

Abdomen agudo en el anciano, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción¹⁵

Acute abdomen in the elderly, Hospital de Clínicas, National University of Asunción

José Gamarra¹⁶; Rodrigo Pederzoli¹⁷; Gilberto López¹⁸; Ricardo Abed¹⁹;
Ever Sosa²⁰

DOI: [https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V2N2\(2018\)4](https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V2N2(2018)4)

RESUMEN

El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente en ancianos y representa 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias; el abdomen agudo es de real importancia, ya que puede ser la manifestación de complicaciones de enfermedades preexistentes o de otras que se presentan con mínima o ninguna sintomatología. El objetivo fue determinar la frecuencia de abdomen agudo, la patología de base, síntomas, etiología, las complicaciones y evolución. Fue un trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de 65 años que consultaron en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas, por dolor abdominal en el período de enero 2017 a diciembre 2017. Consultaron por urgencias 2000 pacientes, de los cuales 330 fueron con edad mayor a 65 años, de los cuales 114 fueron operados al ingreso. 204 fueron varones y 126 mujeres. Las patologías de base halladas más frecuentes fueron Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Hipertensiva. El tiempo de evolución transcurrido fue en promedio de 181hs (2-360hs). Los síntomas fueron el dolor, náuseas, vómitos y anorexia. La etiología en orden de preponderancia fueron patología biliar 112 pacientes, tracto digestivo alto 92 pacientes, coloproctología 91, enfermedad parietal 30 pacientes, trauma 5 pacientes. Se operaron 114 pacientes, de los cuales la causa más frecuente de laparotomía fue la biliar, coloproctología y pared abdominal. Se presentaron 11,4% (13 casos) de complicaciones, evisceración grado IV en 4 casos, neumonía intrahospitalaria en 5 casos e infección de la herida operatoria 4 casos. La estancia hospitalaria en promedio fue de 26 días (1- 51días). Ingresaron a la unidad de cuidados intensivos sólo 9 pacientes. Obitaron 7 casos, la causa fue sepsis. Se concluye que la frecuencia de abdomen agudo es del 16,5%. La patología biliar es la causa más frecuente de consulta y laparotomía. El 11,4% (13 casos) de complicaciones y obitó el 6,1% de los pacientes.

Palabras clave: Abdomen agudo; Complicaciones abdomen agudo; Cirugía anciano.

¹⁵Fecha de recepción: septiembre 2018; fecha de aceptación: noviembre 2018

¹⁶Especialista en Cirugía General. Médico de guardia de Urgencias, docente II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

¹⁷Especialista en Cirugía General. Médico de guardia de Urgencias, docente II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

¹⁸Especialista en Cirugía General. Médico de guardia de Urgencias, docente II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

¹⁹Residente en Cirugía General docente II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

²⁰Residente en Cirugía General docente II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

ABSTRACT

Acute abdominal pain is a frequent symptom in the elderly and represents 10% of the causes of consultation in emergency medical services; the acute abdomen is of real importance, since it can be the manifestation of complications of pre-existing diseases or of others that present with minimal or no symptoms. The objective was to determine the frequency of acute abdomen, the underlying pathology, symptoms, etiology, complications and evolution. It was an observational, descriptive, retrospective study of patients over 65 years of age who consulted in the Emergency Department of the Hospital de Clínicas for abdominal pain in the period from January 2017 to December 2017. They consulted 2,000 patients for emergencies, of which 330 they were older than 65 years, of which 114 were operated on admission. 204 were men and 126 women. The most common underlying pathologies found were Diabetes Mellitus and Hypertensive Cardiopathy. The evolution time elapsed was on average 181hs (2-360hs). The symptoms were pain, nausea, vomiting and anorexia. The etiology in order of preponderance were biliary pathology 112 patients, upper digestive tract 92 patients, coloproctology 91, parietal disease 30 patients, trauma 5 patients. 114 patients were operated, of which the most frequent cause of laparotomy was biliary, coloproctology and abdominal wall. There were 11.4% (13 cases) of complications, grade IV evisceration in 4 cases, intrahospital pneumonia in 5 cases and infection of the operative wound in 4 cases. The average hospital stay was 26 days (1-51days). Only 9 patients were admitted to the intensive care unit. Obtained 7 cases, the cause was sepsis. It is concluded that the frequency of acute abdomen is 16.5%. Biliary pathology is the most frequent cause of consultation and laparotomy. 11.4% (13 cases) of complications and obituated 6.1% of patients.

Keywords: Acute abdomen; Complications acute abdomen; Elderly surgery.

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo, se define como un síndrome doloroso, habitualmente severo, de menos de una semana de evolución y que suele presentarse con otros signos y síntomas de inflamación peritoneal, que requiere manejo médico o quirúrgico de urgencia, se lo ha definido como: “todo dolor abdominal que obliga al paciente a consultar de manera urgente” (1).

En el anciano la etiología y la presentación son diferentes a las del adulto joven. En consecuencia, el dolor abdominal agudo se debe considerar como un signo de alarma en una persona de edad, así éste sea de menor intensidad o constituya su única manifestación clínica (2). A su vez, las características en la presentación del dolor abdominal en ancianos están relacionadas con los cambios fisiológicos normales del envejecimiento, la comorbilidad y la disminución de la reserva funcional, los cuales pueden dificultar el diagnóstico e incrementar la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Sin embargo, la edad por sí sola no es un factor determinante para el desarrollo de los diferentes desenlaces adversos que puedan ocurrir (3). En consecuencia, un anciano tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con el manejo del abdomen agudo (infección de la herida quirúrgica y sepsis), la reagudización de la patología crónica (falla cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal) o por los riesgos que implican una hospitalización en este tipo de pacientes (caídas, delirium, declinación funcional, incontinencia, úlceras por presión, y/o reacciones adversas medicamentosas).

Algunos investigadores han encontrado que los ancianos con esta patología tienen no sólo una mayor necesidad de cirugía de urgencias, ser ingresados a la unidad de

cuidado intensivo y requerir ventilación mecánica, sino también de una más prolongada estancia hospitalaria, mortalidad global y quirúrgica, lo cual indiscutiblemente representa un mayor costo para la atención en salud de estas personas (4, 5,6).

De los ancianos que consultan a estos servicios, 50% requieren hospitalización y entre 30 y 40% cirugía, en contraste con pacientes jóvenes, los cuales sólo aproximadamente 16% necesitarán intervención quirúrgica (7). Al ingreso hospitalario cerca de 40% se diagnostica de forma errónea, su mortalidad global es de 10%, la cual se eleva hasta 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia. Lo anterior es producto de la patología abdominal de base y de las complicaciones cardíacas y pulmonares subyacentes (8). Adicionalmente, mientras que en los pacientes jóvenes las causas más frecuentes de dolor abdominal son la apendicitis y el dolor abdominal inespecífico, en los ancianos la mayoría de las series reportan que la patología de la vía biliar, la obstrucción intestinal la diverticulitis y los defectos de pared son los principales responsables de consulta, además de otras afecciones que son poco frecuentes en los jóvenes como la patología tumoral y la vascular (9).

En todo paciente anciano con posibilidad de abdomen agudo se deberá hacer una cuidadosa anamnesis para determinar el inicio de los síntomas, las enfermedades concomitantes y realizar examen físico completo que permita establecer el posible diagnóstico.

MÉTODO

Fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte trasversal, con pacientes mayores de 65 años, que consultaron en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, en un período de un año (enero

2017 a diciembre de 2017).

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, que consultaron por dolor abdominal agudo.
- Pacientes mayores de 65 años.
- Historia clínica completa, incluyendo examen clínico, laboratorio, hallazgo operatorio, evolución post operatoria.

Criterios de exclusión:

- Datos incompletos.

Se revisaron 330 historias clínicas de pacientes que ingresaron por urgencias, mayores de 65 años, que cumplieron con los requisitos de inclusión. Se consignaron datos sobre edad, sexo, etiología, clínica, patología de base y evolución de la enfermedad.

RESULTADOS

De 330 pacientes, fueron del sexo masculino 204 y del sexo femenino 126 pacientes. Las patologías de base asociadas fueron: Cardiopatía hipertensiva en 110 pacientes y Diabetes Mellitus en 105 pacientes, Epoc 3, Nefropatía 3 pacientes. El tiempo de evolución transcurrido fue en promedio de 181 hs (2hs-360hs). Los síntomas fueron: dolor, náuseas, vómitos y anorexia. La etiología del dolor abdominal fue en orden de frecuencia:

- Patología Biliar (colecistitis aguda, pancreatitis aguda, ictericia obstructiva, peritonitis biliar, plastron vesicular) 112 pacientes.
- Patología del tracto digestivo alto (cáncer esófago, cáncer gástrico, hemorragia digestiva alta duodenal, oclusión completa por bridas, oclusión incompleta, absceso hepático, metástasis hepática, en-

teritis yeyunal) 92 pacientes.

- Patología coloproctológica (cáncer colon izquierdo, cáncer de recto, apendicitis aguda, peritonitis aguda, cáncer de ano, plastron apendicular) 91 pacientes.
- Patología pared 30 pacientes.
- Trauma (lesión ileal, lesión esplénica) 5 pacientes.

Se operaron 114 pacientes, de los cuales la causa más frecuente de laparotomía fue la biliar, siguiendo la coloproctológica y la de pared. Se presentaron 11,4% de complicaciones, evisceración grado IV en 4 casos, neumonía intrahospitalaria en 5 casos e infección de la herida operatoria 4 casos. La estancia hospitalaria en promedio fue de 26 días (1- 51días). Ingresaron a la unidad de cuidados intensivos 9 pacientes. Obitaron 7 casos, la causa fue sepsis en la mayoría.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales urbanos y para los ancianos se encuentra entre los primeros cinco motivos de consulta (1), en nuestro estudio encontramos una frecuencia de 16,5% sobre la población general, cifra no tan elevada por ser la población de nuestro país, joven.

Se identificaron enfermedades crónicas concomitantes en 66% de los pacientes, siendo más frecuentes la cardiopatía hiper-

tensiva y la Diabetes Mellitus, porcentaje que coincide con otros estudios, Fenyö (10) encontró enfermedades asociadas en 65% de los pacientes con predominio de enfermedades cardiovasculares, Kizer (3) en 70% de los casos con predominio de la hipertensión arterial; en dicho estudio la presencia de condiciones crónicas disminuyó la concordancia diagnóstica entre el diagnóstico inicial y final (hallazgo no analizado en este estudio). Kim (11), describe enfermedades concomitantes en 79,3% de

los pacientes ancianos con abdomen agudo quirúrgico, las cuales influyeron en la presencia de complicaciones pero no en la mortalidad.

Las principales causas de dolor abdominal agudo encontradas en el presente estudio fueron enfermedad del tracto biliar, enfermedad coloproctológica y de pared. La enfermedad del tracto biliar es descrita como la principal causa en la literatura revisada (2,5,10,12,13); sin embargo, en cuanto a la distribución etiológica se encuentran diferencias frente a enfermedad diverticular, dolor abdominal inespecífico, apendicitis, neoplasias y obstrucción intestinal que en la literatura tienen una presentación mucho más frecuente que la encontrada en el presente estudio (2,3,5,9,10,12,14).

Se encontró además, que 114 pacientes con dolor abdominal agudo tenían patologías que requirieron tratamiento quirúrgico, cifra semejante a otros estudios previos que revelan que aproximadamente un tercio de los ancianos que consultan por dolor abdominal agudo a los servicios de urgencias tienen desórdenes que requieren cirugía de urgencia (3,12).

En cuanto a la presentación clínica asociada al dolor abdominal en el estudio se encontró sintomatología muy inespecífica (anorexia, náuseas y vómito) como la más prevalente en el grupo estudiado, sin embargo a un porcentaje importante se le realizó tratamiento quirúrgico, varias literaturas afirman que a pesar de la sintomatología difusa del anciano, se llega a un diagnóstico certero y se impone la laparotomía (15).

El diagnóstico en ancianos puede retrasarse por demora en la búsqueda de atención médica y porque estos pacientes no manifiestan el mismo grado de dolor, fiebre, signos abdominales y hallazgos de laboratorio que pacientes más jóvenes y este retardo en la búsqueda de atención médi-

ca conlleva así mismo, a un retardo en el diagnóstico y una mayor número de complicaciones (8, 16,17). Es bien conocido que aquellos ancianos que sufren infecciones intraabdominales no suelen presentar los signos locales y sistémicos tradicionales que aparecen en los adultos jóvenes (2, 18,19). Al igual que lo descrito en la literatura, los pacientes del estudio se tardaron para acudir a la consulta; sin embargo, no tuvo influencia en la presentación de un mayor número de complicaciones.

Con respecto a las complicaciones, estas se presentaron en 11,4% de los pacientes. Broders (6) describe 12% de complicaciones, aunque en este estudio se describe sólo enfermedad del tracto biliar sometida a tratamiento quirúrgico; Kim (11) describe complicaciones postoperatorias en 6,1% de los ancianos sometidos a cirugía por abdomen agudo sin que esta alta proporción influyera en la mortalidad; Fenyő (10) describe 46% de complicaciones en pacientes llevados a cirugía de urgencia.

Kizer (3) describe una morbilidad global de 45% relacionada con el cuadro agudo, Kettunen (13) encontró morbilidad postoperatoria de 26%. Esta mayor tasa de complicaciones en la subpoblación de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico se debe a que el riesgo quirúrgico aumenta con la edad, fundamentalmente por pérdida de la reserva cardiaca y pulmonar y al hecho de que las complicaciones se toleran pobremente por los ancianos (20).

La estancia hospitalaria promedio de los pacientes fue de 26 días, siendo más prolongada en los que presentaron complicaciones, mostrando diferencia estadísticamente significativa con respecto a los que no las presentaron. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Fenyő (10) quien además de las complicaciones encontró factores sociales que influyeron en la prolongación de la estancia. Miittinen (9) encontró una estancia hospitalaria

promedio de 12,5 días y Kettunen (13) de 12 días, pero no aclaran los factores que influyeron en esta duración.

Obitaron el 6,1% de los pacientes en este estudio, Abi-Hanna (2) reporta 5,82% de óbitos, con sólo una muerte postoperatoria, atribuyendo la causa, a las complicaciones, al retraso en el diagnóstico y a las enfermedades asociadas. Kim (11) describe una mortalidad postoperatoria de 5,6%, y aunque en sus pacientes se presentaron mayor número de enfermedades concomitantes, neoplasias, anormalidades electrocardiográficas, necesidad de cuidado intensivo y transfusiones y mayor número de complicaciones, estos factores no modificaron la mortalidad. Kettunen (13) encontró una mortalidad postoperatoria de 22% asociada a trombosis mesentérica y obstrucción intestinal, edad mayor a 80 años y ASA IV-V (no evaluado en este estudio).

Fenyö (16) describe una mortalidad global de 14% y 11,3% en las dos series descritas en su estudio, con una mortalidad postoperatoria de 23,1% y 11,3% respectivamente lo cual atribuye a mayor proporción de enfermedad maligna en el grupo II. Este autor, asocia la mortalidad en condiciones abdominales agudas de acuerdo con la edad del paciente, complicaciones,

duración entre el inicio de la sintomatología y el tratamiento, y cuando se realiza cirugía, si ésta es de emergencia, temprana o electiva. En el estudio encontramos que la presencia de complicaciones y el hecho de ser llevado a cirugía influía en la mortalidad, sin embargo no se tuvo en cuenta el momento quirúrgico (en el estudio sólo se realizaron cirugías de emergencia o tempranas). Otros factores como el bajo peso, los escasos signos y síntomas asociados y las enfermedades concomitantes no se pueden desconocer como posibles determinantes en la mortalidad, a pesar de que no se demostró significancia estadística de estas variables en el estudio.

El anciano acude al médico en etapa tardía de su enfermedad y con frecuencia tiene otros trastornos concomitantes. El diagnóstico del cuadro abdominal agudo en estos pacientes es complicado por la falta relativa de signos físicos. Las emergencias abdominales que requieren cirugía de urgencia constituyen un desafío significativo, ya que a causa de las enfermedades concomitantes estos pacientes tienen un riesgo quirúrgico mayor. Sin embargo, los síntomas y los signos son menos frecuentes, menos intensos y menos específicos haciendo el diagnóstico y el manejo más difícil (8, 21, 22,23).

CONCLUSIONES

La frecuencia de abdomen agudo es del 16,5%. La patología biliar es la causa más frecuente de consulta y laparotomía. Se

obtuvo el 11,4% (13 casos) de complicaciones. Obitaron el 6,1% de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ocampo J, Hodad HG. Abdomen agudo en el anciano. Rev Colombiana Cir. 2006;21(4):266-82.
- Abi-Hanna P, Gleckman R. Dolor abdominal agudo: una urgencia médica en el anciano. Mod Geriatr 1998; 10: 9-11.

- Kizer KW, Vassar M. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. Am J Emerg Med 1998; 16: 357-362.
- Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: Stability and change

over 20 years. *Am J Emerg Med* 1999; 13: 301-303.

5. Hu S-C, Yen D, Yu Y-C, Kao W-F, Wang L-M. Elderly use of the ED in an Asian metropolis. *Am J Emerg Med* 1999; 17: 95-99.

6. Broders CW, Benavides RA. Acute cholecystitis in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1985; 1: 453-458.

7. Huber DF, Martin EW, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. *Am J Surg* 1983; 146: 719-722.

8. Balsano N, Cayten G. Surgical emergencies of the abdomen. *Clin Emerg Med* 1990; 8: 399-410.

9. Miettinen P, Pasanen P, Salonen A, Lahtinen J, Alhava E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen. [Abstract]. *Ann Chir Gynaecol* 1996; 85:11-15.

10. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly, Experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982; 143: 751-754.

11. Kim J-P, Kim S-J, Lee J-H, Kim S-W, Choi M-G, Yu H-J. Surgery in the aged in Korea. *Arch Surg* 1998; 133: 18-23.

12. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 43-48.

13. Kettunen J, Paajanen H, Kostiaainen S. Emergency abdominal surgery in the elderly. [Abstract]. *Hepatogastroenterology* 1995; 42:106-8).

14. Eliastam M. Elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 1222-1229.

15. Irvin T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989; 76:1121-1125.

16. Purcell TB. Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. *Clin Emerg Med* 1989; 7: 721-740.

17. Marco CA. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. [Abstract]. *Acad Emerg Med* 1998; 5: 1163-1168.

18. Kauvar DR. The geriatric acute abdomen. *Clin Geriatr Med* 1993; 9: 547-558.

19. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Kalaja E, Lund-Kristensen J, et al. Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. *Am J Surg* 1982; 144: 338-340.

20. Hickey MS, Kiernan GJ, Weaver KE. Evaluation of abdominal pain. *Clin Emerg Med* 1989; 7: 437-451.

21. Brewer RJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain, an analysis of 1000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *Am J Surg* 1976; 131: 219-223.

22. Bender JS. Cuadro abdominal agudo. *Med Clin* 1989; 4:1549-1558.

23. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Clin Emerg Med* 1996; 14: 615-627.