

# Dolor Abdominal en el Geronte

***Alfredo Defilippi, M.D.***

Especialista en Terapia Intensiva,  
Geriatría y Emergencia

Departamento de Emergencia C.A.P  
San Justo , Buenos Aires , Argentina

**\*\*Nacionalidad Ecuatoriano\*\***

# Generalidades

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta en el departamento de emergencia. 1 de cada 20 consultas corresponde a esta entidad donde se ven involucrados algunas de las especialidades como: el cirujano, el ginecólogo, y el médico clínico.

Es así que esta situación se complica aún mas cuando el paciente poco puede discriminar el sitio y ubicación del dolor, hablando de un geronte con deterioro de las funciones cognitivas.

Los signos de peritonitis son menos manifiestos que en los pacientes jóvenes, de tal manera que tendrán menos síntomas así como escasa temperatura y leucocitosis.

Estudios norteamericanos han demostrado que cerca del 50% de los pacientes mayores de 60 años que se presentan en el departamento de emergencia con dolor abdominal requieren hospitalización.

De estos, 30-40% necesitaron intervención quirúrgica, habiendo sido su cuadro de inicio subdiagnóstico, aumentando la mortalidad de los mismos en un 10%.

Las comorbilidades previas en el anciano como diabetes, inmunidad disminuída, y enfermedades acompañantes de toda la vida como la obstructiva crónica, cardiorrespiratorias, predisponen a disminuir la reserva fisiológica y predisponen a la formación del aneurisma de aorta abdominal e isquemia mesentérica.

Se sabe que la mitad de los pacientes ancianos tienen colelitiasis, 40% diverticulosis, y el 10% son portadores de Aneurisma de Aorta Abdominal.

*Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF: Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med 1990 Dec; 19(12): 1383-6*

# Definición de Dolor Abdominal Agudo

Se define como dolor agudo aquel que tiene una evolución menor a 6 horas, entendiéndose como abdomen agudo la urgencia abdominal. A su vez puede ser el mismo clínico “urgencia” o quirúrgico “emergencia.”

# Evaluación del Dolor Abdominal



Para establecer un diagnóstico precoz se debe hacer una sistemática de examen físico y evaluación detallada de la historia clínica. La misma consiste en:

- **ubicación del dolor,**
- **inicio,**
- **irradiación,**
- **factores que lo exacerban, o lo calman,**
- **antecedentes quirúrgicos que podrían generar un cuadro oclusivo,**
- **evaluación del dolor aplicando la escala visual análoga o numérica, en pacientes que pueden reproducir visualmente u objetivamente el dolor.**



En aquellos que no puedan realizarlo, se podría utilizar la observación de gestos o actitudes viciosas o bizarras que podrían orientar a establecer si la molestia abdominal es intensa o moderada.

Se sabe también que el paciente con deterioro cognitivo leve a moderado podría hacer uso de la escala visual modificada en niños, siendo la misma de 1 a 5 en los cuales, ayudaría a definir la terapéutica a instituir o confirmar la sospecha de un cuadro emergente abdominal.

*Ferrell B, Ferrell B. Pain in the Elderly. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain; 1996.*

# Diferencias Sociales

El geronte es diferente social y clínicamente siendo su evaluación diferente, la mayor parte de ellos conservan su independencia y algunos viven solos.

La pérdida de su independencia por alguna enfermedad hace que consulten tardíamente y que su presentación cuando llegan al hospital sea bastante manifiesta, por lo que debe ser evaluado clínicamente y quirúrgicamente, recordando la historia pasada de cirugías y la polifarmacia acompañante.

# Cambios Fisiologicos

Existen alteraciones en el sistema inmune, cardiaco, renal y homeostatico que declinan con la edad, así la historia de la enfermedad y la presentación del cuadro agudo cambian, la disminución de la masa muscular abdominal, y del mesenterio hace también que los procesos intrabdominales y la reacción peritoneal se presenten con menor intensidad en el anciano. Pudiendo evolucionar rápidamente hacia una peritonitis.

# Uso de Analgésicos en el Dolor Abdominal



Es discutido aun el uso de analgésicos en los cuadros abdominales, por el mito que involucra todo el pensamiento de enmascarar el cuadro agudo perforativo.

Esto no es tan fácil de explicar si no se sabe o sospecha que es lo que provoca el dolor en los pacientes adultos gerontes. Lo que si esta claro es que los analgésicos tipo opioides ayudaría en el dolor abdominal intenso con escala de 7 o 10, en los que no permiten la palpación u orientación de la causa del dolor.

El uso del mismo opioide tipo morfina ayudaría a la revisión del abdomen considerado hasta ese momento inevaluable; no ocultaría los signos de reacción peritoneal aun más en el geronte con deterioro mental que no ofrece orientación alguna.

La conducta obliga posteriormente a terminar la evaluación con exámenes complementarios e imágenes que requiera la confirmación del diagnóstico en el dolor agudo abdominal.

*Rosen: Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 4<sup>th</sup> ed., 1998 Mosby-YearBook*

Existe también algunos parámetros que sugerirían si el dolor abdominal en las personas adultas requieren evaluación inmediata o mediata antes de su ingreso al departamento de emergencia. Estas condiciones serian:

# Aquellas que Requieren Atención y Evaluación Hospitalaria

- El peor dolor abdominal de su vida experimentado.
- Vómitos con sangre o vómitos incoercibles en las última 6 horas.
- Dolor y fiebre mayor a 38 grados.
- Dolor sin movimiento intestinal en los últimos 3 días.
- Dolor abdominal que recuerde alguna molestia similar a la presentada cuando requirió cirugía.
- Dolor pélvico con sospecha de embarazo.
- Dolor abdominal que empeore con el movimiento.
- Dolor abdominal que sugiera origen cardiaco o que el paciente este seguro de su origen.
- Dolor abdominal con irradiación a los testículos.



# Las que Requieren Consulta Médica

- Dolor de mas de 6 horas de evolución con tendencia a aumentar en intensidad.
- Dolor abdominal con ausencia de evacuación
- Dolor que no lo identifica exclusivamente en el abdomen, incluyendo tórax.
- Dolor abdominal acompañado de vómitos en 3 o 4 oportunidades, especialmente si es con restos de sangre.
- Dolor con temperatura mayor de 39 grados.
- Dolor que se inicia en la parte alta del abdomen con localización posterior en cuadrante inferior derecho.
- Dolor con imposibilidad para orinar o eliminar gases.

Condiciones bajo las cuales el dolor abdominal puede ser manejado en casa incluye dolor en ausencia de sangrado vaginal, vómitos, fiebre, y pasaje de gases.

# Fisiopatología del Dolor Abdominal

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

- 1) **Dolor Visceral**: Procedente del peritoneo visceral y órganos huecos, se transmiten por el sistema simpático y llegan al ganglio raquídeo, viajando posteriormente por la rama posterior medular hasta llegar al tálamo.

La característica del dolor visceral es sordo con localización poco precisa según lo refieren los pacientes, y muchas veces se acompañan de síntomas vagales .

# Fisiopatología del Dolor Abdominal

2) **Dolor Somático**: Se origina en el peritoneo parietal y estructuras de la pared abdominal. Se transmite por los nervios periféricos hasta llegar al asta posterior de la médula, cruzando las fibras del Haz espinotalámico lateral.

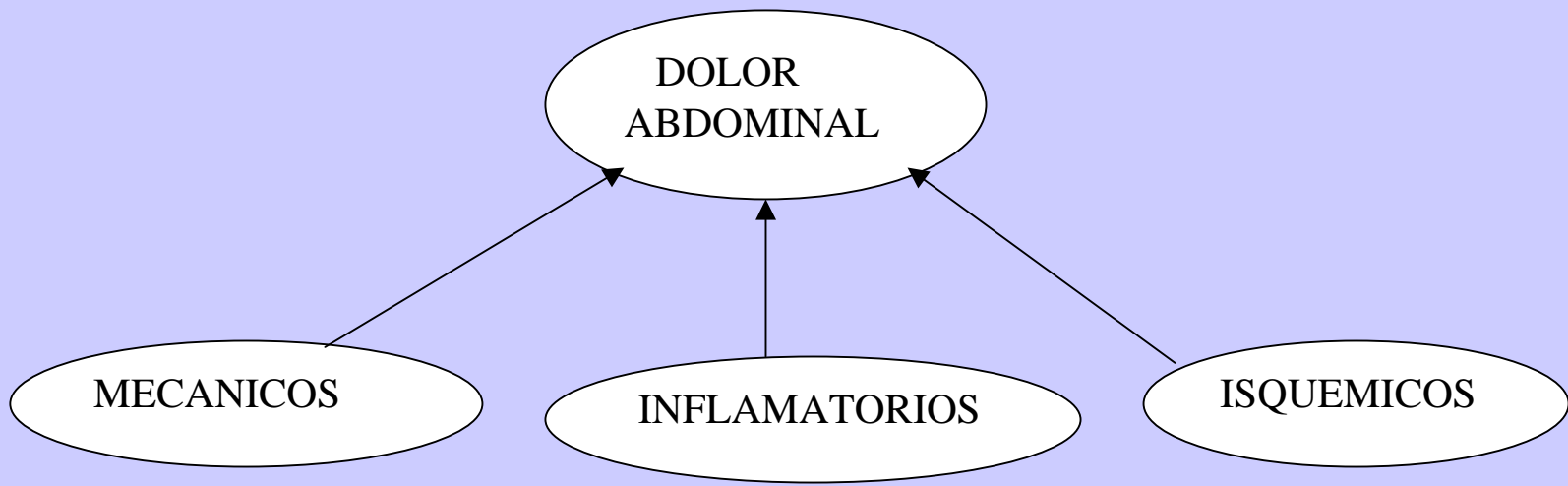
A través de la medula se puede establecer un reflejo autónomo y estimular las fibras eferentes transmitiendo a su vez hasta el asta anterior y dar lugar al dolor somático con contractura muscular, dicho dolor es bien establecido y localizado.

# Fisiopatología del Dolor Abdominal

3) Dolor Referido: Se percibe en zonas anatómicas distintas a las estimuladas, explicándose por la estimulación compartida neurosensorial.

# **FACTORES DESENCADENA NTES DEL DOLOR ABDOMINAL**





La apendicitis aguda es el ejemplo clásico que representa los 3 tipos de dolor en el abdomen: Por obstrucción de su luz se produce distensión de las paredes, luego se inflama correspondiendo en este momento al dolor tipo visceral, luego con la invasión de la pared compromete el peritoneo parietal, es aquí donde el paciente localiza el dolor en fosa iliaca derecha.

El cólico biliar es un dolor referido.



# ***Porque Duele el Abdomen?***

- 1) **Componete Mecánico:** Existe tracción, distensión y estiramiento de las capas musculares de las visceras huecas, capsula, peritoneo, y visceras 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 apendice, con liberación de metabolitos provoca dolor.

#### **4) La característica del dolor son tres los más importantes:**

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

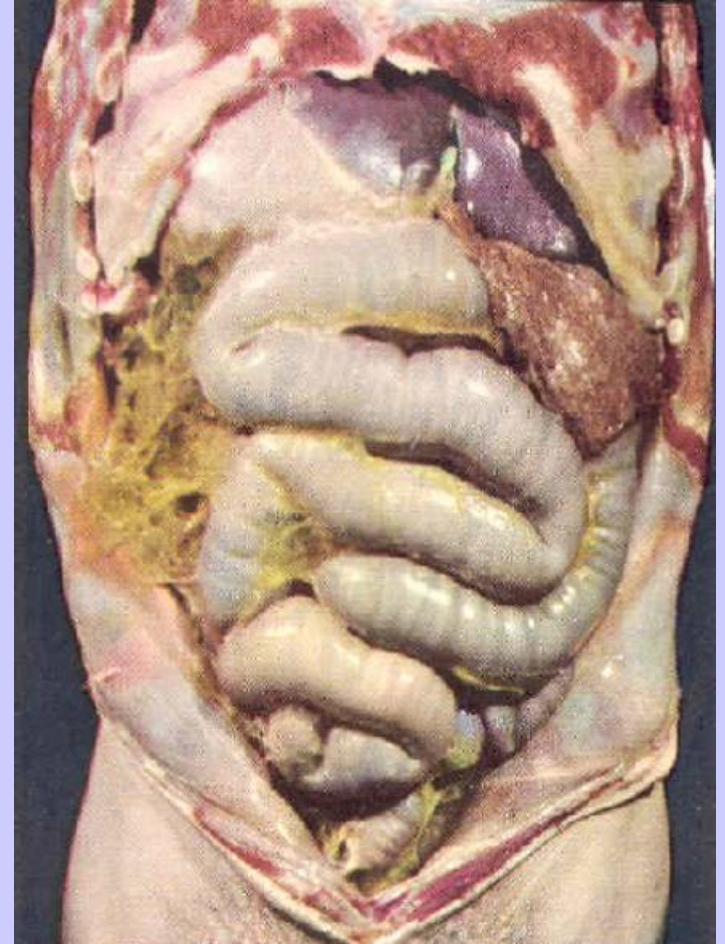
b. Si es intermitente no hay dolor durante todo el proceso, es tipo cólico la intensidad es variable es característico de los procesos obstructivos.

**5) Los síntomas acompañantes:**

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.

**6) El hábito inestinal** alterado con falta de eliminación de gases acompaña casi siempre a los cuadros oclusivos.

Cuando nos llega un paciente con dolor abdominal deberíamos considerar los **dos** siguientes aspectos:



**1) La edad** es importante tanto como el **sexo**.

Si es un paciente joven con dolor abdominal deberíamos siempre pensar y descartar un proceso apendicular.

Si llegara a ser mujer, con caída del hematocrito y dolor pélvico descartar embarazo ectópico roto o ruptura folicular.

Si es geronte con dolor abdominal y constipación cuadro abdominal oclusivo, descartar cáncer de colon.

**2) Localización y cronología** del dolor es relevante y orienta al diagnóstico orgánico:

El dolor de la úlcera duodenal perforada con inicio de en epigastrio, posteriormente se localizará difusamente en el abdomen.

# Patologías más Frecuentes según su Localización

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	EPIGASTRIO	CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO
Apendice retrocecal Neumonía y reacción pleural Angina de pecho Úlcera duodenal perforada Pielonefritis aguda Pancreatitis aguda	Úlcera péptica Perforación gástrica Infarto de miocardio Pancreatitis aguda Neumonía con reacción pleural	Rotura de bazo Úlcera gástrica perforada Pancreatitis aguda Perforación de colon Infarto agudo de miocardio Neumonía
PERIUMBILICAL	CUADRANTE INFERIOR DERECHO	CUADRANTE INFERIOR
<b>Obstrucción intestinal</b> Pancreatitis aguda Trombosis mesentérica Hernia estrangulada Diverticulitis aguda Uremia Aneurisma aórtico complicado	Apendicitis Adenitis mesentérica Ileitis regional Ciego perforado Retención urinaria Hidronefrosis Absceso del psoas	Diverticulitis sigmoidea Hernia inguinal Estrangulada Absceso del psoas Epididimitis Pielonefritis Colitis isquémica Hidronefrosis Retención urinaria



# Diagnosticos a Tener en cuenta en el Geronte

La enfermedad Vascular es más frecuente en los ancianos, con aumento de la posibilidad de complicaciones como el infarto al miocardio, isquemia mesentérica, aneurisma intrabdominal, así también como las neoplasias, las complicaciones por perforación en la apendicitis y colecistitis son mayores en el paciente geronte.

En orden de frecuencia las enfermedades que provocan dolor abdominal en el geronte son:

1. Cólico Biliar o colecistitis: (12 a 33%).
2. Dolor abdominal inespecífico: 15%.
3. Obstrucción Intestinal por Hernias, adherencias, tumores malignos: 12–25%.
4. Apendicitis: 5 a 14%.
5. Perforación Visceral: 7–10%.
6. Hemorragia Gastrointestinal: 9%.
7. Pancreatitis: 7%.
8. Enfermedad diverticular: 6%.
9. Vascular (ISQUEMIA Mesentérica, Aneurisma Aortico) 2%.

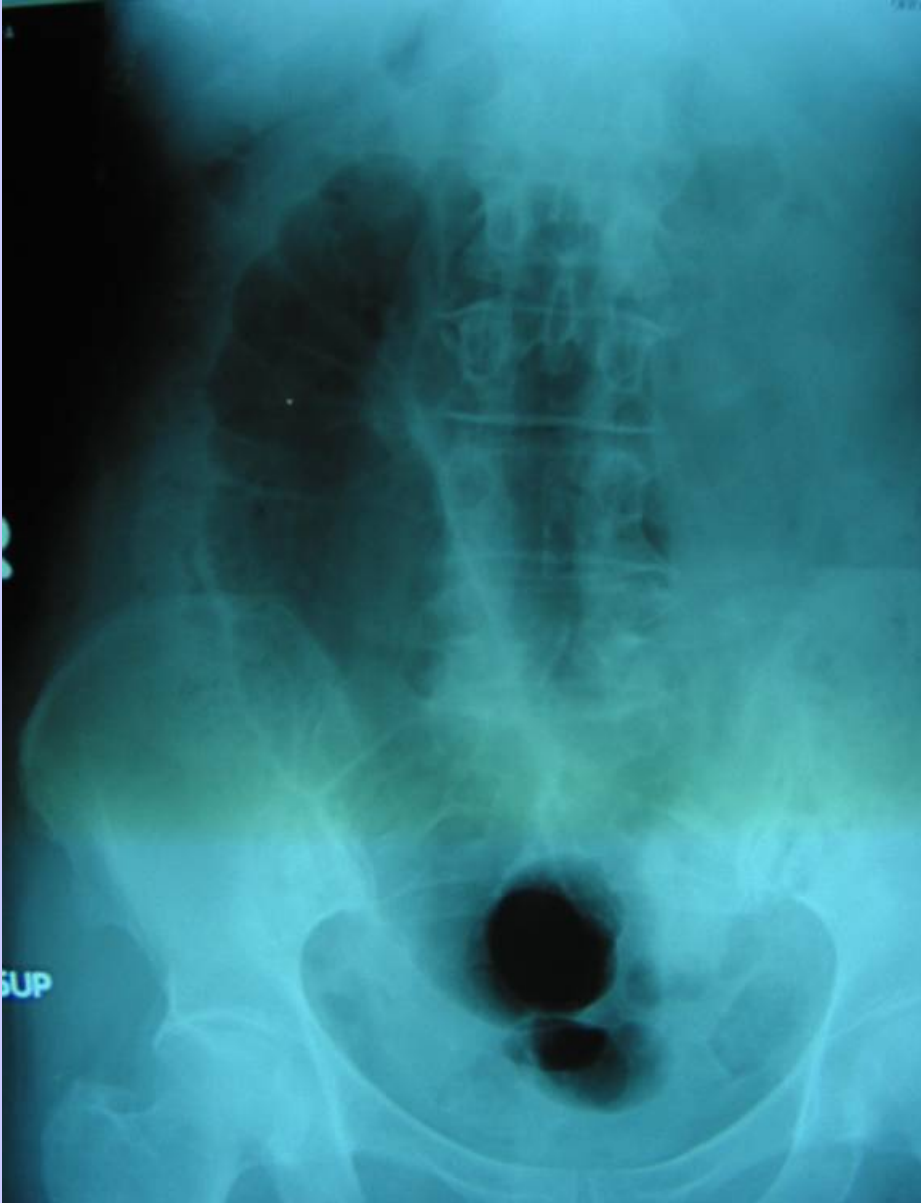
# Patologías más Frecuentes en el Anciano

Serie Española

	PONKA	FENYO	BLAKE	VIDAÑA
<b>BILIAR</b>	27.5	40.8	6.0	31,3
<b>OBSTRUCCION</b>	17.5	7.3	30,5	21,2
<b>ULCERA</b>	10.5	3.3	6,3	3,3
<b>DIVERTICULITIS</b>	10.0	3.4		3,7
<b>APENDICITIS</b>	8	6.7	9,8	6,1
<b>PANCREATITIS</b>	7.5	5.1		
<b>HERNIA</b>	5.2	9.6	33,0	17,7
<b>OTROS</b>	13.5	23.87	14,4	

Sierra A, "Manual de Cirugía de Urgencias" 1997

# Historia Natural de las Enfermedades en los Ancianos



# Enfermedad de la Vía Biliar

Incluyen Colelitiasis, coledocolitiasis, colangitis, colecistitis acalculosa y calculosa.

Aproximadamente el 30-50% de los pacientes mayores de 65 años presentan cálculos biliares. Cerca del 10% presentan complicaciones que llevan a la muerte. La colecistitis es acalculosa en el 10% de los casos.

Hay que recordar que menos del 25% de los pacientes tienen dolor en Cuadrante Superior derecho, y menos de la mitad, leucocitosis y fiebre.

Las complicaciones que se presentan son:

- Colecistitis gangrenosa,
- Perforación vesicular,
- Colangitis

La perforación vesicular ken? tiene una mortalidad de 25%.

# Enfermedad Apendicular

Patología poco frecuente en el anciano llega al 10%, pero la mitad de las muertes por dolor abdominal estan incluidas en esta población. Un tercio de estos no tienen dolor en el cuadrante inferior derecho, y un cuarto lo refieren el cuadrante superior.

La frecuencia de perforación ocurre en el 50% de la enfermedad, 5 veces más alta que en el adulto joven. Este porcentaje aumenta al 75% cuando el paciente es visto tardíamente luego de 24h de iniciado los síntomas.

Solo el 20% evolucionan como un cuadro abdominal típico en cuadrante inferior derecho con fiebre y leucocitosis. En este grupo de edad el diagnóstico es errado en el 50% de las veces.



# Enfermedad Diverticular

Incluye por definición una microperforación colónica, secundario a una obstrucción por materia fecal, con obstrucción linfática.

En Estados Unidos cerca del 50-85% de las personas mayores presentan divertículos, siendo el lado más frecuente el izquierdo, menos de la mitad de estos pacientes tienen fiebre y leucocitosis, y solo el 25% tienen sangre oculta en materia fecal.

# Enfermedad Vascular Mesenterica

La mortalidad que produce llega al 85%, a pesar de un diagnóstico precoz. Provoca dolor abdominal severo agudo cuando se presenta. En otros casos menos frecuente pueden referir dolor posprandial, y puede acompañarse de vómitos o diarrea.

Los factores predisponentes incluyen: fibrilación auricular, baja fracción de eyección, y enfermedad aterosclerótica.

# Enfermedad Aneurismática Abdominal

Aproximadamente el 5% de los varones mayores de 65 años presentan aneurisma de aorta abdominal; la relación entre hombres y mujeres es de 7 a 1. La mortalidad en el aneurisma de aorta roto pero estable hemodinámicamente es de 25% y aumenta al 80% en el inestable con shock.

Hay que mantener una alta sospecha clínica en aquel paciente mayor de 65 años con enfermedad sugestiva de cólico renal o lumbalgia. Se sabe que el 30% de los que consultan en el departamento de emergencia su diagnóstico es menospreciado.

# Enfermedad Obstructiva Intestinal

Ocurre en el 12% de los pacientes gerontes con dolor abdominal. Es difícil identificar cuando es de intestino delgado o grueso. Clínicamente, la obstrucción por volvulo cecal es poco frecuente, presentando clínica típica de obstrucción de intestino corto. Obstrucción por volvulo sigmoideo es más frecuente y se puede diagnosticar por una Radiografía Simple de Abdomen de pie.

La distensión colónica mayor a 9 cms es sugestiva de perforación inminente.

Los factores predisponentes incluyen sedentarismo y uso de laxantes. El 30% de las obstrucciones en adultos obedece a hernia encarcelada.

# Enfermedad Ulcero-Péptica

Su presentación está aumentada en los pacientes mayores de 65 años por el abuso de los antiinflamatorios no esteroideos. El riesgo de desarrollar enfermedad ulcero-péptica es 5-10 veces mayor que los que no consumen.

La mortalidad aumenta en 100 veces cuando hay perforación en los mayores de 65 años. El dolor es poco frecuente solo en el 35% de las veces, debutan con melena, la presencia de neumoperitoneo en la radiografía puede faltar en el 60% de los casos.

# Gastroenteritis

Es el diagnóstico de exclusión en los mayores de 65 años con dolor abdominal. Más de la mitad de los cuadros apendiculares empezaron con vómitos y diarrea, habiéndolos confundido con gastroenteritis.

Dos tercios de los pacientes mayores de 70 años con gastroenteritis mueren.

*Kizer KW, Vassar MJ: Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. Am J Emerg Med. 1998.*



# MORBIMORTALIDAD

Varia de acuerdo a la enfermedad subyacente, cerca del 30-40% de los casos de dolor abdominal requiere intervención quirúrgica.



Es importante tener en cuenta los **antecedentes** como:

- Enfermedad aterosclerótica,
- Enfermedad coronaria,
- Diabetes,
- Fibrilación auricular,
- Enfermedad vascular periférica,
- Hipertensión,
- Historia pasada de cirugías,
- Uso de antiinflamatorios,
- Uso de alcohol, y
- Fumador.

# Dolor Abdominal en Pacientes Mayores y Menores a 50 Años

<b>MENORES DE 50 AÑOS (6317 casos)</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>MAYORES DE 50 AÑOS (2406 casos)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>D. Abdom Inespecifico</b>	39.5%	<b>D. Abdom Inespecifico</b>	20.9%
<b>Apendicitis</b>	32	<b>Colecistitis</b>	15.7
<b>Colecistitis</b>	6.3	<b>Apendicitis</b>	15.2
<b>Obstruccion</b>	2.5	<b>Obstruccion</b>	12.3
<b>Pancreatitis</b>	1.6	<b>Pancreatitis</b>	7.3
<b>Enf. Diverticular</b>	<0.1	<b>Enf. Diverticular</b>	5.5
<b>Cancer</b>	<0.1	<b>Cancer</b>	4.1
<b>Hernia</b>	<0.1	<b>Hernia</b>	3.1
<b>Vascular</b>	<0.1	<b>Vascular</b>	2.3

# Emergencias Abdominales en el Geronte: Diagnostico y Mortalidad en Pacientes Mayores de 70 Años

Diagnostico	Casos Numero	Porcentaje	Casos Mortalidad	Porcentaje
Vesicicula Aguda	66	33	2	3
Obstruccion Intest	51	25		
Hernia Incarcerada	16		0	0
Adherencias	11		0	0
Tumores Benignos	8		2	25
Tumores Malignos	16		10	62
Apencitis	27	14	0	0
Viscera Perforada	20	10	3	15
H.D.A	19	9	1	5
Trauma	6	3	2	33
Otras	11	6	4	36
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>12</b>

# **Manejo Especifico de las Entidades que Provocan Dolor Abdominal en el Departamento de Emergencia**



# Métodos Alternativos de Diagnostico en el Abdomen Apendicular

Historia clínica y evaluación del dolor abdominal, solicitar conteo de glóbulos blancos en sangre, se presentaran elevados en el 80% de los casos, la radiografía como método alternativo en el abdomen agudo, poco utilizado y olvidado, puede ser beneficioso cuando esta dirigida o enfocada al cuadrante inferior derecho. La presencia de gas en la misma puede ayudarnos al diagnóstico de absceso en formación o colección.

La Ecografía puede ser útil al encontrar tres signos: edema de pared, dilatación del apéndice, con la presencia de gas en la misma, pero estos hallazgos no están bien estudiados en el geronte.

Tratamiento clínico consiste en mantener al paciente en ayunas, antibióticos con cobertura de la flora intestinal, y consulta con cirugía. Las complicaciones que termina en perforación lleva una mortalidad del 25% por arriba de los 75 años.

# Colecistitis Aguda

La ecografía detectará litiasis en el 90% de los casos. Si el cuadro fue manejado inicialmente con antibioterapia, la clínica será distinta con menor dolor y Murphy negativo. Se vera engrosamiento de la pared vesicular > 7mm, con halo hipoecoico, y liquido perivesicular, etc.



# **Perforación de Víscera Hueca**

La radiografía de tórax antero-posterior demuestra el Neumoperitoneo. Algunas veces es necesario realizar una prueba con la insuflación de aire, 200ml aproximadamente por sonda nasogastrica, y colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, observándose aire al nivel de la sombra hepática.

# Pancreatitis

La radiografía de tórax puede demostrar:

- atelectasias laminares,
- derrame pleural izquierdo,
- signo de colon cortado en el abdomen, y
- asa centinela.

# Manejo del Dolor Abdominal Agudo en el Departamento de Emergencia



- 1) **Triage** con antec de dolor abdominal: identificarlo como rojo o amarillo.
- 2) **Ubicación:** en la sala de observacion o sala de shock
- 3) **Identificacion** del paciente: sexo, edad, medico que lo controla, y familiar responsable

- 4) **A – B – C del dolor abdominal:** (medico–enfermería)
- a. Control de signos vitales;
  - b. Registro y evaluación de Respiración, Ventilación, y Estado Circulatorio;
  - c. Historia detallada del dolor si el señorío lo permite;
  - d. Localización;
  - e. Inicio de los síntomas;
  - f. Acompañantes;
  - g. Irradiación;

- h. Características;
- i. Medicación administrada antes y después;
- j. Interferencia con las actividades de la vida diaria;
- k. Alteraciones en el habito evacuatorio;
- l. Historia pasada de intervenciones quirúrgicas;
- m. IAM o alergias e internación por episodios similares;
- n. En mujeres, signos de metrorragia o perdida de peso.

5) **Control de Enfermería:** Con orden médica y requerimiento de:

a. **Fluidoterapia**

Depende del estado hemodinámica, necesidad de analgesia, hidratación. Preferentemente Solución Salina Isotónica. Recordar siempre que el geronte por sus antecedentes cardiovasculares aquellos que los posean, deberíamos ser un poco mas cauto con las expansiones realizadas en caso de disminución del volumen urinario. En caso de shock se tratara como cualquier adulto.

## Analgesia

Es también otro punto a tener en cuenta ya que el uso de analgésicos tipo aines ketorolac por el flujo sanguíneo renal disminuido en este tipo de pacientes la dosis a recibir debería ser la mitad de la convencional.

60mg debería recibir un adulto joven; aquellos mayores de 65 años 30 mg x vez si su uso es intramuscular, en caso de requerir aines endovenosos 15 mg ev en mayores de 65 años y con daño renal conocido.



Recordar que el uso de la Morfina o Fentanilo en el Abdomen Agudo del Geronte con patología biliar conocida, aumentaría el tono del esfínter de Oddi, ocasionándole mayor dolor.

Otros de los efectos secundarios a tener en cuenta es hipotensión por la liberación de histamina que, en los pacientes hipovolemicos con consumo de depresores del Sistema Nervioso Central, podrían provocar depresión respiratoria con control de vía aérea inmediato.

Su uso concomitante con las fenotiacinas pueden antagonizar el efecto analgésico, así como potenciarlo con los Antidepresivos Inhibidores de la Monoaminooxidasa. El Fentanilo es mas seguro por su vida media corta en comparación con la Morfina, siendo más estable hemodinámicamente por liberar menor cantidad de histamina.

*Pace S, Burke TF: Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. Acad Emerg Med. 1996 Dec*

# DOLOR ABDOMINAL

**EPISODIO:**

**APELLIDO:**

**FECHA:**

**SEXO**

**TIEMPO DE INICIO DEL DOLOR:**

**AGUDO:**

**EDAD: 20-40 =**

**41-60 =**

**> 60 =**

**HORA 0:**

**CRONICO:**

1) FACTORES QUE LO PROVOCAN

2) FACTORES QUE DISMINUYEN

3) TIPO DE DOLOR:

<b>RETORTIJON</b>	<b>COLICO</b>	<b>ARDOR</b>
<b>TRANSFICTIVO</b>	<b>PESANTEZ</b>	

4) ESCALA DE DOLOR:  
S=7-10

L=1-3,

M= 4-6,

5) REGION E IRRADIACION:  
RH:

DEFENSA:

MURPHY:

## 6) RECIBIO TRATAMIENTO PREVIO:

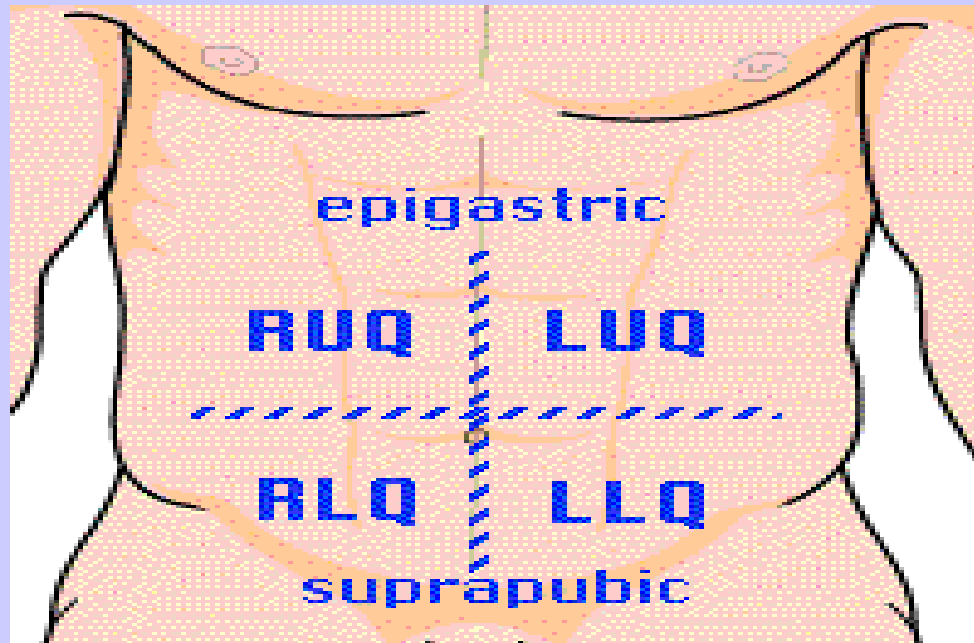
### ANTECEDENTES:

<b>CX ABDOMINAL</b>	<b>RECIENTE</b>	<b>ANTERIOR</b>	<b>DBT</b>
<b>HTA</b> <b>ACO</b>	<b>TRAUMA</b>	<b>INMUNOSUP</b>	<b>BIOPSIA</b>

### SINTOMAS ASOCIADOS

<b>TRAUMA</b>	<b>HIPOREXIA</b>	<b>HEMATURIA</b>	<b>DISUREA</b>
<b>FIEBRE</b>	<b>D. TORACICO</b>	<b>DISNEA</b>	<b>CONSTIPACION</b>
<b>EMBARAZO</b>	<b>MELENA</b>	<b>LIBER ESFINTERES</b>	<b>ING MEDICAMENTO</b>
<b>NAUSEAS</b>	<b>VOMITO</b>	<b>DIARREA</b>	<b>METRORRAGIA</b>
<b>ALT MARCHA</b>	<b>D. ESCROTAL</b>	<b>ALT INTESTINAL</b>	<b>HIPOTENSION</b>

**FACTORES DE ALTO RIESGO:** EDAD>60 , cx previa, dbt, vasc.



SV

**INICIO 15M 30M 60M 120M 180M 240M**

**EKG=**

**MALA PERFUSION:**

**RX:**

**ECO:**

**TAC:**

**LAB:**

**TIPO DE ANALGESIA: Opioides : Morfina, Demerol, Aines.**

**RESPUESTA: 15' 60' 2H**

**COMPLICACIONES:**

**TIEMPO DE PERMANENCIA:**

**CON DIAGNOSTICO: SIN DIAGNOSTICO: ALTA:**

## **DOLOR ABDOMINAL CON CODIGO ROJO:**

**trauma, incrementando, al despertar, dolor testicular: dolor en abdomen bajo con > 1-2 horas de duración, hipotensión, hematoquecia con hipotensión, vómito bilioso o sanguinolento con dolor en HD, metrorragia con hipotensión, embarazo con metrorragia, leucorrea, caída de hematocrito.**

## **DOLOR ABDOMINAL CON CODIGO AMARILLO:**

**dolor de + 24h de evolución, trast urinario, náuseas, vómitos, diarrea con riesgo de deshidratación, antecedente de ingesta copiosa y 38,3°C, pérdida de peso, diarrea, estabilidad hemodinámica.**

5) **Control de Enfermería:** Con orden médica y requerimiento de:

b. **Medición del dolor**

Escala Visual Numérica o Análoga.  
Aplicable a personas con estado de vigilia conservado y en aquellos con deterioro cognitivo leve a moderado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
<b>EVN</b>	<b>L</b>	<b>E</b>	<b>V</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>O</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>R</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>O</b>	<b>S</b>	<b>E</b>	<b>V</b>	<b>E</b>	<b>R</b>	<b>O</b>



### c. **Monitoreo**

De función respiratoria, neurológica, hemodinámica, respuesta de analgésicos al dolor conjuntamente con los signos vitales, la disminución de 20mm Hg o en 20 de la frecuencia cardiaca indican ortostatismo.

Medirlos a los tiempos 0- 15m 30m – 60m – 120m, el relleno capilar que dure mas de 2 segundos es indicativo de mala perfusión periférica, el control de saturometria esta indicado.

- d. Rastrear **signos de perdidas** hemáticas, vómitos, temperatura axilar y rectal, cambios en la característica del abdomen, y líquido ascítico.
- e. Pesquisar **estado de ansiedad**, temor, déficit no conocido, y mantenerlos en ayuna hasta descartar posibilidad quirúrgica.

f. Colocación de **cateter vesical o sonda nasogastrica** importante de acuerdo al Estado Neurológico y Hemodinámico, control del volumen urinario por hora si el paciente queda en observación si el diagnostico no esta definido. La incontinencia per-se no es indicación de sondaje. En caso de Ileo o gran distensión gástrica sondar.

# Cuidado Medico Directo

6) Examen Físico completo incluye:

a. Palpación

Búsqueda de signos:

Psoas, Murphy, Obturador, Rovsing, Cope, casi todos presentes en la apendicitis, aparato urogenital, maniobra de San Martino, medición de Tensión Arterial en búsqueda de ortostatismo, tacto rectal considerando melena o bolo fecal como causa de dolor abdominal.

Examen ginecológico en la mujeres mayores en búsqueda de Cáncer Uterino, un abdomen excavado con dolor puede permitir la palpación de masas abdominales, abscesos, diverticulitis etc. Acordarse de que los signos defensa no siempre se hallan en los pacientes ancianos.

b. En la **percusión** del abdomen debería buscarse siempre la pérdida de la matidez hepática sugestiva de perforación de víscera hueca, la seudomatidez se puede observar en los adultos mayores constipados crónicamente con abundante materia fecal.

c. La **auscultación** puede revelarnos como hallazgo en los gerontes estables hemodinamicamente la existencia de aneurisma aortico no conocidos hasta ese momento, la ausencia de ruidos por 2-3 minutos confirma ileo paralítico o secundario a peritonitis, metálicos en la oclusión intestinal.

7. Solicitud de **estudios en sangre** completo: Incluye biometría con coagulación si existe posibilidad quirúrgica, orina completa y urocultivo, hemocultivos X 2 ante la existencia de fiebre o síntomas de urosepsis o pielonefritis, con ionograma, y hepatograma parcial, determinación de la función renal, amilasa, estado ácido base en Abdomen Agudo Vascular, sepsis, cetoacidosis están alterados, ácido láctico elevado indicaría signos de shock incipiente o Abdomen Agudo Isquémico.



Recordar que la presencia de sangre en orina no solo puede corresponder a Infección Urinaria, Litiasis sino también a Aneurisma de Aorta Abdominal, se considera un gran confundidor de Diagnóstico. El hemograma puede no ayudar a la detección de Infecciones ya que la respuesta Inmune del Geronte esta disminuida.

8. **Estudios Rx**, ya comentados anteriormente, deben incluir siempre tórax y abdomen, en aquellos pacientes que están imposibilitados para deambular o ponerse de pie.

Debería hacérseles la Rx de abdomen en posición sentada y acostada, donde se puede descubrir también bolo fecal con impactación o globo vesical en los gerontes institucionalizados que no pueden expresar el deseo de miccionar o defecar. El borramiento del psoas es sugestivo de apendicitis retrocecal, hematomas, abscesos.

El signo de grano de café observado como una gran asa dilatada que ocupa todo el abdomen se ve en el volvulo del sigmoides.

El asa centinela podría corresponder a colecistitis, cólico renal, pancreatitis, etc. La radiografía en decúbito lateral izquierdo por 10 minutos se lo mantiene en esta posición con rayo horizontal permite descubrir neumoperitoneos pequeños, observándose aire sobre el área hepática.

9. **Ecografía Abdomino-Pelviana** con sospecha de perforación de víscera sólida, en búsqueda de líquido libre a nivel de las gotieras parietocolicas, espacio subfrenico, subhepatico, y fondo de saco de Douglas, visualiza cálculos, y abscesos tubo-ováricos en mujeres con dolor abdominopelviano, en gerontes delgados se observa bien el páncreas. Útil en caso de inestabilidad hemodinámica, inconveniente operador – dependiente

10. **Tomografía Axial Computada abomino-pelviana**, en caso de no ser claro el cuadro clínico, deberá realizarse con doble contraste, si la condición del paciente lo permite. Permite visualizar, retroperitoneo, visualiza el gas extraluminal, intestino corto y delgado, apéndice, y divertículos llega a una sensibilidad del 93%. El colon por enema acerca la sensibilidad al 99% para diverticulitis; no en todos los Centros Hospitalarios se puede realizar.

Permite la posibilidad de drenaje de abscesos para evitar llevar al geronte a Cirugía con aumento de su morbimortalidad. Es muy sensible para la visualización de litiasis renal pero como los gerontes suelen tener calcificaciones vasculares múltiples dificulta su visualización. Tiene una sensibilidad del 99% para el Aneurisma de Aorta Abdominal. En la Isquemia Mesentérica se podría ver el edema en pared intestinal.

11. Electrocardiograma en los gerontes es fundamental, el estado de Shock o Respuesta Inflamatoria Sistémica provoca disminución del flujo coronario o cerebral ocasionando Infarto Agudo del Miocardio o Cerebral.

12. Uso de **antibióticos** precozmente ante la sospecha de Sepsis, Colangitis, Diverticulitis. Con cobertura para gram negativos y Anaerobios es la Indicación.

13. Realizar la **consulta adecuada con los especialistas**: cirujano, urólogo, ginecólogo.
  
14. **Comunicar** la decisión y estado del paciente a los familiares.



Dentro de los **Cuidados Prehospitalarios** el geronte con dolor abdominal debería considerarse siempre como un paciente de alto riesgo, debiendo colocarse la mayor parte de las veces Vía Periférica con Infusión de Ringer Lactato o Solución Fisiológica, dependiendo de los signos vitales, oximetría y oxígeno con máscara reservorio o cánula nasal de acuerdo a la saturación de oxígeno.

Siempre deberá buscarse, defensa, abdomen en tabla, o masa pulsátil. Si el dolor es intenso e inevaluable, la droga de elección para el traslado es el Clorhidrato de Morfina 3 a 5mg por vez.

# Causa de Errores en el Departamento de Emergencias

1. Considerar que las entidades con dolor abdominal tienen una presentación típica.
2. Pensar que el cuadro agudo abdominal puede deberse a una gastroenteritis o constipación.
3. Asumir que todo cuadro abdominal debe tener leucocitosis o fiebre.
4. Admitir un paciente con dolor abdominal en un servicio distinto.
5. No realizar un examen completo que incluya tacto rectal.

# Externación del Paciente con Dolor Abdominal

1. Asumir siempre al paciente geronte como un paciente de riesgo.
2. Pensar que debe controlarse siempre en 12 o 24h, si es posible con el mismo evaluador.
3. Siempre dar pautas de alarma.
4. Instrucciones escritas de ser posible en anciano con deterioro cognitivo leve con continencia familiar.

# BIBLIOGRAFIA

Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, et al: Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992 Sep 5;305(6853):554-6[Medline].

Cassel CK, Hogan TM: Geriatric abdominal pain. In: *Geriatric Medicine*. 3rd ed. 1997:138-145.

[drmarin.galeon.com](http://drmarin.galeon.com)

Gloth FM. Pain management in older adults: prevention and treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:188–199.

Kizer KW, Vassar MJ: Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 1998 Jul; 16(4):357-62[Medline].

LoVecchio F, Oster N, Sturmman K, et al: The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. *J Emerg Med* 1997 Nov-Dec; 15(6):775-9.

Pace S, Burke TF: Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996 Dec; 3(12): 1086-92[Medline].

Rosen: Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 4<sup>th</sup> ed.,1998, Mosby-YearBook.

Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, et al: Helical CT with only colonic contrast material for diagnosing diverticulitis: prospective evaluation of 150 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1998 Jun; 170(6): 1445-9[Medline].

Reilly JM, Tilson MD: Incidence and etiology of abdominal aortic aneurysms. *Surg Clin North Am* 1989 Aug; 69(4): 705-11.

Santos, AL, Gelperin, A (1975) Surgical mortality in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 23, 42-46.

*Scand J Gastroenterol* 1988,144(Suppl): 47.

Sanson TG, O'Keefe KP: Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 1996 Aug; 14(3): 615-27[Medline].

Stein W, Ferrell B. Pain management in geriatric fellowship training. *Gerontol Geriatr Educ.* 1999;20(2):69–78.

Woodring JH, Heiser MJ: Detection of pneumoperitoneum on chest radiographs: comparison of upright lateral and posteroanterior projections. *AJR Am J Roentgenol* 1995Jul;165(1):45-7.

***¡¡Gracias!!***