamente.

Otros estudios demuestran un aumento en el uso de la unidad de cuidados intensivos en la población geriátrica con apoyo mecánico ventilatorio; así también, el retardo en el diagnóstico da como consecuencia una elevada morbimortalidad. Kettunen, reporta en una serie que 42% de los pacientes requirió de Cuidados Intensivos en el manejo posquirúrgico. Además los días de hospitalización para los mayores de 65 años tuvieron un promedio de siete días y en los de menores de 65 años de tres días, esto muestra una significancia de p 0.01. Esto se confirma en otros estudios en donde Kettunen y Le Neel, reportan un promedio de 12 días de hospitalización.

La mortalidad es significativamente más frecuente en los pacientes mayores de 65 años reportando tres defunciones (0.9%), con respecto a los menores de 65 con dos (1.8%), esto representado por un valor de p 0.04. Otros estudios también refieren que el manejo quirúrgico de urgencia en los ancianos eleva la morbilidad y la mortalidad, con respecto a la población joven o de edad similar pero en condiciones electivas. Keller compara la mortalidad de la cirugía

abdominal de urgencia y electiva en pacientes mayores de 70 años en donde se reporta una mortalidad de 20% en cirugía de urgencia contra 1.9% para los casos electivos.

Por lo tanto, el manejo del abdomen agudo del paciente geriátrico en el Hospital Juárez de México tiene una mayor mortalidad, la cual se relaciona con el número de patologías previas, las cuales a su vez hacen que presente un postoperatorio generalmente complicado aumentando su estancia hospitalaria.⁽³⁰⁾

Cuadro 4

Fisher Exact Test			
Complicaciones	Grupo > 65 años n=24	Grupo < 65 años n=110	p
Total	7 (29.2%)	19 (17.3%)	0.147
Infección de herida quirúrgica	3 (42.9%)	13 (68.4%)	0.369
Neumonía	2 (28.6%)	1 (11.5%)	0.167
Insuficiencia renal aguda	2 (28.6%)	2 (10.5%)	0.287
Evento vascular cerebral	1 (14.3%)	0	0.269
SIRPA	0	1 (5.3%)	0.731
Choque séptico	1 (14.3%)	2 (10.5%)	0.627
Fístula enterocutánea	1 (14.3%)	3 (15.8%)	0.713

Cuadro 5

Fisher's Exact Test Mann-Whitney Test			
Variable	Grupo B < 65 años n=110	Grupo A > 65 años n= 24	p
Enfermedades previas	0 (0-1)	1.5 (0-2)	< 0.001
Días de hospitalización	3 (3-6)	7 (3-10)	0.011
Tiempo entre el ingreso y el diagnóstico	240 (120-420)	270 (180-450)	0.896
Tiempo entre el diagnóstico y cirugía	120 (116.25-180)	150 (97.5-225)	0.616

Cuadro 6

Fisher's Exact Test			
Variable	Grupo B > 65 años n= 24 Mortalidad	Grupo A < 65 años n= 110 Mortalidad	p
Numero de enfermedades previas	0	2 (2-3)	0.001
Tiempo entre el ingreso y el diagnóstico	240 (125-420)	240 (150-390)	0.822
Tiempo entre el diagnóstico y la cirugía	120 (112-180)	120 (75-180)	0.668

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El servicio de urgencias cuenta con un gran porcentaje de ingresos por cuadros de dolor abdominal (40% en el área de observación adultos cirugía) , desde el primer contacto se ha demostrado que muestran un reto para el medico del servicio, tanto para su ingreso a observación como para su seguimiento y valoración por el medico especialista así como su tratamiento final.

Uno de los problemas más comúnmente encontrados es la falta de espacio para observación del paciente, provocando el rápido egreso del mismo y omitiendo muchos de los cuadros dolorosos abdominales. También enfrentándose a las deficiencias de otras áreas como el servicio de laboratorio y radiodiagnóstico, ya que en ocasiones no se cuenta con el personal para la realización de estudios o el retraso en la interpretación de los mismos; las radiografías, ultrasonido, tomografía, son estudios que también representan el mismo problema. Aunado a esto el cirujano alarga la estancia en el área por falta de tiempo quirúrgico o su turno ha finalizado, a pesar de haber tomado la decisión de pasar a quirófano.

El diferimiento quirúrgico, condiciona aumento de la morbilidad posoperatoria e incluso mortalidad en el mismo servicio de Urgencias.

Los pacientes que desarrollen urgencia abdominal quirúrgica no traumática deben ser diagnosticados y pasados a quirófano en un tiempo razonable para evitar complicaciones.

¿Cual son las complicaciones que se presentan en el adulto mayor que acude por abdomen agudo no traumático en el servicio de urgencias del HGZ No 7 de Monclova Coah.?

JUSTIFICACIÓN

La razón de este estudio es determinar las complicaciones que se presentan en el adulto mayor que acuden al servicio de Urgencias por abdomen agudo no traumático y así disminuir la morbimortalidad pre y posoperatoria y los costos por estancia prolongada hospitalaria.

El conocer la frecuencia con que se presentan las complicaciones, dará pie a otras investigaciones para corregir las causas de retraso en la toma de decisión de abordaje quirúrgico en estos pacientes, como: falta de conocimiento o sensibilidad de los médicos de urgencias y especialistas de la importancia de valorar rápidamente al paciente e intervenir quirúrgicamente en forma oportuna, disminuir los tiempos de espera de Laboratorio, USG, Rayos X e interconsultas.

Los trabajos de investigación sobre el paciente geriátrico son pocos en nuestro país y sin lugar a dudas será de gran ayuda para incrementar el acervo cognitivo en la materia.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las complicaciones del abdomen agudo no traumático en el servicio de urgencias en pacientes mayores de 60 años del HGZ No 7 Monclova Coah.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

a). Seleccionar los pacientes que acuden al servicio de urgencias de HGZ No 7 con dx de abdomen agudo quirúrgico en el periodo de mayo del 2012 a abril del 2013.

b).determinar el tiempo de espera de estudios de rayos x, laboratorio, USG y TAC así como interconsulta de cirugía de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

c). identificar las complicaciones preoperatorias y posoperatorias en pacientes que desarrollaron abdomen agudo quirúrgico

METODOLOGÍA

A). TIPO DE ESTUDIO.

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo, transversal

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se realizara estudio en el HGZ CMF No. 7 de Monclova Coah. En el servicio de urgencias, seleccionándose todos los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión en el periodo de enero del 2013 a junio de 2013.

C). TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Muestra no aleatorizada de estudio no probabilístico por conveniencia.

D). CRITERIOS DE INCLUSION, EXLCUSIÓN, ELIMINACIÓN.

- Inclusión:
 - A) Pacientes con abdomen agudo no traumático de más de 60 años que acuden al servicio de urgencias del HGZ CMF No. 7.
 - B) Pacientes derechohabientes al IMSS.

- Exclusión:
 - A) Pacientes menores de 60 años, con abdomen agudo.
 - B) Pacientes no derechohabientes al IMSS.

- Eliminación:
 - A) Pacientes que no aceptaron resolución quirúrgica.
 - B) Pacientes egresados en forma voluntaria.

E). INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Abdomen agudo.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Complicación de abdomen agudo.

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Independiente Abdomen agudo	Síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, de inicio súbito, de evolución corta, por lo general menos de 24 a 48 hrs, que se acompaña de otros síntomas y signos, comúnmente los de peritonitis aguda y que con mucha frecuencia requiere intervención quirúrgica de	Síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, de inicio súbito, de evolución corta, por lo general menos de 24 a 48 hrs, que se acompaña de otros síntomas y signos, comúnmente los de peritonitis aguda y que con mucha frecuencia requiere intervención quirúrgica de	Nominal	Expediente clínico.

	urgencia.	urgencia con patología no traumática en pacientes mayores de 65 años.		
Dependientes Complicación de abdomen agudo	Patología agregada secundaria a entidad que condiciona abdomen agudo quirúrgico	Patología agregada secundaria a entidad que condiciona abdomen agudo quirúrgico	nominal	Expedient e clínico
FISTULA ENTEROCUTAN EA	Comunicaciones entre el tubo digestivo y la piel.	Comunicaciones entre el tubo digestivo y la piel.	Cualitativ a	Expedient e clínico
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	Contaminación bacteriana de a la herida causada por un procedimiento quirúrgico.	Contaminación bacteriana de a la herida causada por un procedimiento quirúrgico.	Cualitativ a	Expedient e clínico
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	Fisiológicament e se describe como la disminución en el índice de filtración glomerular lo que se manifiesta en una presencia	Fisiológicament e se describe como la disminución en el índice de filtración glomerular lo que se manifiesta en una presencia	Cualitativ a	Expedient e clínico

	elevada de creatinina en suero.	elevada de creatinina en suero.		
NEUMONIA	Es una infección de origen infeccioso del parénquima pulmonar.	Es una infección de origen infeccioso del parénquima pulmonar.	Cualitativa	Expediente clínico
SHOCK SEPTICO	Es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, con 2 o mas de los siguientes criterios: - Temperatura: $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$. - Frecuencia cardiaca: $>$ de 90 por minuto. - Frecuencia respiratoria: $>$ 20 por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg. - Leucocitos: $>$ 12,000/mm ³ , $<$	Es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, con 2 o mas de los siguientes criterios: - Temperatura: $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$. - Frecuencia cardiaca: $>$ de 90 por minuto. - Frecuencia respiratoria: $>$ 20 por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg. - Leucocitos: $>$ 12,000/mm ³ , $<$	Cualitativa	Expediente clínico

	4000/mm ³ o > 10% de bandas. Además de hipotensión arterial, pese al aporte adecuado de líquidos.	4000/mm ³ o > 10% de bandas. Además de hipotensión arterial, pese al aporte adecuado de líquidos.		
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	Es un síndrome clínico caracterizado por afección neurológica focal, y que persiste por mas de 24 hrs, sin otra causa aparente que el origen vascular.	Es un síndrome clínico caracterizado por afección neurológica focal, y que persiste por mas de 24 hrs, sin otra causa aparente que el origen vascular.	Cualitativa	Expediente clínico
SIRA	Fallo en el intercambio gaseoso pulmonar secundario a edema no cardiogénico, que se traduce gasométricamente por hipoxemia con o sin hipercapnia, (PaO ₂) se encontraría por	Fallo en el intercambio gaseoso pulmonar secundario a edema no cardiogénico, que se traduce gasométricamente por hipoxemia con o sin hipercapnia, (PaO ₂) se encontraría por	Cualitativa	Expediente clínico

	debajo de 60 mmHg y/o la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO ₂) por encima de 45 mmHg ¹⁻³ . LaPO ₂ /FIO ₂ es menor a 200 y existen infiltrados pulmonares bilaterales.	debajo de 60 mmHg y/o la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO ₂) por encima de 45 mmHg ¹⁻³ . LaPO ₂ /FIO ₂ es menor a 200 y existen infiltrados pulmonares bilaterales.		
Laparotomía	Es la cirugía para examinar el abdomen o área del vientre.	Es la cirugía para examinar el abdomen o área del vientre.	Cualitativa	Expediente clínico
Antecedentes sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra	Nominal	encuesta
edad	Años de vida a partir del nacimiento	Edad cumplida en años al momento de la encuesta	cuantitativa	encuesta

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

1) Se realiza difusión de protocolo de estudio a los médicos adscritos al área de observación adultos del HGZ CMF No. 7 de Monclova Coahuila y la captura de cuadro clínico, estudios de laboratorio y gabinete en el instrumento de recolección de datos

- 2) Se identifican los pacientes que acudan al área de urgencias mayores de 60 años con abdomen agudo no traumático.
- 3) Se registran los pacientes con abdomen agudo no traumático que requirieron resolución quirúrgica.
- 4) Se seleccionan aquellos pacientes que presentaron complicación por abdomen agudo

G) PLAN DE ANALISIS

Para las variables cualitativas se utilizan proporciones, mientras que para las variables cuantitativas se utilizan medidas de tendencia central y sus medidas correspondientes de dispersión incluyendo t de student para demostrar asociación; con un nivel de confianza del 95%, tomando como significancia una P menor a 0.05, con la utilización del programa estadístico SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a la declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

Se mantendrá estricta confidencialidad de la información recabada en los expedientes clínicos pero no amerita carta de consentimiento informado puesto que no es estudio intervencionista.

MATERIAL Y FINANCIAMIENTO

Material

- Computadora
- Hojas de Papel
- Plumas
- Expediente clínico
- Personal adscrito medico de urgencias

Financiamiento

No se requiere financiamiento por parte de la Institución de salud puesto que se cuenta con recursos humano y de gabinete.

RESULTADOS

Se realizó estudio prospectivo, transversal descriptivo, sobre las complicaciones del abdomen agudo no traumático en el adulto mayor tomando en cuenta todos los pacientes hospitalizados en el área de urgencias del hospital general de zona No 7 de Monclova Coahuila, mayores de 60 años que cursaron con patología quirúrgica abdominal en el período de tiempo de enero a junio del 2013 obteniendo los siguientes resultados:

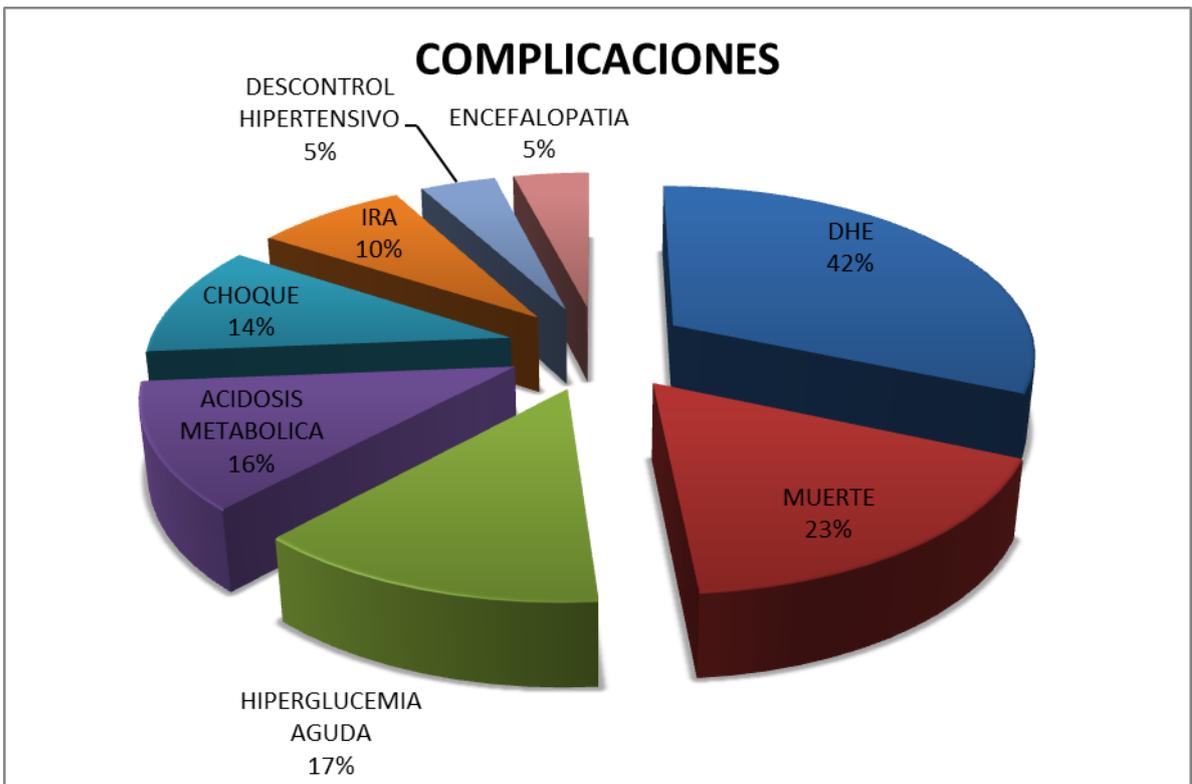
Se tomaron en cuenta 149 pacientes de los cuales fueron ingresados a hospital 56 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo que son los contemplados para la investigación: 29 fueron del sexo masculino (51.8%) y 27 de sexo femenino (48.2%), la edad promedio fue de 74 años y la mediana 74.

45 pacientes (80.4%) acudieron con antecedente de comorbilidad entre las que destacaron Hipertensión arterial sistémica 28 (50%), Diabetes mellitus tipo 2: 16 (28.6%); Cardiopatía isquémica 7 (12.5%) cirugía abdominal previa: 18 (32.1%) Insuficiencia renal 4 (7.1%).

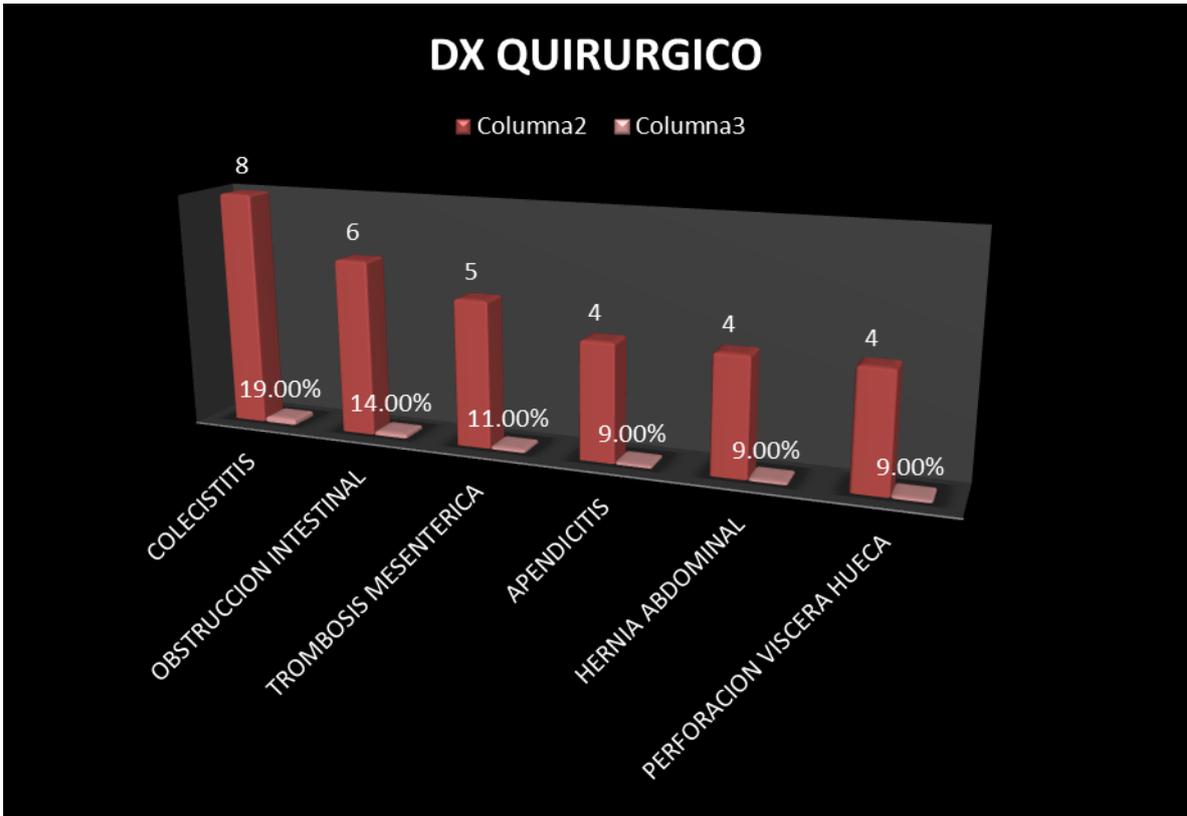
El tiempo promedio para acudir a urgencias por dolor abdominal fue de 24 horas, el tiempo para realizar cirugía abdominal fue de 75 horas y la mediana de 24 horas, la cual se realizó en 41 pacientes 73.2%

Los diagnósticos quirúrgicos más frecuentes fueron: colecistitis aguda 8 (14.3%), obstrucción intestinal 6 (10.7%), trombosis mesentérica 5 (8.9%), apendicitis 4 (7.1%), hernia abdominal estrangulada 4 (7.1%), perforación víscera hueca 4 (7.1%).

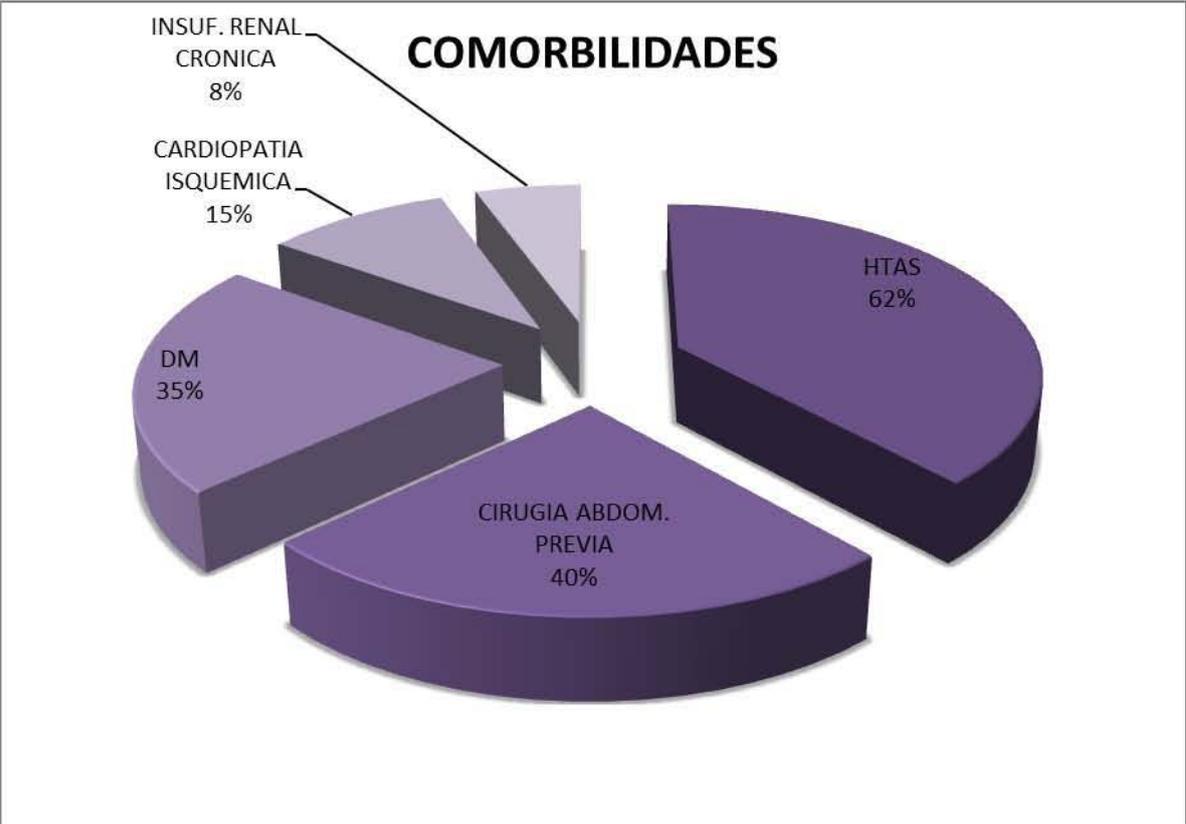
Las complicaciones se presentaron en 33 pacientes (58.9%), y las más frecuentes fueron acidosis metabólica 9 (16.1%), choque 8 (14.3%), muerte 13 (23.2%), DHE 24 (42.9%), hiperglucemia aguda 10 (17.9%), descontrol hipertensivo 3 (5.4%), IRA 6 (10.7%), encefalopatía 3 (5.4%).



De 56 pacientes 42 fueron intervenidos quirúrgicamente y las principales causas fueron colecistitis en 19%, obstrucción intestinal 14%, trombosis mesentérica 11%, apendicitis 9%, hernia abdominal 9% y perforación de víscera hueca en 9%. Que coincide con diferentes estudios publicados que la patología biliar es la causa quirúrgica urgente principal en el adulto mayor, diferente a los jóvenes en los cuales la apendicitis ocupa el primer sitio.

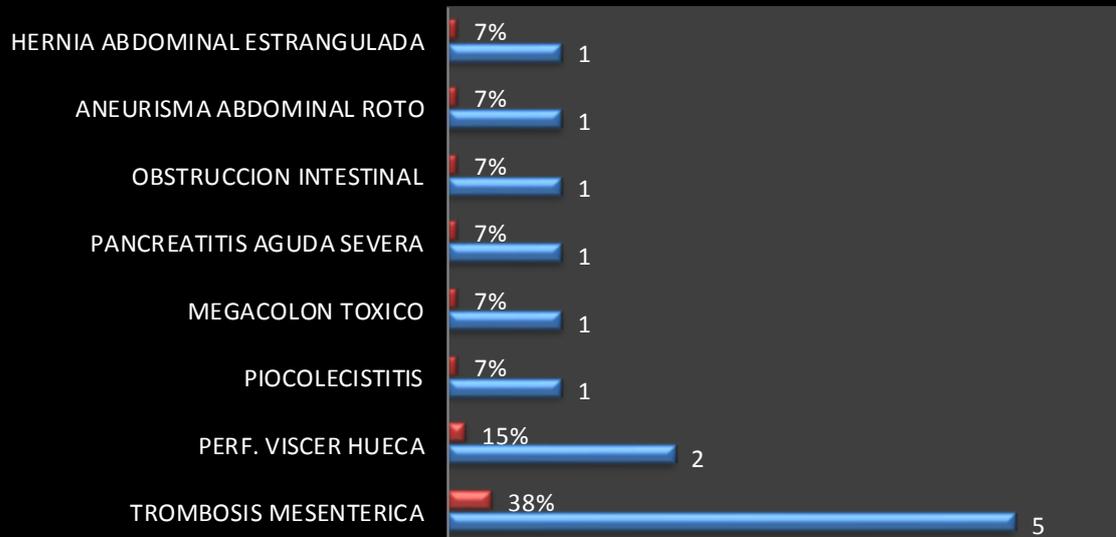


Las enfermedades asociadas se presentaron en 45 pacientes (80%) por lo menos una y en 17% con dos o más, las más frecuentes fueron HTAS 62%, cirugía abdominal previa 40%, diabetes mellitus 35%, cardiopatía isquémica 15% e insuficiencia renal crónica 8%. Y se observó que a más comorbilidad mayor mortalidad.



MORTALIDAD

Columna3 Columna2



DISCUSION

Durante el periodo analizado ingresaron al estudio 56 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo no traumático, recordando que ese término indica la necesidad urgente sin un diagnóstico bien establecido. De estos la mortalidad se presentó con mayor frecuencia en el grupo etáreo de más de 80 años en un 16%, lo cual es congruente con la publicaciones realizadas por Muñiz Chavelas M y cols. del Hospital Juárez de México del 2007 y el estudio realizado en Chile por Carlos Altamirano, teniendo como patología más frecuente la trombosis mesentérica, lo cual demuestra que la edad mayor es factor de mal pronóstico en la mortalidad por abdomen agudo; y en nuestra entidad el diagnostico de trombosis mesentérica fue mortal en el 100%.

Se presentaron complicaciones en los 56 pacientes estudiados y por orden de frecuencia el DHE en 42%, muerte en 23%, hiperglicemia aguda en 17%, acidosis metabólica 16%, choque 14%, IRA 10%, descontrol hipertensivo 5%, encefalopatía 5%.

Probablemente secundario a un diagnóstico retardado por cuadro clínico no característico en el inicio, ya que el promedio de indicación quirúrgica fue de 75 horas, dando pie a que presentara trastorno hidroelectrolítico por intolerancia a la vía oral.

CONCLUSIONES

Las complicaciones y mortalidad por abdomen agudo en el adulto mayor no difieren de las estadísticas presentadas por otros autores, sin embargo observamos que el desequilibrio hidroelectrolítico es una entidad frecuente por el bajo consumo de este vital líquido en los ancianos, que se ve acentuado por la intolerancia a la vía oral y pérdidas en el tercer espacio.

En nuestro hospital se observa que la realización diagnóstica está muy diferida en relación a otros estudios realizados, lo cual obliga a buscar las causas que pueden ser diversas como saturación de los servicios de urgencias, falta de recursos diagnósticos, falta de cirujano experto, procesos administrativos deficientes; lo cual amerita realizar nuevos estudios de investigación y atacar la causa con programas de capacitación u otras estrategias que mejoren la calidad de la atención, la disminución en la mortalidad y complicaciones en este grupo etáreo. La patología quirúrgica más frecuente en el adulto mayor sigue siendo la colecistitis aguda, por lo que la detección temprana y la cirugía programada deberían prevalecer sobre la cirugía de urgencias para disminuir la morbimortalidad.

La trombosis mesentérica es la patología más mortal en nuestro estudio, sin embargo ocupa el 100% que es mayor que en otras entidades, muy probablemente por el diferimiento en el diagnóstico.

ANEXO 1.

CRONOGRAMA

Actividad	2012			2013								
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT
Elaboración de protocolo	X	X										
Registro de protocolo ante el Comité de Investigación			X									
Colección de información				X	X	X	X	X	X			
Captura de datos						X	X	X	X			
Análisis de datos										X		
Interpretación de resultados											X	
Formulación de reporte												X
Redacción de artículo científico												X

INSTRUMENTOS DE MEDICION DEL ESTUDIO

COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ/CMF No. 7 EN EL AÑO 2013.

INVESTIGADOR: DR. HUGO MACIEL GONZALEZ

ANEXO 2.

IDENTIFICACION Nombre _____ No. Afiliación _____ Edad. _____ Sexo _____	
ANTECEDENTES: Tabaquismo _____ Alcoholismo _____ HAS _____ IRC _____ Card. Isquémica _____ DM _____ EVC _____ ICC _____ EPOC _____ Amputación de extremidad _____ Neuropatía _____ Secuelas EVC _____ Cirugía abdominal previa _____ Obesidad _____	
CUADRO CLÍNICO: DOLOR ABDOMINAL _____ 12 Hrs _____ 24 hrs _____ 36 hrs _____ 48 hrs _____ 72 hrs _____	DIAGNOSTICO QUIRÚRGICO Colecistitis _____ Apendicitis _____ Perforación de víscera hueca _____ Trombosis mesentérica _____ Obstrucción intestinal _____ Hernia abdominal estrangulada _____
DIAGNÓSTICOS: Edema agudo pulmonar _____ Hiperkalemia _____ Encefalopatía _____ Neumonía _____ Delirio _____ Anasarca _____ IRC agudizada _____ Acidosis Metabólica severa _____ Sepsis abdominal _____ Choque séptico _____ Disfunción Multiorgánica _____ Muerte _____ DHE _____ Arritmia _____ Hipertensión art. Descomp _____ Diabetes descontrolada _____	LABORATORIO: Hb: _____ WBC _____ PLT _____ Glucosa _____ Urea _____ Creat. _____ K _____ GA: pH _____ HCO3 _____ pCO2 _____ pO2 _____ Gabinete Rx. Tórax: HTP III y IV _____ Corazón en Garrafa: _____ Cardiomegalia: _____ Infiltrado reticular _____ Derrame Pleural: _____ EKG _____ PR _____ alargado _____ Onda P presente _____ Onda T acum _____ QRS ancho _____
TRATAMIENTO: Laparatomía: 8 hrs _____ 16 hrs _____ 24 hrs _____ 36 hrs _____ 48 hrs _____ 72 hrs _____	

BIBLIOGRAFIA

- 1- Howard RJ: Acute abdomen. In: Levine BA, Coperland III EM, Howard RJ, Sujerman HJ, Warshaw AL (eds): Current practice of gastrointestinal and abdominal surgery. New York, Churchill Livingstone, Inc., 1994; 1:1-12.
- 2- Spitz L, Kimber C: Acute abdomen. The history. Semin Pediatr Surg 1997; 6:58-61.
- 3- Town J: Bringing acute abdomen into focus. Nursing 1997; 27: 52-57.
- 4- Asociación Mexicana de Cirugía General. Consejo Mexicano de Cirugía General A.C. Tratado de Cirugía General. Editorial Manual Moderno 2003; cap. 36, pag. 289-297.
- 5- Adachi Y, Mori M, Machara Y, Matsomata T, Okudaira Y, Sugimach; K: Surgical results of perforated gastric carcinoma: An analysis of 155 Japanese patients. Am J gastroenteral 1997; 92: 516-518.
- 6- Takahashy T: Abdomen agudo. En: Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran" (ed.) Manual de Terapia Medica, Quinta edición México, Mc Graw-Hill, 2006, 199-206.
- 7- Yashida EM, Chen NH, Chan-Yan C, Baird RM: Perforation of jejunum secondary to AIDS-related gastrointestinal Kaposi sarcoma. Can J. Gastroenterol 1997; 11: 38-40.
- 8- Alker JS, Dire DJ: Vascular abdominal emergencies. Emerg Med Clin North Am 1996; 14 (3): 571-592.
- 9- Wagner JM, Mc Kinny WP, Carpenter JL: Does this patient have appendicitis? JAMA 1996, 276: 1589-1594.
- 10- Asociación Colombiana de Cirugía. Revista Colombiana de Cirugía, José Mauricio Ocampo Chaparro, MD, Adolfo González Hadad, MD. Vol. 21 No. 4 2006, pag. 266-282.
- 11- Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. Moisés Muñiz Chavelas, Luis Alberto Núñez Trenado, Carlos López Flores, María Margarita Baquero, Javier García Álvarez, Roberto Pérez García. Revista Hospital Juárez de México 2007; 74 (3): 174-185.
- 12- Tratado de Medicina de Urgencias, Rosen, 5ª edición, 2002, Vol. 1, Dolor abdominal. Kelly E. King, John M. Wightman, cap. 22, pag 185-194.
- 13- Medicina de Urgencias, Sexta edición, 2005, Vol 1, Judith E. Tintinalli M.D. M.S., Dolor abdominal en ancianos, Robert Mc Namara, cap. 69, pag. 584-589.
- 14- Tratado de Medicina de Urgencias, Manuel S. Moya, Pascual Piñera, Miguel Mariné. 2011, editorial Oceano/Ergon. Dolor abdominal, Vol. 1, cap. 9.2, pag. 349-355.
- 15- Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. Emerg Med Clin North Am, 1996; 14: 615-27.
- 16- Kauvar DR. The geriatric acute abdomen. Clin Geriatr Med, 1993; 9: 547-58.

- 17- Dang C, Aguilera P, Dang A, Salem L. Acute abdominal pain. Four classifications can guide assessment and management. *Geriatrics* 2002; 57: 30-6, 41-2.
- 18- Harrison Principios de Medicina Interna, 16a edición. Denis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci. Mc Graw-Hill 2005, dolor abdominal cap. 13.
- 19- Mezey E. Diseases of gallbladder biliary tree. In: Hazard WR, Blas JP, Ettinger WH Jr., Halter JB, Ouslander JGH (eds). Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th. New York: Mc Graw-Hill; 1999, p.873-75.
- 20- Hanau LH, Steigbigel NH. Acute (ascending) cholangitis. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14: 521-46.
- 21- Bentrem DJ, Joehl RJ. Pancreas: healing response in critical illness. *Crit Care Med* 2003; 31 (Suppl): S582-9.
- 22- Farrel RJ, Farrel JJ, Morrin MM. Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 475-96.
- 23- Voutilainen M, Mantynen T, Farkkila M, Juhola M, Sipponen P. Impact of non-steroidal anti-inflammatory drug and aspirin use on the prevalence of dyspepsia and uncomplicated peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36: 817-21.
- 24- Soybel Dr. Ileus and bowel obstruction. Surgery, scientific principles and practice. 2nd Ed. Lippincott-Raven; 1997, p. 817-31.
- 25- Soybel D. Ileus and bowel obstruction. In Greenfield LJ Mulholland MW (eds). Surgery: Scientific principles and practice. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 1997, p. 817.
- 26- U.S. Preventive services Task Forces. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. Rockville, Md: Agency for health care Research and Quality, 2005. Accesado en marzo 15, 2006, en <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/aaascr/aaars.pdf>.
- 27- Ruotulo RA, Evans SR. Mesenteric ischemic in the elderly. *Clin geriatr Med* 1999; 15: 527-57.
- 28- Greenwald DA, Brandt LJ, Reinus JF. Ischemic bowel disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 445-73.
- 29- Harari D. Constipation in the elderly. In: Hazard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr., Halter JB, Ouslander JGH (eds). Principles of Geriatric medicine and Gerontology. 4th Ed. New York Mc Graw-hill; 1997, p. 3-46.
- 30- Espinoza RG. Abdomen agudo en el adulto mayor. *Rev Med de Chile*, 2004; 132: 1505-12.