

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátria

Curso Superior Bienal de Especialista en Geriátria

MONOGRAFIA

Título: Abdomen agudo en el anciano

Subtítulo: Enfoque del abdomen agudo en geriatría.

Año 2014 - 2015

Dr. Fabio Luis Pisis

fpisis@intramed.net

Índice

Resumen	3
Introducción	4
CAPITULO I:	5
Abdomen Agudo	5
Clasificación del abdomen agudo	6
CAPITULO II	8
Fisiopatología del dolor abdominal	8
Origen del dolor abdominal	10
CAPITULO III	11
Epidemiología del abdomen agudo en ancianos	11
CAPITULO IV	13
Características del abdomen agudo en el anciano	13
Presentaciones típicas de patologías quirúrgicas en el paciente anciano	17
Causas de abdomen agudo quirúrgico en ancianos	20
Enfermedades asociadas al abdomen agudo en el anciano.....	21
Complicaciones más frecuentes de abdomen agudo en ancianos.....	22
CAPITULO V	24
Recomendaciones en el manejo del abdomen agudo en ancianos.....	24
Conclusión.....	28
Bibliografía	30

Resumen

Aunque hay ciertos trastornos que aparecen casi exclusivamente en los ancianos, la mayoría de las enfermedades que afectan a los ancianos son las mismas que afectan a los adultos más jóvenes, sin embargo, estas enfermedades pueden presentar manifestaciones atípicas que los médicos deben reconocer.

En los ancianos con un abdomen agudo, se ha demostrado que la impresión diagnóstica inicial es incorrecta hasta en los dos tercios de los pacientes y la mortalidad de los octogenarios es 70 veces mayor que en los adultos más jóvenes (1).

En nuestro país y en el mundo el aumento constante de la esperanza de vida conlleva a un número, cada vez mayor, de personas ancianas.

En la Argentina, como país en vías de desarrollo, aunque la esperanza de vida sea más baja, las cifras absolutas de población ancianas son mucho más alta que en el mundo desarrollado. El proceso de envejecimiento avanza en forma constante durante las últimas décadas y esto se refleja en el Censo 2010 cuando el peso relativo de los adultos mayores (> 65 años) alcanza el 10,2% de la población general.

La evaluación, diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo, se torna un gran reto para los médicos cirujanos debido a la presentación atípica del cuadro lo que lleva a los profesionales a tener en cuenta este tipo de eventos a fin de evitar el mal manejo y complicaciones que esto conlleva.

El manejo del abdomen agudo en el paciente geriátrico, constituye un gran desafío para el cirujano no sólo por la presentación atípica del cuadro en pacientes de este grupo etario, sino porque, los mismos presentan un complejo componente multifactorial de morbimortalidad por las enfermedades de base que arrastran a lo largo de su vida.

La importancia de conocer adecuadamente este grupo de la población, reviste una real importancia debido a que la atención quirúrgica del paciente de edad avanzada, cada vez se convierte en una práctica más cotidiana.

Introducción

Motivo que impulsó el trabajo

El fundamento de este trabajo se basa en que el abdomen agudo quirúrgico suele ser la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia en el anciano, se asocia con una alta mortalidad a pesar de las tecnologías quirúrgicas modernas. El manejo del abdomen agudo quirúrgico de los pacientes geriátricos, requiere una atención médica y quirúrgica diferente con respecto al paciente joven.

Objetivos perseguidos:

Analizar mediante una revisión bibliográfica:

- Causas de dolor abdominal en los ancianos.
- Principales causas de abdomen agudo quirúrgico en los ancianos en distintas partes del mundo.
- El efecto de las patologías previas del paciente geriátrico en su evolución posquirúrgica.
- Las dificultades que se presentan para llegar a un correcto diagnóstico.
- La mortalidad del paciente geriátrico en comparación con el paciente joven.
- Los diagnósticos posquirúrgicos más comunes en paciente geriátrico.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica de distintos países donde se efectuaron múltiples estudios descriptivos y retrospectivos acerca del abdomen agudo quirúrgico del anciano. Los resultados de los estudios bibliográficos fueron confrontados para elaborar posteriormente las distintas propuestas de manejo, pautas de conductas conservadoras y las conclusiones finales.

CAPITULO I

Abdomen Agudo

Definición

El abdomen agudo es un término descriptivo amplio que determina una situación clínica de urgencia caracterizada por el inicio súbito de síntomas abdominales, generalmente dolor (aclarando que en el abdomen agudo de causa hemorrágica no prima este síntoma, sino el síndrome lipotímico).

Se puede definir como síndrome doloroso, habitualmente severo, de menos de una semana de evolución y que suele presentarse con otros signos y síntomas de inflamación peritoneal, que con frecuencia requiere manejo médico o quirúrgico de urgencia. Otra signo sintomatología son: náuseas o vómitos, cambios del ritmo intestinal y/o alteración de las funciones genitourinarias.

Es importante destacar que toda la signo sintomatología no solo no retrotrae, sino que avanza y empeora y de no mediar un tratamiento oportuno pone en juego la vida del paciente.

- ✓ GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA PARA EL MÉDICO INTERNISTA. Felipe Melgar Cuellar. Eduardo Penny Montenegro©2012 Sello La Hoguera Investigación

Clasificación del abdomen agudo

Abdomen Agudo Médico	
Tipos	Factores Etiopatogénicos
Abdominal	<p>a)- Isquemia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Por vasculitis necrotizantes en vasos de pequeños calibres.• Por Púrpura de Schönlein-Henoch (vasculitis de venas postcapilares y arteriolas causadas por drogas, infecciones, enfermedades del colágeno y neoplásicas). <p>b)- Inflamación peritoneal no infecciosas: como las serositis de enfermedades como el Lupus.</p> <p>c)- Inflamaciones viscerales: Hepatitis, hepatomegalias o tumorales, etc.</p>
Torácico	<p>a)- Neumonías de base: donde se afecta la pleura parietal diafragmática.</p> <p>b)- IAM de cara basal o inferior.</p> <p>c)- Pericarditis.</p>
Metabólico	<p>a)- Intoxicación por plomo (se caracteriza porque a la palpación profunda deja de doler)</p> <p>b)- Porfirias: resultan del metabolismo del HEM a nivel del bazo y la acumulación de las porfirinas que producen peritonitis.</p> <p>c)- Cetoacidosis diabéticas: genera una distensión de la cápsula de Glisson por inflamación hepática, sitio donde se produce el reservorio de glucosa.</p> <p>d)- Insuficiencia suprarrenal: dolor abdominal que irradia al dorso y que se acompaña con fiebre e hipertensión arterial.</p>
Neuríticas	Herpes Zoster: por afectación de los nervios abdominogenital mayor y menor

Abdomen Agudo Quirúrgico			
Tipos	Signos y Síntomas más característicos	Radiografía	Causas
Inflamatorio	Defensa. Fiebre. Reacción peritoneal	Íleo.	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis • Colecistitis litiásica o alitiásica. • Colangitis. • Diverticulitis
Obstrutivo	Distensión abdominal Vómitos	Niveles.	<ul style="list-style-type: none"> • Bridas. • Tumores
Perforativo	Abdomen "En tabla"	Neumoperitoneo (Cúpulas diafragmáticas con aire).	<ul style="list-style-type: none"> • Perforaciones de Ulceras gastroduodenales. • Divertículos. • Ca. de colon. • Perforación visceral por trauma.
Hemorrágico	Hipogastralgia Sínd. lipotímico	Borramiento del psoas (Por esmerilado correspondiente a la sangres acumulada en la cavidad)	Embarazo ectópico complicado.
Vascular			Obstrucción de la arteria mesentérica.

CAPITULO II

Fisiopatología del dolor abdominal

El dolor abdominal obedece a tres distintos orígenes y vías de propagación:

a)-Dolor Visceral.- Se origina en órganos peritoneales que están recubiertos por a. peritoneo visceral. Los receptores dolorosos se ubican en la pared muscular de las vísceras huecas y en la capsula de los órganos macizos. El estímulo es transmitido por las vías aferentes viscerales junto con los nervios simpáticos hasta las astas dorsales de la médula espinal, y de allí a los centros nerviosos superiores. Los receptores son sensibles al estiramiento o contracción de una víscera hueca (obstrucción de intestino delgado), la distensión de la cápsula de un órgano macizo (hepatitis, pancreatitis), la isquemia (trombosis mesentérica) o la inflamación (apendicitis, colecistitis). El dolor visceral es sordo, mal localizado, y puede percibirse en el abdomen a distancia de la víscera afectada. Con frecuencia se ubica en la línea media, debido a que ingresan a la médula espinal fibras nerviosas bilaterales.

Esta hiperalgesia visceral o sensibilización central que va a dar lugar al aumento de actividad de amplificación de dolor visceral al SNC está mediado por un proceso de tráfico de glutamato, receptores de glutamato, que desde el citoplasma de la célula salen y se colocan en las membranas resultando que los estímulos que van llegando de la periferia cada vez encuentran un mayor número de receptores postsinápticos de glutamato y por lo tanto los mismos impulsos aferentes cada vez van dando respuestas mayores post sinápticas. Este proceso de amplificación es lo que va a dar lugar a la sensibilización central. (*)

() Revista Sociedad Española del Dolor V.17 N° 7. Narón (La Coruña). Octubre 2010 Dolor visceral: Nociceptivo o neuropático Dr. Fernando Cerveró.*

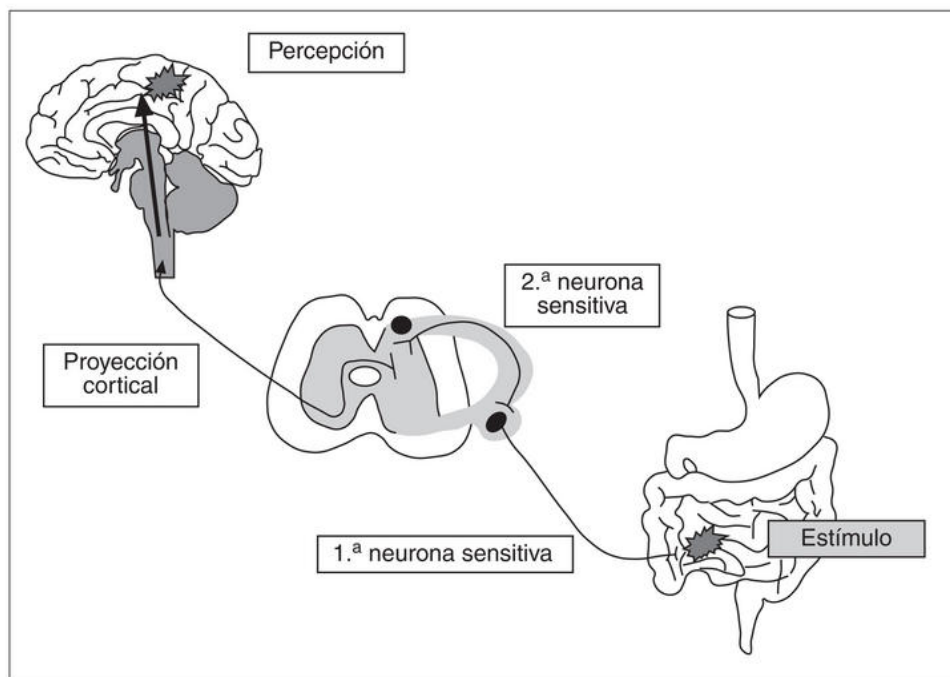
b)- Dolor Somático o Parietal.- se genera en el peritoneo parietal, al que inervan las fibras nerviosas espinales que abarcan los segmentos D6 a L1. El estímulo es inflamatorio y puede ser bacteriano (sepsis) o químico (jugo gástrico estéril por perforación de una ulcera duodenal).

Lo acompaña un espasmo reflejo de la musculatura del abdomen.

Se localiza en el sitio de la lesión, es intenso, de aparición brusca y se agudiza con los movimientos, la tos y la respiración. Ejemplo: la apendicitis aguda es un buen ejemplo de la neurofisiología del dolor, ya que comienza como dolor de tipo visceral, desencadenado por la obstrucción de la luz y la distensión de la pared del apéndice, y se percibe en el epigastrio. Si la enfermedad progresa y el proceso inflamatorio es transmural, estimula al peritoneo parietal y el dolor cambia a la fosa iliaca derecha, es intenso y con contractura muscular localizada.

c)- Dolor Referido.- Surge en estructuras viscerales y se percibe a distancia del órgano afectado. Lo conducen axones propioceptivos y termina en el asta dorsal, donde también convergen los estímulos conducidos por los axones somáticos aferentes de la piel. El cerebro no discrimina cuál axón ingresa el estímulo y proyecta la sensación a la piel.

d)- Dolor Psicogénico: El mecanismo es probablemente visceral, por alteraciones en el tono y la motilidad. Sin embargo puede haber un elemento cortical, central, que altere la percepción dolorosa generalmente agravándola como en la depresión. Quizá más apropiado que dolor psicogénico sea hablar de dolor funcional abdominal, ya que este conjunto de entidades es el diagnóstico final en cerca de la mitad de las consultas por dolor crónico o recurrente abdominal.



Origen del dolor abdominal

1)- Componente Mecánico: Existe tracción, distensión y estiramiento de las capas musculares de las vísceras huecas, cápsula, peritoneo, y vísceras macizas pero tiene que ser de manera brusca.

2)- Componente Inflamatorio: La liberación de mediadores citoquinas, prostaglandinas, producto del proceso inflamatorio e infeccioso provocan dolor.

3)- Componente Isquémico: La falta de irrigación ya sea por un proceso trombótico, o embólico secundario a una torsión de su pedículo vascular en el caso de apéndice, con liberación de metabolitos provoca dolor.

Las características más importantes del dolor son:

a)- Si es constante y continuo en el tiempo es característico de las patologías inflamatorias.

b)- Si es intermitente no hay dolor durante todo el proceso, es tipo cólico la intensidad es variable es característico de los procesos obstructivos.

Los síntomas acompañantes más relevantes son:

a)- Vómitos: En los procesos de estrangulación los vómitos son de aparición inmediata, en la oclusión tardíos, por irritación de los nervios del peritoneo, o mesenterio.

b)- El hábito intestinal alterado: con falta de eliminación de gases acompaña casi siempre a los cuadros oclusivos.

CAPITULO III

Epidemiología

Según la revista colombiana de Cirugía de 2006 "El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente en ancianos y representa el 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias. De los ancianos que consultan a estos servicios, 50% requieren hospitalización y entre el 30 y 40% cirugía, en contraste con pacientes jóvenes, los cuales sólo aproximadamente 16% necesitarán intervención quirúrgica.

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.

Por otro lado la Revista Colombiana de Gastroenterología de 2003, en su estudio descriptivo, publica un 2,4 - 7 % de requerimiento hospitalario y quirúrgico en pacientes ancianos.

Datos epidemiológicos similares (14% de las causas de consulta) arrojan los estudios realizados y publicados en la revisión bibliográfica de la Revista Médica Hondureña de 1991.

Según un estudio descriptivo retrospectivo correspondiente al trienio 1995-1998 en Cuba y publicado en la Revista Cubana de ese país en 2002, resulta que la distribución etaria muestra que con el avance de la edad la frecuencia del abdomen agudo quirúrgico disminuye, a la vez que aumenta la mortalidad.

Por su lado la revista mexicana de 2007 publica cifras algo menor en relación a los ancianos que requieren cirugía, según su serie, con relación a los datos estudiados en Colombia.

En países desarrollados como el caso de España; estudios recientemente publicados en los Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Pamplona 2010; el análisis realizado ha evidenciado un incremento progresivo del número absoluto de las visitas a los centros de urgencias, siendo más frecuente en la población mayor de 65 años.

Los datos actualmente disponibles calculan que el paciente anciano representa más del 15-25% de las consultas de urgencia. En el área de salud de Pamplona, el porcentaje de urgencias hospitalarias atendidas en la población anciana durante el año 2008 osciló, en función del centro hospitalario, entre 20 y el 40% del total.

CAPITULO IV

Características del Abdomen agudo en el anciano

Desde hace muchos años se ha considerado al paciente anciano como un paciente de alto riesgo; no sólo por el deterioro biológico progresivo tales como la depresión del sistema inmune, disfunción del sistema neurohormonal y arteriosclerosis, sino también a la mayor prevalencia de enfermedades asociadas como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Diabetes Mellitus, etc. muchas de las cuales se encuentran influidas por el estilo de vida y los trastornos alimentarios.

La tendencia a no operar ancianos, asintomáticos o no, es peligrosa porque al posponer la intervención quirúrgica electiva por razones de edad y/o enfermedades asociadas, se eternizan los síntomas, empeoran las condiciones locales o generales del enfermo, aumentan el riesgo y la frecuencia de complicaciones de la enfermedad y, la mayor parte de las veces, resulta necesario operar de urgencia.

El dolor abdominal agudo es un desafío diagnóstico cuando se presenta en pacientes adultos mayores (1).

Importancia diagnóstica

Para establecer el diagnóstico de abdomen agudo en ancianos se deberá realizar una cuidadosa anamnesis para determinar con precisión los distintos puntos claves tales como:

- ✓ Tiempo y forma de inicio del dolor.
- ✓ Localización con progresión del dolor.
- ✓ Síntomas que exacerban el dolor tales como tos, movimiento, ingesta de alimentos.
- ✓ Uso de medicamentos.
- ✓ Otros síntomas: cardiopulmonares y/o genitourinarios.
- ✓ Patrón de irradiación del dolor.
- ✓ Síntomas asociados: náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, estreñimiento, síncope.
- ✓ Episodios previos.
- ✓ Cirugías previas.

Tanto la anamnesis como el examen físico pueden verse obstaculizados por diferentes factores inherentes a los antecedentes tales como:

- ✓ Deterioro en la memoria.
- ✓ Enfermedad cerebrovascular.
- ✓ Abuso de fármacos.
- ✓ Dificultad en la percepción y ubicación del dolor.
- ✓ Depresión.
- ✓ Hipoacusias.
- ✓ Temor a perder la autonomía.
- ✓ Temor a perder la situación económica.

Por otra parte los profesionales se enfrentan a situaciones tales como una población anciana que en muchos casos no permiten realizar una historia clínica adecuada por las dificultades en la comunicación y el tiempo que requiere su atención en sistemas de salud donde al parecer se valora más el número y la rapidez de atención que la profundidad diagnóstica.

El abdomen agudo quirúrgico en el anciano es cualitativamente distinto al del paciente más joven esta diferencia radica en la mayor frecuencia de oclusión intestinal, de enfermedades neoplásicas, litiásicas de la vía biliar, patologías ulcerosas y diverticulares complicadas; sumado a la gravedad de la peritonitis y gangrenas de órganos y miembros lo que se traduce en una mayor morbimortalidad (Tabla 1).

La presentación atípica de tales cuadros, el retraso diagnóstico por temor o falta de cooperación personal o familiar y el probable error diagnóstico médico, la postergación de un examen complementario o de una intervención quirúrgica inevitable que empeora la situación clínica y también quizá una actitud quirúrgica conservadora extrema que propicie la realización de una operación inapropiada. (1) (3) (4) (5) (9)

La tendencia a no operar ancianos, asintomáticos o no, es peligrosa porque al posponer la intervención quirúrgica electiva por razones de edad y/o enfermedades asociadas, se agravan los síntomas, empeoran las condiciones locales o generales del enfermo, aumentan el riesgo y la frecuencia de complicaciones de la enfermedad,

transformando lo que podría haber sido una cirugía programada en una cirugía de urgencia. (Tabla 2) (Tabla 3).

La edad no debería ser un obstáculo que impida adoptar una actitud diagnóstica y terapéutica racional, eficaz, con riesgo aceptable, dirigida al objetivo de cumplir los postulados de Keating, cuando menos los relativos a curar, paliar o aliviar el sufrimiento. (1) (2) (4) (6) (7) (8) (9).

Se ha demostrado que en los ancianos con abdomen agudo, la impresión diagnóstica inicial es incorrecta hasta en dos tercios de los pacientes (10) y la mortalidad en los octogenarios es 70 veces mayor que en los adultos más jóvenes (11). (Tabla 4)

Parece que el dolor abdominal agudo se vuelve asintomático con la edad (12). Las teorías que explican este fenómeno son el aumento de la secreción endógena de opiáceos, la reducción de la conducción nerviosa y el deterioro mental (13).

Las causas de dolor abdominal agudo también son diferentes. (Tabla 1)

La ubicación del dolor suele ser atípica en los ancianos. Por ejemplo un estudio sobre apendicitis aguda, un 21% de los pacientes con más de 60 años presentaban una distribución atípica del dolor, mientras que esto sólo se producía en un 3% de los pacientes menores de 50 años.

En un estudio de gran tamaño se demostró que la colecistitis aguda, y no un dolor abdominal inespecífico o apendicitis aguda, era la causa más frecuente (11).

En este grupo, se observó que un 10% de los pacientes mayores de 79 años presentaban un dolor de origen vascular, como isquemia mesentérica, embolia o infarto, una aneurisma aortoabdominal o un infarto de miocardio.

Un estudio multicéntrico demostró que un 2% de los pacientes de urgencias mayores de 70 años padecían cáncer (normalmente colorrectal en Europa y Estados Unidos y hepatocelular en las regiones tropicales) (11) como la causa del dolor, mientras que los pacientes menores de 50 años sólo presentaban cáncer como explicación en menos de un 1% de los casos (14).

La apendicitis aguda puede tener pocos signos abdominales evidentes (15) y, por lo tanto, puede llegar a gangrenarse y perforante con más frecuencia. Otros ya han señalado que la frecuencia de la apendicitis aguda disminuye con el incremento de la edad.

Se ha reportado que solo el 35% de casos de apendicitis aguda se presentan con una historia de apendicitis y el resto con un cuadro clínico larvado (16).

En los adultos mayores se han reportado rangos de perforación de apéndice del 40 al 70% de casos (16).

El diagnóstico preoperatorio en los adultos mayores difiere significativamente en certeza. Bigliosi y col. encontraron en un Servicio de Emergencia que en pacientes mayores de 65 años no se pudo llegar a un diagnóstico específico en 24% de casos (16).

Los síntomas y signos del abdomen agudo pueden ser leves o moderados (16) (17).

Se puede observar el cuadro clínico clásico, pero es frecuente la presentación clínica atípica (16) (17).

Es frecuente que los recuentos leucocitarios sean normales o con una leve desviación hacia la izquierda. (16) (17).

Con relación a la importancia de los signos vitales en la valoración diagnóstica y pronóstica, estos pueden estar alterados por las comorbilidades de base o por los medicamentos que consume el paciente.

Por consiguiente, los ancianos con abdomen agudo de etiología infecciosa o inflamatoria pueden no desarrollar taquicardia ni fiebre o tener tan solo una febrícula; no obstante, en un anciano con dolor abdominal concomitante con taquicardia e hipotensión se deben considerar diferentes afecciones como: Isquemia mesentérica, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, sepsis, hemorragia digestiva, pancreatitis severa, colangitis, IAM, y embolismo pulmonar.

Además no son raros los casos de infección severa que se manifiestan con hipotermia.

El vómito y la diarrea en el anciano pueden ser las manifestaciones de diversas enfermedades, de manera que el diagnóstico de gastroenteritis debe ser excluido. Sin embargo el vómito que precede al dolor abdominal aumenta la probabilidad de que se trate de una patología que requiera manejo quirúrgico.

Las causas a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial son: (16) (17) trombosis mesentérica, úlcera péptica perforada, apendicitis aguda, enfermedad diverticular complicada, obstrucción intestinal y patología vesicular.

Diversos estudios encuentran como principales causas de dolor abdominal a la obstrucción intestinal, la patología biliar y la apendicitis aguda (16).

Presentaciones típicas de las patologías quirúrgicas en el paciente anciano

a)- Enfermedades inflamatorias intraabdominales, como la diverticulitis, pueden presentar bastantes signos inespecíficos como la anorexia, la alteración del estado mental, poca fiebre o ninguna, dolor a la palpación relativamente débil y complicaciones en la fase final (Por ejemplo, absceso hepático). Incluso es posible que la perforación de una víscera no presente las manifestaciones graves típicas (13).

b)- Las posibles explicaciones para la escasez de dolor a la palpación en algunos casos son la alteración de la percepción sensorial, la utilización de fármacos psicotrópicos, analgésicos y corticoides, como así también, la ausencia de peritonitis química si el paciente es hipoclorhídrico (12).

c)- La localización de la perforación también es diferente con la edad. La perforación del colon es más frecuente que la úlcera péptica perforante o que la apendicitis, las dos causas más frecuentes de peritonitis generalizada en los pacientes más jóvenes (11).

d)- La úlcera gastroduodenal tiene una incidencia, una tasa de hospitalización y una mortalidad varias veces mayor en los ancianos, con hasta un 90% de mortalidad relacionada con la úlcera en pacientes de más de 65 años en Estados Unidos. Esto se debe a un aumento de la aparición de agentes dañinos, tales como: H. Pylori y AINES, dos factores que no parecen actuar de manera sinérgica y a un deterioro de los mecanismos de defensa (Por Ej. el descenso de los niveles de prostaglandinas en la mucosa).

e)- Puede que haya escasez o deformidad del clásico dolor epigástrico con pirosis de las manifestaciones temporales relacionada con la ingesta de alimentos y de los patrones típicos de irradiación (12). Un tercio de los pacientes ancianos internados con úlcera péptica no presentan dolor. Por consiguiente, los pacientes ancianos desarrollan con más frecuencia complicaciones como hemorragia o perforación.

f)- Las úlceras grandes benignas de los ancianos pueden parecer un cáncer debido a las características del síndrome como la pérdida de peso, la anorexia, la hipoalbuminemia y la anemia.

g)- A pesar del aumento de la morbilidad y de la mortalidad por hemorragia digestiva alta en los ancianos, se han publicado los criterios endoscópicos y clínicos que permitirían un tratamiento eficaz del paciente ambulatorio.

h)- Las manifestaciones más frecuentes de los cálculos biliares en los ancianos son la colecistitis y la colangitis aguda (12). La colecistitis en los ancianos puede presentar síntomas inespecíficos, entre los que se encuentran discapacidad mental y física. Puede que no se presente dolor, incluso en presencia de empiema de la vesícula biliar, provocando un retraso en la hospitalización.

i)- Las manifestaciones típicas de la colangitis pueden estar ausentes. Por lo tanto, los hemocultivos son claves para excluir una bacteriemia como la única evidencia de un conducto biliar infectado, que puede provocar una mayor mortalidad en los ancianos. Los pacientes ancianos que precisan una colecistectomía de urgencia presentan una tasa mayor de mortalidad que los pacientes jóvenes; sin embargo, se obtienen buenos resultados en las intervenciones programadas, aparte del mayor tiempo de intervención y de estancia hospitalaria después de la operación. De hecho no se debe negar la cirugía al paciente anciano sano con cólico biliar recurrente solo por la edad.

Se deben utilizar las intervenciones mínimamente lesivas como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la colecistectomía laparoscópica, siempre que sea posible.

j)- La frecuencia de las hernias y eventraciones estranguladas se acrecienta con la edad debido a:

- El ensanchamiento del tamaño de los orificios herniarios.
- La disminución del tono muscular.
- El aumento brusco de la presión abdominal por tos intensa, constipación y disuria.
- En el anciano aumenta en forma notable la proporción de hernias crurales.
- La disposición anatómica del orificio crural (pequeño, rígido y casi horizontal) permite que, durante un esfuerzo, un segmento del intestino pase con facilidad al interior del saco y que sea apresado por el borde afilado del ligamento de Gimbernat.

A continuación he realizado una tabla comparativa con estudios estadísticos de 5 países en donde se observa representada, la distribución por etiología, enfermedades asociadas, complicaciones y causas de muerte.

Tabla 1

Causas de abdomen agudo quirúrgico				
Cuba	México	Colombia	Honduras	Chile
Oclusión intestinal	Oclusión intestinal	Patología biliar	Patología biliar	Patología biliar
Colecistitis aguda	Apendicitis Aguda (porcentaje mucho menor que en jóvenes)	Obstrucción intestinal	Ileos mecánicos	Obstrucción intestinal
Úlcera péptica perforada	Patología Biliar	Defectos de la pared abdominal ulcera péptica perforada	Úlceras pépticas perforadas	Hernias complicadas
Apendicitis aguda	Ilio Biliar	Cáncer abdominal	Diverticulitis aguda	Úlcera péptica perforada
Diverticulitis perforada	Diverticulitis	Apendicitis aguda	Apendicitis aguda	Cáncer abdominal
Otras	Cáncer abdominal	Diverticulitis	Hernias complicadas	Apendicitis aguda

Tabla 2

Enfermedades Asociadas				
Cuba	México	Colombia	Honduras	Chile
Cardiopatía isquémica	Hipertensión arterial	Cardiopatías	No hay datos estadísticos en la búsqueda	Hipertensión arterial
Hipertensión arterial	EPOC	EPOC		Diabetes Mellitus
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Insuficiencia renal		Enfermedades neoplásicas
Neoplasia	Tabaquismo			Enfermedades cardiovasculares
EPOC	Alcoholismo			Insuficiencia renal crónica
Insuficiencia vascular periférica	Cardiopatías			Tabaquismo

Tabla 3

Complicaciones más frecuentes				
Cuba	México	Colombia	Honduras	Chile
Quirúrgicas			Sin datos estadísticos en la búsqueda	
Infecciones de la herida	Infecciones de la herida			Infecciones de la herida
Peritonitis				
Dehiscencia de anastomosis				
Evisceración				
Médicas				
Bronconeumonía	Bronconeumonía	Insuficiencia Cardíaca descompensada		Sepsis
Insuficiencia Cardíaca descompensada	Insuficiencia Renal Aguda	Bronconeumonía		Insuficiencia Renal Aguda
Hemorragia digestiva	ACV	Insuficiencia Renal Aguda		Insuficiencia Cardíaca descompensada
Insuficiencia Renal Aguda	Sepsis			Otras
Infarto Agudo de Miocardio				

Tabla 4

Causas de muerte				
Cuba	México	Colombia	Honduras	Chile
Sepsis	Sin datos estadísticos en la búsqueda			
Tromboembolismo Pulmonar				
Infarto Agudo de Miocardio				
bronconeumonía				
Insuficiencia Cardíaca Congestiva				

CAPITULO V

De lo descrito anteriormente surgirían las siguientes recomendaciones

En base al análisis de los datos bibliográficos y con el objetivo primordial de tratar de disminuir la mortalidad postoperatoria en los ancianos que son operados de urgencia por diagnóstico de abdomen agudo, es necesario establecer en los distintos servicios de cirugía de los centros médicos correspondientes, protocolos que permitan optimizar el manejo de este tipo de cuadros en pacientes geriátricos.

- Poder llegar a un diagnóstico certero y rápido, como así también, temprano, ya que la tardanza en diagnosticar este tipo de patológica aguda, pone en peligro la vida del paciente.
- El diagnóstico es más difícil en los ancianos, ya que estos pacientes presentan "cambios seniles" que, a la vez, podrían dificultar obtener de ellos los datos clínicos esperables para este tipo de patología.
- La buena confección de una historia clínica completa y orientada, sumado a la solicitud criteriosa de algunos exámenes o procedimientos complementarios ayudarán al correcto diagnóstico.
- Tener en cuenta los procedimientos especiales como la paracentesis o el lavado peritoneal diagnóstico que se puede usar para hacer "citología peritoneal" y la "Laparoscopia diagnóstica", están siendo utilizados en ciertos casos de duda diagnóstica.
- La tecnología moderna está permitiendo usar aparatos sofisticados para ultrasonido y tomografía axial computada (TAC) y/o centellografía de glóbulos blancos marcados, en casos de abdomen agudo de diagnóstico difícil y/o dudoso.

- Es importante tener en cuenta evitar exploraciones quirúrgicas (laparotomías) innecesarias. Definitivamente los ancianos tienen mayor riesgo anestésico que los adultos y jóvenes, por lo tanto, cualquier laparotomía exploradora implica de por sí un riesgo.
- Si el paciente anciano llegara a necesitar ser explorado quirúrgicamente, luego de un diagnóstico certero rápido y/o precoz, es muy importante que se encuentre en óptimas condiciones. Para ello es menester prepararlo adecuadamente para el acto quirúrgico. Este mismo proceso patológico abdominal agudo es capaz de provocar cambios en los mismos órganos así como en la homeostasis, metabólicas y/o hemodinámicas que deben ser todos corregidos rápida y correctamente antes del acto quirúrgico en un período de tiempo aceptable y prudencial.

En muchas oportunidades es necesario ser más conservador que agresivo, según el caso, en el manejo del paciente., ya que si se actúa siempre rutinariamente en forma agresiva en el quirófano, cuando se explora a estos pacientes, la vida de varios de ellos podría correr riesgo.

Ejemplos de manejo conservador como los postulados en la revista médica hondureña (1985-1986 y 1988), podrían ser de gran ayuda en estos pacientes y serían los siguientes:

a)- Una "colecistitis aguda no complicada" puede ser perfectamente manejada con antibióticos, sin necesidad de una colecistectomía de urgencia y así evitarse una operación innecesaria en un paciente anciano, aún sin ser de alto riesgo, para luego programar un colecistectomía diferida cuando el paciente ya esté bien recuperado del cuadro abdominal agudo y, por lo tanto, en mejores sino óptimas condiciones para ser anestesiado.

b)- También, una "colecistitis aguda severa y/o complicada" puede ser manejada en forma conservadora, especialmente en aquellos pacientes ancianos de alto riesgo anestésico en el acto quirúrgico, con la realización de una colecistostomía con sonda, en

vez de una colecistectomía difícil o prolongada que podría aumentar la morbimortalidad postoperatoria.

c)- Una "úlcera péptica perforada" puede también ser manejada de manera conservadora, es decir, sin cirugía; con descompresión gástrica (con SNG), restitución de líquidos y electrolitos por vía endovenosa y antibióticos en ciertos pacientes ancianos de alto riesgo anestésico.

d)- La misma "úlcera péptica perforada" puede ser manejada en forma conservadora en el acto quirúrgico con un simple cierre primario con o sin parche en vez de hacer una operación definitiva sin tener la capacidad o destrezas técnicas o la preparación y/o experiencia para ello, especialmente si el caso es de alto riesgo.

e)- La mayoría de las "diverticulitis agudas no complicadas" son o pueden ser manejadas conservadoramente con antibióticos.

f)- Pero aquellos casos específicos de "perforación" de una diverticulitis aguda que provoque una peritonitis fecal, deben ser manejadas quirúrgicamente de urgencia y de preferencia en forma conservadora con la operación de "Hartmann", en aquellos casos técnicamente difíciles o en pacientes de alto riesgo, especialmente si son ancianos.

g)- Una apendicitis aguda complicada con, o que ha evolucionado a, un "plastrón apendicular" sin absceso, puede ser manejada con antibióticos, con lo cual también estaría evitando una laparotomía de urgencia e innecesaria en un anciano; o en el caso de que si exista asociado al plastrón un "absceso apendicular" evidente, éste podría ser también manejado en forma conservadora durante el acto quirúrgico con un simple drenaje del absceso, en vez de con una apendicetomía que técnicamente podría ser de riesgo y provocar una mayor morbimortalidad.

Por otro lado, en casos específicos y evidentes de "Íleos mecánicos oclusivos estrangulados" como por ejemplo en los vólvulos o en las bridas, así como en las más frecuentes bridas y/o adherencias postoperatorias, o de "íleos vasculares severos", con sospecha o evidencia de gangrena intestinal, lo que definitivamente salvará al paciente,

especialmente si es anciano, será el diagnóstico certero rápido y/o temprano que permitirá, a la vez, que el cirujano tratante tome la decisión de operar tempranamente, es decir, actuará agresivamente y con ello se reducirá la mortalidad postoperatoria en estos difíciles casos.

Hacer uso de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos, cuando sea necesario. Si existe la posibilidad de usar una unidad de este tipo, ésta recomendación podría ser crucial en el manejo postoperatorio de estos delicados y frágiles pacientes, especialmente si son cardiopatías o nefropatías, padecen de EPOC o tienen diabetes descontrolada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Membreño A., Hiza S. y Mejía-Lemus S.: "Colecistotomía con sonda en Colecistitis Aguda. La alternativa menospreciada"; Revista Médica Hondureña, 56:128, 1988.

Membreño-Padilla A. A.: "Perforaciones espontáneas de vísceras huecas del tubo digestivo. Manejo quirúrgico moderno"; Revista Médica Hondureña, 58:230, 1990. II. Membreño A. Alcerro J. C. y Barahona A.: "Ileostomía con Sonda. ¿Es ésta la mejor alternativa en el manejo quirúrgico de las perforaciones tifólicas?"; Revista Médica Hondureña, 54:221, 1986.

Deras J .L y Membreño- Padilla A.A.: "Manejo del Plastrón Apendicular. ¿Conservador o Agresivo?"; Revista Médica Hondureña; 197, 1985.

Conclusión

El aumento de la esperanza de vida de nuestro país, nos permite llegar aproximadamente hasta la edad de 74 años, esto como consecuencia de una mejor calidad de vida y el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, esto a su vez permite que se desarrollen patologías de tipo crónico en la población mayor de 65 años, haciendo que se enfrenten los médicos a situaciones cada vez más desafiantes, puesto que la patología quirúrgica del abdomen agudo por sí sola conlleva a una alta morbilidad y mortalidad, aunado a las diversas patologías que de base presenta el paciente geriátrico hacen aún mayor el índice de complicaciones y mortalidad.

Es por eso la importancia de analizar y comprender el comportamiento de este grupo poblacional, para proporcionar la atención médica y así brindar una mejor calidad en su atención y disminuir sus complicaciones.

Reviste carácter de importancia poder contar con un estudio de las patologías que conforman el abdomen agudo, para así proveer a los servicios de salud los recursos necesarios para la atención de este grupo de pacientes.

Luego de esta revisión bibliográfica, se concluye que la mortalidad es significativamente mayor en los ancianos con respecto a los jóvenes, como así también, el número de las patologías asociadas constituye un factor de riesgo que favorece la presencia de complicaciones y, dada la fragilidad de la homeostasis típica del anciano, su tiempo de estancia intrahospitalaria se prolonga, lo que trae aparejado un riesgo aún mayor que es el de contraer una infección intranosocomial con todo lo que esto implica. Con base en lo anterior, se torna imperante comprender adecuadamente la fisiología del envejecimiento, pues el éxito de cualquier manejo o terapéutica, ya sea médica o quirúrgica se logra con el conocimiento de las limitaciones que presentan los distintos órganos y sistemas con la edad.

Del análisis de la bibliografía extranjera revisada se puede concluir lo siguiente:

- a)**- La edad cronológica no debería contraindicar la cirugía.
- b)**- El abdomen agudo quirúrgico suele ser la causa más frecuente de cirugía de urgencia en el anciano.

- c)**- Por razones debida a los cambios fisiológicos que suceden con la edad, en los pacientes ancianos, el abdomen agudo quirúrgico es más difícil de diagnosticar que en jóvenes o adultos.
- d)**- La automedicación puede ser causa de demora a la consulta profesional.
- e)**- La causa más frecuente de abdomen agudo son casi opuestas a las que se ven en pacientes jóvenes.
- f)**- Particularmente la apendicitis aguda disminuye en frecuencia con el incremento de la edad; no ocupando el primer lugar en la lista de causas de dolor abdomen agudo de urgencia o de emergencia en pacientes mayores de 65 años.
- g)**- La diverticulitis aguda sí se ve con relativa frecuencia en pacientes ancianos, como causa de dolor abdominal, pero que, a la vez, raramente es operada de urgencia o de emergencia.
- h)**- Las tasas de mortalidad postoperatoria aumenta gradualmente con la edad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Maristany, CA.; Rodríguez, S.; Mshana, K. Cirugía mayor en los ancianos. Revista Cubana de Cirugía 1984; 23 (5) p. 445-58.
 - 2- Wells SA, ed. Surgery in the elderly. Curr Probl Surg, 1998; 35 (2) p. 107-79.
 - 3- JM, del Nogal ML. Infección en el anciano. Medicine, 1995; 6 (77) p. 3429-36.
 - 4- Piriz A, Aladro F, Leguen J. Cirugía biliar en el anciano. Rev. Cubana Cirugía, 1991; 30 (1) p. 34-43.
 - 5- Piriz A, Suárez JD, Revé JP. Apendicitis aguda en el anciano. Revista Cubana Cirugía 1990; 29 (1) p. 87-95.
 - 6- López L, Valle J, Román F, García J. Endoscopia digestiva alta de urgencia en enfermos geriátricos. Revista española de Geriatria y Gerontología 1986; 21(2) p. 85-9.
 - 7- Guerra E, Uriarte J. Cirugía en los pacientes de edad avanzada. Revista Cubana de Cirugía 1977; 16 (6) p. 545-52.
 - 8- Cepero JM, Vidal L, López A. Morbilidad y mortalidad quirúrgica de urgencia en el anciano. Revista Cubana Cirugía 1990; 29 (4) p. 598-605.
 - 9- Díaz C, López P, Varo E, Rufián S, Padillo FJ, Leva M, et al. Diverticulitis de colon: Análisis de 78 pacientes. Cirugía Andaluza 1991; 2(3) p. 23-6.
 - 10- Oliver N: Abdominal Pain in the elderly. J Clin Gastroenterol 1994; 19 p. 331-335.
 - 11- De Dombal FT: Acute Abdominal Pain in the Aged. Med Clin North Am 1998; 72 p. 1213-1224.
 - 12- Holt P: Approach to gastrointestinal problems in the elderly. In Yamada T (ed): Textbook of Gastroenterology. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1991 p. 882-899.
 - 13- Phillips SL, Burns GP: Acute Abdominal Disease in the aged. Medicin Clinic North Am 1988; 72 p. 1213-1224.
 - 14- Telfer S, Fenyó G, Holt PR et al: Acute Abdominal Pain in patients over 50 years of age. Scand J Gastroenterol 1988; 23 p. 47-50
 - 15- Hangos G. Thurzo R: Appendicitis in the aged. Gerontology Clinic 1961; p. 55-67.
 - 16- Ramírez-Ramos, A. "Trastornos digestivos en el adulto mayor". En: Principios de Geriatria y Gerontología. Varela, L. editor. Centro Editorial, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2005, p. 507-516.
 - 17- Ramírez-Ramos, A.; Rodríguez-Ulloa, C. Alteraciones y enfermedades del aparato digestivo en el anciano. Diagnóstico 1985; 15(2) p. 45-52.
- Tallis, Raymond C.; Fillit, Howard M. Brocklehurst 's of Geriatric Medicine and Gerontology 6° Ed. Tomo 2. Editorial Marbán.

- Revista Hospital Juárez de México 2007; 74 (3) p. 174-185.
- Revista Cubana de Cirugía 2002; 41 (1) p. 23-7.
- Revista Colombiana de gastroenterología 18 (3) 2003.
- Revista Colombiana de Cirugía Vol. 21 N° 4.
- Revista Médica Hondureña- Vol. 59 1991.
- Anales del Sistema Sanitario de Navarra de Pamplona 2010; 33 (Supl. 1): 163-172.
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.