

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN**

**“CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN
PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO
MEDICO NACIONAL LA RAZA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**

PRESENTA:

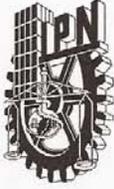
CÉSAR RAÚL LUCERO URIBE

DIRECTORES DE TESIS

M. EN C. GUADALUPE CUREÑO RODRÍGUEZ

M. EN C. ALEJANDRO VILLATORO MARTÍNEZ

MÉXICO, D. F., JULIO 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 17:30 horas del día 01 del mes de febrero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. S. M. para examinar la tesis titulada:

“CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA”

Presentada por el alumno:

Lucero	Uribe	Cesar Raúl						
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)						
		A	0	8	0	8	8	7

aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Directores de tesis

M. en C. Guadalupe Cureño Rodríguez

M. en C. Alejandro Villatoro Martínez

Dr. José Alfredo Sierra Ramírez

Dr. Hugo Martínez Rojano

Dra. Elvia-Mera Jiménez

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I.P.N.
SECCION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 01 del mes febrero del año 2011, el que suscribe **Cesar Raúl Lucero Uribe** alumno del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080887**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la **M. en C. Guadalupe Cureño Rodríguez** y **M. en C. Alejandro Villatoro Martínez** cede los derechos del trabajo intitulado **“CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección drlucero150681@hotmail.com Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Cesar Raúl Lucero Uribe

ÍNDICE

	Página
Acta de revisión de tesis	II
Carta cesión de derechos	III
Relación de Tablas y Figuras	V
Glosario	6
Abreviaturas	9
Resumen	10
Summary	11
Introducción	13
Marco teórico	15
Justificación	31
Objetivos	32
Material y métodos	33
Resultados	35
Discusión	38
Conclusión	40
Recomendaciones y sugerencias para trabajos futuros	41
Bibliografía	42
Anexo I Carta de Consentimiento Informado para participación en Proyecto de investigación clínica	45
Anexo II Formato de recolección de datos	46
Anexo III Algoritmo de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos	47

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
Figura 1 Sexo de Pacientes Geriátricos con Dolor Abdominal Agudo	35
Figura 2 Causas de Dolor Abdominal Agudo en el Paciente Geriátrico	36
Figura 3 Tipo de Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en el Paciente Geriátrico	37
Figura 4 Porcentaje etiológico de pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico	38
Figura 5 Pacientes Geriátricos con Dolor Abdominal Agudo que ingresaron a UTI	39

GLOSARIO

Abdomen agudo:

Síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración en casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata. (17)

Algoritmo:

Conjunto ordenado y finito de operaciones que permite hallar la solución de un problema. (39)

Colecistitis aguda:

Inflamación súbita de la vesícula biliar que produce dolor abdominal. (4)

Diverticulitis:

Se utilizó la definición de las guías de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. (43)

Dolor abdominal agudo:

Se define como el dolor abdominal de hasta siete días de duración y no causada por un traumatismo. (3)

Especialista en Medicina de Urgencia:

Es aquel medico que realiza el reconocimiento inmediato; exploración inicial; tratamiento y disposición de una población de diferentes pacientes en respuesta a una enfermedad aguda o lesión. El tratamiento que provee el urgenciólogo es episódico por naturaleza y envuelve un amplio espectro de condiciones medicas y de conducta, se trata de una especialidad donde el diagnostico y tratamiento se realiza de manera conjunta, sin depender de tiempo “decisión Making” ya que de haber retrasos en el tratamiento el paciente podría fallecer o empeorar su condición clínica. (40)

Grupo etario: Conjunto de seres que se encuentran entre un mismo rango de edad en una población. ⁽³⁹⁾

Medicina de Urgencia:

Para el IFEM, es la especialidad médica que se basa en el conocimiento y destrezas requeridas con la principal misión de prevenir, diagnosticar y manejar los aspectos agudos y urgentes de la enfermedad ó lesiones que afectan a los pacientes de todos los grupos de edad, con un amplio espectro de enfermedades no diferenciadas y de conducta. Además, abarca la responsabilidad y desarrollo de sistemas médicos hospitalarios y prehospitalarios, creando las herramientas necesarias para su desarrollo. ⁽⁴⁰⁾

Paciente geriátrico:

Es el paciente que habitualmente cuenta con las características de ser mayor de 65 años de edad, con pluripatología que requiere control simultáneo de varias enfermedades, con tendencia a la incapacidad o deterioro funcional, y que con frecuencia presenta condiciones psíquicas o sociales. ⁽⁴¹⁾

Servicio de Urgencias:

Es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde los pacientes se presentan solos ó mediante referencia. Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad y donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente, incluyendo la admisión hospitalaria, para proporcionar esta atención la sala de urgencias debe ser organizada y administrada por personal que idealmente conozca de las urgencias (urgenciólogo) específicas de ese servicio, además de contar con conocimientos de administración. ⁽⁴⁰⁾

Síndrome de Intestino Irritable:

Presencia de malestar o dolor abdominal que se alivia con la defecación o se asocia a alteraciones de la forma o la frecuencia de las evacuaciones de acuerdo con los criterios de Roma II. ⁽⁴²⁾

ABREVIATURAS

AA: Abdomen Agudo

CMNR: Centro Médico Nacional La Raza

DAA: Dolor Abdominal Agudo

DAI: Dolor Abdominal Inespecífico

DANE: Dolor Abdominal No Específico

EUA: Estados Unidos de América

HGGGG: Hospital General Doctor Gaudencio González Garza

IFEM: Federación Internacional de Medicina de Urgencias

RM: Resonancia Magnética

SU: Servicio de Urgencias

SUA: Servicio de Urgencias Adultos

TC: Tomografía Computarizada

UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad.

UTI: Unidad de Terapia Intermedia

HGGG CMNR: Hospital General Doctor Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza

.

RESUMEN

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El promedio de vida se ha incrementado en todo el mundo por lo que la población geriátrica cada vez acude más a los servicios de urgencias (SU). En México se encuentra el dolor abdominal agudo dentro de las primeras causas de visita a los SU y hasta el momento no se han hecho suficientes estudios que demuestren la realidad y etiología de las causas que se encuentran en relación al dolor abdominal agudo (DAA). Siendo la enfermedad biliar y digestiva las principales responsables de este motivo de consulta en este grupo etario con alta mortalidad y siendo un reto importante para su diagnóstico oportuno.

Se plantearon los objetivos de determinar las principales causas de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos atendidos en el servicio de urgencias del HGGG CMNR.

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, epidemiológico, abierto. Cuenta con las variables de: DAA, causas del DAA, edad, género, tratamiento. Se revisaron los expedientes de pacientes geriátricos atendidos en el SU con cuadro de DAA que se encontraron en el periodo de Junio a Diciembre del 2010, realizando análisis descriptivo. Se considera como una investigación de riesgo menor al mínimo. El material humano y los consumibles fueron aportados por el hospital en su totalidad. Se llevo a cabo de los meses de Enero a Febrero del 2011.

Se analizaron 874 expedientes en los cuales se encontró que las principales causas de dolor abdominal en el SUA del HGGGG CMNR fueron: GEPI (19%), Colecistitis Aguda (16%) y Enfermedad Ácido Péptica (13%), siendo más frecuente el sexo femenino y el rango de edad de 65 a 75 años en para ambos sexos. El 2% de los pacientes con DAA se ingresaron a la UTI por complicaciones por el tratamiento quirúrgico al que fueron sometidos debido al cuadro de dolor abdominal agudo.

El dolor abdominal es común en el SU y por muchas razones, es a menudo un reto diagnóstico. La naturaleza y calidad de dolor abdominal puede ser difícil de referir por parte del paciente. Hallazgos del examen físico a esta queja son variables y pueden sugerir diferentes diagnósticos. En este estudio se encontró que la principal causa de DAA en este grupo etario es la GEPI, seguida de cuadros de patología biliar, con lo que podemos inferir que puede esto ser reflejo de la cultura de los hábitos higiénicos dietéticos de la población estudiada, lo cual va de la mano con los resultados observados en cuanto al bajo porcentaje de pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico y también los pocos pacientes que llegaron a utilizar unidad de terapia intermedia.

Palabras clave: dolor abdominal agudo, geriátricos, servicio de urgencias, unidad de terapia intermedia, tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

CAUSES OF ACUTE ABDOMINAL PAIN IN GERIATRIC PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

The average life expectancy has increased worldwide as the geriatric population ever comes over to the emergency department (ED). In Mexico is acute abdominal pain within the first causes of ED visits and so far have not been enough research to show the reality and etiology of the causes that are related to acute abdominal pain (DAA). As the bladder and digestive disease primarily responsible for this reason for consultation in this age group with high mortality and remains a major challenge for early diagnosis.

To determine the major causes of acute abdominal pain in elderly patients treated in the emergency department CMNR HGGG.

This is a retrospective, transversal, descriptive, epidemiological, and open. Have variables: DAA, DAA causes, age, gender, treatment. Case records of elderly patients treated in the SU with DAA box that met the selection criteria found in the period from June to December 2010, by descriptive analysis for some variables with the aim of explaining the main causes of this complaint. Since only start without invasive investigation is considered a minor risk to a minimum, ensuring that ensure the confidentiality of information. The human material and supplies were provided by the hospital as a whole. Took place during the months of January to February 2011.

We analyzed 874 cases in which it was found that the main causes of abdominal pain in the HGGGG CMNR SUA were GEPI (19%), acute cholecystitis (16%) and peptic ulcer disease (13%), being more frequent sex female and age range of 65 to 75 years for both sexes. 2% of patients with AAD were admitted to the ICU due to complications from surgery who underwent due to acute abdominal pain.

Abdominal pain is common in the ED and for many reasons, is often a diagnostic challenge. The nature and quality of abdominal pain can be difficult to refer to the patient. Physical examination findings of this complaint are variable and may suggest different diagnoses. This study found that the main cause of AAD in this age group is GEPI, followed by biliary patología boxes, so that we can infer that this be a reflection of the culture of hygienic dietary habits the population studied, the which goes hand in hand with the results observed in the low percentage of patients requiring surgical treatment and the few patients who came to use intermediate care unit.

Keywords: acute abdominal pain, geriatrics, emergency services, intermediate care unit, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que el dolor abdominal agudo se define como el que se presenta con una duración menor de una semana y se encuentra entre los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias. Por lo tanto requiere de su adecuado diagnóstico ya que son diferentes las posibles causas por género y sexo; así se podrá ofrecer mejores oportunidades de tratamiento a los pacientes de este grupo etario. ^(1,4)

Sin duda alguna se trata de un motivo de consulta que se presenta desde los tiempos más antiguos, por lo tanto su abordaje diagnóstico ha ido cambiando a los largo de los años, y llegando a ser hasta nuestros tiempos un gran reto en la elaboración de su manejo y tratamiento adecuado. Más aun requieren de mayor atención los pacientes geriátricos que consultan por esta causa por las presentaciones atípicas con las que cuentan; llevando esto consigo a resultados erróneos a pesar de los avances tecnológicos con los que se cuenta en la actualidad. ^(3,5,6)

Por lo tanto con el conocimiento de que este motivo de consulta en este grupo especial de pacientes y que el atenderlos puede representar encontrar a pacientes con síntomas y signos que parecieran no ser tan graves y estos presentar complicaciones graves y su contraparte; pacientes con signos y síntomas graves que no presentan alguna patología que amenace su integridad física. Además esto aunado a que la esperanza de vida en México se encuentra cada día en incremento. Sumadas estas características hacen que su diagnóstico específico muchas de las veces presente errores importantes. ^(11,12)

Por lo que se vuelve imperativo conocer las causas del panorama expuesto, para así encontrar nuevas estrategias a la mejora en la calidad de atención y aunado a esto se propone la creación de un algoritmo que permita llegar a un más oportuno diagnóstico.

MARCO TEÓRICO

Definición de dolor abdominal agudo

El dolor abdominal agudo (DAA) se define como el dolor de hasta siete días de duración y no causada por un traumatismo; aunque algunas veces se puede tomar como límite hasta de diez días. ⁽¹⁾ Algunos otros autores la definen como el dolor con menos de una semana de duración. ⁽²⁾ El Dolor abdominal no específico (DANE) incluye todas las causas en las que el dolor se auto-limita, sin establecer si el diagnóstico es por causa médica, quirúrgica, ginecológica o de otro tipo. Por lo general ninguna investigación ulterior o tratamiento es necesario. A veces el estreñimiento, la linfadenitis mesentérica, la dismenorrea, la gastroenteritis o la dispepsia y los pacientes con laparotomía reportada como negativa se incluyen en esta categoría. ⁽³⁾

El termino abdomen agudo se refiere a signos y síntomas de dolor abdominal, asociados a cuadro clínico que a menudo requiere tratamiento quirúrgico de urgencia, este escenario clínico es un reto que requiere de intervención precoz y exhaustiva para determinar la necesidad de intervención quirúrgica e iniciar tratamiento adecuado. Muchas enfermedades como neumotórax, neumonías, infarto agudo del miocardio, herpes zoster, etc; algunas de las cuales no son quirúrgicas o intra-abdominal, pueden producir dolor abdominal agudo. Los diagnósticos asociados con un abdomen agudo varían según edad y género. La apendicitis es más común en jóvenes, mientras que la enfermedad biliar, obstrucción intestinal, isquemia intestinal y diverticulitis son más comunes en pacientes de edad avanzada. ⁽⁴⁾

Es probable que el DAA haya afectado al hombre desde tiempos pre-históricos. Sin embargo, hasta los últimos 200 años se ha tenido el conocimiento más preciso de las enfermedades intra-abdominales que lo producen. La principal razón para este desarrollo relativamente tardío del conocimiento médico era que el único método de obtener información precisa era el examen post-mortem de órganos intra-abdominales, el cual fue prohibido o rechazado por familiares y autoridades médicas. Por otra parte, las operaciones quirúrgicas sobre el abdomen no se realizaron hasta principios del siglo XIX. Hipócrates (460-370 aC), Galeno (129-199 dC) y sus sucesores observaron

los síntomas de sus pacientes con sumo cuidado, pero tenían como desventaja la asociación de síntomas con la situación exacta dentro del abdomen. Tampoco contaban con la capacidad de determinar si su tratamiento afectaba la enfermedad. Ahora se sabe que muchos casos de dolor abdominal son auto-limitados y resueltos espontáneamente. Se reconocieron que cólicos agudos podrían recuperarse o pasar a formar una obstrucción más grave del intestino (íleo), además sabían que la inflamación profunda podría dar lugar a la formación de un absceso que puede estallar espontáneamente o podría ser abierto con un cuchillo. Sin embargo, todas las condiciones graves abdominales, que eran fatales, se creía que eran debido a una obstrucción de los intestinos, y esto fue llamado íleo. Los síntomas del íleo están bien descritos por Hipócrates: "En el íleo el vientre se endurece, no hay movimientos, todo el abdomen es doloroso, hay fiebre y sed y a veces el paciente es tan atormentado que vomita bilis.... Es una enfermedad aguda y peligrosa." (Cope, 1965). Es en los escritos de Celso (42 aC - 37 dC) que se encuentra la primera descripción de un signo notable en la enfermedad abdominal aguda; resistencia a la presión que indica inflamación subyacente o peritonitis. Durante más de mil años después de la era de Galeno no hubo avances en el diagnóstico o tratamiento de enfermedades agudas abdominales. Cullen W. (1710-1790), en su obra las primeras líneas de la práctica de la Física (1776), utilizó el nombre de "peritonitis" para una condición con la participación de la membrana de revestimiento de la cavidad abdominal y su extensión a sus vísceras. ⁽³⁾

En 1806, Christopher Pemberton (desde 1765 hasta 1822) publicó un libro sobre diversas enfermedades de las vísceras abdominales, que se considera un hito en el diagnóstico clínico de las enfermedades agudas abdominales. Pemberton hizo hincapié en la importancia de la meticulosa observación clínica y la importancia de cuidadosas observaciones de primera mano. También se describió el diagnóstico diferencial entre peritonitis y cólico (Cope, 1965). Leopoldo Auenbrugger (1722-1809) en Viena, describió la técnica de percusión. Cuando René Laënnec (1781 - 1826) inventó el estetoscopio en 1816, la técnica de la auscultación se aceptó de inmediato. Durante este tiempo los exámenes post-mortem comenzaron a hacerse con más frecuencia, y hubo una rápida mejora en el diagnóstico. ⁽³⁾

A partir de mediados del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, la mayoría de las condiciones patológicas, que dan lugar a síntomas abdominales agudos, fueron reconocidas y sus síntomas gradualmente diferenciados. Joseph Lister (1827-1912) en Londres se dio cuenta de la importancia de lo que Louis Pasteur (1822-1895) decía en su trabajo sobre las bacterias e introdujo la "cirugía antiséptica" en 1867, por la pulverización de ácido fénico en la sala de cirugía. El 16 de octubre 1846 ("Día de éter") en el Massachusetts General Hospital, el dentista William Morton (1819-1868) administró éter a un paciente del cirujano, John Collins Warren (1778-1856) y la operación fue indolora. La posibilidad de realizar la cirugía sin dolor y el aumento de la supervivencia postoperatoria, por el método aséptico, provocó incremento notable de las posibilidades de la cirugía como tratamiento de enfermedades agudas abdominales durante las últimas décadas del siglo XIX. (1845-1923) Wilhelm Conrad Röntgen con la detección del tipo de los "nuevos rayos" en 1895 brindó la posibilidad de imágenes internas del cuerpo. La técnica se extendió inmediatamente y en 1896 se realizaron las primeras radiografías en Estocolmo y Uppsala. Bismuto y bario mostraron pronto ser impermeable a los rayos X y se utilizaron como contraste en los exámenes del estómago, los intestinos delgado y grueso; las úlceras gástricas fueron diagnosticadas mediante ese método. En 1929 el profesor de radiología en Uppsala, Hugo Laurell (1884 – 1959) realizó la primera reposición de intestino invaginado por enema de bario, que es probablemente el primer método terapéutico radiológico. Su trabajo se convirtió en la base de los métodos de diagnóstico radiológico en DAA. El Penicillium fue descubierto en 1928 por Sir Alexander Fleming (1881-1955), pero no se inició su uso clínico hasta 1941. ⁽³⁾

Una de las consecuencias clínicas de la introducción de los antibióticos fue la posibilidad de esperar y observar al paciente y no realizar una apendicetomía tan pronto como se sospechara de apendicitis. En 1970, la tomografía computarizada (TC) se introdujo en la práctica clínica, junto con la resonancia magnética (RM) en 1980, ambos hicieron importantes contribuciones para el diagnóstico de las enfermedades abdominales. ⁽³⁾

El DAA puede implicar diferentes especialidades médicas, incluyendo la cirugía, ginecología, medicina de urgencias, hematología, oncología y otras. A pesar de que el DAA es un problema común, el diagnóstico suele ser difícil, llevado a una investigación y hospitalización innecesaria. En 1950, el diagnóstico se basa en métodos que utilizan árboles de decisión o tablas de verdad. Más tarde, sistemas basados en métodos estadísticos aparecen en distintos ámbitos de la atención clínica, ejemplo: interpretación de electrocardiogramas o diagnóstico en medicina interna. En 1970, el profesor Tim de F Dommbal introdujo un conjunto de datos asistidos por ordenador, sistema en Leeds en el Reino Unido, que se ocupaba de 13 diagnósticos diferentes de DAA. Sobre la base de datos de los pacientes y resultados de las pruebas de laboratorio, este sistema proponía un diagnóstico. En 1972, se informó una comparación en tiempo real del médico y diagnóstico asistido por ordenador en una serie prospectiva de 304 pacientes que sufrían de DAA durante 1971. En general el diagnóstico de exactitud del sistema informático fue del 91,8%, y fue significativamente mayor que por los médicos de mayor rango, que presentaron una precisión de 79,6%. Con todos los antecedentes mencionados podemos dar una amplia idea del panorama histórico de la evolución en la evaluación del manejo diagnóstico y terapéutico del dolor abdominal agudo de una forma general; con lo que nos ubica sobre la dificultad que representa este motivo de consulta desde los tiempos más antiguos. ⁽³⁾

La disponibilidad de un mayor número de análisis de sangre específicos y la posibilidad de imágenes detalladas en TC y ecografía ha tenido un impacto importante en el trabajo clínico en servicios quirúrgicos. Ensayos clínicos controlados han revelado que esta tecnología mejora la precisión diagnóstica. ⁽⁵⁾ Sin embargo, otros estudios no han mostrado una disminución de errores de diagnóstico en mujeres en edad reproductiva, pacientes mayores de 65 años o apendicetomías negativas en las últimas décadas, a pesar del uso aumentado de la tecnología para el diagnóstico. ^(6, 7)

Fisiología del dolor abdominal

El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para su estudio como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular potencial".

Esta definición hace hincapié en los múltiples aspectos del dolor. El estímulo doloroso, implica no solo daño fisiológico, sino también, la percepción, sensibilidad y una reacción psicológica. ⁽⁸⁾

Dolor visceral. Es diferente del dolor superficial en varios aspectos, en general las vísceras tienen receptores sensoriales para otras modalidades de la sensación excepto para el dolor. En los casos de isquemia en el tejido visceral, la formación de productos ácidos metabólicos, como la bradicinina y enzimas proteolíticas, causan dolor al estimular las terminaciones nerviosas. La corriente de fuga proteolítica del jugo gástrico a través de una ruptura gástrica o úlcera duodenal causa un estímulo químico generalizado hasta el peritoneo visceral, que resulta en dolor intenso. El dolor visceral de origen en la cavidad torácica y abdominal se transmite a través de fibras tipo C en los nervios sensoriales por el sistema nervioso simpático. El Intervalo de dolor es el resultado de la contracción rítmica del músculo liso cada vez que una onda peristáltica viaja a lo largo del intestino espástico, la obstrucción del uréter o la vesícula biliar. La estimulación mecánica de las terminaciones nerviosas o isquemia debido a la disminución del flujo sanguíneo puede causar este tipo de dolor. El exceso de distensión de una víscera hueca puede contraer los vasos sanguíneos que rodean la víscera o los de la pared intestinal, promoviendo así isquemia y dolor. El parénquima hepático es casi insensible al dolor, sin embargo la cápsula del hígado es extremadamente sensible a los traumas y tensión. ⁽³⁾

Los conductos biliares son sensibles a la distensión, que causa dolor severo. Los efectos secundarios del dolor visceral incluyen sudoración, náuseas, vómitos, ansiedad y palidez. ⁽⁹⁾.

Dolor parietal: el peritoneo parietal tiene una extensa inervación por fibras de los nervios espinales a nivel del yeyuno. El cerebro tiene la capacidad de localizar el dolor que se transmite por los nervios espinales, en consecuencia, el dolor del peritoneo parietal es a menudo agudo y localizado. Cuando una enfermedad afecta una víscera, el dolor es difuso, pero cuando la inflamación o la infección se propagan del peritoneo

visceral al peritoneo parietal, la sensación de dolor es más nítida y fácil de localizar. Impulsos de un apéndice inflamado se refieren a un área alrededor del ombligo, como dolor tipo cólico. Cuando el apéndice inflamado toca la pared abdominal, los impulsos del peritoneo parietal hace que el paciente localice el dolor directamente sobre la irritación peritoneal en el cuadrante inferior derecho del abdomen y este dolor es de tipo agudo. Esta es la razón por el dolor migra a la fosa ilíaca derecha en la progresión de la apendicitis. El dolor parietal es a menudo agravado cuando el paciente tose o se mueve. ⁽³⁾

Dolor irradiado: el dolor de las vísceras puede ser a menudo localizado en dos áreas del cuerpo en el mismo tiempo. Los impulsos de las vísceras se transmiten a través de fibras aferentes simpáticos en la médula espinal en un segmento determinado. El dermatoma mismo del que procede el órgano visceral originalmente en el embrión, también inerva ciertas áreas de la piel. Estas vías de doble transmisión del dolor, explican el dolor referido de la vesícula biliar, conducto biliar y de la vesícula biliar, además del dolor en la superficie abdominal. Este se refiere con frecuencia en un área pequeña en la punta de la escápula derecha en la espalda. ⁽³⁾

Dolor abdominal en paciente geriátrico

El promedio de vida en todo el mundo ha aumentado y México no se ha quedado atrás en esta tendencia observando un incremento en la población geriátrica. ^(3,10) Y por tanto, un número grande; aproximadamente 800 en un año, de pacientes geriátricos ingresados por DAA en los servicios de urgencia (SU). Los pacientes geriátricos se consideran que tienen menos síntomas específicos en casos de dolor abdominal y si el diagnóstico es incorrecto o se retrasa, las consecuencias suelen ser más severas que en los pacientes jóvenes. Por lo tanto, hay necesidad de reconocer etiología y asegurar el proceso de diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. ⁽³⁾

El dolor abdominal es común en el SU y por sus características de diferente presentación según los grupos etarios, es a menudo un reto diagnóstico. La naturaleza y calidad del dolor abdominal puede ser difícil de referir por parte del paciente.

Hallazgos del examen físico por este motivo de consulta son variables y pueden sugerir varios diagnósticos. La ubicación y severidad del dolor puede cambiar con el tiempo. Síntomas de aspecto benigno y presentaciones pueden convertirse en condiciones que amenazan la vida. Por el contrario, pacientes que presentan síntomas graves pueden tener un diagnóstico relativamente benigno. Estos factores hacen que la evaluación de pacientes con DAA sea un desafío en el SU adultos (SUA). Los pacientes ancianos con dolor abdominal agudo tienen más probabilidades de tener un proceso que amenace su vida como causa de su dolor; por las diferentes formas de presentación clínica de las patologías que condicionan este motivo de consulta en los departamentos de urgencias. Las condiciones como la diverticulitis, ruptura de aneurisma abdominal o isquemia mesentérica se pueden manifestar de manera atípica y ser rápidamente progresivas. La disminución de la exactitud del diagnóstico, junto con una mayor probabilidad de enfermedad grave, resulta en el aumento de la mortalidad en pacientes geriátricos con dolor abdominal. Incluso se ha observado que en algunos estudios efectuados en autopsias de pacientes ancianos con DAA la úlcera péptica fue la causa de muerte súbita y es considerada como una causa frecuente de muerte, en otros casos la muerte se debió a las complicaciones, principalmente a la perforación gástrica. ^(11, 12)

El dolor abdominal representa un 10% de todas las visitas a los SUA en los EUA y en México. Muchos pacientes se presentan con dolor y otros síntomas que no son típicos de cualquier proceso de la enfermedad específica. El diagnóstico específico no puede ser posible en uno de cada cuatro individuos que presentan esta queja principal; esto debido muchas veces a las condiciones distintas condiciones clínicas que rodean a los pacientes de este grupo etario. Además, varios grupos de adultos merecen una consideración especial: por ejemplo mayores de 65 años de edad, pacientes inmunodeprimidos, y las mujeres en edad reproductiva. El manejo del paciente con abdomen agudo debe ser rápido, eficaz y requiere de un tratamiento multidisciplinario que depende de la gravedad del padecimiento, por ejemplo se requiere del apoyo de la Unidad de Terapia Intensiva, para la estabilidad hemodinámica y manejo en el preoperatorio y postoperatorio inmediato en una gran proporción de los casos. ^(11, 17)

Un diagnóstico más frecuente asignado a los pacientes evaluados para el dolor abdominal en el servicio de urgencias es el dolor abdominal indiferenciado (DAI), también llamado dolor abdominal inespecífico (DAI) o dolor abdominal de etiología desconocida. Cuando una etiología clara no se encuentra a menudo, incluso después de pruebas y evaluación, ilustra la dificultad a la que se enfrentaron los médicos se enfrentan en la asignación de un determinado diagnóstico de los pacientes con dolor abdominal. El DAI es un diagnóstico de exclusión asignado después de descartar las causas más graves. La mayor parte de estos pacientes tienen un curso benigno en el seguimiento. Los pacientes ancianos con dolor abdominal tienen una mayor prevalencia de enfermedades graves. Por lo tanto, el diagnóstico de la DAI se debe utilizar con precaución en pacientes ancianos. Los pacientes con diagnóstico de DAI que reciben el alta del SUA necesitan instrucciones específicas sobre datos de alarma que les indiquen acudir nuevamente a algún servicio médico y una reevaluación oportuna. ⁽³⁾

En el Hospital de Caldas en Colombia se vio que en su servicio de urgencias en un periodo de 12 meses que se atendieron 209 pacientes geriátricos con un cuadro de DAA, de ellos 129 mujeres y 80 hombres, la edad promedio fue de 75 años. Como causas principales se encontraron: enfermedad del tracto biliar (22,5%), enfermedad ácido péptica (20,6%) y enfermedades cardiovasculares (11%). Los síntomas asociados fueron inespecíficos (anorexia, náuseas y vómito); se presentaron signos físicos en sólo 66% de los casos; 66 pacientes (31%) requirieron cirugía. Hubo correlación entre el diagnóstico inicial y el final en 49%. Se presentaron complicaciones en 49% de los casos con mortalidad global de 28 pacientes (13%), predominando el grupo que fue sometido a tratamiento quirúrgico (18 casos), y enfermedades concomitantes en 84% de los pacientes. (14)

La estancia hospitalaria promedio fue de 7.8 días. Se concluyó que el diagnóstico de dolor abdominal agudo en ancianos es difícil debido a la falta de síntomas y signos físicos. Se destacó el amplio predominio de las enfermedades del tracto biliar y la

enfermedad ácido péptico. Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico presentaron mayor número de complicaciones y mortalidad. Como las complicaciones son poco toleradas por este grupo de pacientes, se debe enfatizar de la importancia de su predicción y prevención. ⁽¹⁴⁾

En un estudio de 6 meses en población chilena ingresaron a 45 pacientes mayores de 65 años, que fueron diagnosticados con abdomen agudo. La edad promedio fue de 75,7 años, dos tercios presentaron enfermedad asociada, como por ejemplo; diabetes mellitus, hipertensión arterial; y en más de la mitad de los casos éstas eran múltiples. Las causas de abdomen agudo en 71,4% de los casos de los pacientes menores de 65 años fue debido sólo a dos etiologías: apendicular (47,9%) y biliopancreática (23,5%). Para los pacientes de más de 65 años los diagnósticos de AA cambio en forma significativa. El 71% de los casos fue dado por cuatro causas: enfermedad biliopancreática (31,1%), obstrucción intestinal (17,7%), hernia complicada de la pared abdominal (13,3%) y enfermedad ulcerosa péptica (8,9%). La apendicitis aguda fue mucho menor en este grupo etario y sólo representó el 6,7% de los cuadros. De igual manera fueron menos frecuentes los cuadros de origen ginecológico y los de dolor abdominal no específico como causa de hospitalización. (15)

Los diagnósticos planteados condujeron a un tratamiento quirúrgico en 64,4% de los casos, incluyendo dos pacientes (4,4%) que se resolvieron exclusivamente por medio de cirugía endoscópica. La mortalidad global fue mayor para el grupo de más edad, en comparación con el de menor edad, alcanzando 6,7% y 0,8%, respectivamente. Esta elevada mortalidad en el paciente mayor es multifactorial. Se ha reconocido que la edad por sí sola no es un factor determinante, y la mortalidad está influida por la oportunidad de la cirugía, la duración de la misma y en especial por las enfermedades asociadas y el menoscabo funcional que de ellas resulte. (15)

El grupo de pacientes mayor de 65 años requirió con mayor frecuencia la admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos y la utilización de soporte ventilatorio el grupo en comparación de los pacientes más jóvenes, 24,4% y 2,7% vs 8,9% y 1,4%,

respectivamente. El tiempo de hospitalización fue más prolongado en el grupo de mayor edad, alcanzando 12.4 días en promedio. Más de la mitad de los pacientes permanecieron hospitalizados por más de una semana, a diferencia de lo que ocurrió con el grupo de menor edad, en donde el 80% fue dado de alta dentro de los siete días posteriores a su hospitalización. Con los que llegaron a la conclusión que el motivo de consulta de DAA en los pacientes geriátricos es debido a solo 2 causas principales, que se acompañan comorbilidades en su mayoría, y que esto representan mayor requerimiento de recursos hospitalarios. (15)

Resultados similares se han observado en un estudio efectuado en Cuba con abdomen agudo que fueron sometidos a cirugía, demostrándose que el sexo más afectado fue el masculino. El factor de riesgo quirúrgico que se asoció con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la oclusión intestinal mecánica. Predominó el tiempo de evolución preoperatorio de 24 a 48 horas; el tiempo quirúrgico superior a 2 horas fue el más frecuente. Las complicaciones mediatas y el íleo predominaron. Fue más frecuente la estadía hospitalaria de 4 a 6 días. La letalidad fue de 15,72% y la causa de muerte que más predominó fue el shock séptico. (15, 22)

En EUA se realizó un estudio multicéntrico prospectivo, observacional de las personas mayores de 60 años examinadas por dolor abdominal no traumático. Se incluyó 360 pacientes, la edad media fue de 73 años, 209 (58%) fueron ingresados en el hospital y 63 (18%) requirieron cirugía o un procedimiento invasivo. Para los pacientes con seguimiento completo (n = 337), 37 (11%) repitieron su visita al SU y 23 (7%) fueron reingresados al hospital. La tasa de letalidad fue de 5%, las principales causas de dolor abdominal fueron el no específico (14,8%), infección del tracto urinario (8,6%), obstrucción intestinal (8%), gastroenteritis (6,8%), y la diverticulitis (6,5%). En el 82% de los pacientes el diagnóstico fue certero; los pacientes de mayor edad tuvieron tasas más altas de mortalidad, por lo que se concluyó que el dolor abdominal en los pacientes de edad avanzada requiere de continuarse estudiando para poder entender sus causas y su forma adecuada para llegar a su diagnóstico oportuno. (16)

En México en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos dentro del servicio de urgencias se atendieron 17,524 pacientes, de los cuales 324 (1.8%) correspondieron a pacientes geriátricos con DAA: 110 hombres (36.9%) y 214 mujeres (66%), con edad promedio de 78 años (rango de 60 a 102 años). Las causas más frecuentes de DAA fueron la colecistitis aguda en 49 pacientes (15.1%), síndrome de intestino irritable en 42 (12.9%), síndrome ulceroso en 40 (12.3%), oclusión intestinal en 35 (10.8%) y diverticulitis 23 (10.8%). Nueve pacientes murieron (2.7%). Por lo que se concluye que la causa más frecuente de DAA del anciano en este hospital está relacionado a enfermedad de las vías biliares seguido de trastorno funcional digestivo y síndrome ulceroso además de observar una mortalidad baja.⁽¹⁸⁾

El dolor abdominal agudo como ya se mencionó que es una queja frecuente en los SU y se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores. El cuadro clínico difiere al que presentan los pacientes jóvenes y a menudo se complica con las enfermedades coexistentes, los retrasos en la presentación, y las barreras físicas y sociales. (19)

El examen físico puede ser engañoso, incluso en condiciones catastróficas, tales como la ruptura de aneurisma de aorta abdominal y la isquemia mesentérica. Los cambios que se producen en el sistema biliar a causa del envejecimiento como son la disminución y estabilización del colesterol lo que hace más vulnerables a los pacientes ancianos a la colecistitis aguda, y es la indicación más frecuente para la cirugía en este grupo de pacientes. En ancianos con apendicitis, el diagnóstico inicial fue correcto sólo en la mitad de las ocasiones, o incluso puede ser menor presentándose un aumento en las tasas de perforación y mortalidad en comparación con los pacientes más jóvenes. (19)

Se ha observado que en este tipo de pacientes el tiempo de evolución es mayor al de la población general, incrementando la probabilidad de perforación apendicular; la presencia de síntomas atípicos con respecto al descrito para otros grupos de edad, como son las molestias urinarias frecuentes, la menor prevalencia de fiebre, y los análisis de laboratorio básico con escasas anormalidades son de poca ayuda para

definir el cuadro clínico. ^(19, 20, 21) El uso de medicamentos, los cálculos biliares, y el consumo de alcohol aumentan el riesgo de pancreatitis, y la edad avanzada es un indicador de mal pronóstico para esta enfermedad. (19)

La diverticulitis es una causa común de dolor abdominal en el paciente de edad avanzada, en pacientes adecuadamente seleccionados, puede ser tratados de forma ambulatoria con antibióticos orales, las obstrucciones del intestino delgado y grueso, en general causada por adherencias o malignidad, son más comunes en los ancianos y a menudo requieren de cirugía. La morbilidad y la mortalidad entre los pacientes de edad avanzada son altas, y estos pacientes suelen necesitar hospitalización además de consulta quirúrgica rápida. ⁽¹⁹⁾

No solamente es diferente la etiología del dolor abdominal en el anciano respecto a los jóvenes, sino que son numerosas las dificultades a la hora de valorar adecuadamente a estos enfermos pudiéndolas resumir en un decálogo:

1. Al contrario de pacientes jóvenes, que consultan al inicio de la sintomatología, los ancianos suelen consultar pasadas horas o días del inicio de los síntomas.
2. Los ancianos suelen presentar otras enfermedades agregadas como por ejemplo; diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, entre otras (hasta el 65% se acompañan de al menos una enfermedad agregada), que con frecuencia los descompensan y hacen difícil la valoración.
3. El deseo, tanto por parte del enfermo como del médico, de un manejo conservador, evitando tanto estudios como tratamientos innecesarios.
4. A veces es imposible o difícil de obtener los datos de la anamnesis, porque algunos de los enfermos presentan demencia, enfermedad neurológica o alteración del nivel de conciencia.
5. La sintomatología suele ser de presentación subaguda y menos intensa. Los ancianos tienen una menor sensibilidad para el dolor, de forma que no suelen consultar por dolor de inicio agudo e intenso, sino por dolor larvado.

6. La escasez de signos físicos en la exploración, los ancianos no suelen presentar signos de abdomen agudo, siendo infrecuente la presencia de abdomen en madera. Suelen presentar dolor abdominal difuso, debiendo prestar atención a la defensa involuntaria y al dolor de rebote como signos indirectos de posible peritonitis.
7. Falta de alteraciones en los signos vitales. No suelen presentar fiebre ni taquicardia, siendo más frecuente encontrar hipotermia.
8. Es infrecuente la presencia de leucocitosis en el hemograma. Se suelen encontrar alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de la creatinina, lo que puede llevarnos a diagnosticar casos de íleo secundario a alteraciones hidroelectrolíticas, en vez de pensar que son la consecuencia de la enfermedad abdominal.
9. La Rx de Abdomen es anormal solo en el 10% de los casos. En los casos de sospecha de obstrucción intestinal, es donde más utilidad presenta en la Rx de abdomen, aunque en las fases iniciales de la obstrucción la Rx puede ser normal sin observarse niveles hidroaéreos.
10. No solamente debemos pensar en enfermedad abdominal, sino que puede ser dolor abdominal referido, procedente de enfermedad extraabdominal, por lo que se debe realizar una Rx de tórax y un ECG. En los casos de dolor abdominal agudo, la combinación de una placa abdominal en decúbito supino y una placa de tórax frontal es la que más precisión diagnóstica tiene, llegando a un 98%.

Si la causa del dolor abdominal no está aclarada debemos sospechar la posibilidad de enfermedad tumoral o vascular. Aproximadamente el 10% de los pacientes mayores de 50 años con dolor abdominal no diagnosticado son de causa neoplásica, y el 10% de las consultas en mayores de 70 años son por enfermedad vascular. La enfermedad vascular suele presentarse en paciente con factores de riesgo cardiovascular, con dolor abdominal severo no localizado y con pocos hallazgos físicos. Como screening se ha sugerido la acidosis metabólica y la elevación de la fosfatasa alcalina, LDH y amilasa, siendo la arteriografía la prueba diagnóstica con mayor sensibilidad y especificidad ^(23, 27)

Uno de los retos a superar es el diagnóstico diferencial, por lo que será de ayuda determinar si el problema recae en una de cuatro categorías generales: peritonitis, obstrucción intestinal, problema vascular, o dolor abdominal inespecífico. Sobre todo habrá que descartar una condición quirúrgica, pensar en: úlceras y/o neoplasias perforadas, colecistitis complicada, Íleo biliar y/o colangitis, diverticulitis, neoplasias, accidentes vasculares mesentéricos, aneurismas aórticos rotos, o en falso abdomen agudo por cuadros de pseudobstrucción aguda del colon. Una historia completa, un cuidadoso examen físico, y el uso de estudios de imagen abdominal, facilitan la efectiva evaluación. Como las presentaciones atípicas son frecuentes en los ancianos, el uso liberal de la TC y la ecografía así como la consulta quirúrgica son recomendados. Además que se ha observado que los pacientes con dolor en la parte inferior del abdomen o en hipocondrio derecho, y que además presentan taquicardia, taquipnea, distensión abdominal, la sensibilidad difusa tienen más probabilidad de presentar una TC con resultado anormal. Así como se ha observado que en el ámbito académico y hablando en especial de la apendicitis los estudios de imagen como son TC, RM, y ecografía son extremo precisos y útiles en la determinación de operaciones innecesarias y en perforación apendicular.

(24, 25, 26, 27)

Las radiografías simples de abdomen son de utilidad limitada en la evaluación de dolor abdominal agudo. A pesar de que pueden ser útiles (por ejemplo, en la identificación de aire libre intraperitoneal, aneurisma de la aorta calcificada, los niveles hidroaéreos. (28, 29)

Sin duda alguna se debe recordar que los pacientes de edad avanzada representan hasta una cuarta parte de todas las visitas a los departamentos de emergencia. La presentación atípica de la enfermedad, una alta prevalencia de trastornos cognitivos, y la presencia de comorbilidades múltiples complican su evaluación. El aumento de la fragilidad, retraso en el diagnóstico, y una mayor severidad de la enfermedad así como situaciones como el delirio, la demencia, las caídas y la polifarmacia contribuyen a un mayor riesgo de resultados adversos. Incluso se han hecho evaluaciones con

cuestionarios comparando la recolección de los datos de pacientes con DAA con la finalidad de mejorar la clínica que ayude al diagnóstico encontrándose que los pacientes podrían con los datos obtenidos de cuestionarios realizados por ellos mismos, para tener una mejor historia clínica, sin embargo en los pacientes ancianos seguramente por su alta prevalencia de trastornos cognitivos esta estrategia no podría llevarse a cabo. (30, 31).

Es evidente que desde estudios del siglo pasado se han observado resultados consistentes en pacientes mayores de 50 años como en el caso de la colecistitis que se ha encontrado como una de las categorías de enfermedad más común, incluso que DANE y apendicitis. La obstrucción intestinal es tres veces más común en los pacientes de edad avanzada. Uno de cada cuatro casos de obstrucción al final resultó ser debido a una hernia. Las tasas de cáncer aumentan a 24% en pacientes mayores de 70 años, mientras que las causas vasculares representan el 2,3% de los pacientes mayores de 50 años. En cuanto al riesgo de muerte esta aumenta después de la edad de los 50 años de edad, posiblemente debido a las bajas tasas de precisión diagnóstica. (32, 33, 34, 35, 36, 37)

Los pacientes mayores de 50 años con dolor abdominal agudo deben ser considerados de manera diferente a otros pacientes más jóvenes, con especial cuidado para la búsqueda de hernias, cáncer y enfermedades vasculares. Es evidente que los datos sobre pacientes de edad avanzada se requieren con urgencia. Además que se ha visto que la mayoría de los pacientes ancianos con DAA requieren de intervención quirúrgica, y que el personal de los servicios de urgencias son capaces de diagnosticarlos. Debido a los cambios fisiológicos, el uso de medicamentos, y las condiciones preexistentes, el paciente de edad avanzada a menudo no manifiesta signos evidentes de enfermedad.

Los hallazgos físicos de pacientes de edad avanzada a menudo no se correlacionan con la severidad de la enfermedad, sin embargo, cambios del estado mental, bacteriemia, hipotermia, acidosis metabólica, inestabilidad hemodinámica son

indicadores útiles de trastorno significativo y requiere cirugía. Cuando el diagnóstico es aún poco claro, repetir el examen físico, la observación de pacientes, y la interconsulta debe ser considerada. La decisión de si se debe realizar laparoscopia diagnóstica o laparotomía debe ser individualizada después de evaluar al paciente de toda la presentación y evolución clínica. ^(32, 33, 34, 35, 36, 37)

Cuando hablamos de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos debemos realizar el especial recordatorio que con estos pacientes debe ser considerada muy seriamente la hospitalización, en particular cuando la fiebre, hipotensión, leucocitosis o ruidos intestinales anormales están presentes. Por lo tanto el dolor abdominal agudo en el paciente anciano presenta un problema importante y desafiante, y requiere que todos los médicos de urgencias tengan un alto grado de conocimientos para la identificación de enfermedades como por ejemplo la colecistitis aguda en ancianos. Lo que hace que la precisión diagnóstica sea menor, y la mortalidad mucho más alta, que en los pacientes más jóvenes. ^(32, 33, 34, 35, 36, 37)

Sin embargo no se encuentran estudios similares en el hospital HGGG CMN La Raza que ayuden a determinar las causas de dolor abdominal agudo en este grupo etario que con mucha frecuencia se atiende teniendo solo la estadística de la atención de más de 800 pacientes de estas características que solicitan atención por este motivo de consulta en el SUA de este hospital. ⁽³⁸⁾

JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que la especialidad en urgencias se encuentra en un constante crecimiento, se debe intentar aportar datos que hagan mejores especialistas en medicina de urgencias. Por lo que se considera que se debe conocer la realidad a la que se enfrenta con la finalidad de ofrecer una mejor atención a los pacientes de este grupo etario que se ha incrementado en los últimos años.

Actualmente con los datos que se cuenta han mostrado las dificultades que se presentan en el buen diagnóstico de este motivo de consulta, ya que los pacientes de este grupo etario presentan síntomas y signos menos específicos y esto va de la mano con importante mortalidad así como incremento en la utilización de servicios médicos de mayor especialización; además sabemos que se presentan más de 800 pacientes al SUA de este hospital, por lo que sólo queda conocer lo que se ha hecho en el departamento de urgencias del HGGCMNR para después poder encontrar áreas de oportunidad de mejora y seguir creciendo como personal de salud. Con esto último beneficiando a la población de derechohabientes que acuden para solicitar atención de salud.

El presente estudio muestra cuales son las principales etiologías de dolor abdominal agudo en este grupo de población y con estos resultados aportar al personal de salud una herramienta más para la atención oportuna en este tipo de pacientes. En la actualidad solo se cuenta con lineamientos institucionales sobre el abordaje del diagnóstico y tratamiento de problemas específicos como son apendicitis aguda o ulcera péptica, sin contar con procedimientos internos sobre el manejo de diagnóstico y tratamiento de este motivo de consulta enfocado en este tipo de pacientes por lo que creemos prioritario el abordaje de este tema y además se propone un algoritmo que puede ser llevado a cabo de forma sencilla en el servicio de urgencias y motivo de evaluación en futuros trabajos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales causas de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos en el servicio de urgencias del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza y generar un algoritmo de manejo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el porcentaje por género que se afecta de los pacientes geriátricos por cuadro de dolor abdominal agudo.
- Determinar el porcentaje etiológico de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos.
- Determinar el porcentaje de pacientes geriátricos con dolor abdominal agudo que requirió intervención quirúrgica.
- Determinar el porcentaje de cada padecimiento que llevaron a los pacientes a tratamiento quirúrgico.
- Determinar porcentaje de pacientes geriátricos con cuadro de dolor abdominal agudo del servicio de urgencias que requirió unidad de cuidados intermedios.
- Elaborar un algoritmo de manejo para pacientes con dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Descripción general del estudio

Se realizó una búsqueda de los expedientes de los pacientes que acudieron al SU en el año 2010 (periodo Enero-Diciembre) con Dolor abdominal, posterior a ello se obtuvieron los datos necesarios para conformar la Base de Datos y realizar una descripción estadística de ellos, a través de la hoja de cálculo Excel 2010.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Expedientes clínicos de pacientes mayores de 65 años que acudieron a consulta por presentar dolor abdominal agudo ingresados al SU de ambos sexos.
- Expedientes clínicos de pacientes con cuadro de dolor abdominal de menos de 7 días de evolución atendidos en SUA del HGGGG CMNR.
- Expedientes clínicos de pacientes con dolor abdominal NO asociado a trauma abdominal

Criterios de No inclusión

- Expedientes clínicos incompletos
- Expedientes clínicos de pacientes con cuadro de dolor abdominal crónico o con diagnóstico ya establecido asociado al dolor.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Todos los expedientes de pacientes de cualquier género, mayores de 65 años con cuadro de dolor abdominal no asociado a trauma, con menos de 7 días de evolución, atendidos en el servicio de urgencias adultos del HGGGG CMNR de enero del 2010 a diciembre del 2010.

El diseño de los Instrumentos para la recolección de los datos se hizo de forma sencilla solo con la finalidad de contar con los datos precisos para el cumplimiento de los objetivos. Por ello no se requirió una validación del instrumento de recolección de datos. (Anexo II)

Para determinar las causas de dolor abdominal en el paciente geriátrico en el Servicio de Urgencias, se realizó un estudio, transversal, descriptivo, previa autorización del Comité de Investigación y Ética del Hospital General CMNR.

De la hoja de recolección de datos se utilizó la información para determinar número y porcentaje de casos de las variables Causas, Edad y Sexo y Tipo de tratamiento (Médico o Quirúrgico).

RESULTADOS

El sexo en el que se presentó con mayor frecuencia el dolor abdominal agudo en los 3 intervalos de edad 65-75, 76-85 y más de 85 años, fue en definitiva el sexo femenino en un 64% en su mayoría y en el sexo masculino se presentó en un 36%. (Figura 1).

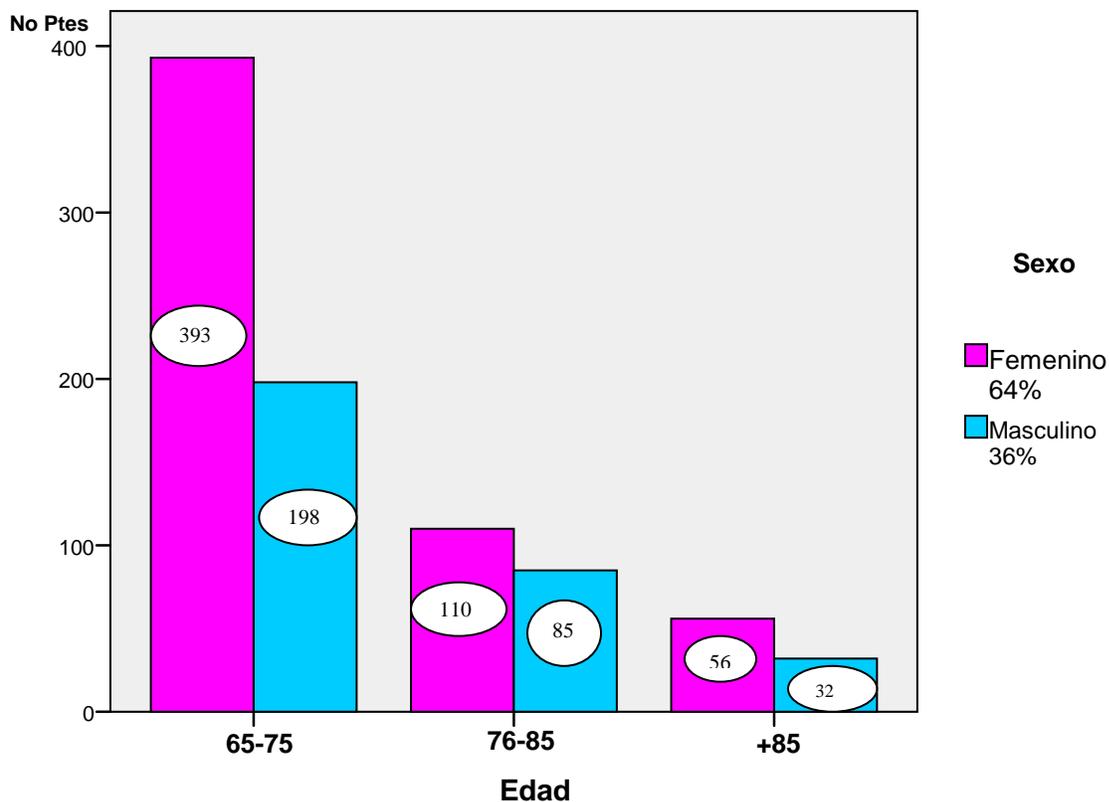


Figura 1. Sexo de Pacientes con Dolor Abdominal Agudo

Con base en los resultados obtenidos del análisis de los expedientes, se obtuvo una muestra total de 874 expedientes de pacientes que contaban con los criterios de inclusión, encontrándose como principal causa de dolor abdominal la Gastroenteritis probablemente infecciosa (GEPI) en un 19 % (n= 168) seguido de colecistitis aguda

en n 16% (n= 138) y en tercer lugar la Enfermedad Ácido Péptica en 13% (n=115) y las demás causas de dolor abdominal agudo se presentan de la siguiente manera : Otras causas (quiste de ovario, obstrucción intestinal, pseudobstrucción de colon, isquemia mesentérica, aneurisma de la aorta, espasmo muscular, tumores, pancreatitis aguda) 12% (n=103), Litiasis renouteral/ Infección de vías urinarias 9% (n=74), Constipación Intestinal 8% (n= 72), Ileo 7% (n= 54) , Síndrome de Intestino Irritable 6% (n=48), Hernias y Colitis 4% cada una de ellas (n= 42) y Apendicitis 2% (n= 18) (Figura 2), siendo el grupo de edad en donde se presento con mayor frecuencia cada una de las patologías el de 65 a 75 años de edad.

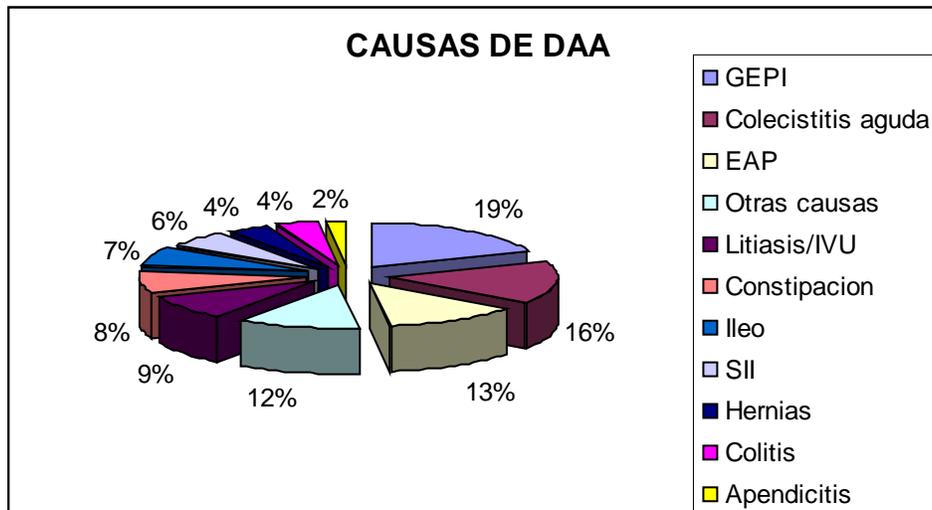
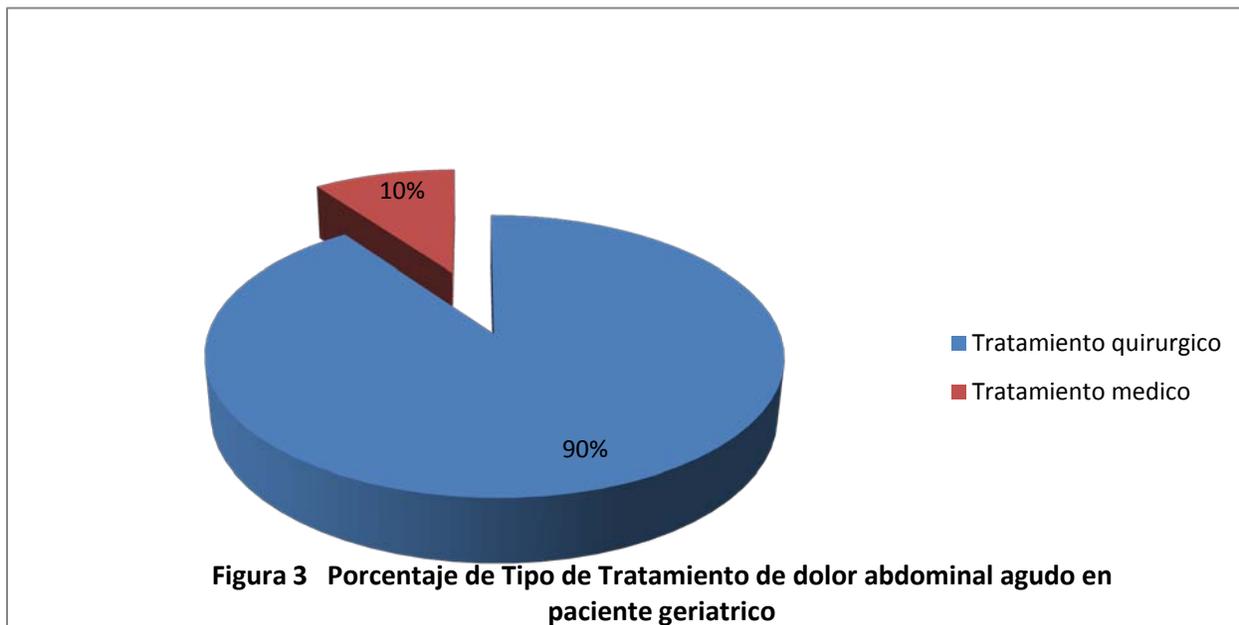


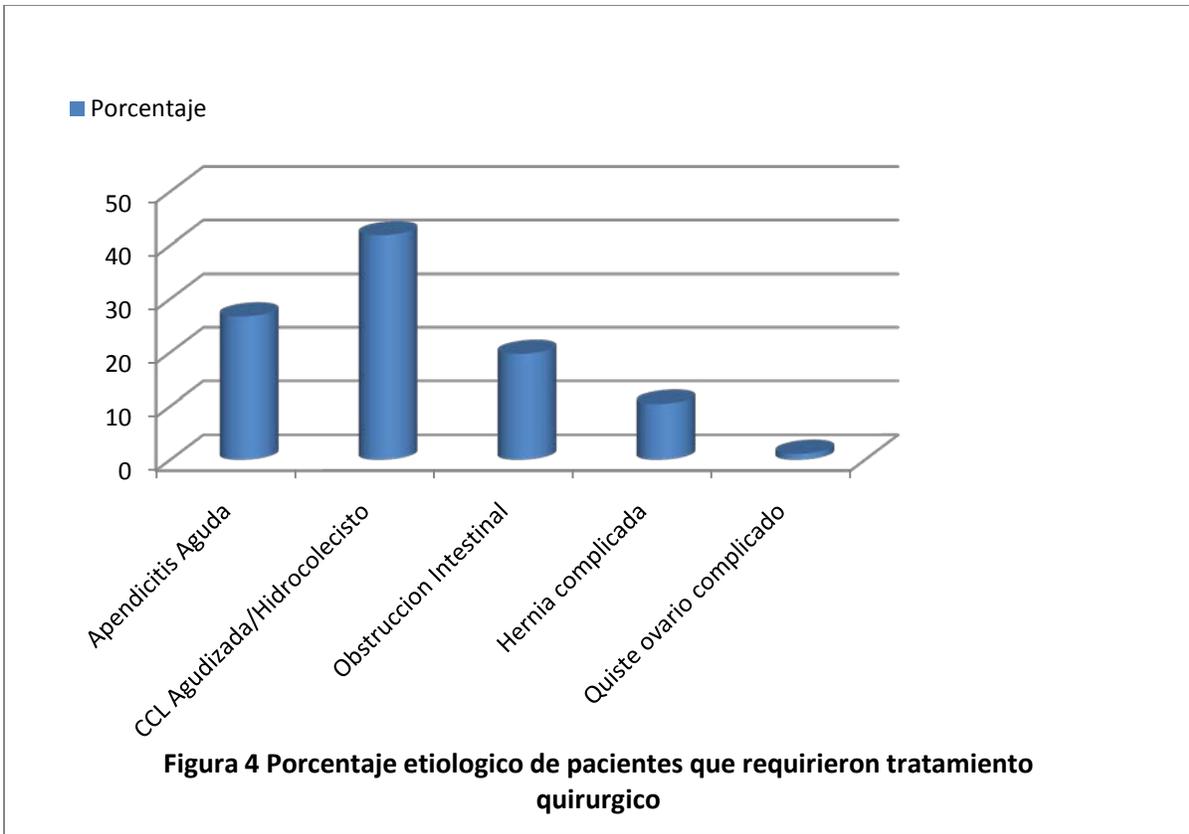
Figura 2. Causas de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos

Se puede observar en la Figura 3, el tratamiento quirúrgico se realizó únicamente en el 10% de los casos de pacientes geriátricos que cursaban con dolor abdominal agudo.

ááá



Del total de pacientes que requiriendo tratamiento se puede observar en el siguiente grafico que la mayor parte de ellos tuvieron el diagnostico de un cuadro de colecistitis crónica litiasica agudizado/Hidrocolecisto (n=36, 41.8%), seguidos de pacientes con apendicitis aguda (n=23, 26.7), Oclusión intestinal (n=17, 19.7%), Hernias complicadas (n=9, 10.4%), y finalmente un caso de quiste de ovario complicado (n=1, 1.1%).



De los pacientes geriátricos que cursaron con dolor abdominal agudo únicamente el 2% requirió estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios, cabe mencionar que el total de estos pacientes fueron por presentar complicaciones posteriores a la realización de tratamiento quirúrgico y por ello ameritaron estancia en dicha unidad. (Figura 5)

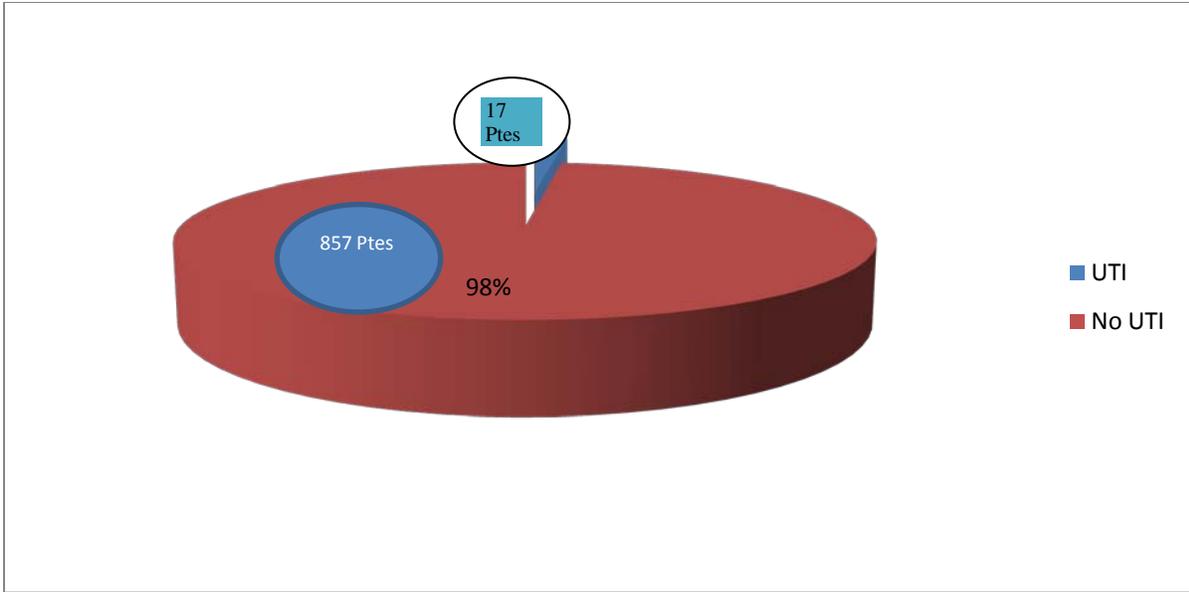


Figura 5. Pacientes Geriátricos con Dolor Abdominal Agudo que ingresaron a UTI

Edad

DISCUSIÓN

En Latinoamérica Chacon Giovanna realizó un estudio sobre las causas de dolor abdominal agudo en los pacientes ancianos el cual se efectuó en un hospital en Colombia en que se observó que en el servicio donde se atendieron 209 pacientes geriátricos con dolor abdominal agudo durante un periodo de un año, 129 mujeres y 80 hombres, con una edad promedio de 75 años. Como principales causas se encontró: a la enfermedad del tracto biliar (22,5%), enfermedad ácido péptica (20,6%) y enfermedades cardiovasculares (11%). Los síntomas asociados fueron inespecíficos (predominando la anorexia, náusea y vómito); se presentaron signos físicos en sólo 66% de los casos; 66 pacientes (31%) requirieron cirugía. Hubo correlación entre el diagnóstico inicial y el final en 49%. Se presentaron complicaciones en 49% de los casos con mortalidad global de 28 pacientes (13%), predominando el grupo sometido a tratamiento quirúrgico (18 casos), y enfermedades concomitantes en 84% de los pacientes. Concluyendo que el diagnóstico del dolor abdominal agudo en ancianos es difícil por la falta relativa de síntomas y signos. Se destaca el amplio predominio de las enfermedades del tracto biliar y la enfermedad ácido péptica. En los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico hay tendencia a presentar mayores complicaciones y mortalidad. Haciendo énfasis en la importancia de su predicción y prevención ⁽¹⁴⁾

En este trabajo de tesis se muestra de manera comparativa el número de pacientes geriátricos que presentaron dolor abdominal agudo fue superior al estudio ya comentado con anterioridad, pues en el estudio se determinó un total de 874 expedientes de pacientes con DAA que presentaban los criterios de inclusión, también en su mayoría se encontró en el sexo femenino con un total de 559 pacientes y el grupo de 65 a 75 años en ambos sexos fue el más afectado. En cuanto a la causa principal de dolor abdominal en la población se determinó la Gastroenteritis probablemente infecciosa (GEPI) en un 19 % seguido de colecistitis aguda en n 16% y en tercer lugar la Enfermedad Ácido Péptica en 13%, de esta manera se observa que ha diferencias etiológicas en ambos grupos, probablemente esto se deba a los diferentes hábitos higiénicos dietéticos con que cuenta la población de estudio de este

trabajo, además sabemos que la cultura de salud presenta un rezago importante en nuestro grupo de estudio lo que nos hace sospechar que se tengan diferencias en la manera de buscar la atención médica y la forma de cómo seguir las recomendaciones que se dan posterior a la visita de los servicios de salud. Observamos además poco requerimiento de servicios de mayor especialización lo que nos habla de forma indirecta, con poco riesgo de equivocarnos, que haya poca incidencia de complicaciones sobre todo de los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico, en contraste con lo observado en los resultados del estudio previamente descrito.

Además de comparar los resultados del estudio, se propone un algoritmo para el diagnóstico de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos, elaborado con la finalidad de tomar en cuenta las principales causas que afectan a la población que acude al HGGG CMN La Raza y que se atienden en el SU, y con ello poder lograr una mejor atención de los pacientes que consultan por este motivo. (ver anexo III)

CONCLUSIÓN

El diagnóstico del dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos es difícil por la diferente presentación de los síntomas y signos. En este estudio se determinó que el mayor porcentaje de los pacientes que se presentaron correspondían al género femenino, además se determinaron las principales causas de dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos, en el servicio de urgencias del HGGG CMN La Raza, evidenciándose que la GEPI ocupa el primer lugar seguida de pacientes con cuadro de colecistitis aguda y enfermedad ácido péptica, sin embargo no se encontró semejanza en las causas de dolor abdominal agudo en el paciente geriátrico con respecto al estudio de Chacon Giovanna, y esto debido con altas posibilidades de acertar al tipo de alimentación así como los hábitos dietéticos, como son el comer fuera del hogar y la falta de consistencia de la cultura de la salud que hacen que la población de México esté más propensa a cuadros de gastroenteritis que provoquen dolor abdominal agudo y motiven a la consulta en los servicios de urgencias, incluso muchas ocasiones los pacientes acuden por el cuadro diarreico y es en el interrogatorio donde se suma el DAA como causa de búsqueda de la atención. Se determinó que la mayor parte de los pacientes que acuden por este problema requieren solo de tratamiento quirúrgico encontrando un bajo porcentaje con necesidad de tratamiento quirúrgico y obedece este último a cuadros de colecistitis crónica litiásica agudizada seguidos de problemas de apendicitis, oclusión intestinal, hernias complicadas. También se pudo conocer el porcentaje de pacientes que requieren de ingreso a UTI, determinando que la estancia de pacientes en la UTI se asocia a complicaciones del tratamiento quirúrgico. Finalmente se propone un algoritmo de diagnóstico que puede servir para mejorar la calidad de la atención del personal de salud.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

Se considera que sería importante determinar cuáles son los factores precipitantes más frecuentes en nuestro medio, que están relacionados con el desarrollo de dolor abdominal agudo en los pacientes internados en nuestro servicio, además en trabajos futuros se podría establecer como esta patología incrementa la estancia intrahospitalaria y como las comorbilidades hacen más difícil el diagnóstico etiológico del dolor abdominal, así como la frecuencia de presentación de los síntomas y signos, además de el estudio de tiempos de estancia para su diagnóstico, la concordancia de los diagnósticos iniciales y finales, encontrar los métodos para clínicos de mayor utilidad. Consideramos este estudio sirve como preámbulo para un estudio prospectivo e intervencionista. Así también se sugiere sea utilizado este algoritmo que se propone como herramienta para una mejora de calidad de atención médica en este tipo de pacientes, pudiendo someterse a evaluaciones posteriores y en su caso validarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Dombal FT, Leaper DJ, Staniland JR, McCann AP, Horrocks JC. Computeraided diagnosis of acute abdominal pain. *Br Med J* 1972;2:9-13.
2. De Dombal FT. Acute abdominal pain. An O.M.G.E survey. acute abdominal pain survey. *Scan J Gastroenterol* 1979;14:29-43.
3. Laurel, H, Acute Abdominal Pain. Acta Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 174. 2006. 72 pp.
4. Chari RS, Shah SA. Biliary system. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 18th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2008.
5. Rosen MP, Siewert B, Sands DZ, Bromberg R, Edlow J, Raptopoulos V. Value of abdominal CT in the emergency department for patients with abdominal pain. *Eur Radiol* 2003;13:418-424.
6. Flum DR, McClure TD, Morris A, Koepsell T. Misdiagnosis of appendicitis and the use of diagnostic imaging. *J Am Coll Surg* 2005;201(6):933-939.
7. Lee SL, Walsh AJ, Ho HS. Computed tomography and ultrasonography do not improve and may delay the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Arch Surg* 2001;136(5):556-562.
8. Mersky H, Bogduk N (eds). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. International Association for the Study of Pain. Elsevier, New York 1994.
9. Guyton AC. Textbook of Medical Physiology. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1986; 7th edition: pp 598-601.
10. INEGI.org.mx [página en Internet]. México: Instituto Nacional Estadística y Geografía.; c2010 [actualizada el 10 de julio 2010; citada el 10 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
11. Marx: Rosen's Emergency Medicine, 7th ed.2009. Chapter 21.
12. CY NG, TJ Squires, A Busuttil. Acute abdomen as a cause of death in sudden, unexpected deaths in the elderly *SMJ* 2006 52(1): 20-23
13. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med*. October 2000;36:406-415.
14. A. Chacón Giovanna S. Parra, Felipe Marulanda, Mario Santacoloma, Mauricio Osorio, José. Dolor abdominal agudo en el anciano en el Hospital de Caldas *Rev Colomb Gastroenterol* 2003;18:146-152.
15. Abdomen agudo en el adulto mayor Ricardo Espinoza G, Paulina Balbontín M, Sebastián Feuerhake L, Cecilia Piñera M. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1505-1512
16. Lewis et al, Etiology and Clinical Course of Abdominal Pain in Senior Patients: A Prospective, Multicenter study *Journal of Gerontology*: 2005, Vol. 60A, No. 8, 1071–1076
17. Dr. Eduardo E. Montalvo Javé, ET al Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje Septiembre-Diciembre 2008 pp 86-91.

18. Pérez-Hernández JL, Teuffer-Carrion LT,2 Díaz-Aldana EV, Hernández-Guerrero S, Moron-Ventura P, Nieves- Duran M,3 Rubio-Landa L Dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos evaluados en el servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel Revista de Gastroenterología de México 2010;3(75):261-266
19. Corey Lyon, LCDR, MC, USN, Dwayne C. Clark, M.D., Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients Am Fam Physician 2006;74:1537-44
20. Chian Chang Víctor E, Vicuña Valle Ricardo I. Baracco Miller Víctor. Apendicitis aguda en el anciano: Aspectos clínicos y de laboratorio. Rev Med Hered 1996, 7: 17-23
21. Drs. Rimsky Alvarez U, Alexis Bustos V, Osvaldo Torres R, Adrian Cancino. Apendicitis aguda en mayores de 70 años Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - N° 4, Agosto 2002; págs. 345-349
22. Pavel Sánchez Reynaldo. Surgical acute abdomen in elderly patients. Vladimir Ilich Lenin Hospital. January 2005 to January 2008
23. M. Gómez Antúnez, A. Zaera Olombrada, V. Viña, T. Pascual, A. Marco Mur Dolor abdominal agudo en el anciano. Anales de Medicina Interna, Vol. 18, N.º 3, 2001: 161-171.
24. Dang C, Aguilera P, Dang A, Salem L. Acute abdominal pain: Four classifications can guide assessment and management. Geriatrics 2002; 57(March):30-42.
25. Southisombath K, Hendrickson M, Fox C, Ghebrendrias Y/St. Agnes Medical Center, Fresno, CA Predicting Abnormal CT Scans in Elderly Patients With Acute Abdominal Pain Annals of Emergency Medicine Volume 51, No . 4 : April 2008.
26. Alexander V. Rybkin, MD, Ruedi F. Thoeni, MD Current Concepts in Imaging of Appendicitis Radiol Clin N Am 45 (2007) 411–422
27. Dra. Myriam Serrano Arenas, Dr. Hugo Cadena Angarita, Dr. Luis Alberto Contreras Grimaldos, Dr. Luis Angel Villar Centeno, Dr. William Gabriel Reyes Serpa. Abdomen Agudo Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina- ASCOFAME. 2006.
28. Ernest L. Yeh, MD, faaema,, Robert M. Mcnamara, MD, FAAEM Abdominal Pain Clin Geriatr Med 23 (2007) 255–270
29. Adrienne van Randen md, et al. The role of plain radiographs in patients with acute abdominal pain at the ED. Am J Emerg Med 2010.
30. Samaras, Nikolaos MD ; Chevalley, Thierry MD ; Samaras, Dimitrios MD; Gold, Gabriel MD . [Older Patients in the Emergency Department: A Review](#). Annals of Emergency Medicine. 56(3):261-269, September 2010.
31. Saravanan, B ; Muhammad, R ; Geach, R ; Jenkinson, L R . [Comparison of the history obtained by patient-completed questionnaires with doctors' standard notes for patients with acute abdominal pain](#). Postgraduate Medical Journal. 85(1010):634-636, December 2009.
32. Telfer S, Fenyö G, Holt PR, de Dombal FT. Acute abdominal pain in patients over 50 years of age, [Scand J Gastroenterol Suppl](#). 1988;144:47-50.
33. Mdtomas F Bugliosi, mdthomas D Meloy and mdlarry F Vukov Acute abdominal pain in the elderly . Ann Emerg Med 1990 December; 19 (12): 1383-6.
34. De Dombal, F T M.A., M.d [acute Abdominal Pain in the Elderly](#). Journal of Clinical Gastroenterology. 19(4):331-335, December 1994.

35. Catherinea Marco, MD, Charlens . Schoelfmedn ,Penelopeme Keyl PHD, Edanad Menkes, MD, Marla C. Doerhing, MD. Abdominal Pain in Geriatric Emergency Patients: Variables Associated with Adverse Outcomes Academic Emergency Medicine . December 1998. Volume 5, Number 12 1163-68.
36. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. Clin Emerg Med 1996;14:615-627.
37. L. Joseph Parkel; Larry E Vukov, MD, Peter C. Wollan, phd Emergency Department Evaluation of Geriatric Patients with Acute Cholecystitis Acad. Emerg. Med. 1997; 451-55.
38. Ferrera PC, Colucciello SA, et al. Trauma Management: An Emergency Medicine Approach. Ed. Mosby: 2001
39. www.rae.es/rae.html accesado el día 24 de Enero del 2011.
40. www.reeme.arizona.edu/materials/definiciones accesado el dia 24 de Enero del 2011.
41. www.medynet.com accesado el día 25 de Enero del 2011.
42. Drossman DA, Coranzzari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, editors. Rome II The functional gastrointestinal disorders. 2a Ed. USA: Deg-non Associates; 2000.
43. Hernández-Guerrero A, Abdo-Francis JM, Brito-Lugo P, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. Cuadros clínicos y diagnóstico. Rev Gastroenterol Méx 2008;73:258-260.

ANEXO I.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA. (<http://www.cis.gob.mx/pdf/manuales>)

Lugar y Fecha _____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación clínica titulado **“CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTES GERIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS”**

Registrado en el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC:

Declaro que se me ha informado que los datos obtenidos serán confidenciales con solo acceso a ellos por parte de los investigadores tanto titular como adjunto sin divulgación de los resultados de modo particular sino en conjunto.

El investigador principal y colaborador se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi formación académica o personal.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi participación en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, firma y número de matrícula del investigador principal o colaborador

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas el estudio: con El Dr. Alejandro Villatoro Martínez o el Dr. Cesar Raúl Lucero Uribe al teléfono 57 24 59 00 extensiones 23349 y 23350.

Testigos:

ANEXO II.

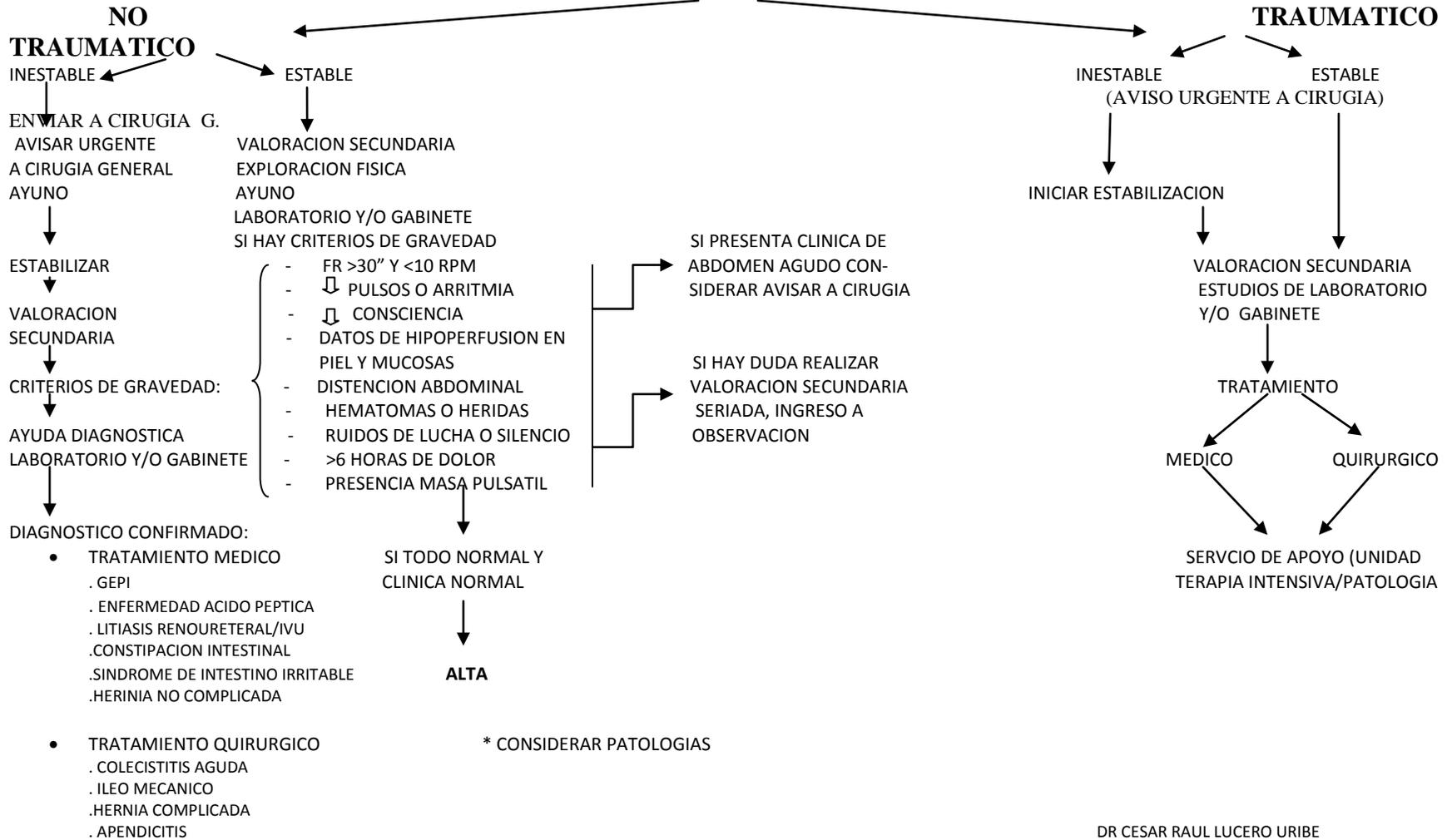


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
UMAE HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
URGENCIAS ADULTOS
“CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN EL PACIENTE GERIATRICO EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS HGGGG CMNR”

Folio	Fecha	Edad	Sexo	Dx Ingreso	Dx Egreso	Tx Qx	UTI	Fallecimiento

Anexo III.

ALGORITMO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTES GERIATRICOS
DOLOR ABDOMINAL AGUDO



DR CESAR RAUL LUCERO URIBE
 URGENCIOLOGO

Anexo III (Continuación)

Ejecución del Algoritmo

1.- *Definir que se trata de un paciente geriátrico con cuadro de dolor abdominal agudo de menos de 7 días de evolución de origen traumático o no traumático.*

2.- *Se encuentra con alguno de los datos de inestabilidad hemodinámica: hipotensión, taquicardia, deterioro estado neurológico, oliguria, etc.*

3.- *De requerirse se inician maniobras de reanimación hasta lograr su estabilización, y/o su valoración por el servicio de cirugía de urgencia si lo amerita.*

4.- *Realizar una exploración completa del paciente si se encuentra hemodinámicamente estable y si hay datos de abdomen agudo, solicitar valoración por servicio de cirugía de forma urgente.*

5.- *En estos momentos se pueden solicitan exámenes de laboratorio así como estudios de gabinete para complementar el diagnóstico BHC, QS, ES, Tiempos de coagulación, EGO, USG abdominal, TAC abdominal.*

6.- *Si cuenta con datos de abdomen agudo requerirá de tratamiento quirúrgico de urgencias, sino se detectan estos datos puede requerir solo tratamiento médico y vigilancia de acuerdo a hallazgos.*

7.- *Con todo lo anterior se puede dar diagnóstico definitivo y ubicación final del paciente si persistiera duda diagnóstica se debe mantener en observación para su constante valoración hasta determinar que no requiere de tratamiento quirúrgico de urgencia y que solo requiere de tratamiento médico para lo cual, se egresará de sala de observación.*