

Caracterización clínica y epidemiológica de adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico

Clinical and Epidemiological characterization of older adults with a diagnosis of acute surgical abdomen

Felipe de Jesús López Catá ¹  , Miguel Alfredo Matos Santisteban ² , Idelvis Escobar Paz 

¹Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. ²Facultad de Ciencias Médicas “Celia Sánchez Manduley”. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba. ³Policlínico Docente Universitario Joaquín de Agüero y Agüero. Camagüey, Cuba

Recibido: 04/01/2021
Aceptado: 14/03/2021
Publicado: 19/04/2021

Palabras clave: Abdomen agudo; Adulto mayor; Dolor abdominal; Procedimiento quirúrgico.

Keywords: Acute abdomen; Older adults; Abdominal pain; Surgical procedure.

Citar como: López Catá CE, Matos Santisteban MA, Escobar Paz I. Caracterización clínica y epidemiológica de adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. UNIMED. 2021 [citado...];3(1). Disponible en: ...

RESUMEN

Introducción: el abdomen agudo es causa frecuente de hospitalización en pacientes geriátricos, con algunas particularidades en este grupo poblacional.

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente los adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con universo de 192 pacientes adultos mayores ingresados en el Servicio de Cirugía General con impresión diagnóstica de abdomen agudo. Las variables estudiadas fueron grupos etarios, sexo, etiología, complicaciones, riesgo quirúrgico, estado al egreso y tiempo de evolución de los síntomas. Los datos procedieron de historias clínicas y se procesaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: predominó el grupo etario de 60 a 69 años (44,3 %) y el sexo masculino (53,6 %). La principal causa de abdomen quirúrgico fue la oclusión intestinal (28,1 %), la infección de la herida quirúrgica como complicación frecuente (22,4 %), predominó el riesgo quirúrgico regular (57,3 %) y el estado de vivo al egreso (77,1 %). El 40,6 % de los individuos presentó una evolución de los síntomas de 48 a 72 horas.

Conclusiones: el abdomen agudo quirúrgico fue una entidad clínica frecuente en los pacientes masculinos que transitaban la sexta década de su vida. La oclusión intestinal constituyó una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico en este grupo poblacional. El riesgo quirúrgico bueno y regular se asoció con mayor supervivencia de los adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico.

ABSTRACT

Introduction: acute abdomen is a frequent cause of hospitalization in geriatric patients, some peculiarities in this population group.

Objective: to characterize clinically and epidemiologically older adults diagnosed with surgical abdomen.

Method: a longitudinal descriptive observational study was carried out with a univers o older adults patients admitted to the General Surgery Service with impression diagno acute abdomen according to inclusion and exclusión criteria. The data came from m records and were processed using descriptive statistics. The variables studied were groups, sex, etiology, complications, surgical risk, state at discharge, time of evoluti symptoms.

Results: the age group of 60-69 years predominated in 85 patients (44,3 %) and the ma in 103 (53,6 %). The main cause of surgical abdomen was intestinal occlusion (28, infection of the surgical wound as a frequent complication (22,4 %), regular surgical risk %) and the state of being alive at the time discharge (77,1 %). 40,6 % of the indivi presented an evolution of symptoms of 48-72 hours.

Conclusions: acute surgical abdomen is a frequent clinical entity in male patients who w their sixth decade of life. Intestinal obstruction is one of the main causes of acute su abdomen in this population group. Good and fair surgical risk is associated with longer su in older adults with acute surgical abdomen.

INTRODUCCIÓN

La población mayor de 60 años requiere de procedimientos quirúrgicos diferenciales por la presentación atípica de diferentes enfermedades, como las causantes de un abdomen agudo quirúrgico (AAQ). En este grupo poblacional el diagnóstico es más complejo y tardío, lo que incrementa las complicaciones y mortalidad. La mayoría de los casos están dados por cuatro causas: enfermedad bilio-pancreática, oclusión intestinal, hernia complicada de la pared abdominal y enfermedad ulcerosa péptica^{1,2}.

El abdomen agudo es una de las entidades médicas más comunes dentro de las enfermedades quirúrgicas y se define como la situación crítica con síntomas y signos abdominales graves que requiere un tratamiento médico o quirúrgico urgente ¹.

El manejo del paciente geriátrico en cirugía siempre ha representado un reto para el cirujano por considerarse este un paciente de alto riesgo debido a la concomitancia de varios factores como son la polimorbilidad, la depresión inmunológica y la involución de las funciones de diferentes aparatos y sistemas por la edad, por lo que ameritan una atención individualizada ^{2,3}.

En textos antiguos, se describen procesos abdominales agudos desde la época de Hipócrates; además existen reportes en la primera mitad del siglo XVIII sobre enfermedades abdominales intervenidas de urgencia, pero no es hasta finales del pasado siglo cuando John Deaver introdujo en la literatura médica el término abdomen agudo ⁴.

El AAQ en el anciano es cualitativamente distinto al del paciente más joven por la mayor frecuencia de oclusión intestinal, enfermedades neoplásica, litíásica de la vía biliar, ulcerosa y diverticular complicadas; por la gravedad de las peritonitis y gangrenas de órganos y miembros, y por la mayor morbilidad y mortalidad ¹.

El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente en ancianos y representa 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 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 ^{3,5}.

El gran envejecimiento poblacional a nivel mundial impone que los servicios de salud se enfoquen especialmente en este grupo vulnerable. En Cuba durante el año 2019 la población mayor de 60 años superó la cifra de 2 300 000 con una tasa de defunción de 47,2 por cada 100 000 habitantes. Las tres provincias con mayor número de adultos mayores son La Habana, Holguín y Santiago de Cuba, y en la provincia Camagüey el número supera los 75 000 habitantes ⁶. Se espera que para el 2025 Cuba sea el

país más envejecido de Centro América y en el 2050 podrá estar dentro de los cinco países del mundo más envejecidos ¹.

Tomando en cuenta que a pesar de la solidez de los conocimientos fisiopatológicos sobre los que descansa esta afección son aún altas sus tasas de morbilidad y mortalidad, se realizó la presente investigación con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente los adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en pacientes mayores de 60 años ingresados con AAQ y tratados en el Servicio de Cirugía General el Hospital Docente Universitario “Manuel Ascunce Doménech” de Camagüey en el período de tiempo comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2018.

El universo estuvo conformado por 192 pacientes que fueron admitidos en el servicio antes mencionado con la impresión diagnóstica de un abdomen agudo quirúrgico. Se estudiaron los pacientes intervenidos quirúrgicamente y cuyas historias clínicas estaban disponibles en el Departamento de Estadísticas del Hospital. Se trabajó con la totalidad del universo.

Las variables estudiadas fueron sexo, grupo etario en años, diagnóstico, complicaciones, tiempo de evolución de los síntomas, riesgo quirúrgico (realizado a partir de la evaluación clínica y el sistema creado por la Sociedad Americana de Anestesiólogos, conocida como ASA; donde para ASA1: riesgo bueno, ASA2: riesgo regular, ASA3 en adelante: riesgo malo) y estado al egreso. Se confeccionó un formulario de recolección de los datos, los cuales fueron obtenidos de las historias clínicas individuales. Los datos se introdujeron en una base de datos en el programa Microsoft Excel y su procesamiento se realizó por el programa estadístico Epidat 3.1. Los datos fueron llevados a una hoja de cálculo elaborada por la aplicación, se calculó la frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y Consejo Científico de la institución sanitaria Hospital Clínico-Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”. Toda la información de los pacientes se conservó bajo

principios de máxima confiabilidad, respeto al individuo, anonimato y con fines únicamente científicos, teniendo en cuenta los principios éticos de beneficencia dictados en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En la serie estudiada hubo predominio del grupo etario de 60-69 años con 85 pacientes (44,3 %) y del sexo masculino con 103 pacientes (53,6 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos etarios y sexo. Servicio de Cirugía General, Hospital Docente Universitario “Manuel Ascunce Doménech”, Camagüey. Enero de 2016 a diciembre de 2018

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60 – 69	40	20,8	45	23,4	85	44,3
70 – 79	32	16,6	29	15,1	61	31,7
80 – 89	14	7,3	20	10,4	34	17,7
90 y más.	3	1,6	9	4,7	12	6,3
Total	89	46,3	103	53,6	192	100

Fuente: Historias clínicas individuales

La oclusión intestinal constituyó la principal causa de abdomen quirúrgico (28,1 %), seguida por la colecistitis aguda con 37 pacientes (19,3 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según diagnóstico

Diagnóstico	No.	%
Oclusión intestinal	54	28,1
Colecistitis aguda	37	19,3

Apendicitis aguda	31	16,1
Úlcera perforada	28	14,6
Hernias Complicadas	20	10,4
Trombosis mesentérica	10	5,2
Pancreatitis aguda	8	4,2
Otros	4	2,1
Total	192	100

Se presentaron complicaciones en 76 pacientes, de ellas las infecciones de heridas quirúrgicas fueron las más frecuente (22,4 %), seguido por la dehiscencia de la herida quirúrgica (14,5 %). (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de los pacientes según complicaciones

Complicaciones	No.	%
Infección de la herida quirúrgica	17	22,4
Dehiscencia de la herida quirúrgica	11	14,5
Bronconeumonía	10	13,1
Íleo paralítico	9	11,8
Peritonitis	8	10,5
Evisceración	6	7,9
Dehiscencia de la Sutura Intestinal	4	5,3
Deshidratación posoperatoria	4	5,3
Flebitis	4	5,3
Tromboembolismo Pulmonar	2	2,6
Infarto agudo del miocardio	1	1,3

La mayor parte de los pacientes presentó un tiempo de evolución de los síntomas de 48 a 72 horas (40,6 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según tiempo de evolución de los síntomas

Tiempo de evolución de los síntomas (horas)	No.	%
Menos de 24	21	11
24-48	39	20,3
48-72	78	40,6
Más de 72	54	28,1
Total	192	100

Predominaron los pacientes con riesgo quirúrgico regular (55,7 %) y el estado al egreso de vivo en 148 pacientes (77,1 %). (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los pacientes según riesgo quirúrgico y estado al egreso

Riesgo quirúrgico	Estado al egreso				Total	
	Vivo		Fallecido		No.	Total
	No.	%	No.	%		
Bueno	13	6,8	0	0	13	6,8
Regular	107	55,7	3	1,6	110	57,3
Malo	28	14,6	41	21,3	69	35,9
Total	148	77,1	44	22,9	192	100

DISCUSIÓN

El actual envejecimiento poblacional impone nuevos retos para la atención y la cobertura de los servicios médicos, siendo necesarias herramientas diagnósticas y un tratamiento multidisciplinario enfocado en el adulto mayor. Años atrás los procedimientos quirúrgicos en adultos mayores eran esporádicos, no obstante, actualmente con los cambios demográficos y el desarrollo de las técnicas médicas resulta una prioridad el diagnóstico y tratamiento de diferentes entidades como el AAQ.

Con respecto a los grupos etarios de mayor presentación del AAQ, Sánchez-Reynaldo *et al*⁷ en su estudio sobre AAQ en adultos mayores observaron una mayor incidencia de esta entidad en el grupo etario de 60 a 74 años (50,7 %), lo cual concuerda con el presente artículo y con la investigación de Del Río-Pérez *et al*¹ sobre AAQ en el adulto mayor, donde el 56,7 % de la serie pertenecía a este grupo.

Estos resultados se corresponden con el hecho de que los cambios fisiopatológicos secundarios al envejecimiento ocasionan mayor vulnerabilidad a enfermedades por inmunosenescencia y deterioro funcional, reducción de la tolerancia al estrés fisiológico y resistencia a ciertos tratamientos⁸. En la tercera edad ocurre una susceptibilidad a las enfermedades intraabdominales con presentaciones clínicas atípicas⁵.

En relación con el sexo, Bermúdez-Balado *et al*⁹ en su investigación sobre pacientes con AAQ atendidos en el Hospital Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila, plantearon que el 52,9 % de los pacientes se correspondieron con el sexo masculino, lo cual concuerda con el presente artículo y con el estudio de Del Río-Pérez *et al*¹. No obstante, Motta-Ramírez *et al*⁴ en su estudio sobre enfoque diagnóstico por imagen del síndrome doloroso abdominal, revelaron que el 61,9 % de los pacientes con AAQ pertenecían al sexo femenino, correspondiéndose con Pinto-Herrera¹⁰ en su estudio sobre causas de AAQ en pacientes geriátricos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Ecuador.

Debido a esta diferencia en los resultados encontrados en la literatura médica, los autores del presente artículo se afilian al criterio de que las entidades causantes de AAQ en la población general⁴, y los adultos mayores particularmente⁵, no se encuentran determinadas por el sexo, afectando a hombres y mujeres por igual.

Sánchez-Reynaldo *et al*⁷ plantean que la oclusión intestinal se presenta como la principal etiología de AAQ en el adulto mayor (28,6 %), seguido en frecuencia por la colecistitis aguda (24,2 %). Ambos resultados concuerdan con el presente artículo y la literatura consultada^{3,5,11,12}.

Las causas de la obstrucción en el adulto mayor pueden ser muchas: adherencias, hernias, neoplasias, vólvulos y diverticulitis. Se trata de entidades que afectan la pared intestinal y generalmente son conocidas y afectan al paciente durante toda su vida hasta edades avanzadas, cuando se complican y requieren tratamiento de urgencia y asociándose a una elevada morbilidad y mortalidad¹. Las causas de

oclusión intestinal varían en dependencia de la edad de los pacientes, siendo la apendicitis aguda más frecuente que las oclusiones intestinales en los adultos jóvenes ⁴.

Con relación a las complicaciones derivadas del AAQ, Espinoza *et al* ¹³ encontraron en su investigación sobre abdomen agudo en el adulto mayor, que las complicaciones infecciosas constituyeron la más frecuentes (50,9 %), concordando con el presente estudio. Las infecciones secundarias a procedimientos quirúrgicos son una complicación frecuente que compromete el sistema inmune ya debilitado del adulto mayor, donde los microorganismos muchas veces provienen de la propia flora bacteriana del paciente, focos sépticos previos a la intervención o de materiales contaminados ¹⁴.

Los síntomas encontrados en el AAQ son disímiles, donde existen desde cuadros asintomáticos hasta espectros muy floridos. El tiempo de evolución de los síntomas varía en dependencia del individuo, no obstante, la mayor parte de la literatura consultada concuerda con el presente estudio al plantear que en adultos mayores estos aparecen generalmente entre las primeras 48 y 72 horas ^{5,7}.

Al igual que en el presente estudio, Sánchez-Reynaldo *et al* ⁷ concluyeron una relación directa entre pacientes con factores de riesgo preoperatorio y riesgo quirúrgico malo y una mayor probabilidad de fallecimiento. El deterioro funcional ocasionado por el envejecimiento constituye un riesgo por sí mismo a la hora de realizar un procedimiento quirúrgico por sencillo que sea, no obstante, existen numerosos factores de riesgo adicionales que pueden comprometer la vida del adulto mayor durante el acto quirúrgico. Entre estos factores se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, asma bronquial, obesidad, entidades inmunosupresoras, entre otras. En el estudio antes mencionado la letalidad de comportó de manera similar (15,7 %) al presente artículo.

A criterio de los autores es indispensable contar en los servicios de cirugía general con herramientas que permitan no solo realizar un diagnóstico acertado, sino también detectar cuál de los pacientes requiere una atención especializada por el mayor riesgo al que está expuesto atendiendo a su edad y estado funcional.

CONCLUSIONES:

El abdomen agudo quirúrgico fue una entidad clínica frecuente en los pacientes masculinos que transitaban la sexta década de su vida. La oclusión intestinal constituyó una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico en este grupo poblacional. El riesgo quirúrgico bueno y regular se asoció con mayor supervivencia de los adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

MAMS y FJLC: conceptualización, curación de datos, análisis de datos, metodología, recursos, validación, visualización, redacción - borrador original, revisión y edición.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Río-Pérez GA, Torres-Toledo D, Duménigo-Rodríguez R, Zurbano-Fernández J, Linares-Rodríguez A. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Acta Médica del Centro [Internet]. 2020 [citado 9/11/2020];14(2):222-30. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1150>
2. Parés D, Fernández-Llamazares J. Unidades funcionales para el manejo quirúrgico del paciente geriátrico. Cirugía Española [Internet]. 2018 [citado 14/11/2020];96(3):129-30. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%252004_I.pdf
3. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Rev Med Clin Condes

- [Internet]. 2017 [citado 12/11/2020];28(2):282-290. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/dolor-abdominal-agudo-adulto-mayor-rev-med-clin-condes-2017>
4. Motta-Ramírez GA, Martínez-Luján E. El enfoque diagnóstico por imagen del síndrome doloroso abdominal agudo no traumático en adultos. An Radiol Mex. [Internet]. 2017 [citado 14/11/2020];16(3):147-77. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2017/arm173b.pdf>
5. Medina-Gamarra MD, Paruta-Sánchez J de la C, Quincha-Freire V del R, Páez-Maldonado GA. Causas de abdomen agudo en adultos mayores. RECIMUNDO [Internet]. 2020 [citado 24/11/2020];4(1):90-9. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/781>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana, 2020 [citado 22/11/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
7. Sánchez-Reynaldo P, Rodríguez-Pascual Y, Vázquez-Fernández R, Cordero-Monferrer CY. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Enero 2005 a enero 2008. Ciencias Holguín [Internet]. 2010 [citado 25/11/2020];[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/550/422>
8. Gómez-Blanco DI, Martínez-Echeverría A, Jiménez-García Y. Caracterización del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Rev Cienc Méd [Internet]. 2017 [citado 5/12/2020];9(3):307-311. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2017/ump171c.pdf>
9. Bermúdez-Balado A, Rivero-Ramos A, Barroetabeña-Riol Y, Padierno-Olivera R. Caracterización de los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico atendidos en el Centro Médico de Diagnóstico Integral. Municipio Pampán. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 6/12/2020];18(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/342/2192>
10. Pinto-Herrera YL. Causas de abdomen agudo quirúrgico en pacientes geriátricos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro [Tesis en línea]. Ambato, Ecuador:

Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016 [citado 10/12/2020]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9083>

Acta Méd Centro [Internet]. 2018 [citado 16/12/2020];12(3):262-272. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/923/1192>

11. Pisis FL. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria [Internet]. 2015 [citado 22/11/2020]. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/05/Dr.-Fabio-Luis-Pisis-2014-2015.pdf>

12. Quesada-Porras J. Abdomen agudo en paciente geriátrico. Revista Médica de Costa Rica [Internet]. 2016 [citado 4/12/2020]; 523(618):101-3. Disponible en: <http://www.revistamedicacr.com/index.php/rmc/article/view/177/162&ved=2ahUKewje9-i0jdfvAhWhnOAKHeSnAvoQFjACegQlChAC&usg=AOvVaw3EcG31x9G3TCte3-o7kxnP>

13. Espinoza R, Balbontín P, Feuerhake S, Piñera C. Abdomen agudo en el adulto mayor. Rev Méd Chil [Internet]. 2004 [26/11/2020];132(12):1505-12. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200008

14. Arango-Díaz A, López-Berrío S, Vera-Núñez D, Castellanos-Sánchez E, Rodríguez-Sanabria PH, Rodríguez-Feitó MB. Epidemiología de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.