



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA**

“ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO COMPLICADO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: Análisis de Casos

Presentado para optar al grado académico de
MÉDICO GENERAL

AUTOR:

LIZETH CAROLINA ALDAZ VARGAS

DIRECTOR: Dr. JUAN PABLO PALACIOS

Riobamba – Ecuador

2019

©2019, Lizeth Carolina Aldaz Vargas

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN:

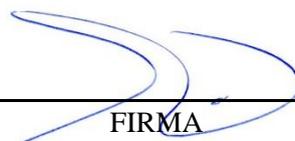
EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE: El **Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos**, titulado “ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO COMPLICADO”, de responsabilidad de la señorita estudiante Lizeth Carolina Aldaz Vargas ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. David Orozco
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



FIRMA

Dr. Juan Pablo Palacios
DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN



FIRMA

Dr. Moises Guerrero
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Riobamba. Octubre 2019

Yo, Lizeth Carolina Aldaz Vargas declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor (a) asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, Septiembre del 2019

Lizeth Carolina Aldaz Vargas

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a mi madre quien con su paciencia, dedicación, compromiso y amor me ha permitido culminar la meta más importante de mi vida, gracias por fomentar en mi perseverancia y esfuerzo los mismos que el día de hoy me han permitido ser Médico.

A mis abuelos Ruperto y Rebeca por su apoyo incondicional desde la infancia, por sus oraciones y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. Gracias.

A mis hermanos Leonardo y Kerly quienes con sus consejos me dieron fuerza y me alentaron a forjarme metas y a ser una mejor persona, mujer e hija cada día.

A mis mejores amigos Thalía, Valentina y David con quienes compartí dentro de las aulas y las unidades de Salud momentos inolvidables que nos ayudaron a crecer juntos y nos permitieron el día de hoy cumplir el mismo sueño.

Lizeth Aldaz

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por cada bendición desde etapas tempranas de mi vida, por permitirme tener a mi madre y a mis hermanos junto a mí a lo largo de este duro camino ya que sin ellos esto no sería posible.

A todas las autoridades que conforman nuestra distinguida Escuela de Medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, a cada catedrático que con sus conocimientos me permitieron defenderme dentro de las aulas y en cada unidad Hospitalaria.

Además al Hospital General Riobamba – IESS, por abrirme las puertas de su institución, donde conocí a personas maravillosas quienes me formaron para defenderme en la vida profesional.

Al Dr. Juan Pablo Palacios principal colaborador de todo este proceso quien con sus conocimientos, paciencia, enseñanza y colaboración permitieron el desarrollo de este análisis de caso clínico.

Lizeth Aldaz

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
CAPITULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Abdomen agudo	1
1.2. Base anatómica del dolor abdominal	2
1.3. Tipos de dolor abdominal	2
1.4. Tipos de abdomen agudo	3
1.4.1. <i>Abdomen agudo peritonítico o inflamatorio</i>	3
1.4.2. <i>Peritonitis primaria o espontanea</i>	3
1.4.3. <i>Peritonitis secundaria</i>	4
1.4.4. <i>Peritonitis terciaria</i>	5
1.5. Abdomen agudo obstructivo o íleo	5
1.6. Abdomen agudo isquémico vascular	6
1.7. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano	6
1.8. Causas de abdomen agudo inflamatorio en adultos mayores	8
1.8.1. <i>Apendicitis</i>	8
1.8.2. <i>Pancreatitis aguda</i>	10
1.8.3. <i>Colecistitis</i>	13
1.8.4. <i>Enfermedad diverticular</i>	15
1.8.5. <i>Isquemia mesentérica aguda</i>	16
1.8.6. <i>Causas atípicas</i>	18
CAPITULO II	
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	19
2.1. Anamnesis	19
2.1.1. Datos de filiación	19
2.2. Motivo de consulta	19
2.3. Enfermedad actual	19
2.4. Revisión de sistemas	19
2.5. Antecedentes	19
2.5.1. <i>Antecedentes Personales</i>	19
2.5.2. <i>Antecedentes Gineco-obstétricos</i>	20
2.5.3. <i>Hábitos</i>	20
2.5.4. <i>Historia familiar</i>	20

2.6. Examen físico	20
2.6.1. Signos vitales.....	20
2.6.2. Antropometría	21
2.7. Impresión diagnóstica.....	21
2.8. Indicaciones	22
2.9. REGISTRO DE EVOLUCIONES	24
2.10. Diagnostico presente en historia clínica	36
2.11. Diagnóstico definitivo	36
2.12. Diagnóstico por estudio Histopatológico.....	36
2.13. Diagnóstico diferencial	36
2.14. Seguimiento postquirúrgico	37
CAPÍTULO III	
3. DISCUSIÓN	38
3.1. CONCLUSIONES	39
3.2. PERSPECTIVA DEL PACIENTE	39
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según escala de Alvarado	9
Tabla 2-1: Criterios pronósticos de Ranson.....	11
Tabla 3-1: Clasificación tomográfica de la inflamación pancreática (BALTHAZAR)	13
Tabla 4-2: Biometría Hemática 14-04-2019 19:13 pm	23
Tabla 5-2: Química básica 14-04-2019 19:13 pm.....	23
Tabla 6-2: Electrolitos 14-04-2019 19:13 pm.....	23
Tabla 7-2: Tiempos de Coagulación 14-04-2019 19:13 pm	23
Tabla 8-2: Elemental y microscópico de orina 14/04/2019	24
Tabla 9-2: Tiempos de Coagulación 14-04-2019 20:38 pm	25
Tabla 10-2: Perfil Hepático 14-04-2019 20:38 pm.....	26
Tabla 11-2: Perfil pancreático 14-04-2019 20:38 pm.....	26
Tabla 12-2: Electrolitos 14-04-2019 20:38 pm.....	26
Tabla 13-2: Gasometría 14-04-2019 20:38 pm.....	26
Tabla 14-2: Perfil Pancreático 14-04-2019 20:38 pm.....	28
Tabla 15-2: Biometría Hemática 15-04-2019 08:37 Am	30
Tabla 16-2: Perfil Hepático 15-04-2019 08:37 Am	30
Tabla 17-2: Perfil Pancreático 14-04-2019 20:38 pm.....	30
Tabla 18-2: Perfil Renal 15-04-2019 08:37 Am	30
Tabla 19-2: Perfil Pancreático 14-04-2019 20:38 pm.....	34
Tabla 20-2: Química Sanguínea.....	34
Tabla 21-2: Electrolitos.....	34
Tabla 22-2: Electrolitos 20/04/2019 06:31 am.....	35
Tabla 23-2: Biometría Hemática 20/04/2019 06:31am.....	35

RESUMEN

En el presente caso clínico quirúrgico estudio a una paciente de 75 años de edad, sexo femenino de etnia mestiza, sin antecedentes patológicos personales de interés que acude al servicio de emergencia con signos vitales dentro de parámetros normales refiriendo clínica de dolor abdominal agudo de 12 horas de evolución, mussy positivo con presencia de nausea y vómito de características biliosas, se realizan paraclínicos de control evidenciando biometría hemática con alteración de la formula leucocitaria en relación a los neutrófilos, enzimas pancreáticas elevadas, se realiza ecografía abdominal la misma que reporta páncreas en condiciones normales, vesícula biliar distendida con barro biliar en su interior, en tomografía computarizada de abdomen se evidencia distensión de asas de intestino delgado con aumento de grosor de su pared, al presentar clínica de etiología dudosa paciente es sometida a laparoscopia exploratoria convertida a laparotomía exploratoria evidenciando vesícula biliar necrótica más hidrocolecisto apendicitis aguda y se descarta cuadro de pancreatitis e isquemia mesentérica, diagnósticos que eran sugestivos en dicha paciente. La evolución de la misma posterior al tratamiento quirúrgico (colecistectomía laparoscópica más apendicectomía laparoscópica) fue satisfactoria, normalizándose sus enzimas pancreáticas posterior a dicho procedimiento, fue dada el alta después de 7 días de hospitalización con buena evolución y posteriores controles por consulta externa.

Palabras clave: <DOLOR ABDOMINAL>, <ABDOMEN AGUDO>, <ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO>, <APENDICITIS>, <PANCREATITIS>, <COLECISTITIS >, <MUSSI POSITIVO>.



ABSTRACT

In this surgical clinical case, a 75-year-old female patient of mixed-race ethnicity was studied, with no personal interest in pathological history. Coming to the emergency service with vital signs within normal parameters and referring an abdominal pain clinic of 12 hours of evolution, positive Mussy with the presence of nausea and also vomiting of bilious characteristics. Control paraclinical are performed evidencing hematological biometrics with a formula alteration concerning neutrophils and elevated pancreatic enzymes. An abdominal ultrasound is performed which reports pancreas under normal conditions, biliary vesicle distended with biliary mud inside. A CT scan of the abdomen shows distension of small bowel loops with increased wall thickness. When presenting a clinical of undetermined etiology, the patient undergoes exploratory laparoscopy converted to exploratory laparotomy, evidencing necrotic gallbladder, acute appendicitis, hydrocholecystitis, and a picture of pancreatitis and mesenteric ischemia is ruled out, diagnoses that were suggestive in this patient. The evolution after the surgical treatment (laparoscopic cholecystectomy plus laparoscopic appendectomy) was satisfactory, normalizing its pancreatic enzymes after the procedure. It was discharged after seven days of hospitalization with good evolution and subsequent controls by external consultation.

Keywords: <ABDOMINAL PAIN>, <ACUTE ABDOMEN>, <INFLAMMATORY ACUTE ABDOMEN>, <APPENDICITIS>, <PANCREATITIS>, <CHOLECYSTITIS>, <POSITIVE MUSSY>.



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta en las unidades hospitalarias dentro de nuestro País como a nivel mundial representando el 10% de pacientes, evidenciando que el abdomen agudo es un cuadro complejo el mismo que desencadena mecanismos intra abdominales que pueden llegar a hacer pensar al Médico en gran variedad de posibilidades diagnósticas las mismas que pueden involucrar cualquier órgano o sistema, muchas de estas ameritaran tratamiento quirúrgico inmediato. (Ocampo Chaparro y González Hadad 2006)

La clínica del abdomen agudo puede ser extremadamente dudosa motivo por el cual el diagnóstico etiológico puede ser erróneo al inicio debido a la sintomatología atípica o no patognomónica de una enfermedad en específico, por lo cual se tomará en cuenta para llegar al diagnóstico definitivo antecedentes del paciente, examen físico, exámenes de laboratorio y de imagen, a pesar de esto el dolor abdominal agudo es un desafío diagnóstico muy importante a la cual los Médicos nos enfrentamos cada día.

El abdomen agudo en el paciente senil es una entidad patológica de mayor complejidad por la falta de cuadro clínico sugestivo, condición del paciente y antecedentes clínicos, con gran riesgo de mortalidad, considerando que un diagnóstico temprano y oportuno dará como resultado un manejo más preciso con mejores resultados en cuanto al paciente. (Treuer 2017).

1.1. Abdomen agudo

El término abdomen agudo es un proceso complejo intraabdominal frecuente en los servicios de Salud de nuestro País el mismo que causa dolor diseminado o difuso que puede involucrar cualquier órgano o sistema de la cavidad abdominal e implica gran preparación por parte del personal médico al ser un cuadro desafiante por la cantidad de causas que pueden desencadenar este tipo de patología; además se puede acompañar de gran cantidad de signos y síntomas que pueden ser el reflejo de una situación grave. Así cualquier tipo de dolor abdominal requiere un diagnóstico preciso y rápido para aplicar la terapéutica adecuada y resolución inmediata por la alta mortalidad que implica si el mismo no es tratado adecuadamente.

Actualmente según la Asociación Mundial para estudio del dolor (IASP) define como abdomen agudo a cualquier tipo de dolor que este localizado en la región abdominal siendo una situación dramática que lleva al enfermo a buscar soluciones rápidas, o a una entidad multisindrómica la cual inicia bruscamente con repercusión tanto a nivel de órganos como sistemas que requiere un tratamiento precoz el mismo que puede o no ser quirúrgico. (Bazán Gonzales y Cabrera Romero 2006) (Bazán Gonzales y Cabrera Romero 2006).

Las quejas de dolor abdominal agudo pueden ser inespecíficas al comienzo y con el paso de las horas transformarse a síntomas más específicos de una enfermedad o patología, pero cuando esto no sucede y no tenemos síntomas patognomónicos aumenta la dificultad en la identificación precisa de la causa del dolor abdominal agudo. (Gans et al. 2015).

La evaluación clínica es primordial en la práctica Médica diaria por lo que se tendrá que realizar una valoración previa basada en el historial médico del paciente, un correcto examen físico y los parámetros de laboratorio e imagen serán realizados solamente para corroborar un diagnóstico. Décadas atrás cuando las modalidades de imagen diagnosticas no estaban aún disponibles y su especificidad y sensibilidad eran bajas los pacientes acudían sin los mismos directamente a quirófano, hoy en día al ser métodos altamente diagnósticos y terapéuticos ayudan a un diagnóstico precoz, sin embargo muchas patologías pueden tratarse de forma conservadora y no ameritan de laparoscopia diagnóstica y la laparotomía (Gans et al. 2015).

1.2. Base anatómica del dolor abdominal

Los receptores del dolor estan situados en las capsulas de las vísceras sólidas, musculo liso de las vísceras huecas, peritoneo parietal y mesenterio los mismos que responden a estímulos químicos y mecánicos, pero los receptores ubicados en las vísceras huecas responden solamente a estímulos químicos, mientras que el peritoneo visceral o denominado epiplón carece de receptores explicando la insensibilidad de dichas estructuras. (see Chapter 91) (Patterson y Dominique 2019)

1.3. Tipos de dolor abdominal

Presentamos 3 tipos de dolor abdominal

Dolor somático: el mismo que es un tipo de dolor agudo, localizado, ubicado en relación a la víscera afectada, se acompaña de defensa muscular y se agrava con el movimiento motivo por el cual observamos al enfermo que intenta mantenerse inmóvil.

Dolor visceral: Relacionado con la contracción de la musculatura de una víscera hueca, es un tipo de dolor poco definido no se altera con los movimientos, si es de ubicación medial indica compromiso de las vísceras peritoneales y si es lateral compromiso de las vísceras retroperitoneales.

Dolor referido: Aparentemente el dolor superficial no se relaciona con el dolor de origen real, aparece cuando el estímulo es más intenso o el umbral del dolor es disminuido.

Dolor parietal: Clásico en las peritonitis, son impulsos transmitidos por las fibras mielínicas integradas en los nervios somáticos, responsables del dolor de tipo epicrítico como el descrito en el punto de McBurney es decir localizados exactamente en la zona afectada, se agrava con la tos, palpación de dicha zona y deambulación, además existe la presencia de defensa muscular e hiperalgesia. (Mayo Clinic 2006).

1.4. Tipos de abdomen agudo

1.4.1. Abdomen agudo peritonítico o inflamatorio

Inicia por diseminación al peritoneo de una patología previa en un órgano abdominal, en cuyo caso le denominamos peritonitis secundaria. Cuando un patógeno infecta el peritoneo por vía linfática, hemática o por transmigración ya sea por el tracto gastrointestinal o a través de las trompas de Falopio nos encontramos frente a una peritonitis primaria. La Tercera forma se denomina peritonitis terciaria. (Azzato y Waisman 2008)

El tipo de contaminación que sufren principalmente es bacteriana aunque también existen formas asépticas que nos permite dividirlo en peritonitis primaria y secundarias (Azzato y Waisman 2008).

1.4.2. Peritonitis primaria o espontanea

Su incidencia es rara, normalmente la fuente de contaminación es monomicrobiana, no es intraabdominal o relacionada con algún tipo de perforación gastrointestinal, sino más bien se debe a cualquier tipo de colección que se encuentra en el peritoneo, como por ejemplo las nefrosis o la ascitis en los enfermos cirróticos lo que provoca un medio de cultivo para el desarrollo de gérmenes, generalmente están asociadas con infecciones de origen urinario y por lo común el germen aislado es la *Escherichia coli*, en caso de infecciones estreptocócicas se asocian a infecciones del sistema respiratorio superior mientras que si se asocian a estafilococos se

relacionan con focos supurativos como amigdalitis o abscesos que se localizan en regiones distantes a la cavidad abdominal .(Becerra Coral, Gomez Ceron y Delgado Bravo 2018).

No se puede tener la certeza absoluta de que no existe un foco concomitante intra abdominal a pesar de que en la punción se ha obtenido un líquido con cultivo monomicrobiano, gérmenes gram positivos y alteración de la formula leucocitaria por lo que en caso de duda será necesario realizar una laparoscopia o laparotomía para descartar una causa intraabdominal. (Becerra Coral, Gomez Ceron y Delgado Bravo 2018).

Otra de las causas primarias puede ser un cuadro inflamatorio el mismo que provoca distensión del peritoneo visceral provocado por la administración prolongada de betabloqueantes limitado principalmente en el intestino delgado, además se han comunicado peritonitis que cursan con cuadros de dolor abdominal asociadas al tratamiento con isoniazida y eritromicina (Becerra Coral, Gomez Ceron y Delgado Bravo 2018).

1.4.3. Peritonitis secundaria

Es la causa más común la misma que puede ser provocada generalmente por ulcera péptica perforada, apendicitis, víscera hueca perforada o traumática, obstrucción intestinal con estrangulación e infecciones de origen pélvico, el tratamiento quirúrgico será de elección en este tipo de peritonitis mediante drenaje del área purulenta o resección del órgano afectado. (Becerra Coral, Gomez Ceron y Delgado Bravo 2018).

El mecanismo de infección generalmente es por el paso de contenido por lo común estéril desde los órganos abdominales al peritoneo formando el grupo de las contaminaciones químicas, por ejemplo la perforación de la vesícula dará paso a la bilis a la cavidad abdominal lo que provocara que se produzca una colonización de gérmenes, si este tipo de material proviene de una víscera que ha sufrido gangrena los microorganismos tendrán alta virulencia por lo tanto el tratamiento previo a la cirugía debe ser exhaustivo y minucioso, caso contrario si se perfora un órgano como el estómago o duodeno con líquidos prácticamente estériles el tratamiento debe ser rápido para la pronta eliminación de la fuente contaminante. El proceso peritoneal activara mecanismos dentro del intestino, serosa y los tres compartimientos celulares tanto líquido celular, extracelular y plasmático. (Pérez 2016).

Cuando los microorganismos infectan el peritoneo se pueden activar mecanismos defensivos como la fagocitosis ejercida por macrófagos y principalmente por los leucocitos o anticuerpos, si el proceso es localizado se puede formar un plastrón que incluya o no un absceso en su interior

ya que rápidamente acuden a bloquearlo las vísceras móviles del abdomen como lo son las asas intestinales del intestino delgado, colon transverso, sigmoide y el epiplón mayor, caso contrario si la contaminación es masiva y supera las defensas propias del organismo se producirá una peritonitis diseminada estimulando mecanismos dentro del sistema nervioso central donde la medula suprarrenal libera adrenalina y noradrenalina manifestando el enfermo taquicardia y sudoración, por otro lado la hipovolemia estimula a la cortical para que eleve la secreción de sus hormonas tanto de la antidiurética como la liberación de la aldosterona con el fin de mantener el sodio y el agua. El llenado Cardíaco se ve afectado por la disminución en el retorno venoso teniendo como resultado el descenso del volumen minuto e hipo perfusión lo cual lleva al organismo a una acidosis metabólica que a su vez perjudica la contractibilidad del musculo cardiaco aumentando la demanda de oxígeno y se refleja con fiebre y taquipnea. (Pérez 2016).

1.4.4. Peritonitis terciaria

Cuando persiste una peritonitis secundaria a pesar del tratamiento prolongado y con múltiples antibióticos la denominamos peritonitis terciaria, donde se evidencia inflamación y disfunción tanto orgánica como sistémica, presentando alta mortalidad (64%) y se asocia a gérmenes como *Candida*, enterococo, enterobacter y *Staphylococcus epidermidis*, se cree que se debe a la salida de microorganismos a través de la mucosa intestinal. (Pérez 2016).

Clínicamente en este tipo de peritonitis la clínica se acompaña de dolor abdominal con náuseas y vómitos mas defensa muscular. (Azzato y Waisman 2008).

Según el consenso de varios autores se puede llegar a la conclusión de que este tipo de peritonitis causa una infección intraabdominal poco localizada, con disfunción orgánica donde hay alteración de la microflora bacteriana normal y eleva el índice de mortalidad. (Renoy 2016).

1.5. Abdomen agudo obstructivo o íleo

Según la organización mundial de gastroenterología se define como la interrupción completa y permanente del contenido intestinal en algún lugar a lo largo del trayecto del tubo digestivo, ocupando el cuarto lugar como causa de dolor abdominal, estimando un 2.5% en enfermos menores de 50 años y 12.3% en mayores de 50 años, sus causas pueden ser multifactoriales, pero frecuentemente se asocian a adherencias, vólvulos del intestino grueso, neoplasias y cuerpos extraños en el tubo digestivo los cuales pueden afectar a la pared del asa intestinal o a su luz en caso de grandes cálculos de origen biliar o apelmotonamientos de parásitos que emigran por la luz intestinal y se obstruyen en espacios estrechos normalmente en el duodeno o íleon distal lo cual

producirá compresión extra intestinal; la impactación por grandes fecalomas es una de las causas de obstrucción más frecuente en adultos mayores. (Navarro Pino y Vega Álvarez 2015).

El examen físico va a ser de vital importancia para completar los datos obtenidos por medio de la clínica del paciente, normalmente a la inspección en los íleos mecánicos la distensión va a ser más localizada, mientras que cuando hay presencia de íleo adinámico la distensión es difusa, además puede estar asociado a peristaltismo visible y audible, a la auscultación hay presencia de ruidos peristálticos de tipo metálico si la obstrucción es en el intestino delgado o de tipo borborigmo si se encuentra en el intestino grueso, la percusión será de tipo timpánico cuando exista contenido gaseoso y mate si su contenido es líquido, finalizamos el examen físico realizando siempre un tacto rectal sumado del tacto vaginal si la paciente es mujer lo mismo que nos ayudada a valorar si existe o no un cuadro obstructivo (Aguirre et al. 2019).

1.6. Abdomen agudo isquémico vascular

Representa un 2% de los casos de dolor abdominal y su mortalidad está ligada a un diagnóstico tardío, en este tipo de patología se producirá una necrosis producto de una embolia o trombosis ya sea arterial, venosa o mixta como por ejemplo en la estrangulación herniaria. (Aguirre et al. 2019).

La clínica es atípica pero suele iniciar con un cuadro de dolor agudo, fiebre y hemorragia causada por hemorragia a nivel de la lesión isquémica intestinal, dentro de los paraclínicos se puede realizar una radiografía simple de abdomen aunque es inespecífica y puede no tener alteración en paciente inmunodeprimidos y adultos mayores. La TC es conocida como la prueba de elección para diagnosticar este tipo de abdomen agudo con una sensibilidad del 90%. (Aranda et al. 2019).

1.7. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano

El proceso de envejecimiento es considerado como un fenómeno global donde existe una pérdida de las funciones tanto de órganos como sistemas que conducen al paciente hasta la muerte. (Aranda et al. 2019).

Los cambios fisiológicos normales del envejecimiento, la disminución de las reservas funcionales y las comorbilidades asociadas dificultan el diagnóstico en el paciente anciano incrementando la morbimortalidad, la etiología y presentación del dolor abdominal agudo en el anciano se debe considerar como un signo de alarma, aunque el mismo sea de baja intensidad o se encuentre como la única manifestación clínica. (Aranda et al. 2019).

Por lo antes mencionado un paciente senil tendrá mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con el manejo del abdomen agudo como por ejemplo reagudización de las patologías crónicas que porta el paciente, infección de los sitios quirúrgicos y sepsis. (Ocampo Chaparro y González Hadad 2006)

El dolor abdominal es la tercera causa más frecuente por la que acuden a los centros hospitalarios los pacientes geriátricos de estos el 40% de los ingresos por dolor abdominal agudo es diagnosticado de forma errónea alcanzando un índice de mortalidad del 10 al 20% si el enfermo requiere cirugía emergente tomando en cuenta las complicaciones cardíacas y pulmonares adyacentes.(Ocampo Chaparro y González Hadad 2006).

En este grupo etario la evaluación del dolor abdominal es más compleja, requiere mayor parte de tiempo y recursos, la estadía hospitalaria va a ser mayor y las tasas de remisión son más elevadas, de los pacientes que ingresan a hospitalización aproximadamente el 20% requiere algún tipo de procedimiento invasivo o quirúrgico, los signos y síntomas clásicos de las patologías abdominales suelen estar ausentes y por lo general no desarrollan fiebre ni leucocitosis esto es debido a que su sistema inmune presenta menor capacidad de respuesta frente a infecciones, con el aumento de la edad las células T y B van disminuyendo, la respuesta a pirógenos endógenos como exógenos disminuye y la capacidad de generar calor desciende por lo tanto la temperatura basal baja por lo que es más frecuente en este tipo de pacientes la hipotermia cuando cursan con cuadros infecciosos severos, a nivel digestivo el vaciamiento gástrico se enlentece disminuyendo la secreción de prostaglandinas lo que provoca el aumento de la producción de ácido clorhídrico, además se produce una anorexia fisiológica con menor ingesta de alimentos y líquidos que provocaran en el paciente constipación, disminuye el volumen hepático, la secreción hepática y la síntesis de albumina, a nivel renal el flujo sanguíneo, el filtrado glomerular y el clearance de creatinina disminuyen por lo que los túbulos renales sufren modificaciones a nivel de membrana basal formando divertículos lo cual lleva al paciente a presentar estasis urinario y por ende crecimiento bacteriano, la capacidad de concentración urinaria disminuye por lo que puede llevar al paciente a la deshidratación. (Treuer 2017).

El sistema nervioso central y periférico también sufre modificaciones por lo que aumenta el deterioro cognitivo y la prevalencia de demencia, disminuye la percepción del dolor y en cuadros quirúrgicos por lo común no hay irritación peritoneal. (Treuer 2017).

La evaluación física en el adulto mayor que presenta dolor abdominal no debe ser limitada al abdomen, es necesario prestar atención a la presencia de distensión abdominal, cicatrices, equimosis, visceromegalias, masas, soplos y hernias que pueden ser una causa directa de

obstrucción intestinal, además es de vital importancia tener en cuenta los antecedentes patológicos clínicos del paciente como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica todo lo anterior relacionado en cierto grado con el tipo de nutrición del paciente. (Treuer 2017).

En consecuencia el abdomen agudo quirúrgico en el paciente senil es distinto al del paciente más joven por lo que en muchos casos se decide no operar a este tipo de pacientes por razones de edad y por el tipo de comorbilidades asociadas por lo que los síntomas se prolongan empeorando las condiciones generales del paciente y aumentando el riesgo de complicaciones además por la presentación atípica de las patologías abdominales que llegan a retrasar el diagnóstico o peor aún retrasan las intervenciones quirúrgicas aumentando el índice de mortalidad en este grupo etario. (Treuer 2017) (Desserud, Veen y Søreide 2016).

1.8. Causas de abdomen agudo inflamatorio en adultos mayores

1.8.1. Apendicitis

La apendicitis aguda tiene un pico de prevalencia en la segunda y tercera década de vida, en los pacientes seniles se presenta con una incidencia entre el 5 y 10%, el índice de mortalidad en menores de 65 años es del 0.2% mientras que en los mayores de 65 años es de 4.6 %, siendo el retardo en el diagnóstico y el inicio del tratamiento factores importantes que repercuten en la evaluación del enfermo, a pesar de eso aproximadamente el 20% de pacientes sometidos a laparotomía exploratoria por sospecha de apendicitis aguda se encuentra un apéndice normal. (Pol Herrera et al. 2014).

Tenemos 4 tipos de apendicitis de acuerdo a su anatomía patológica el primero se caracteriza por inflamación catarral de la mucosa y submucosa, al inicio el apéndice puede presentarse externamente de aspecto normal y solo mostrar hiperemia pero al abrirlo se evidencia su mucosa engrosada con presencia de edema y enrojecimiento, la apendicitis supurativa se caracteriza por salpicado de infartos hemorrágicos de color marrón oscuro más abscesos de la pared posteriormente se producen microperforaciones con líquido purulento denominándose como apendicitis gangrenosa y finalmente se produce la perforación apendicular más frecuentemente en su borde antimesentérico. (Pol Herrera et al. 2014).

El diagnóstico de este tipo de patología es fundamentalmente clínico, la localización del dolor va a estar ligado a la relación anatómica del apéndice en relación al ciego ya sea retrocecal, paracólica, preileal y pelviano, pero generalmente la clínica suele presentarse con dolor

abdominal repentino, gradual y persistente que inicia en epigastrio donde permanece al menos 6 horas para posteriormente localizarse a nivel periumbilical para finalmente situarse en fosa iliaca derecha, se acompaña de náuseas, vómitos y fiebre ligera. (Pol Herrera et al. 2014) (Mejia et al. 2018).

Para un correcto diagnóstico de la apendicitis aguda podemos hacer uso de la escala de Alvarado, si el paciente porta una puntuación mayor a 7 esto indica cirugía, si la puntuación es menor de 7 indica observación, mientras que si obtenemos un puntaje menor de 4 es negativo de apendicitis. (Pol Herrera et al. 2014).

Tabla 1-1: Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según escala de Alvarado

ASPECTO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO	PUNTUACIÓN
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y /o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación a la izquierda	1
Total de puntos		10

Fuente: La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

De acuerdo a una casuística realizada por la Evaluación postoperatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis se evidencio que los signos primordiales para diagnosticar esta patología son el signo de McBurney y Blumberg dolorosos lo cual coincide con otros estudios revisados, el punto primordial de dolor es el punto de McBurney localizado a dos tercios de distancia del ombligo en una línea trazada desde el ombligo hasta la espina iliaca antero superior derecha, mientras que el signo de Blumberg es el dolor intenso tras provocar descompresión brusca ejercida sobre la fosa iliaca derecha, otro tipo de signos menos característicos son el signo de Rovsing el cual se caracteriza por dolor en fosa iliaca derecha al comprimir fosa iliaca

izquierda, el signo de Gueneau de Mussy es un dolor generalizado en toda la porción abdominal el mismo que indica irritación peritoneal o peritonitis, este tipo de signos son un reflejo víscero sensitivo los cuales se presentan con sensación de desgarró el mismo que se convierte en insoportable por el paciente llevándolo a adoptar una posición de semiflexión tratando de no realizar movimientos que exacerben el dolor (Mejía et al. 2018). (de Quesada Suárez, Ival Pelayo y González Meriño 2015)

Además para el diagnóstico se pueden realizar exámenes complementarios donde se puede evidenciar leucocitosis entre 10.000 a 15.000 glóbulos blancos con neutrofilia entre 70%- 80%, sin embargo en los pacientes adultos mayores no es raro evidenciar apendicitis con leucocitos dentro de parámetros normales, podemos realizar además un examen de orina el cual nos orienta en el diagnóstico diferencial con las infecciones a nivel del tracto urinario, la radiografía de abdomen puede mostrar signos como un fecalito calcificado en fosa iliaca derecha, niveles hidroaereos en cuadrante inferior derecho, líquido peritoneal, fleo, borramiento del psoas, neumoperitoneo en caso de salida de aire, el eco se utiliza en casos dudosos considerándole inflamado si sobrepasa los 6 mm, la tomografía computarizada es considerada como ideal para evaluar el apéndice pero la laparoscopia es el único procedimiento que puede visualizar el apéndice directamente. (Anderson, Moore y Jordan 2018).

La cirugía o la apendicectomía es el tratamiento estándar de atención, se inicia con antibióticos de amplio espectro cubriendo microorganismos aerobios y anaerobios e hidratación hasta el momento de la cirugía y su continuación dependerá de los hallazgos operatorios. (Anderson, Moore y Jordan 2018).

1.8.2. *Pancreatitis aguda*

A nivel mundial la pancreatitis aguda es considerada como la enfermedad pancreática más común, se estima que su frecuencia va entre 4,9 a 73.4 casos por cada 100.000 habitantes con una tasa de mortalidad del 3%, se produce por una inflamación aguda del páncreas debido a gran cantidad de causas, esto se debe a que las enzimas pancreáticas se activan en la misma glándula generando un mecanismo de auto digestión, pudiendo además comprometer por continuidad otros tejidos y órganos llegando a la falla orgánica lo cual eleva la mortalidad.

Tenemos 2 tipos de pancreatitis, la pancreatitis aguda leve está caracterizada por disfunción orgánica mínima y recuperación sin consecuencias la misma que responde correctamente a la administración de líquidos con desaparición rápida de los signos clínicos, si esto no sucede se debe pensar en la posibilidad de complicaciones, mientras que la pancreatitis aguda grave está

ligada al fallo orgánico asociado con el shock, insuficiencia respiratoria, renal o hemorragias digestivas y puede mostrar complicaciones como abscesos y necrosis, se evalúa según la escala de gravedad de Ranson donde presentara 3 puntos o más valorando factores al ingreso y a las 48 horas y según la escala de gravedad de APACHE II presentara 8 puntos. (Greenberg et al. 2016, p. 1)

Tabla 2-1: Criterios pronósticos de Ranson

AL INGRESO		
P.A NO BILIAR	AL INGRESO	P.A BILIAR
➤ 55 AÑOS	EDAD	➤ 70 AÑOS
➤ 16.000	LEUCOCITOSIS	➤ 18.000
➤ 200 mg	GLICEMIA	➤ 220 MG
➤ 350 U/L	LDH SÉRICA	➤ 400 U/L
➤ 250 U/L	GOT SÉRICA	➤ 250 U/L
A LAS 48 HORAS		
➤ 10%	CAIDA DEL HEMATOCRITO	➤ 10%
➤ 5 mg	INCREMENTO DEL BUN	➤ 5mg
➤ 60 mmHg	PA02	➤ 60 mmHg
➤ 8mg	CALCIO SERICO	➤ 8mg
➤ 4 mEq/l	DEFICIT DE BASE	➤ 5 mEq/L
➤ 6 L	SECUESTRO DE LIQUIDO	➤ 5 L

Fuente: Pancreatitis Aguda

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Según las casuísticas revisadas se puede evidenciar que la causa biliar es la etiología más frecuente de la pancreatitis con una incidencia del 80% seguida del alcoholismo donde se ha demostrado que una sola ingesta en cantidades importantes puede desencadenar un acontecimiento de pancreatitis, otras de las causas pueden ser hiperlipidemias, traumatismos abdominales, procedimientos endoscópicos, insuficiencia renal, metabopatías, trasplantes de órganos, infecciones, embarazo, medicamentos, toxinas, colagenosis, entre otros (Durón et al. 2018, p. 2).

Dentro de la clínica de la pancreatitis se evidencia que estas pueden cursar con síntomas abdominales en su forma leve y síntomas sistémicos en su forma grave, normalmente se recibe al paciente con una apariencia grave presentando taquicardia y en ocasiones hipotensión,

clásicamente presentan dolor el mismo que es de inicio agudo aunque algunos pacientes lo refieren de forma gradual además es de carácter continuo y persistente; al examen físico el abdomen se encuentra distendido, con presencia de defensa muscular y disminución de los ruidos hidroaéreos o incluso pueden encontrarse ausentes, además de un epigastrio doloroso el mismo que puede presentar irradiación del dolor hacia la espalda o en cinturón el cual no cede a los cambios de postura; en sus formas necróticas se puede apreciar la coloración azulada o manchas violáceas alrededor del ombligo denominado como signo de Cullen, mientras que si se localizan en flancos se denomina Signo de Grey Turner , estos dos signos son producto de la ocupación de líquido hemorrágico en el retroperitoneo y en los canales parietocolicos, el segundo síntoma más frecuente en las pancreatitis son los vómitos los mismos que esta precedidos por el dolor, la fiebre no está más que uno o dos grados por encima de lo normal conjuntamente se puede observar taquipnea , disnea e hipoxia leve, así mismo puede encontrarse ictericia lo cual es indicativo de tumefacción de la cabeza del páncreas (Durón et al. 2018, p. 3).

Dentro del diagnóstico de la pancreatitis se va a tomar en cuenta los niveles séricos de amilasa la misma que se puede elevar tres veces por encima de los normal pero esto solamente es sugestivo de dicha patología ya que hay infinidad de causas que pueden producir hiperamilasemia y se considera que la sensibilidad de la amilasa sérica es menor del 85%, otro tipo de hallazgos son la leucocitosis, hiperglucemia e hipocalcemia y un aumento del hematocrito por pérdida de líquido intravascular los mismos que se consideran como hallazgos tempranos en los ataques graves.

Las Técnicas de imagen utilizadas son la ecografía abdominal y la TC dinámica, la ecografía abdominal se utiliza para identificar litiasis biliar mientras que para el estudio del páncreas y sus complicaciones es menos útil ya que no permite identificar necrosis y la interpretación es más difícil en presencia de íleo intestinal. (Castillo y Cuadros 2017)

La TC por el contrario permite realizar el diagnóstico de pancreatitis aguda aunque no todo ameritan TC ya que su realización va ligada a la gravedad, su uso diagnóstico aumenta con la utilización de contraste, por lo que se ha realizado un patrón diagnóstico imagenológico según Balthazar que valora la extensión de la necrosis pancreática y la presencia de lesión extrahepática con un puntaje de 0-10. (Ames y Susana 2018, p. 45)

Tabla 3-1: Clasificación tomográfica de la inflamación pancreática (BALTHAZAR)

GRADO A (0)	Páncreas de aspecto normal
GRADO B (1)	Agrandamiento focal o difuso del páncreas sin afección peri glandular
GRADO C (2)	Grado B asociado a un aspecto heterogéneo de la grasa peri pancreática que implica el compromiso de la misma
GRADO D (3)	Colección intra o extrahepática
GRADO E (4)	Dos o más colecciones o presencia de gas peri pancreático

Fuente: Pancreatitis Aguda, Revisión actualizada

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Dentro del tratamiento de la pancreatitis la Asociación Americana de Gastroenterología recomienda la dieta absoluta y la rehidratación intravenosa la misma que aún está en discusión si la mejor terapéutica es con líquidos cristaloides o coloides junto con analgésicos como el metamizol para las formas leves, una vez que el paciente ya no presenta cuadros de dolor abdominal y recupera el tránsito intestinal se inicia tolerancia oral , en caso de existir hiperglicemia esta será manejada con insulina y en relación a los antibióticos estos no se prescriben para las formas leves de pancreatitis pero en caso de pancreatitis biliar y necrótico se puede administrar para prevenir abscesos, los más utilizados son las quinolonas y carbapenémicos. (Moreno-Delgado et al. 2017, p. 2) (Durón et al. 2018, p. 3)

1.8.3. Colecistitis

Cuando existe una inflamación de la vesícula biliar le denominamos como colecistitis , su mayor incidencia ocurre entre los 30 y 80 años de edad, se presenta en un 20 -30% en adultos mayores, siendo más frecuente en el sexo femenino, en gran parte corresponde a una complicación de la colelitiasis o lo que es la presencia de cálculos en el interior de la vesícula en un 90-95% (colecistitis litiásica), además puede provocarse una colecistitis por obstrucción del conducto cístico lo que provocara inflamación , distensión e infección bacteriana, con el paso de la edad aumenta la frecuencia de cálculos biliares mientras que el 5-10% presenta una colecistitis alitiásica cuyo motivo puede ser multifactorial pero caracterizada por una susceptibilidad aumentada a la colonización bacteriana en una bilis estática. (Anderson, Moore y Jordan 2018).

Este tipo de patología radica en una inflamación aguda de la pared del órgano vesicular la misma que puede ser leve solamente provocando edema pero puede progresar y evolucionar hacia la

necrosis provocando gangrena vesicular y posterior perforación del órgano, si se obstruye el conducto cístico se produce contracción profunda de la vesícula lo que causara dolor o el denominado cólico biliar, si dichos cálculos no progresan a través del conducto las contracciones aumentan produciendo edema de la pared hasta dañar la mucosa e inicia la liberación de enzimas encargadas de la descomposición de los fosfolípidos causando inflamación severa, se producirá trombosis de los vasos císticos, hipertensión en el lumen vesicular reduciendo el flujo sanguíneo teniendo como fin la isquemia que explica la necrosis de la pared vesicular. (Rodríguez y Tabío 2017)

Dentro de la clínica de esta patología se observa que los pacientes adultos mayores frecuentemente tienen síntomas inespecíficos o un tipo de clínica atípica, pero clásicamente la colecistitis se presenta con un cuadro de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho o cuadrante superior derecho acompañado de distensión abdominal, náusea, vómito, hipertermia donde el paciente adopta un posición de reposo, a la auscultación se encuentra disminución de los ruidos peristálticos, mientras se realiza el examen físico se puede encontrar el signo clásico de la colecistitis el cual es el signo de Murphy Positivo el mismo que provoca dolor durante la detención de la respiración en la palpación profunda del hipocondrio derecho con una sensibilidad del 50 – 65% y una especificidad del 79 – 96%, en un 20% de los pacientes se puede encontrar una masa en el cuadrante superior secundaria al epiplón adherente que recubre la vesícula biliar inflamada. (Rodríguez y Tabío 2017)

Hasta la actualidad no existe ninguna prueba en suero que sea específica de este tipo de patología, pero por lo general la mayor parte de los pacientes muestran leucocitosis entre 12000 y 15000, valores superiores a 20000 sugieren colangitis, colecistitis gangrenosa, perforación y otro tipo de complicación, además se puede encontrar bilirrubinas elevadas hasta 4mg/dl, elevación de la proteína c reactiva, aumento leve de las transaminasas, amilasa, fosfatasa alcalina. (Rodríguez y Tabío 2017)

Dentro de los exámenes imagenológicos se considera a la ecografía con una sensibilidad del 85% y especificidad del 95%, para asegurar el diagnóstico de esta patología los pacientes deben cumplir dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores. Dentro de los criterios mayores encontramos: Pared vesicular con un espesor mayor o igual a 3.5mm, distensión mayor de 5cm de largo, líquido pericolecístico o edema subseroso, gas intramural, los criterios menores son: distensión mayor o igual a 8cm o mayor de 5cm de ancho con líquido de características transparentes, lodo biliar e hidrops vesicular. (Aguirre et al. 2019)

El tratamiento para este tipo de patología es la colecistectomía de preferencia laparoscópica que en la actualidad es la más utilizada en pacientes adultos mayores ya que conduce a una estancia

hospitalaria corta menos invasiva con menor tiempo de recuperación, aunque existen contraindicaciones cuando hay presencia de obesidad mórbida, hipertensión portal, enfermedad hepática terminal, cálculos biliares gigantes , cuagulopatias graves, etc. (Castillo y Cuadros 2017)

Como una complicación de la colecistitis se presenta el hidrocolecisto el mismo que es un tipo de dilatación extrema de la vesícula biliar debida a una obstrucción en el curso de la bilis no provocada por cálculos de la vesícula biliar generalmente al examen físico se va a palpar claramente una masa a nivel de cuadrante superior derecho , posteriormente al hidrocolecisto se forma el piocolecisto el cual provoca gangrena y finalmente la perforación vesicular que pueden llevar al paciente hasta la muerte si el diagnóstico y tratamiento no es oportuno tomando en cuenta que uno de los factores importantes dentro de las complicaciones es el tiempo que tarda el enfermo en consultar las unidades de salud durante su episodio agudo. (Castillo y Cuadros 2017)

1.8.4. Enfermedad diverticular

La patología diverticular es una de las enfermedades más frecuentes representando un incremento del 15% de hospitalizaciones, es de causa multifactorial donde la edad parece ser el factor de riesgo más importante encontrándose especialmente en pacientes mayores de 70 años con una incidencia del 63%, además se le relaciona con la debilidad de la pared intestinal en los sitios de perforación vascular o con el aumento de la presión intraluminal a causa de la baja ingesta de fibra, disfunción en la motilidad intestinal, alteraciones en el tejido conectivo y alteración en la microbiota intestinal donde se producen formaciones en forma de saco de la mucosa y submucosa a partir de la capa muscular más delgada donde los vasos sanguíneos penetran la pared intestinal, estan localizados principalmente en el sigmoides entre la tenia mesocólica y las dos tenias antemesocólicas y con menos frecuencia en el colon izquierdo y transverso. (Fluxá y Quera 2017)

La Diverticulitis aguda clínicamente se presenta con dolor abdominal de tipo cólico el mismo que es intenso, prolongado y recurrente, generalmente empeora después de la ingesta de comida y cede con la deposición o expulsión de flatos, está localizado en cuadrante inferior izquierdo acompañado de episodios de diarrea que se alternan con estreñimiento además de hipertermia, nauseas, vómitos, leucocitosis, melenas y en ocasiones se puede palpar una masa dolorosa en fosa iliaca izquierda, se asocian con complicaciones como abscesos, fistulas o incluso perforaciones. (Fluxá y Quera 2017) (Cantos 2018)

El diagnostico de esta enfermedad se lo realiza con la clínica antes descrita tomando en cuenta que el medico deberá descartar la presencia de neoplasia del colon, por lo que este tipo de pacientes ameritaran la realización de una colonoscopia, método que debe ser la primera

alternativa ya que permite la toma de biopsias en caso de existir otros hallazgos, además que es el método que presenta mayor fiabilidad, si por cuestiones de edad , comorbilidades o negación del paciente a dicho procedimiento se puede realizar métodos alternativos como el enema baritado tomando en cuenta que dicho examen implica exceso de radiación así mismo una capacidad diagnóstica menor, la TC es en la actualidad el mejor método diagnóstico de imagen inicial ya que permite identificar complicaciones locales de la diverticulitis y es útil al momento de tomar decisiones quirúrgicas. (Aicart-Ramos et al. 2016)

El manejo de dicha patología es variado, se puede tratar con antibióticos, líquidos intravenosos y sonda nasogástrica, si el paciente presenta diverticulosis asintomática solo amerita consumo de fibra destinada a aumentar el bolo fecal y disminuir la presión intraluminal, mientras que si el paciente presenta diverticulitis grave deberá ser hospitalizado, con reposo intestinal total, fluido terapia, analgésicos y antibióticos de amplio espectro, reiniciando dieta a las 48 horas si dichos síntomas han cedido, se deberá repetir a las 3 semanas la colonoscopia para descartar la presencia de neoplasia , la cirugía deberá realizarse cuando existen 3 o más episodios de diverticulitis tratados de forma ambulatoria o un episodio mayor que amerita hospitalización o en caso de existir un tipo de masa abdominal dolorosa persistente. (Aicart-Ramos et al. 2016)

1.8.5. Isquemia mesentérica aguda

También denominada isquemia intestinal aguda o isquemia visceral, se explica como aquel proceso donde se produce hipoxia del intestino por descenso en la perfusión sanguínea producto de un embolo o trombo ya sea arterial o venoso por lo que presenta un alto índice de mortalidad entre el 70-90% a pesar de instaurar un tratamiento adecuado, además la extensión de tal necrosis va a depender del vaso principalmente afectado, de la calidad de la circulación colateral y la capacidad de respuesta. (del Río Solá, González-Fajardo y Vaquero Puerta 2015)

La mayor parte de los émbolos se forman en el ventrículo o la aurícula izquierda a causa de lesiones valvulares en gran parte asociados con arritmias cardiacas como la fibrilación auricular, donde son trasladados por el flujo sanguíneo impactándose principalmente en el nacimiento de la arteria mesentérica superior mientras que el resto se instalan a 3 o 10 cm distalmente al origen de la arteria cólica media, el intestino va desde una fase precoz donde se observan las asas intestinales pálidas e hiperperistálticas y posteriormente las asas intestinales se mostraran dilatadas y sin tono pero con daños aun reversibles durante 6-24 horas, la importancia de este tipo de lesiones varía en función de la rapidez del establecimiento de la trombosis así como de su grado de extensión. (del Río Solá, González-Fajardo y Vaquero Puerta 2015) (GA Motta-Ramírez et al. 2015, p. 4)

Clínicamente este tipo de patología se caracteriza por intenso dolor de tipo cólico de inicio brusco si es de origen embólico e insidioso si es de origen trombótico localizado a nivel periumbilical o fosa iliaca derecha acompañado de diarrea y vómito que evoluciona en pocas horas de brusco a fecaloide, tomando en cuenta el antecedente de embolismo, el estado general del paciente está poco alterado, a la exploración física se evidencia un abdomen distendido con hipersensibilidad y el tacto rectal es normal. Se reconoce como la triada clínica de esta patología al dolor abdominal intenso, evacuación intestinal ya sean vómitos o diarreas y presencia de antecedentes de cardiopatías. (del Río Solá, González-Fajardo y Vaquero Puerta 2015)

Hasta el momento no existen pruebas de laboratorio específicas para este tipo de patología, aunque en un 75% los pacientes suelen mostrar leucocitosis con desviación a la izquierda más elevación de algunas enzimas como la fosfatasa alcalina y LDH se puede utilizar la Radiografía simple de abdomen la misma que muestra ausencia de claridad aérea intestinal tomando en cuenta que si la radiografía es normal no se excluye el diagnóstico, además dilatación de las asas intestinales, si la isquemia está en una fase tardía se suele hallar íleo local o generalizado, signo de colon cortado, signo de la huella del pulgar, estreches de la luz intestinal, signo de asa rígida o neumoperitoneo y gas en la vena porta o pared intestinal. La arteriografía también es de uso diagnóstico ya que permite visualizar la obstrucción ya sea parcial o total en el origen de la arteria mesentérica superior y la ausencia de circulación en el área irrigada por esta arteria, además que permite al médico iniciar tratamiento a través del catéter intraarterial con papaverina. La TC es el método considerado como norma de oro con una especificidad del 98% existiendo la recomendación de realizarla a todo paciente que presente dolor abdominal y un antecedente de trombosis o hipercoagulabilidad, permite mostrar el sitio de oclusión de los vasos así como el engrosamiento y dilatación de las asas, gas en la vena porta y la presencia de ascitis. Los retardos en el diagnóstico pueden llevar a que el paciente presente un cuadro de infarto mesentérico donde el dolor aumenta al igual que los vómitos, presentando rectorragias, llevándole al paciente a un estado de shock. (Ocampo Chaparro y González Hadad 2006)

Para el tratamiento de esta enfermedad se utilizaran soluciones cristaloides isotónicas, valoración estricta de electrolitos y estado ácido básico. Los pacientes se deben mantener en NPO debido a que la dieta exacerba la isquemia intestinal aguda, se coloca sonda nasogástrica teniendo control estricto sobre la diuresis por los estados de deshidratación, se puede además administrar heparina en aquellos pacientes con trombosis venosa lo cual disminuye la recurrencia hasta en un 12% posterior a la resección intestinal y disminuye la mortalidad en un 37%, se aplica además analgesia como el tramadol o la morfina, se debe iniciar antibióticos de amplio espectro debido a que hay aumento de la permeabilidad de la barrera intestinal con riesgo de infestación bacteriana y sepsis. El tratamiento quirúrgico es la única modalidad terapéutica eficaz para la corrección

definitiva de la causa isquémica y se debe aplicar a todos los pacientes con isquemia mesentérica que presenten evidencia de peritonitis y puede ser con laparotomía o laparoscopia de urgencia. (Ocampo Chaparro y González Hadad 2006)

1.8.6. Causas atípicas

Otro tipo de patologías que pueden presentarse con dolor abdominal en pacientes seniles son infecciones del tracto urinario ya sea de origen bajo o alto, infarto de miocardio, embolia, insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía, neumotórax, estreñimiento, cetoacidosis diabética, rotura del esófago, uremia, entre otras. (Becerra Coral, Gomez Ceron y Delgado Bravo 2018)

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1. Anamnesis

2.1.1. Datos de filiación

Paciente NN de 75 años de edad, sexo femenino, etnia mestiza, estado civil casada, ocupación agricultora, nacida y residente en Chunchi, instrucción primaria incompleta, religión católica, no posee seguro de salud.

2.2. Motivo de consulta

Dolor abdominal.

2.3. Enfermedad actual

Paciente acude el 14 de abril del 2019 con cuadro clínico de dolor abdominal de 12 horas de evolución, sin causa aparente, tipo cólico de gran intensidad 7/10 en la escala de EVA, localizado en epigastrio con irradiación difusa a todo el abdomen, se acompaña de náusea que llega al vómito tres ocasiones en moderada cantidad al inicio alimentario y posteriormente bilioso además de distensión abdominal, por lo que es trasladada al hospital de Chunchi desde donde se refiere a esta casa de salud, al momento del ingreso la paciente refiere persistir con dolor abdominal en forma difusa.

2.4. Revisión de sistemas

Sin patología aparente

2.5. Antecedentes

2.5.1. Antecedentes Personales

- Clínicos: No refiere

- Quirúrgicos: No refiere
- Alérgicos: No refiere

2.5.2. Antecedentes Gineco-obstétricos

- Menarquia y telarquia: 13 años
- Ciclos: 30x5
- Inicio de vida sexual: 22 años
- Número de parejas sexuales: 1
- Paptest: no se ha realizado
- Menopausia: Inicia a los 48 años
- Gestas: 3 Partos : 3 Cesáreas: 0 Abortos: 0

2.5.3. Hábitos

- Alimenticio: 3 veces al día
- Miccional: 3 veces al día
- Defecatorio: 1 vez al día
- Alcohol: no
- Tabaco: no
- Drogas: no
- Sueño: 7 horas diarias

2.5.4. Historia familiar

Madre: Hipotiroidismo

2.6. Examen físico

2.6.1. Signos vitales

- Tensión arterial: 100/70 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 69 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto
- Temperatura: 36.8 grados centígrados
- Saturación de oxígeno: 92% Aire Ambiente

2.6.2. Antropometría

- Peso: 52.3 kg
- Talla 1.53 m
- IMC: kg/M²

Paciente consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, algica.

PIEL Y FANERAS: Piel normo-térmica, sin zonas ictericas

CABEZA: Normocefálica, cabello de implantación de acuerdo a edad y sexo.

OJOS: Apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, escleras anictéricas.

OIDOS: Conductos Auditivos externos permeables.

NARIZ: fosas nasales permeables, con presencia de sonda nasogástrica con eliminación de líquido bilioso

BOCA: Mucosas orales secas, piezas dentales en regular estado general.

CUELLO: Móvil sin presencia de adenopatías palpables. Tiroides grado 0.

TORAX: Simétrico expansibilidad conservada.

CORAZON: Rítmico, no se auscultan soplos.

PULMONES: Ventilados, murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares, frémito conservado, no se auscultan rales ni ruidos sobreañadidos.

ABDOMEN:

Inspección: Se evidencia abdomen distendido, con presencia de estrías, no se observa circulación colateral, masas ni cicatrices.

Auscultación: Ruidos Hidroaereos disminuidos, no se auscultan soplos.

Percusión: Timpánico en marco colónico.

Palpación: Abdomen normo térmico, tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda, con reacción peritoneal generalizada, mussy positivo, no visceromegalias, no se palpan nódulos ni masas.

LUMBAR: Puño percusión bilateral negativa.

REGION INGUINOGENITAL: Morfología femenina normal, con presencia de sonda vesical con orina clara en poca cantidad.

REGION ANAL: Al tacto rectal se encuentran heces en ampolla rectal de características normales.

EXTREMIDADES: Simétricas, tono, fuerza y movilidad conservadas, no edemas.

2.7. Impresión diagnóstica

- Isquemia mesentérica
- Pancreatitis
- Úlcera gástrica perforada
- Apendicitis aguda complicada
- Colecistitis aguda

2.8. Indicaciones

Ingreso a Observación

Semifowler

Nada por vía oral

Cuidados de enfermería:

- Monitorización continua de signos vitales
- Control de ingesta y excreta

Hidratación:

- Solución salina 0.9% 1000ml pasar 300 ml STAT IV y luego 100ml/ /h

Medicación:

- Tramadol 50mg IV LENTO Y DILUIDO STAT
- Ondasetron 4 mg IV STAT
- Omeprazol 40 mg iv cada dia

Exámenes:

Biometría hemática

Química sanguínea

Electrolitos

EMO más Gram

Tiempos de coagulación

Rx de Torax

Rx de Abdomen dos posiciones

Ecografía Abdominal

Tabla 4-2: Biometría Hemática 14-04-2019 19:13 pm

BIOMETRIA HEMATICA		
LEUCOCITOS	6.45	4.5 – 10
HEMOGLOBINA	13.8%	12 - 16
HEMATOCRITO	42%	37 - 47
PLAQUETAS	400.0	130 - 400
GLOBULOS ROJOS	4.62	4.2 - 5.4
MONOCITOS %	18.0	5.5 - 11.7
EOSINOFILOS%	1.0	0.9 - 2.9
LINFOCITOS%	81.0	40 - 65

Fuente: Laboratorio Clínico- HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 5-2: Química básica 14-04-2019 19:13 pm

	QUIMICA SANGUINEA	
GLUCOSA BASAL	133	70 - 100
UREA	50	10 - 50
CREATININA	1.2	0.5 – 0.9
BUN	23	4 - 22

Fuente: Laboratorio Clínico-HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 6-2: Electrolitos 14-04-2019 19:13 pm

ELECTROLITOS		
Electrolitos Cl	109	94 - 110
Electrolitos K	6.80	3.5 - 5.5
Electrolitos Na	137.0	135 - 155

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth 2019

Tabla 7-2: Tiempos de Coagulación 14-04-2019 19:13 pm

COAGULACIÓN		
TP	11.9 seg	9.8 - 14.1
TTP	0 seg	20 - 36.3

INR	0.99	0.9 - 1.15
------------	------	------------

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth 2019

Tabla 8-2: Elemental y microscópico de orina 14/04/2019

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Transparente
DENSIDAD	1.025
pH	5.0
PROTEINAS	Negativo
GLUCOSA EN ORINA	Negativo
UROBILINOGENO	Negativo
BILIRRUBINAS	Negativo
NITRITOS	Negativo
CETONAS	50
HEMATIES	0-2
LEUCOCITOS	NEGATIVO
BACTERIAS	ESCASAS
GRAM	NEGATIVO

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital General Riobamba. IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth 2019

Rx de tórax posición única, frontal. 2019/04/14 16:25

EXAMEN RADIOLOGICO; TORAX; POSICION UNICA; FRONTAL 71010

Se visualiza en las imágenes obtenidas de tórax en proyección ap.:

- no se visualizan lesiones activas en el parénquima pulmonar.
- luz traqueal central.
- senos costo frénicos libres.
- silueta cardiaca normal.

ECOGRAFIA ABDOMINAL: 14/04/2019

Vesícula con volumen de 117ml, distendida, hidrópica, con paredes engrosadas, ecogénicas de 5,8mm, edema pericolecístico importante, no se visualizan cálculos en su interior. Páncreas normal.

2.9. REGISTRO DE EVOLUCIONES

DÍA 1: NOTA DE EMERGENCIA 14/04/2019 18:58

Paciente pasa a sala de observación, con tendencia a la hipotensión, TA 90/30, consiente, orientada, álgica, mucosas orales secas, abdomen tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda de forma difusa, Blumberg positivo, McBurney positivo, extremidades con tonos y fuerza conservadas, no se aprecian edemas, se indica valoración por servicio de cirugía general.

DÍA 1: NOTA DE CIRUGÍA GENERAL EN OBSERVACION 14/04/2019 19:13

Paciente adulta mayor hemodinamicamente inestable con cuadro abdominal agudo de 16 horas de evolución en relación con patología vesicular vs. Patología apendicular complicada, esta última no se correlaciona con el tiempo de evolución. Por lo mencionado la paciente requiere cirugía emergente para definitivo diagnóstico y posible resolución de patología. Se pasa parte operatorio previa firma de consentimientos informados y previa estabilización de macro y micro dinámica. Se conversa con esposo y con hijo sobre la decisión de cirugía y manifiestan tener consenso del resto de familiares para autorizar la misma. Nos mantendremos expectantes de decisión de familiares y hasta tanto solicitaremos el chequeo pre quirúrgico pertinente.

Se cataloga como: Abdomen agudo inflamatorio: apendicitis complicada vs colecistitis

Se solicita EKG, chequeo prequirúrgico, repetir cuagulograma, perfil hepático, perfil pancreático, electrolitos, gasometría arterial.

DÍA 1: NOTA DE MEDICINA INTERNA EN OBSERVACIÓN 14/04/2018 20:45

Paciente adulta mayor hemodinamicamente inestable con cuadro abdominal agudo de 16 horas de evolución en relación con patología vesicular vs. Patología apendicular complicada, somos interconsulta dos porque se requiere cirugía emergente para definir diagnóstico y posible resolución de patología.

Por parte de cirugía general se indica repetir exámenes de laboratorio evidenciando tiempos de coagulación dentro de parámetros normales, perfil hepático y pancreático elevado.

Por lo que catalogamos con riesgo cardiológico II/III según escala de Goldman.

Tabla 9-2: Tiempos de Coagulación 14-04-2019 20:38 pm

COAGULACIÓN	
--------------------	--

TP	12.3 seg	9.8 - 14.1
TTP	26.8	20 - 36.3
INR	1.02	0.9 - 1.15

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 10-2: Perfil Hepático 14-04-2019 20:38 pm

COAGULACIÓN		
AST	789	0 - 35
ALT	263	0 - 33
GGT	92	5 - 36
BILIRRUBINA TOTAL	0.78	0 - 1.2

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 11-2: Perfil pancreático 14-04-2019 20:38 pm

COAGULACIÓN		
AMILASA	1265	28 - 100
LIPASA	1142.7	13 - 60

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 12-2: Electrolitos 14-04-2019 20:38 pm

ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS CL	114	94 - 110
ELECTROLITOS K	4.30	3.5 - 5.5
ELECTROLITOS NA	139.0	135 - 155

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 13-2: Gasometría 14-04-2019 20:38 pm

GASOMETRIA	VALOR REFERENCIAL

BE	-6.1	
CLORO GASOMETRIA	108.50	
HC03	17.9	21 – 29
POTASIO	3.67	
SODIO GASOMETRIA	143.90	
PCO2	31.5	35 - 45
PH	7.37	7.3 - 7.4
PO2	46.4	65 - 80
S02%	80.0	70 - 100

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Se cataloga como: abdomen agudo inflamatorio más acidosis metabólica

DÍA 1: NOTA DE EVOLUCION EN CUARTO CRITICO EN EMERGENCIA 14/04/2019 23:15

Paciente es trasladado a cuarto crítico , se revisan paraclínicos de control solicitados, donde se determina aumento de enzimas pancreáticas, con cuadro de dolor difuso que lleva a reacción peritoneal, inicialmente prevista conducta quirúrgica, sin embargo a la luz de los nuevos resultados estamos ante la probabilidad de cuadro de pancreatitis aguda, con acidosis metabólica no compensada, por lo que solicitamos estudio de imagen para complementar diagnóstico y definir conducta con la paciente. Mantenemos en observación de cuarto crítico.

SE SOLICITA: TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN

TAC de abdomen sin contraste seguida de contraste.

Hígado de forma y tamaño normal.

Vesícula biliar de paredes regulares, hiperdistendida, alitiasica.

Páncreas que no impresiona engrosado en todo su trayecto, no existe estriación de grasa peri pancreática, a la administración de contraste no se evidencian zonas de hipoperfusión. No obstante cabe destacar que no existe en placas escala de medición comparativa.

Riñones: normales

Bazo: sin alteraciones.

Cámara gástrica con hiperdistensión, sin lesiones ocupativas.

Se registra distensión de asas de intestino delgado, con discreto aumento de grosor de su pared, así como hiperdistensión de marco colónico derecho desde ciego hasta colon ascendente y transversal, con ausencia de gas en colon descendente, sigmoide y ampolla rectal.

No se cuenta con protocolo de ANGIOTAC, sin embargo se evidencia realce en parches de intestino delgado y estriación de grasa mesentérica. En los segmentos visualizados la aorta abdominal, renales e ilíacas están patentes, no se descarta compromiso de arterias mesentéricas. Se evidencia líquido libre perivesicular y en espacio de Morrison.

Vejiga sin distensión, no valorable.

DÍA 1: NOTA DE ANESTESIOLOGÍA EN CUARTO CRÍTICO 14/04/2019 23:23 pm

Se realiza valoración pre-anestésica a paciente femenina de 75 años de edad quien se encontraba en tentativa quirúrgica por cuadro de abdomen agudo obstructivo, sin embargo tras realización de exámenes de laboratorio se concluye que se trata de cuadro de pancreatitis aguda. Al momento de valoración paciente lúcida, consiente, orientada, Glasgow 15/15, tensión arterial 130/60 frecuencia cardíaca 78, saturación 94%, paciente vigil, orientada, normocefálica, ojos pupilas isocóricas, normo reactivas, boca: mucosas orales secas. Piezas dentales ausentes, corazón ruidos cardíacos rítmicos pulmones ventilados; abdomen: doloroso en hemiabdomen superior. Ruidos hidroaéreos disminuidos; extremidades: simétricas. Tono y fuerza muscular conservada. Se repitieron exámenes de laboratorio evidenciándose electrolitos y coagulograma dentro de parámetros normales. Tras conversar con médico tratante de cirugía se nos indica que no requiere resolución quirúrgica al momento, sin embargo nos mantendremos expectantes.

DÍA 2: NOTA DE CIRUGIA GENERAL EN CUARTO CRÍTICO 15/04/2019 01:07

Paciente la misma que persiste con cuadro de dolor abdominal con constantes vitales dentro de parámetros normales, se solicita nuevo perfil pancreático para decidir conducta.

Tabla 14-2: Perfil Pancreático 14-04-2019 20:38 pm

COAGULACIÓN		
AMILASA	984	28 - 100
LIPASA	860.0	13 - 60

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

DÍA 2: NOTA EN CUARTO CRÍTICO 15/04/2019 01:07

Paciente adulta mayor al momento permanece en cuarto crítico, con estabilidad hemodinámica. Se recibe resultados de perfil pancreático, donde se confirma cifras milenarias de amilasa y lipasa. Nos mantenemos a la espera de resultado de estudio de imagen para de esta forma correlacionar con cuadro clínico de la paciente. Por el momento se decide suspender tentativa quirúrgica dado el cuadro de pancreatitis, ya que en caso de ser intervenida en este momento aumentaría el riesgo mismo de procedimiento quirúrgico. La morbimortalidad asociada a una intervención temprana es de consideración. Nos mantendremos a la expectativa de la evolución de la paciente.

DÍA 2: NOTA EN CUARTO CRÍTICO 15/04/2019 07:01

Paciente al momento con cuadro de dolor abdominal que es valorada en horas de la tarde por cirugía quien indica abdomen agudo por lo que deciden resolución quirúrgica, en horas de la noche en los resultados de la noche observan elevación de perfil pancreático por lo que deciden revaloración con tac de abdomen simple y contrastada donde se observa vesícula aumentada de tamaño abundante material fecal en cavidad abdominal indican por parte de cirugía repetir exámenes más valoración por medicina interna gastroenterología para tomar conducta , escala de apache de 8 , BISAP 1

SE INDICA: tramadol 50mg intravenoso diluido lento Por razones necesarias, ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12h, metronidazol 500 mg iv cada 8 horas, repetir exámenes de laboratorio: biometría, creatinina, electrolitos, proteína c Reactiva, procalcitonina, gasometría, perfil hepático, perfil pancreático, tiempos de coagulación.

DIA 2: NOTA DE GASTROENTEROLOGIA EN CUARTO CRITICO 15/04/2019 08:23

Paciente femenina de 75 años de edad con cuadro que llama mucho la atención, la clínica nos indica cuadro oclusivo a pesar de que los complementarios informan enzimas hepáticas y pancreáticas elevadas. Discutimos el caso con servicio de radiología con el Dr. Fabian Andrade porque las TAC no tienen informe por prestador externo, y lo que más llama la atención en las imágenes es las estriaciones a nivel de mesenterio, con signos de isquemia a nivel del mismo sin embargo nos encontramos con un páncreas muy poco engrosado sin imagen de lesiones. Se revisa de igual manera la Rx de abdomen simple sin que se encuentren niveles clásicos más se observa ausencia de gas a nivel de la ampolla rectal más una interrupción con dilatación de asas derechas. Por lo que somos del criterio de que cirugía reevalúe nuevamente el caso porque impresiona abdomen agudo y este cuadro compromete la vida del paciente. Solicito además sea valorado por UCI para compensación de las complicaciones.

SE RECOMIENDA: IC A TERAPIA INTENSIVA

Tabla 15-2: Biometría Hemática 15-04-2019 08:37 Am

BIOMETRIA		
LEUCOCITOS	4.70	4.5 – 10
HEMOGLOBINA	14.6	12 - 16
HEMATOCRITO	44.0	37 - 47
PLAQUETAS	388	130 - 400
LINFOCITOS %	23.0	40.5 - 45.5
NEUTROFILOS %	77.0	40 - 65

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 16-2: Perfil Hepatico 15-04-2019 08:37 Am

PERFIL HEPATICO		
BILIRRUBINAS TOTAL	0.96	0 - 1.2
AST	455	0 - 35
ALT	233	0 - 33
GGT	92	5 - 36

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 17-2: Perfil Pancreático 14-04-2019 20:38 pm

COAGULACIÓN	
AMILASA	1277
LIPASA	1016.4

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 18-2: Perfil Renal 15-04-2019 08:37 Am

PERFIL RENAL		
GLUCOSA	124	70 - 100

UREA	66	10 - 50
BUN	31	4 - 22
CREATININA	1.1	0.5 - 0.9

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

DÍA 2: NOTA DE TERAPIA INTENSIVA EN CUARTO CRÍTICO 15/04/2019 13:20 PM

Paciente con cuadro abdominal sugestivo de abdomen agudo, probablemente oclusivo; con signos de irritación peritoneal en todo el abdomen, ha elevado enzimas pancreáticas, sin cambios visibles es tac simple de abdomen; lo que nos permite recomendar nueva evaluación por parte de cirugía para posible intervención quirúrgica. Actualmente paciente no requiere ingreso a terapia intensiva, solicitaremos algunos exámenes laboratorio con nueva valoración según resultados y condición de paciente en el postoperatorio si fuera intervenida quirúrgicamente.

SE RECOMIENDA: CONTROL GASOMETRICO

DÍA 2: NOTA DE CIRUGIA GENERAL EN CUARTO CRÍTICO 15/04/2019 14:22

Paciente conocido por el servicio de cirugía presenta un cuadro de abdomen agudo dudoso ante lo cual se procede a conversar con familiares sobre la cirugía de emergencia propuesta laparoscopia diagnostica y se les explica sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar durante y después de la misma inclusive la muerte, durante la cirugía de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos existe la posibilidad que la paciente tenga que pasar a UCI.

SE RECOMIENDA: Heparina de bajo peso molecular 0.4 U.I subcutánea STAT, firmar consentimientos informados, pasar parte operatorio, pasar parte físico y virtual, preparar campo quirúrgico.

DÍA 2: NOTA DE ANESTESIOLOGIA EN CUARTO CRÍTICO 15/04/2019 16:42

Paciente valorada en el cuarto critico de emergencia, se informa a familiares procedimiento anestésico y riesgo del mismo, familiares entienden y firman consentimiento informado se nos informa que existe espacio en terapia intensiva, en tal caso de que requiriera ingreso en el posquirúrgico.

DIA 2: NOTA DE CENTRO QUIRURGICO 15/04/2019 17:48

Paciente de 75 años de edad ingresa a quirófano desde el servicio de críticos de emergencia con un diagnóstico de abdomen agudo inflamatorio para realizar una laparoscopia diagnóstica.

PROTOCOLO OPERATORIO

DG PREOPERATORIO: Abdomen agudo inflamatorio

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO: abdomen agudo + apendicitis + colecistitis + hidrocolecisto

CIRUGÍA PROGRAMADA: laparoscopia exploratoria

CIRUGÍA REALIZADA: laparoscopia exploratoria convertida a laparotomía exploratoria + apendicectomía + colecistectomía + lavado de cavidad + colocación de dren

ANESTESIA: General

Material blanco: completo según reporte de enfermería

COMPLICACIONES:

Sangrado: 100 ml

Histopatológico: si (vesícula y apéndice)

.

DIERESIS

Incisión de 1 cm en puerto umbilical

Incisión de 1 cm en flanco izquierdo

Incisión supra e infra umbilical de más o menos 10 cm

.

EXPOSICION

- manual e instrumental

.

HALLAZGOS:

Líquido inflamatorio libre en cavidad +- 900 ml

Apéndice plastronada grado ii

Adherencia de epiplón a pared y vesícula

Hidrocolecisto

Vesícula con paredes gruesas y necróticas en su parte posterior

Conducto cístico fino de +- 0,5 x 0,3

Calot tipo II

.

PROCEDIMIENTO

Asepsia y antisepsia.
Colocación de campos quirúrgicos.
Diéresis n°1 y 2 descrita.
Profundización por planos.
Apertura de cavidad
Succión de líquido libre
Identificación y liberación del apéndice
Identificación, clipado corte y ligadura de arteria apendicular
Identificación, clipado corte y ligadura de apéndice desde su base
Identificación y liberación de adherencias de vesícula
Identificación clipado corte y ligadura de arteria cística
Identificación clipado corte y ligadura de conducto cístico
Exeresis de vesícula de su lecho
Lavado de cavidad con 2000 ml de solución salina 0,9%
Secado de cavidad
Control de hemostasia
Colocación de dren mixto en lecho vesicular
Cierre por planos
Colocación de jeringo back en tejido celular subcutáneo

SE RECOMIENDA: NPO, sonda nasogástrica a caída libre, Dextrosa al 5% en solución salina 0,9% 1000 ml IV cada 8 horas, omeprazol 40 mg IV cada día, ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas, metronidazol 500 mg iv cada 6 horas, paracetamol 1 gramo iv cada 8 horas, ketorolaco 30 mg iv cada 12 horas, metoclopramida 10 mg IV cada 12 horas, mantener sonda vesical, realizar exámenes: amilasa y lipasa.

DÍA 2 Y 3: NOTA DE CIRUGIA GENERAL 15/04/2019 - 16/04/2019

Paciente con postoperatorio mediato, por colecistitis aguda más apendicitis aguda grado II, hemodinamicamente estable, con apoyo de oxígeno suplementario a 3 litros por bigotera, con adecuado manejo del dolor, adecuada diuresis, no se evidencian criterios de complicación aguda posquirúrgica, al examen físico abdomen se encuentra suave, depresible, doloroso a la palpación en sitio quirúrgico, en flanco derecho con presencia de drenaje el mismo que se encuentra funcional con producción de líquido sero-hemático con una producción de 50ml/4 horas, sonda nasogástrica con 50ml /4 horas.

Se recomienda: cloruro de sodio al 0.9 % 300 ml pasar en bolo iv en este momento, Dextrosa al 5% en solución salina 0,9% 1000 ml iv cada 8 horas, omeprazol 40 mg iv cada día, ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas (día 1), metronidazol 500 mg iv c/6h (día 1), paracetamol 1

g iv cada 8 horas, ketorolaco 30 mg iv cada 12 horas , metoclopramida 10 mg iv cada 12 horas , mantener sonda vesical, exámenes de control: amilasa, lipasa.

Tabla 19-2: Perfil Pancreático 14-04-2019 20:38 pm

COAGULACIÓN		
AMILASA	260	28 - 100
LIPASA	237.9	13 - 60

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IEES

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 20-2: Química Sanguínea

PERFIL QUÍMICA BÁSICA		
GLUCOSA	135 mg/dl	70 - 100
CREATININA	0.6 mg/dl	0-5 0.9
BUN	14 mg/dl	4 - 22
ACIDO URICO	2.5	2.4 - 5.7

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 21-2: Electrolitos

PERFIL QUÍMICA BÁSICA		
ELECTROLITOS CL	111 mg/dl	94 - 110
ELECTROLITOS K	3.00 mg/dl	3.5 - 5.5
ELECTROLITOS NA	132 mg/dl	135 - 155

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

DIA 4 Y 5 : NOTA DE CIRUGIA GENERAL 17/04/2019 - 18/04/2019

Paciente posquirúrgico hemodinamicamente estable, signos vitales dentro de parámetros normales, con evolución favorable y adecuada respuesta renal, ventilatoria y digestiva, al examen físico con presencia de abdomen suave depresible , doloroso a nivel de sitios quirúrgicos , en flanco derecho con drenaje funcional con presencia de 95ml/24 h de liquido serohemático, sonda nasogástrica con una producción de 2100 ml /24h, jeringobag con producción de 11ml/24h, se realiza Biometría hemática y Química Sanguínea y electrolitos donde se evidencia alteración electrolítica con hipopotasemia moderada la misma que se procede a su compensación.

SE RECOMIENDA: 400 ml de Cloruro de sodio más 40 mEq de Cloruro de potasio pasar iv en 6 horas

DÍA 5 Y 6: NOTA DE CIRUGIA GENERAL 18/04/2019 - 19/04/2019

Paciente adulta mayor en posquirúrgico mediato de laparotomía, se encuentra hemodinamicamente estable con evolución clínica favorable, con buena respuesta renal, digestiva y cardiovascular, al examen físico abdomen se mantiene suave, depresible, con leve dolor a la palpación a nivel de herida quirúrgica, se evidencia drenaje funcional y permeable con una producción por el dren de 35ml/12 horas , se evidencia dentro de sus paraclínicos hipopotasemia, la cual se compensara y se solicitara electrolitos de control, si no se presentan contraindicaciones podrá ser dada de alta el día de mañana.

INDICACIONES: Pre-Alta, cloruro de sodio al 0.9 % 1000 ml más 34mEq de soletrol sodio más 40 mEq de soletrol potasio pasar iv a 80 ml hora, dextrosa al 5% en agua 200ml más 40 mEq de soletrol potasio pasar iv en 4 horas, ceftriaxona 1 g iv cada 12h (día 4), metronidazol 500 mg iv cada 6 horas (día 4) , paracetamol 1 g iv cada 8 horas , ketorolaco 30 mg iv cada 12 horas , omeprazol 40 mg IV cada día , metoclopramida 10 mg iv cada 12 horas , exámenes: electrolitos de control post infusión de potasio y biometría hemática de control.

DIA 7: NOTA DE CIRUGIA GENERAL 20/04/2019 08:00AM

Paciente postquirúrgico de laparotomía, se encuentra hemodinamicamente estable , ha tolerado dieta adecuadamente, con buena respuesta renal, digestiva y respiratoria , se reciben resultados de paraclínicos los mismos que se encuentran dentro de parámetros normales, dren con producción de 100ml en 24 horas , se procede a alta médica de paciente.

Tabla 22-2: Electrolitos 20/04/2019 06:31 am

PERFIL QUÍMICA BÁSICA		
ELECTROLITOS CL	110 mg/dl	94 - 110
ELECTROLITOS K	3.50 mg/dl	3.5 - 5.5
ELECTROLITOS NA	136 mg/dl	135 - 155

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

Tabla 23-2: Biometría Hemática 20/04/2019 06:31am

BIOMETRIA	
LEUCOCITOS	6.70
HEMOGLOBINA	14.6

HEMATOCRITO	44.0
PLAQUETAS	388
LINFOCITOS %	23.0
NEUTROFILOS %	61.0

Fuente: Laboratorio Clínico- Hospital General Riobamba- IESS

Realizado por: Aldaz Vargas Lizeth, 2019

INDICACIONES: Alta más indicaciones, control de dren el día lunes por consulta externa, control por consulta externa de cirugía general en 15 días, retiro de puntos en 7 días por curaciones de consulta externa, signos de alarma por emergencia, paracetamol 500 mg vía oral cada 6 horas por 5 días, ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 3 días, levofloxacino 500 mg vía oral cada día por 7 días

2.10. Diagnóstico presente en historia clínica

- Abdomen Agudo Inflamatorio
- Pancreatitis
- Isquemia mesentérica
- Apendicitis aguda complicada
- Colecistitis aguda
- Hidrocolecisto

2.11. Diagnóstico definitivo

- Hidrocolecisto
- Apendicitis aguda

2.12. Diagnóstico por estudio Histopatológico

- Apendicitis grado II
- Colecistitis Aguda

2.13. Diagnóstico diferencial

- Isquemia mesentérica
- Perforación de ulcera gástrica
- Pancreatitis

2.14. Seguimiento postquirúrgico

Paciente femenina, mestiza, es dada de alta el día 20 de Abril del 2019 y acude por consulta externa el día Lunes 22 de Abril para control de Dren donde se evidencia líquido seroso en muy poca cantidad por lo que se decide su retiro, la misma refiere leve dolor a nivel de sitio quirúrgico. Paciente acude nuevamente el día 29 de Abril donde se evidencia sitio quirúrgico en buenas condiciones sin signos de infección por lo que se decide retiro de puntos.

El día 23 de Mayo del 2019 paciente acude a control por consulta externa donde la misma refiere leve debilidad y leve dolor a nivel de sitios quirúrgicos, al examen físico médico tratante evidencia abdomen suave , depresible con presencia de cicatriz por herida quirúrgica media infra supra umbilical sin signos de infección más cicatriz de aproximadamente 1cm por herida quirúrgica en flanco derecho con mínimo exudado por lo que Médico indica realización de exámenes complementarios y nuevo control con resultados.

Paciente el día 10 de Junio no asiste a control por consulta externa.

El día 25 de Junio del 2019 paciente acude por consulta externa, la misma refiere persistencia de dolor a nivel de sitios quirúrgicos, al examen físico médico tratante evidencia abdomen suave, depresible, levemente doloroso a nivel de sitios quirúrgicos, con presencia de heridas quirúrgicas secas sin signos de infección; se revisan paraclínicos de control evidenciando biometría hemática y química sanguínea dentro de parámetros normales pero por lo referido por parte de paciente médico tratante indica administración de paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días y nuevo control por consulta externa.

Paciente acude a nuevo control el día 22 de Julio sin sintomatología, médico tratante al examen físico no evidencia datos clínicos de importancia, al evidenciar a paciente sin complicaciones Médico considera alta por cirugía sin embargo se indican signos de alarma, hasta el momento paciente no acude a nueva consulta por buena evolución.

CAPÍTULO III

3. DISCUSIÓN

Se realiza la presentación de este caso debido a que el abdomen agudo inflamatorio complicado en adultos mayores es altamente relevante dentro de la sala de urgencias médicas por lo cual es necesario hacer un buen diagnóstico valiéndonos principalmente de la clínica del paciente y corroborando con sus respectivos paraclínicos tanto de laboratorio como de imagen ya que al presentar dolor abdominal difuso confunde al momento de realizar un diagnóstico clínico.

Como hemos evidenciado el abdomen agudo inflamatorio puede ser una condición de muy fácil diagnóstico cuando el paciente asiste con un cuadro clásico y florido de una patología determinada que clínicamente nos incline a ella o como en este caso al ser una paciente adulta mayor con un cuadro doloroso abdominal nos dirigía hacia varias entidades clínicas por lo que fue necesario la realización de varios exámenes complementarios y valoración por diferentes áreas médicas para poder llegar hacia su diagnóstico definitivo ya que la paciente arrojaba datos de diferentes patologías abdominales las cuales algunas no eran quirúrgicas pero por el estado del paciente y lo mencionado anteriormente se decidió realizar laparoscopia diagnóstica ya que hoy en día es un método muy eficaz la cual nos permite dar un diagnóstico más temprano cuando hay un evidencia de un abdomen agudo de difícil etiología.

CONCLUSIONES

El manejo del abdomen agudo inflamatorio en el paciente adulto mayor o geriátrico es una entidad difícil de abordar debido a los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento lo cual modifica el funcionamiento de cada órgano, en nuestro paciente el síntoma más importante fue el dolor abdominal difuso que hizo que sea más difícil llegar al diagnóstico, por consecuencia esto pudo retrasar el manejo y aumentar las complicaciones.

Finamente podemos concluir que un cuadro de dolor abdominal en un paciente anciano conlleva a un gran reto para el personal de salud y como en este caso, es importante realizar principalmente un correcto examen físico acompañado de una anamnesis completa ya que los cuadros de apendicitis, colecistitis, pancreatitis, isquemia mesentérica, etc. suelen presentar datos clínicos patognomónicos, pero en caso de que dichos cuadros sean dudosos podemos solicitar exámenes paraclínicos que nos ayuden a esclarecer nuestro diagnóstico lo cual facilita la decisión terapéutica con un gran impacto sobre la evolución de la enfermedad recordando que siempre será fundamental un trabajo multidisciplinario entre las diferentes especialidades médicas y el control postquirúrgico con un correcto seguimiento del paciente.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Paciente afirma que durante su estancia hospitalaria mostro gran dificultad para mantener un buen estado anímico ya que su estado de salud era muy desfavorable aparentemente, refiere que sintió temor al saber que su tratamiento era quirúrgico pero que posterior al mismo sintió rápida mejoría con ausencia del principal síntoma que era el dolor abdominal difuso.

Paciente afirma que la misma cumplió correctamente con las indicaciones de alta tanto en cuidados sobre las heridas quirúrgicas como de los tratamientos medicamentosos y que eso le ayudo a una pronta recuperación sin complicaciones del procedimiento y de las heridas quirúrgicas, asistió a los controles indicados por parte del Servicio de Cirugía general quienes le asignaron un correcto seguimiento cada mes por lo que refiere se siente satisfecha por haber recibido una atención de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, F., SILVA, Á., PARRA, P., SALCEDO, D. y ACEVEDO, Y., 2019. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. *Revista Colombiana de Cirugía* [en línea], vol. 34, no. 1. [Consulta: 15 septiembre 2019]. ISSN 20117582, 26196107. DOI 10.30944/20117582.102. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/102>.

AICART-RAMOS, M., MESONERO, F., PAREJO, S. y PEÑAS, B., 2016. Enfermedad diverticular del colon. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, vol. 12, no. 6, pp. 285-296. ISSN 0304-5412. DOI 10.1016/j.med.2016.03.002.

AMES, S. y SUSANA, C., 2018. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina en el Hospital “Jose Agurto Tello” Chosica durante el periodo enero - diciembre 2016. *Universidad Ricardo Palma* [en línea], [Consulta: 26 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1254>.

ANDERSON, T.N., MOORE, F. y JORDAN, J., 2018. Acute Appendicitis. En: A. RODRIGUEZ, Robert.D. BARRACO y R.R. IVATURY (eds.), *Geriatric Trauma and Acute Care Surgery* [en línea]. Cham: Springer International Publishing, pp. 325-329. [Consulta: 15 septiembre 2019]. ISBN 978-3-319-57403-5. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-57403-5_35.

ARANDA, Y., MARTÍN, M., GONZÁLEZ, M., AQUIRIANO, L.A., MARTÍN, M.L.G. y BALAGUERA, J.C., 2019. Isquemia mesentérica segmentaria: Actuación multidisciplinar ante abdomen agudo en paciente anciano. *Revista española de investigaciones quirúrgicas*, vol. 22, no. 1, pp. 25-27. ISSN 1139-8264.

AZZATO, F. y WAISMAN, H.J., 2008. *Abdomen agudo*. S.l.: Ed. Médica Panamericana. ISBN 978-950-06-0444-4.

BAZÁN GONZALES, A. y CABRERA ROMERO, G., 2006. Abdomen Agudo. [en línea]. [Consulta: 15 septiembre 2019]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_08_Abdomen%20agudo.htm.

BECERRA CORAL, L.E., GOMEZ CERON, L.N. y DELGADO BRAVO, A.I., 2018. Peritonitis manejada por laparoscopia como método terapéutico eficaz. *Revista de Gastroenterología del Perú*, vol. 38, no. 3, pp. 261-264. ISSN 1022-5129.

BEJARANO, M., GALLEGO, C.X. y GÓMEZ, J.R., [sin fecha]. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. , pp. 10.

BRUNETTI, F., KOBEITER, H., LE BALEUR, Y. y MARZELLE, J., 2017. Tratamiento quirúrgico de la isquemia digestiva. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo*, vol. 33, no. 2, pp. 1-17. ISSN 1282-9129. DOI 10.1016/S1282-9129(17)83672-2.

CANTOS, J., 2018. Enfermedad diverticular del colon. *Caribeña de Ciencias Sociales* [en línea], no. abril. [Consulta: 15 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/04/diagnostico-enfermedad-colon.html>.

CASTILLO, P., 2018. Pancreatitis aguda. *Cuadernos de Cirugía*, vol. 14, no. 1, pp. 62-69. ISSN 0718-2864. DOI 10.4206/cuad.cir.2000.v14n1-12.

CASTILLO, R.R.B.D. y CUADROS, M.E.C., 2017. Colectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011. *Revista de Gastroenterología del Perú*, vol. 33, no. 2, pp. 113-20. ISSN 1609-722X.

DE QUESADA SUÁREZ, L., IVAL PELAYO, M. y GONZÁLEZ MERIÑO, C.L., 2015. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía*, vol. 54, no. 2, pp. 121-128. ISSN 0034-7493.

DEL RÍO SOLÁ, M.L., GONZÁLEZ-FAJARDO, J.A. y VAQUERO PUERTA, C., 2015. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. *Angiología*, vol. 67, no. 2, pp. 133-139. ISSN 0003-3170. DOI 10.1016/j.angio.2014.05.015.

DESSERUD, K.F., VEEN, T. y SØREIDE, K., 2016. Emergency general surgery in the geriatric patient. *BJS*, vol. 103, no. 2, pp. e52-e61. ISSN 1365-2168. DOI 10.1002/bjs.10044.

DURÓN, D.B., LAÍNEZ, A.G., GARCÍA, W.U., RUBIO, L.L., ROSALES, A.B. y ROMERO, L.D., 2018. Pancreatitis aguda: Evidencia actual. *Archivos de medicina*, vol. 14, no. 1, pp. 4. ISSN 1698-9465.

FLUXÁ, D. y QUERA, R., 2017. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. *Revista médica de Chile*, vol. 145, no. 2, pp. 201-208. ISSN 0034-9887. DOI 10.4067/S0034-98872017000200009.

GA MOTTA-RAMÍREZ, SÁNCHEZ-GARCÍA, J.C., A, O.-R., LÓPEZ-RAMÍREZ, M.A., REBOLLO-HURTADO, V., A, G.-R. y H, N.-V., 2015. Isquemia mesentérica aguda: urgencia

que exige un abordaje diagnóstico integral. *Anales de Radiología, México*, vol. 14, no. 1, pp. 66-88.

GANS, S.L., POLS, M.A., STOKER, J., BOERMEESTER, M.A. y GROUP, O.B. of the E.S., 2015. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. *Digestive Surgery*, vol. 32, no. 1, pp. 23-31. ISSN 0253-4886, 1421-9883. DOI 10.1159/000371583.

GREENBERG, J.A., HSU, J., BAWAZEER, M., MARSHALL, J., FRIEDRICH, J.O., NATHENS, A., COBURN, N., MAY, G.R., PEARSALL, E. y MCLEOD, R.S., 2016. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. *Canadian Journal of Surgery*, vol. 59, no. 2, pp. 128-140. ISSN 0008-428X. DOI 10.1503/cjs.015015.

MAYO CLINIC, 2006. Peritonitis - Síntomas y causas. [en línea]. [Consulta: 15 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peritonitis/symptoms-causes/syc-20376247>.

MEJIA, A.S.F., ZAMBRANO, G.L.G., MURILLO, M.K.T. y VÉLEZ, A.D.Z., 2018. Plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda en pacientes adultos. *RECIAMUC*, vol. 2, no. 2, pp. 357-366. ISSN 2588-073X.

MORENO-DELGADO, L.F., LEVER-ROSAS, C.D., VELÁSQUEZ-AYUZO, E.O., LEVI-TAJFELD, S. y MAGAÑA-SÁNCHEZ, I., 2017. Pancreatitis aguda, revisión actualizada. *Revista de Sanidad Militar*, vol. 58, no. 5, pp. 389-399.

NAVARRO PINO, H.J. y VEGA ÁLVAREZ, O.A., 2015. *Obstrucción intestinal en pacientes mayores de 60 años en sala de Cirugía General del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo 2003-2013* [en línea]. other. S.l.: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. [Consulta: 15 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1509/>.

OCAMPO CHAPARRO, J.M. y GONZÁLEZ HADAD, A., 2006. Acute abdomen in the elderly. *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 21, no. 4, pp. 266-282. ISSN 2011-7582.

PATTERSON, J.W. y DOMINIQUE, E., 2019. Acute Abdomen. *StatPearls* [en línea]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, [Consulta: 15 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>. NBK459328

PÉREZ, L.R., 2016. Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con peritonitis secundaria hospitalizados en la unidad cuidados intensivos / Mortality predictor factors in patients with

secondary peritonitis hospitalized in the intensive care unit. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, vol. 15, no. 2, pp. 16-33. ISSN 1810-2352.

POL HERRERA, P.G., LÓPEZ RODRÍGUEZ, P., LEÓN GONZÁLEZ, O., CRUZ ALONSO, J.R. y SATORRE ROCHA, J., 2014. Evaluación posoperatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía*, vol. 53, no. 3, pp. 226-234. ISSN 0034-7493.

RENOY, J.F.F., 2016. Peritonitis Terciaria: Conceptos Actuales. , pp. 26.

RODRÍGUEZ, R.A.L. y TABÍO, L.Q., 2017. Colecistitis aguda. Revisión bibliográfica. *Gaceta Médica Espirituana*, vol. 9, no. 2, pp. 7. ISSN 1608-8921.

TREUER, R., 2017. DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 28, no. 2, pp. 282-290. ISSN 0716-8640. DOI 10.1016/j.rmclc.2017.04.017.

ANEXOS

Anexo A: Protocolo postoperatorio

PROTOCOLO OPERATORIO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: abdomen agudo inflamatorio

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO: abdomen agudo + apendicitis + colecistitis + hidrocolecisto

CIRUGIA PROGRAMADA: laparoscopia exploratoria

CIRUGIA REALIZADA: laparoscopia exploratoria convertida a laparotomía exploratoria + apendicectomía + colecistectomía + lavado de cavidad + colocación de dren

ANESTESIA

GENERAL

MATERIAL BLANCO: completo según reporte de enfermería

COMPLICACIONES: no

SANGRADO: 100 ml

HISTOPATOLOGICO: si (vesícula y apéndice)

DIERESIS

- Incisión de 1 cm en puerto umbilical
- Incisión de 1 cm en flanco izquierdo
- Incisión supra e infra umbilical de más o menos 10 cm

EXPOSICION

- Manual e instrumental

HALLAZGOS:

- Líquido inflamatorio libre en cavidad +- 900 ml
- Apéndice plastronada grado II
- Adherencia de epiplón a pared y vesícula
- Hidrocolecisto
Vesícula con paredes gruesas y necróticas en su parte posterior
- Conducto cístico fino de +- 0,5 x 0,3
- Calot tipo II

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y antisepsia.

- Colocación de campos quirúrgicos.
- Diéresis n°1 y 2 descrita.
- Profundización por planos.
- Apertura de cavidad
- Succión de líquido libre
- Identificación y liberación de apéndice
- Identificación, clipado corte y ligadura de arteria apendicular
- Identificación, clipado corte y ligadura de apéndice desde su base
- Identificación y liberación de adherencias de vesícula
- Identificación clipado corte y ligadura de arteria cística
- Identificación clipado corte y ligadura de conducto cístico
- Exéresis de vesícula de su lecho
- Lavado de cavidad con 2000 ml de solución salina 0,9%
- Secado de cavidad
- Control de hemostasia
- Colocación de dren mixto en lecho vesicular
- Cierre por planos
- Colocación de Jeringo back en tejido celular subcutáneo

Anexo B: Ilustraciones

RX DE TORAX; POSICIÓN ÚNICA, FRONTAL



Muestra No. 1 Asignada: 2019/04/14 16:25

EXAMEN RADIOLOGICO; TORAX; POSICION UNICA; FRONTAL 71010

Se visualiza en las imágenes obtenidas de tórax en proyección AP.:

- No se visualizan lesiones activas en el parénquima pulmonar.
- luz traqueal central.
- senos costo frénicos libres.
- silueta cardiaca normal.

TAC DE ABDOMEN; SIN CONTRASTE



TAC DE ABDOMEN; CON CONTRASTE



Muestra No. 1 Asignada: 2019/04/14 22:28

ESTUDIO INFORMADO EN BASE A PLACAS TRAIIDAS DE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO EN OTRA INSTITUCION:

TAC S/C DE ABDOMEN Y PELVIS:

Hígado de forma y tamaño normal, con realce homogéneo post administración de medio de contraste, no se registran lesiones ocupativas.

No existe dilatación de la vía biliar intra ni extra hepática.

Vesícula biliar de paredes regulares, hiperdistendida, alitiasica.

Páncreas que no impresiona engrosado en todo su trayecto, no existe estriación de grasa peri pancreática, a la administración de contraste.

No se evidencian zonas de hipo perfusión. No obstante cabe destacar que no existe en placas escala de medición comparativa.

Riñones, adrenales y bazo sin alteraciones.

Cámara gástrica con hiperdistensión, sin lesiones ocupativas.

Se registra distensión de asas de intestino delgado, con discreto

Aumento de grosor de su pared, así como hiperdistensión de marco colónico derecho desde ciego hasta colon ascendente y transverso, con ausencia de gas en colon descendente, sigmoide y ampolla rectal. No se cuenta con protocolo de Angiotac, sin embargo se evidencia realce en parches de intestino delgado y estriación de grasa mesentérica. En los segmentos visualizados la aorta abdominal, renales e iliacas están patentes, no se descarta compromiso de arterias mesentéricas. Se evidencia liquido libre perivesicular y en espacio de morrison. Vejiga sin distensión, no valorable.

- Signos sugestivos de isquemia mesentérica intestinal.
- Íleo de probable etiología obstructiva.
- Hallazgos a correlacionar con cuadro clínico.

Anexo C: Resultados histopatología

VESICULA BILIAR, RESULTADOS DE HISTOPATOLOGIA 2019/04/16 10.:31

EXAMEN: VESICULA BILIAR - PATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/04/16 10:31 VALOR REFERENCIAL
VESICULA BILIAR.....: R-1079-19

Comentarios:
MACROSCOPIA 23/04/2019
ROTULADO "VESICULA BILIAR"; SE RECIBE VESICULA BILIAR CERRADA MIDE 10X4.5 CM, SEROSA VERDOSA CON GLERAS FIBRINO PUROLIENTAS, CUBRE EL 50% AL ORGANNO. AL COMPLETAR LA APERTURA FLUYE LIQUIDO BILIOSO SIN CALCULOS MUCOSA RETICULAR, ESPESOR DE LA PARED HASTA 0.5 CM, CONDUCTO CISTICO PERMEABLE NO SE IDENTIFICA GANGLIO CISTICO.
SPPR (1C) LIC. MYRIAM CORO
MICROSCOPIA
LOS CORTES MUESTRAN PARED VESICULAR ENGROSADA CON INFILTRADO INFLAMATORIO MIXTO DE PREDOMINIO DE NEUTROFILOS TRANSMURAL, CONGESTION VASCULAR CON VASCULITIS SECUNDARIA Y EDEMA, EN LA MUCOSA ULCERADA, LAMINA PROPIA CON HISTIOCITOS ESPUMOSOS.
DIAGNOSTICO: PRODUCTO DE COLECISTECTOMIA: VESICULA BILIAR
- COLECISTITIS AGUDA
- COLESTEROLISIS
ATENTAMENTE
DRA. TANIA LLUMA N
DIGITALIZADO POR: ING. PAOLA MARTINEZ

APENDICE, RESULTADOS DE HISTOPATOLOGIA 2019/04/16 10:29

EXAMEN: APENDICE - PATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/04/16 10:29 VALOR REFERENCIAL
APENDICE.....: R-1078-19

Comentarios:
MACROSCOPIA 18/04/2019
ROTULADO "APENDICE"; SE RECIBE APENDICE CECAL EN DOS FRAGMENTOS EN CONJUNTO MIDEN 7.5 CM DE LONGITUD SEROSA LISA ROSADA OPACA. AL CORTE DIAMETRO MAYOR DE 0.5 CM, MUCOSA AMARILLENTO LUZ OBLITERADA.
SPPR (1C) LIC. MYRIAM CORO
MICROSCOPIA
LOS CORTES MUESTRAN EXTREMO DISTAL CON BORRAMIENTO DE LA MUCOSA, REEMPLAZADO POR TEJIDO FIBROSO, CON AUSENCIA DE FOLICULOS LINFOIDES, EN OTROS CORTES SE OBSERVA EN LA CAPA MUSCULAR LEVE INFILTRADO INFLAMATORIO POLIMORFONUCLEAR.
DIAGNOSTICO: PRODUCTO DE APENDICECTOMIA: APENDICE CECAL
- OBLITERACION FIBROSA CON APENDICITIS AGUDA INICIAL
ATENTAMENTE
DRA. TANIA LLUMA N
DIGITALIZADO POR: ING. PAOLA MARTINEZ

Anexo D: Paciente en postoperatorio

Ilustración 1-3 PACIENTE EN POSTOPERATORIO



Ilustración 2-3 PACIENTE EN POSTOPERATORIO



Anexo E: Consentimiento Informado

Formulario de consentimiento Informado

Yo Maria Mercedes Gadea Saucedo doy mi consentimiento para Información sobre mí / mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según el caso) que se publicará en el repositorio de la Escuela Superior Politécnica [ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicará sin mi / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre Maria Mercedes Gadea Saucedo

Fecha 07/07/2019

Firmado Maria Mercedes Gadea Saucedo

Nombre del autor Lizeth Carolina Aldaz Vargas

Fecha 07/07/2019

Firma Lizeth Carolina Aldaz Vargas