

## **PARTE II:**

# **Dolor Abdominal**

**GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO**

**12**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## OBJETIVOS

1. Identificar las diferentes causas de dolor abdominal en el adulto mayor.
2. Reconocer la importancia de considerar la posibilidad de un proceso intraabdominal agudo en un adulto mayor agudamente enfermo.
3. Valorar el correcto empleo de las pruebas diagnósticas y las indicaciones quirúrgicas.

## 1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El **dolor abdominal**, es la manifestación más importante de los trastornos gastrointestinales, además de ser frecuente expresión de otros trastornos extra-abdominales (isquemia miocárdica y neumonía, principalmente). De particular importancia es el abordaje temprano y acucioso del dolor abdominal, asociado a un cuadro de abdomen agudo, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano tienen relación directa con un mejor pronóstico para paciente.

El dolor abdominal puede ser de tres tipos:

- **VISCERAL:** se siente en el lugar de la estimulación primaria, es usualmente sordo, molesto y pobremente localizado, siendo difícil de describir.
- **PARIETAL:** es profundo debido a irritación o inflamación del peritoneo parietal o de la raíz del mesenterio. Es más definido y más fácil de describir que el visceral.
- **REFERIDO:** se manifiesta en un lugar distinto al que es estimulado, es más frecuente en el adulto mayor, lo que explica frecuentemente la dificultad diagnóstica del dolor abdominal, y el que patologías como la neumonía o la isquemia miocárdica, puedan presentarse como dolor abdominal.

### 1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El dolor suele ser la causa de presentación, sin embargo en el *enfermo con demencia o con un estado confusional asociado*, la agitación psicomotriz, o en ocasiones un delirium hipoactivo, puede dominar por encima de las manifestaciones dolorosas.

*El dolor abdominal en el adulto mayor debe abordarse de forma cuidadosa, ya que frecuentemente su intensidad no guarda relación con la gravedad de la patología de origen; por ello debe seguirse cuidadosamente su evolución, así como la presencia de otros síntomas asociados.*

## 2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

### 2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Las causas son las mismas que en otros grupos de edad, sin embargo, la frecuencia de las mismas en el adulto mayor son distintas, aspecto sobretodo relevante ante la presencia de un dolor abdominal agudo, por ello las dividiremos en agudas, crónicas y recurrentes y las presentaremos en orden de frecuencia para este grupo de edad.

#### **CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO**

##### **CAUSAS ABDOMINALES:**

- Colecistitis aguda (dolor epigástrico y/o en hipocondrio derecho).

- Obstrucción intestinal aguda (la localización del dolor dependerá del sitio de obstrucción).
- Diverticulitis aguda (dolor en fosa ilíaca izquierda).
- Pancreatitis aguda (dolor epigástrico o en cinturón, irradiado a la espalda).
- Apendicitis aguda (dolor en mesogastrio o fosa ilíaca derecha).
- Úlcera péptica perforada.
- Isquemia mesentérica (dolor severo inespecífico, no localizado).
- Gastroenteritis aguda.
- Salpingitis aguda.
- Otras: obstrucción de intestino delgado, obstrucción ureteral, obstrucción del tracto biliar, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, trauma abdominal, etc.

#### **CAUSAS EXTRA-ABDOMINALES:**

- Oclusión coronaria (dolor epigástrico).
- Neumonía (dolor en hipocondrios, que dependerá de la localización de la neumonía).

#### **CAUSAS METABÓLICAS:**

- Uremia (dolor epigástrico).
- Porfiria (dolor epigástrico).
- Envenenamientos (dolor abdominal difuso).

#### **CAUSAS NEUROGÉNICAS:**

- Herpes zoster (dolor localizado a la lesión).

#### **CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y RECURRENTE**

- Enfermedad ácido-péptica (dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho).
- Síndrome de colón irritable (dolor de localización variable que sigue la posición del intestino grueso).
- Colecistitis crónica (dolor en epigástrico y/o hipocondrio derecho).
- Enfermedad del intestino delgado (dolor tipo cólico en mesogastrio o periumbilical).
- Cáncer de colón (dolor de localización variable, generalmente en hemi-abdomen izquierdo).
- Pancreatitis crónica (dolor en epigastrio o en cinturón irradiado a la espalda).

- Diverticulitis crónica (dolor en fosa ilíaca izquierda).
- Obstrucción intestinal crónica o intermitente (la localización del dolor dependerá del sitio de obstrucción).
- Enfermedades sistémicas e intoxicaciones (enfermedades del tejido conectivo, diabetes, porfiria, etc.), dolor generalmente difuso e inespecífico.
- Carcinoma de páncreas (dolor en epigastrio-mesogastrio).

## **2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA**

Un adecuado abordaje diagnóstico requiere un apropiado interrogatorio sobre los siguientes aspectos:

- **¿CUÁNDO INICIÓ EL DOLOR?**

La relación temporal es importante para establecer su agudeza o cronicidad y valorar su posible asociación con algún evento específico.

- **¿DÓNDE SE ENCUENTRA LOCALIZADO?**

Cuando el dolor es localizado, usualmente ubica al órgano afectado, ejemplo muy claro es el dolor epigástrico quemante o ardoroso asociado a gastritis. Sin embargo, debido a que *en el adulto mayor la localización frecuentemente es inespecífica o referida*, es conveniente hacer una cuidadosa historia del dolor y de los síntomas asociados cuando los hay, para hacer el diagnóstico lo más preciso posible; y si no se logra, saber con la mayor exactitud, qué estudios solicitar o bien referir al paciente en forma temprana para evitar la pérdida de tiempo, que suele ser la diferencia entre la vida y la muerte, especialmente para este grupo de edad.

- **¿LO HABÍA TENIDO ANTES?**

La presencia de eventos previos de dolor con características similares se ven frecuentemente en patologías crónicas o recidivantes como la *colecistitis crónica*, que frecuentemente presenta dolor asociado a la ingesta de alimentos altos en grasas, o bien el *síndrome de intestino irritable*, frecuentemente asociado a cambios del estado de ánimo o factores ambientales. La *enfermedad ácido péptica*, se asocia frecuentemente a diversas causas que van desde la dieta, toma de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, hasta la ingesta frecuente de bebidas alcohólicas.

- **¿SE ASOCIA A LA INGESTA DE ALIMENTOS?**

Al igual que en otros grupos de edad, la asociación de las molestias con los alimentos o con la toma de bebidas alcohólicas, es muy importante, para el diagnóstico del dolor,

sobretudo en patologías como la colecistitis, pancreatitis, enfermedad ácido péptica, u la obstrucción intestinal.

- **¿EL DOLOR CEDE EN ALGUNA POSICIÓN?**

Dato muy importante, ya que en presencia de dolor abdominal asociado a *irritación peritoneal*, la búsqueda de una posición antálgica es muy frecuente.

- **¿SE ACOMPAÑA DE OTROS SÍNTOMAS?**

(Vómito, fiebre o hipotermia, ausencia de evacuaciones, melena, diarrea, depresión, palpitaciones.)

La presencia de *vómito*, dependiendo de sus características puede ser manifestación de una gastroenteritis, colecistitis, pancreatitis o apendicitis. En el caso de *fiebre o hipotermia* más dolor abdominal, usualmente sugiere un proceso séptico intraabdominal, lo más frecuente es diverticulitis, apendicitis, pancreatitis, o colecistitis, procesos que frecuentemente en el adulto mayor, se diagnostican en estados avanzados acompañándose de perforación y peritonitis asociada.

La *ausencia de evacuaciones* obliga a descartar obstrucción intestinal por diversas causas, sin embargo, en el adulto mayor, primeramente habrá que descartar impactación fecal, problema frecuente en este grupo de edad, y que usualmente se asocia a historia de estreñimiento, en este caso un simple tacto rectal puede ser el diagnóstico y el tratamiento.

La presencia de *melena* podemos verla en pacientes con enfermedad ácido péptica (gastritis hemorrágica o enfermedad ulcerosa).

La presencia de *diarrea*, dependiendo de sus características y de su cronicidad, puede ser manifestación tanto de gastroenteritis, como de procesos neoplásicos, frecuentes en este grupo de edad (ej: cáncer de colon).

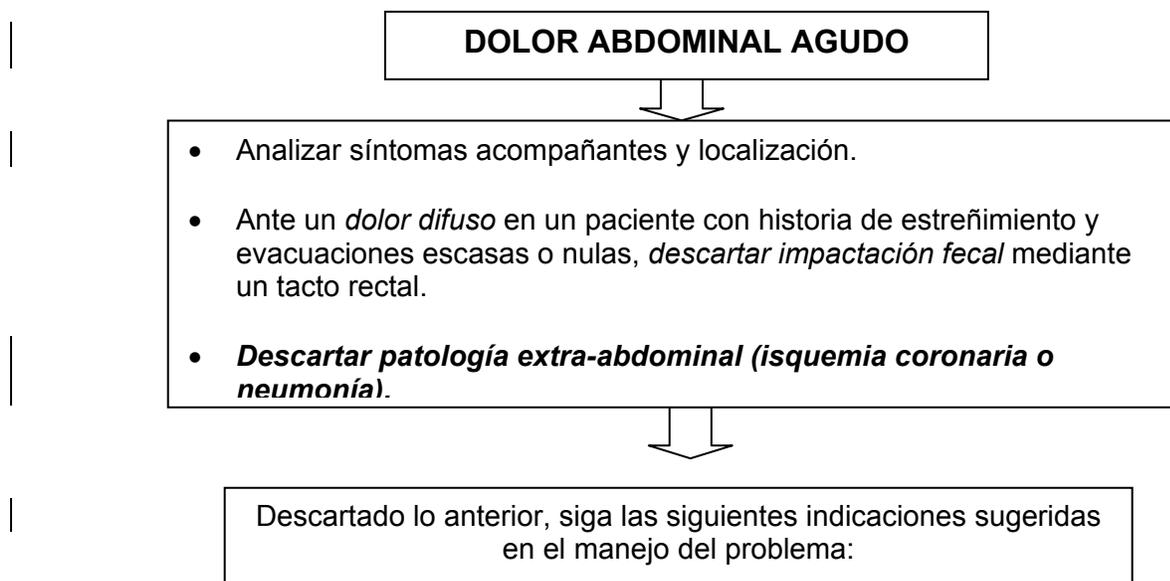
Por otra parte, la *pérdida de peso* o los *estados depresivos unidos al dolor abdominal crónico*, nos obligan a descartar procesos neoplásicos intraabdominales como el cáncer de colon o páncreas. Finalmente, la presencia de *palpitaciones o dificultad para respirar*, unido al dolor epigástrico sugerirá la posibilidad de oclusión coronaria.

Con la información anterior, en la mayoría de los casos será posible tener una sospecha diagnóstica, sin embargo *en el adulto mayor las diversas patologías mencionadas suelen presentarse de forma atípica*, llevándonos a una mayor dificultad diagnóstica y obligándonos frecuentemente a realizar evaluaciones especializadas, estudios diagnósticos de gabinete y laboratorio, que no siempre están disponibles en el primer nivel de atención, como en el caso de una prueba de esfuerzo, ante la sospecha de isquemia miocárdica, o una endoscopia para la evaluación de una enfermedad ácido péptica, o estudios contrastados en caso de una probable urolitiasis, diverticulosis, o cáncer de colon.

En el primer nivel de atención, es prioritario el **diagnóstico temprano** y el **seguimiento estrecho** de estos pacientes, sobretodo ante la presencia de un cuadro abdominal agudo, que necesita una *urgente referencia al siguiente nivel* de atención para permitir una intervención terapéutica temprana.

**PARA RESUMIR EL ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO:**

**DIAGRAMA 12.1. ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO**



### 3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

#### 3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

**CUADRO 12.1. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS**

Colecistitis aguda	Cirugía de urgencia.
Diverticulitis aguda	Soluciones intravenosas y antibióticos. (TMP/SMX + metronidazol o clindamicina). La cirugía está indicada en presencia de complicaciones como peritonitis, absceso, fístula, o diverticulitis recurrente.
Apendicitis aguda	Cirugía de urgencia.
Pancreatitis aguda	Soluciones intravenosas, sonda nasogástrica, ayuno, en caso necesario <i>analgésicos no narcóticos</i> . Tratamiento quirúrgico únicamente en caso de absceso, pseudoquiste o hemorragia pancreática.

Obstrucción aguda de intestino grueso	Inicialmente ayuno e hidratación, los <b>vólvulos</b> son la causa más común, usualmente la colonoscopia es efectiva como maniobra terapéutica no quirúrgica. El tratamiento quirúrgico de urgencia queda indicado en los vólvulos en colon transverso y en las otras regiones cuando la colonoscopia no da resultado o bien en adultos mayores con buen estado preoperatorio.
Úlcera péptica perforada aguda	Cirugía de urgencia.
Isquemia mesentérica aguda	Corrección del estado hemodinámico y derivar de inmediato a un centro de especialidad para valorar el uso de tratamientos intravasculares, o de ser necesaria, cirugía.
Impactación fecal	Supositorios de glicerina.
Enfermedad ácido-péptica	Evitar medicamentos (AINE's), u otras sustancias irritantes para el estómago (alcohol). Disminuir factores de estrés ambiental. Iniciar tratamiento con antiulcerosos (bloqueadores H <sub>2</sub> , inhibidores de la bomba de protones).
Gastritis crónica	El tratamiento dependerá del tipo, sin embargo, la más frecuente es la asociada a H.pilori, para la cual se recomienda un esquema de 3 medicamentos:  ESQUEMA 1: Salicilato de Bismuto (2 tabletas 4 veces/día) + Metronidazol (250-500mg 3 veces/día) + Tetraciclina (500mg 4 veces/día).  ESQUEMA 2: Salicilato de Bismuto (misma dosis) + Amoxicilina (500mg 4 veces/día) + Metronidazol (250-500mg, 4 veces/día).  Cualquiera de los dos, durante 14 días.
Síndrome de intestino irritable	Educación, aumento de la fibra y los líquidos en la dieta, y el uso racional de anticolinérgicos y antidiarreicos según sea necesario.
Gastroenteritis aguda	Hidratación, la vía dependerá de la tolerancia a la vía oral. Si tolera la vía oral, modificar la dieta líquida a semi-líquida, evitando los alimentos grasos e irritantes por 2-3 días, posteriormente normalizarla gradualmente, pero nunca suspenderla. Pueden indicarse <i>antiespasmódicos</i> para disminuir el dolor. La <i>indicación de antibióticos se hará únicamente, en caso de etiología bacteriana</i> . El tipo de antibiótico dependerá en gran medida de las características de las evacuaciones. Su vía de aplicación dependerá de si tolera o no la vía oral. En las virales y en las intoxicaciones, las medidas de sostén serán suficientes.

### **3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS**

- Ante la posibilidad de un cuadro abdominal agudo, **no deben darse analgésicos de ningún tipo**, ya que estos pueden enmascarar el cuadro, permitiendo mayor daño y un retraso en el diagnóstico, que puede costar la vida del paciente.
- Otro aspecto relevante, es que *la edad por sí misma no es una contraindicación quirúrgica*, por lo que su indicación de inicio, es la misma que en cualquier otro grupo de edad.
- También se ha evidenciado que *cuanto más se retarde la intervención quirúrgica en los casos de abdomen agudo, el pronóstico será peor y la mortalidad más alta*.

### **3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN**

El dolor abdominal agudo, puede responder a muchas causas y asociarse, en el adulto mayor, a un cuadro clínico abigarrado que hace en ocasiones difícil el diagnóstico, la *necesidad de evaluación especializada y la accesibilidad a medios diagnósticos o terapéuticos*, hacen necesaria la referencia a niveles superiores de resolutivez. **Ante la duda, la referencia temprana puede evitar complicaciones.**

### **4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR**

- *El dolor abdominal en el adulto mayor*, no solamente es manifestación de patologías gastrointestinales, **también puede ser expresión de enfermedades graves extra-abdominales**, como una oclusión coronaria o una neumonía.

### **5.- LECTURAS SUGERIDAS**

Beers MH y Berkow R. Gastrointestinal Disorders, The Merck Manual of Geriatrics. Edición internet, 2000. [http://www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/contents.htm](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/contents.htm)

Friedman LS, ed. Gastrointestinal disorders in the elderly (symposium). Gastroenterology Clinics of North America 1990; 19(2):227-500.

Shamburek RD, Farrar JT. Disorders of the digestive system in the elderly. New Engl J Med 1990; 322:438-443.

Sklar M, ed. Gastroenterologic problems (symposium). Clin Geriatric Med 1991; 7(2):185-399.

Vogt DP. The acute abdomen in the geriatric patient. Cleveland Clinic J Med 1990; 57:125-130.