

Dolor abdominal agudo en el anciano en el Hospital de Caldas

Giovanna S. Parra, Felipe Marulanda, Mario Santacoloma, Mauricio Osorio, José A. Chacón

Resumen

Objetivos: determinar las enfermedades que causan dolor abdominal agudo, en pacientes mayores de 65 años que se presentaron al servicio de urgencias con este síntoma así como su presentación clínica, la correlación entre los diagnósticos de ingreso y egreso, la tardanza diagnóstica, la estancia hospitalaria y la morbilidad y mortalidad asociada.

Diseño: estudio descriptivo de casos incidentes durante 12 meses (marzo de 2000 a febrero de 2001), de los ancianos que consultaron al servicio de urgencias y se hospitalizaron a causa de dolor abdominal agudo no traumático.

Escenario: Hospital de Caldas, tercer nivel de atención.

Resultados: fueron 209 pacientes, 129 mujeres y 80 hombres, con una edad promedio de 75 años. Como principales causas se encontraron: enfermedad del tracto biliar (22,5%), enfermedad ácido péptica (20,6%) y enfermedades cardiovasculares (11%). Los síntomas asociados fueron inespecíficos (predominantemente 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%), predominantemente del grupo sometido a tratamiento quirúrgico (18 casos), y enfermedades concomitantes en 84% de los pacientes. La estancia hospitalaria promedio fue de 7.8 días.

Conclusiones: el diagnóstico del dolor abdominal agudo en ancianos es difícil por la falta relativa de síntomas y signos físicos. 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. Como las complicaciones son poco toleradas por los ancianos, se enfatiza en la importancia de su predicción y prevención.

Palabras claves: dolor abdominal agudo, etiología, manifestaciones, complicaciones, ancianos.

Summary

Objectives: to determine the causal illnesses of acute abdominal pain, in patients older than 65 years old that consult to the emergency service with this symptom, their clinical presentation, correlation between initial and definitive diagnosis, delay in diagnosis, hospital stay and morbidity and associate mortality.

Design: descriptive study of incident cases during 12 months (March of 2000 to February of 2001), of the ancient patients that consulted to the emergency service and were hospitalized because of none traumatic acute abdominal pain.

Scenario: Hospital of Caldas, third level of attention, Manizales, Colombia.

Results: there were 209 patients, 129 female and 80 male, with an average age of 75 years. As main causes of illness were biliary tract diseases (22.5%), peptic disease (20.6%) and cardiovascular diseases (11%). The associate symptoms were none specific (predominantly anorexia, nausea and vomit), only presenting physical signs in 66% of the cases; 66 patients (31.6%) of them required surgical treatment. There was correlation between the initial and the definitive diagnosis in 49.5%. Complications presented in 48.8% of the cases, with 28 patients as the global mortality (13.4%), predominantly in the group submitted to surgical treatment (18 cases), and concomitant diseases in 84% of the patients. The average hospital stay was of 7.8 days.

Conclusions: diagnosis of the acute abdominal pain in ancient patients is difficult because of the relative lack of symptoms and physical signs. Is evident the wide prevalence of the biliary tract disease and the peptic disease. In the patients submitted to surgical treatment there is a tendency to present higher complication and mortality rate. Complications are bad tolerated by the older patients, emphasizing the importance of their prediction and prevention.

Key Words: acute abdominal pain, etiology, clinical presentation, complications, ancient patients.

Rev Colomb Gastroenterol 2003;18:146-152.

Giovanna Suzette Parra Gil MD. Residente de Gastroenterología Clínica, Universidad de Caldas. Felipe Marulanda Mejía MD. Geriatra, Profesor Universidad de Caldas. Mario Santacoloma Osorio MD. Gastroenterólogo Clínico, Profesor Universidad de Caldas. Mauricio Osorio Chica MD. Cirujano General, Profesor Universidad de Caldas, Manizales. José Arnoy Chacón Cardona MD. MSP. Profesor Universidad de Caldas, Manizales.

Introducción

La proporción de la población anciana continúa creciendo en todo el mundo. Se ha estimado que individuos de 64 o más años, comprenden aproxima-

damente 13% de la población en los Estados Unidos en el año 2000 (1). En Colombia 7% tiene en la actualidad más de 60 años y para el año 2050 se estima que por lo menos uno de cada cinco colombianos tendrá más de 60 años. Según el DANE, en nuestro país existen 2.813.328 personas mayores de 60 años (DANE, 2000).

El dolor abdominal es un motivo de consulta común de los pacientes en los servicios de urgencias (2), a pesar de lo cual hay comparativamente poca información con respecto al espectro clínico de la enfermedad en estos pacientes y al resultado después de la admisión al hospital (3). Para todos los grupos de edad, un diagnóstico específico puede hacerse en menos de 65% de los casos. En ancianos, la evaluación puede ser aún más difícil, ya que sus síntomas con frecuencia están presentes durante mayor tiempo y son menos específicos, además de tener una probabilidad mayor de presentar enfermedades coexistentes que influyen en las indicaciones y resultados del tratamiento (2,4,5). Comparados con pacientes jóvenes, los ancianos también tienen más probabilidad de requerir hospitalización y cirugía de urgencia (2,4-7). Además, la tasa de mortalidad asociada con cada una de las enfermedades que causan dolor abdominal es mayor en la población anciana que ingresa en un hospital, presumiblemente a causa de unas manifestaciones más sutiles, el retraso en el diagnóstico y quizá lo más importante, a la gravedad de las enfermedades concomitantes (8,9). Es necesaria la identificación de las condiciones particulares en los pacientes ancianos con enfermedad abdominal aguda, con el fin de mejorar los resultados terapéuticos, el pronóstico y así lograr una atención médica más eficiente para este grupo de pacientes (4).

Materiales y métodos

Tipo de estudio. Se trata de un estudio descriptivo de casos incidentes

Población. Se investigó a los pacientes mayores de 65 años hospitalizados en salas generales del Hospital de Caldas, cuyo motivo de consulta fue dolor abdominal agudo no traumático. Se recolectaron 217 casos durante el período de un año.

Criterios de inclusión

1. Pacientes quienes consultaron por dolor abdominal agudo no traumático en el Hospital de Caldas.
2. Edad mayor de 65 años.

Criterios de exclusión

1. Se excluyeron 8 pacientes debido a que no se habían completado los estudios necesarios para llegar a un diagnóstico, quedando una población final de 209 pacientes.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis de frecuencia para cada una de las variables cualitativas y análisis de medias y desviación estándar para las variables cuantitativas. Las variables independientes se compararon entre factores y análisis por *Odd Ratio*. Se tomó como nivel de significancia estadística $p < 0,05$ y los métodos para su medición fueron Kruskal-Wallis, comparación de porcentajes, 2 y test exacto de Fisher. El software utilizado para la realización del análisis fue EpiInfo 6.4d.

Resultados

Durante los doce meses del estudio, se recolectaron 209 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 129 de sexo femenino (62%) y 80 de sexo masculino (38%), con un promedio de edad de 75 años y una desviación estándar de 6,8 (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo con edad y sexo

Grupos de edad	Femenino	Masculino	Porcentaje
65-75 años	72	43	55
76-85 años	50	32	39,3
> 86 años	7	5	5,7
Total	129	80	
Porcentaje	61,7	38,3	

Las enfermedades causantes del dolor abdominal agudo en orden de frecuencia fueron enfermedad del tracto biliar (colecistitis aguda, coledocolitiasis, ascáris en el colédoco en seis casos, pancreatitis, Odditis, colangitis); enfermedad ácido - péptica (úlceras duodenal, úlcera gástrica, esofagitis péptica, gastritis y duodenitis); enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio en tres casos, aneurismas aórticos, cuatro de ellos rotos, isquemia mesentérica, congestión hepática pasiva, tromboembolismo pulmonar); defectos de pared (hernia umbilical, hernia inguinal, hernia epigástrica y eventraciones); infecciones (neumonías, infección de vías urinarias, enfermedad diarreica bacteriana, herpes zoster); neoplasias (estómago, vesícula y vía biliar, páncreas, vejiga, recto, ovario); parasitarias (colitis amibiana y por *Blastocystis hominis*); perforación de víscera hueca (úlceras pépticas en cuatro casos, íleon, colon, vejiga); obstrucción mecánica (bridas, impactación fecal, vólvulus). En sólo dos casos no se determinó la causa del dolor abdominal a pesar de un estudio adecuado (0,9%) (Figura 1 y Tabla 2).

Entre la sintomatología que se presentó con mayor frecuencia acompañando al dolor abdominal se encontró anorexia, náuseas y vómito (Tabla 3). Al examen físico no se encontraron signos positivos en 71 pacientes (44%), de los cuales 59 fueron del grupo de tratamiento médico (42%) y 12 del grupo de tratamiento quirúrgico (19%), $p < 0,01$. En los pacientes

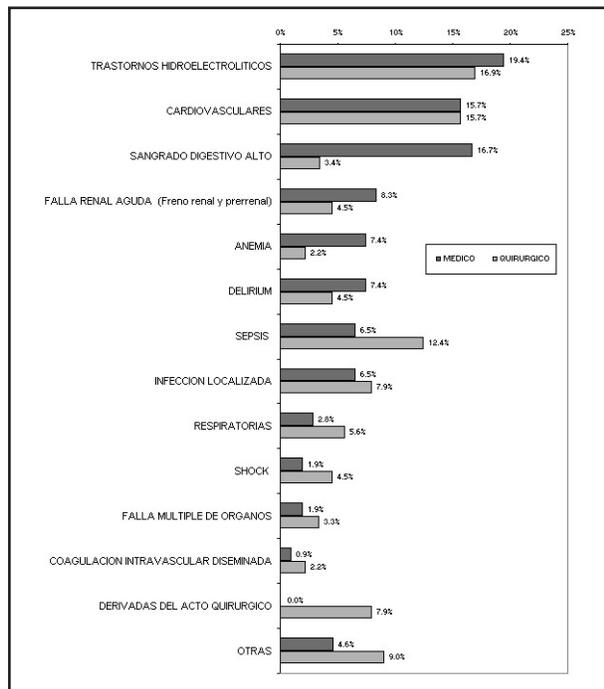


Figura 1. Distribución y diagnóstico etiológico global.

Tabla 2. Distribución por etiología y modalidad de tratamiento del dolor abdominal.

Diagnóstico	Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Enfermedad biliar	16	11,2	31	47	<0,05
Enfermedad ácido péptica	42	29,4	1	1,5	<0,001
Enferm. cardiovasculares	20	14	3	4,5	<0,05
Defectos de pared	6	4,2	15	22,7	<0,001
Infecciones	19	13,2	0	0	<0,001
Neoplasias	13	9,1	5	7,6	NS
Parasitarias	13	9,1	0	0	<0,05
Perforación víscera hueca	0	0	8	12,2	<0,001
Obstrucción mecánica no neoplásica	9	6,3	1	1,5	NS
Otras	5	3,5	2	3	NS

Tabla 3. Sintomatología asociada al dolor abdominal.

Síntomas	Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Anorexia	125	21,3	53	25,1	NS
Náuseas	110	18,7	53	25,1	NS
Vómito	82	14	38	18	NS
Flatos	67	11,4	16	7,5	NS
Hematemesis, melenas, enterorragia	51	8,7	4	2	<0,001
Constipación	37	6,3	15	7,1	NS
Diarrea	36	6,1	7	3,3	<0,05
Ictericia, acolia, coluria	22	3,8	12	5,7	NS
Disnea y tos	20	3,4	1	0,5	<0,05
Síntomas urinarios	13	2,3	4	2	NS
Otros	24	4	8	4,2	NS

sometidos a tratamiento quirúrgico, el dolor fue más severo ($p < 0,05$), y se presentó con mayor frecuencia abdomen en tabla ($p < 0,05$), al igual que hipoperistaltismo, aunque este signo no mostró diferencia estadísticamente significativa frente al grupo de tratamiento médico. Otros signos como fiebre, taquicardia y polipnea se presentaron en una baja proporción de los pacientes, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de tratamiento. El 37,3% de los pacientes tenía bajo peso. Aproximadamente la mitad de los pacientes en ambos grupos tenía episodios previos de dolor similar al del cuadro clínico actual (Tabla 4).

El tiempo promedio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento de consulta fue de 4,25 días con una desviación estándar de 4,3 días. El tiempo promedio empleado para el diagnóstico definitivo desde el ingreso al hospital fue de 27,5 horas con una desviación estándar de 51,44. El retardo en la consulta no incidió en que se presentara mayor número de complicaciones ($p > 0,05$) y tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la tardanza diagnóstica en los pacientes que presentaron complicaciones. La estancia hospitalaria promedio fue de 7,8 días con una desviación estándar de 8,7 días. Los pacientes que presentaron complicaciones tuvieron una estancia promedio de 9 días con una desviación estándar de 10,8 días, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$), frente al grupo que no presentó complicaciones (Tabla 5).

La correlación entre el diagnóstico presuntivo de ingreso y el diagnóstico final de egreso se presentó en 94 pacientes (49,5% de los casos). Se presentaron complicaciones en 102 casos, lo que representa 48,8%, con una mortalidad global de 28 casos, equivalente a 13% (Tabla 6). En ambos grupos de tratamiento las principales complicaciones presentadas fueron trastornos hidroelectrolíticos (hipokalemia, hipernatremia y deshidratación), complicaciones cardiovasculares (falla cardíaca, isquemia coronaria, arritmias y crisis hipertensiva) y sangrado digestivo alto (Figura 2).

Entre las complicaciones identificadas durante la hospitalización, la sepsis fue la única que representó una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de tratamiento ($p < 0,05$). Los pacientes que presentaron complicaciones tuvieron

Tabla 4. Signos encontrados en los pacientes con dolor abdominal.

Signos	Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Distensión abdominal	23	16,1	19	17,3	NS
Defensa abdominal involuntaria	16	11,2	25	22,7	NS
Signos respiratorios (disnea, sibilancias, etc.)	16	11,2	3	2,7	NS
Irritación peritoneal	10	7,0	13	11,8	NS
Murphy	9	6,3	16	14,6	NS
Abdomen en tabla	2	1,4	5	4,6	<0,05
Hepatomegalia dolorosa	7	4,9	0	0	NS
Deshidratación	7	4,9	2	1,8	NS
Masa abdominal	4	2,8	4	3,6	NS
Masa de pared abdominal	3	2,1	12	10,9	<0,001
Defensa voluntaria	5	3,4	2	1,8	NS
Peristaltismo					
Ausente	1	0,7	3	4,5	NS
Aumentado	16	11,2	7	10,6	NS
Disminuido	19	13,4	28	42,4	NS
Intensidad del dolor					
Leve	7	4,9	1	1,5	NS
Moderado	63	44,1	19	28,8	NS
Severo	72	50,4	46	69,7	<0,05
Episodios previos de dolor					
SI	69	48,3	33	50	NS
NO	74	51,7	33	50	NS
Temperatura					
< 38°C	136	95,1	61	92,4	NS
38°C	7	4,9	5	7,6	NS
Frecuencia cardíaca					
<100 x'	125	87,4	57	86,4	NS
100 x'	18	12,6	9	13,6	NS
Peso					
< 50 Kg.	62	43,4	16	24,2	NS
50 Kg.	81	56,6	50	75,8	<0,05
Frecuencia respiratoria					
< 26 x'	115	80,4	51	77,3	NS
26 x'	28	19,6	15	22,7	NS

Tabla 5. Tiempo transcurrido hasta la consulta y la realización del diagnóstico, estancia hospitalaria.

	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	P
Tardanza para la consulta desde el inicio de síntomas			
Promedio	4,1 días (D.E 4,35 días)	4,5 días (D.E 4,3 días)	NS
Percentil 50	2,7 días	3,7 días	
Tiempo promedio para dx desde el ingreso al hospital			
Promedio	28,7 horas (D.E 57,8 horas)	25 horas (D.E 34,3 horas)	NS
Percentil 50	15 horas	13,5 horas	
Estancia hospitalaria			
Promedio	6,6 días (D.E 7,7 días)	10,4 días (10,15 días)	<0,001
Percentil 50	4 días	7,5 días	
Estancia hospitalaria			
Con complicaciones	10 días (D.E 9,98 días)	14 días (D.E 11,8 días)	<0,05
Sin complicaciones	3,9 días (D.E 3,2 días)	5,5 días (D.E 3,6 días)	=0,01

Tabla 6. Correlación entre diagnóstico inicial y final. Frecuencia de complicaciones y mortalidad.

	Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Correlación entre diagnóstico inicial y final					
SI	65	45,5	29	43,9	NS
NO	78	54,5	37	56,1	NS
Complicaciones durante la hospitalización					
SI	64	44,7	38	57,6	NS
NO	79	55,3	28	42,4	NS
Mortalidad					
SI	10	7	18	27,3	<0,001
NO	133	93	48	72,7	<0,001
Mortalidad					
Con complicaciones	9	6,3	18	27,3	<0,001
Sin complicaciones	1	0,7	0	0	NS

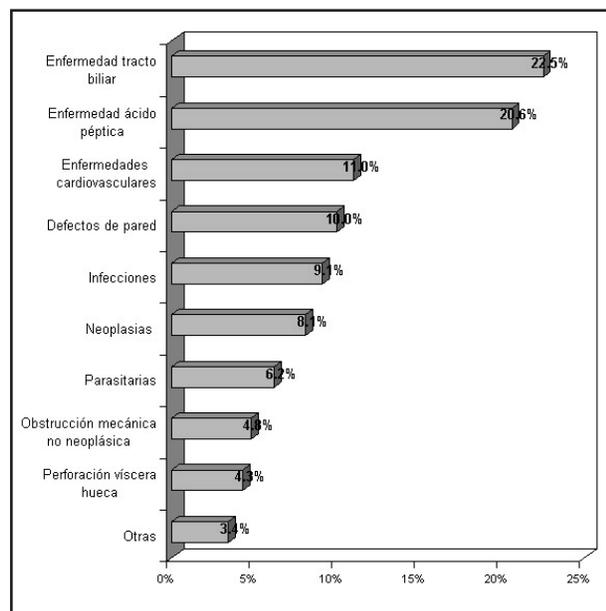


Figura 2. Distribución porcentual de las complicaciones intrahospitalarias.

alto riesgo de mortalidad, con un odd ratio de 38,16 (Intervalo de confianza de Cornfield al 95% de 5,27 < OR < 784,16) y $p < 0,001$.

Se evidenció comorbilidad en 84% de los pacientes, 125 del grupo de tratamiento médico (87%) y 51 del grupo de tratamiento quirúrgico (77%). Esta se determinó con base en los antecedentes personales y en la evaluación general del paciente. En ambos grupos de tratamiento las principales enfermedades asociadas fueron: hipertensión arterial, enfermedad coronaria y cardiopatías (de origen valvular, hipertensivo e isquémico) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. No se presentó diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de tratamiento médico y quirúrgico.

Discusión

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales urbanos (8-10) y para los ancianos se encuentra entre los primeros cinco motivos de consulta (1,11).

Las principales causas de dolor abdominal agudo encontradas en el presente estudio fueron enfermedad del tracto biliar, enfermedad ácido péptica y enfermedades cardiovasculares. La enfermedad del tracto biliar es descrita como la principal causa en la literatura revisada (2,4,8,11-16); 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 (2,4,8,9,11,15-17).

Así mismo, en la literatura se describe al dolor abdominal inespecífico o de origen indeterminado como uno de los diagnósticos finales más comunes en los pacientes ancianos y en todos los grupos de edad (2,8,18-21), sin embargo en este estudio sólo en dos pacientes (0,9% de los casos) no se pudo determinar la causa del dolor a pesar de un estudio adecuado. Esto podría atribuirse al hecho de que se incluyeron sólo los pacientes hospitalizados, mientras que en varios de los estudios citados se tuvieron en cuenta tanto los pacientes hospitalizados como los pacientes que consultaron por dolor abdominal pero que no requirieron hospitalización y fueron dados de alta sin determinar la causa del dolor.

Se encontró además, que 31,5% de los ancianos con dolor abdominal agudo tenían patologías que requirieron tratamiento quirúrgico, cifra semejante a la descrita en estudios previos donde se reseña que

aproximadamente un tercio de los ancianos que consultan por dolor abdominal agudo a los servicios de urgencias en Estados Unidos tienen desórdenes que requieren cirugía de urgencia (2,9,22).

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 y aunque la presencia de signos positivos fue más frecuente en el grupo que recibió tratamiento quirúrgico, sólo la severidad del dolor y la presencia de abdomen en tabla mostraron diferencia entre los dos grupos de tratamiento, los cuales podrían predecir la necesidad de cirugía.

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 médica conlleva así mismo, a un retardo en el diagnóstico y una mayor tasa de complicaciones (7,14,23-25). 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 (5,8,26). Al igual que lo descrito en la literatura, los pacientes del estudio se tardaron para acudir a la consulta; sin embargo, el análisis estadístico no demostró que esto modificara el tiempo requerido para llegar al diagnóstico final, ni tuvo influencia en la presentación de un mayor número de complicaciones.

Bugliosi (2), encontró que en la atención de urgencias se realizaba un diagnóstico específico en 76% y Kizer (9) en 79% de los casos, cifras muy por encima de lo encontrado en este estudio que fue de 49,5%. Sin embargo, los escenarios de estos estudios fueron el Hospital de Veteranos de Washington y Mayo Clinic respectivamente, lo cual sugiere que la tecnología y mayor disponibilidad de estudios diagnósticos, incrementara la posibilidad de un acercamiento diagnóstico específico desde la evaluación de urgencias.

Con respecto a las complicaciones, estas se presentaron en 48,8% de los pacientes, con una mayor aparición en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico (57,6%) y como factor determinante de mortalidad. Broders (12) describe 12% de complicaciones, aunque en este estudio se describe sólo enfermedad del tracto biliar sometida a tratamiento quirúrgico; Kim (17) describe complicaciones postoperatorias en 611% de los ancianos sometidos a cirugía por abdomen agudo sin que esta alta proporción influyera en la mortalidad; Fenyö (4) describe 46% de complicaciones en pacientes llevados a cirugía de urgencia.

Kizer (9) describe una morbilidad global de 45% relacionada con el cuadro agudo en pacientes en los

cuales no hubo correlación entre diagnóstico inicial y final, esta última similar a la hallada por nosotros (48,8%), sin embargo no encontramos diferencia en cuanto a morbilidad y correlación diagnóstica. Kettunen (16) 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 cardíaca y pulmonar y al hecho de que las complicaciones se toleran pobremente por los ancianos (27).

La estancia hospitalaria promedio de los pacientes fue de 7,8 días, siendo más prolongada en los que presentaron complicaciones, mostrando diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con respecto a los que no las presentaron. Estos hallazgos son similares a los de Fenyö (4) quien además de las complicaciones encontró factores sociales que influyeron en la prolongación de la estancia. Miettinen (15) encontró una estancia hospitalaria promedio de 12,5 días y Kettunen (16) de 12 días, pero no aclaran los factores que influyeron en esta duración.

La mortalidad global encontrada en este estudio fue de 13,4%, con una mortalidad postoperatoria muy alta de 27,3%. Abi-Hanna (8) describe una mortalidad global de 5,82%, muy por debajo de la nuestra, con sólo una muerte postoperatoria, atribuyendo la mortalidad a las complicaciones, al retraso en el diagnóstico y a las enfermedades asociadas. Kim (17) describe una mortalidad postoperatoria de 5,6%, y aunque en sus pacientes se presentaron mayor número de enfermedades concomitantes, neoplasias, anomalías electrocardiográficas, necesidad de cuidado intensivo y transfusiones y mayor número de complicaciones, estos factores no modificaron la mortalidad. Kettunen (16) encontró una tasa de 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 (4) 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). La edad del paciente y la tardanza en la consulta no influyeron en el estudio. 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.

Brewer (21) encuentra una mortalidad global de 8,4% comparada con 0,6% en pacientes por debajo de 65 años, haciendo énfasis que los viejos tienen mayor mortalidad frente a los jóvenes en este tipo de patologías, no obstante, nosotros no podemos hacer esta afirmación ya que no incluimos pacientes menores de 65 años.

Se identificaron enfermedades crónicas concomitantes en 84% de los pacientes, siendo más frecuentes las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Fenyö (4) encontró enfermedades asociadas en 65% de los pacientes con predominio de enfermedades cardiovasculares, Kizer (9) 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 (17), 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.

Conforme la población envejece, un número cada vez mayor de pacientes tendrá cuadros abdominales agudos que requieran atención. 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. Los problemas quirúrgicos en éste también tienden a causar más rápidamente la muerte que en los de menor edad y ello destaca una vez más la necesidad de un diagnóstico rápido en el individuo anciano que acude al médico por dolor abdominal (23-28).

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 (14, 21, 23, 24,28).

Las complicaciones son poco toleradas por los ancianos, enfatizando la importancia de su predicción y prevención (4,23,27).

Agradecimientos

Al personal del Hospital de Caldas, especialmente al grupo médico del servicio de urgencias por su

gentil colaboración, al igual que al grupo de residentes de Cirugía General y Medicina Interna de la Universidad de Caldas, especialmente al Dr. Rubiel Darío Soto Betancur por su colaboración en la recolección de la información.

Referencias

1. 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.
2. Bugliosi TF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 1383-1386.
3. Irvin T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989; 76:1121-1125.
4. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly, Experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982; 143: 751-754.
5. Kauvar DR. The geriatric acute abdomen. *Clin Geriatr Med* 1993; 9: 547-558.
6. Eliastam M. Elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 1222-1229.
7. Purcell TB. Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. *Clin Emerg Med* 1989; 7: 721-740.
8. Abi-Hanna P, Gleckman R. Dolor abdominal agudo: una urgencia médica en el anciano. *Mod Geriatr* 1998; 10: 9-11.
9. Kizer KW, Vassar M. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 357-362.
10. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: Stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1999; 13: 301-303.
11. 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.
12. Broders CW, Benavides RA. Acute cholecystitis in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1985; 1: 453-458.
13. Huber DF, Martin EW, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. *Am J Surg* 1983; 146: 719-722.
14. Balsano N, Cayten G. Surgical emergencies of the abdomen. *Clin Emerg Med* 1990; 8: 399-410.
15. 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.
16. Kettunen J, Paajanen H, Kostainen S. Emergency abdominal surgery in the elderly. [Abstract]. *Hepatogastroenterology* 1995; 42:106-8.
17. 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.
18. Hickey MS, Kiernan GJ, Weaver KE. Evaluation of abdominal pain. *Clin Emerg Med* 1989; 7: 437-451.
19. Gray DW, Collin J. Non-specific abdominal pain as cause of acute admission to hospital. *Br J Surg* 1987; 74:239-242.
20. 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.
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. Marco CA. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. [Abstract]. *Acad Emerg Med* 1998; 5: 1163-1168.
23. Bender JS. Cuadro abdominal agudo. *Med Clin* 1989; 4:1549-1558.
24. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Clin Emerg Med* 1996; 14: 615-627.
25. Parker JS, Vukov LE, Wollan PC. Abdominal pain in the elderly: use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease. *Fam Med* 1996; 28:193-197.
26. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994; 19:146-148.
27. Ergina PL, Gold SL, Meakins JL. Perioperative care of the elderly patient. *World J Surg* 1993; 17:192-198.
28. de Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. *J Clin Gastroenterol* 1994; 19:331-335.