



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**FRECUENCIA Y ETIOLOGÍAS DE DOLOR ABDOMINAL
EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA
EMERGENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL EN
LIMA-PERÚ DURANTE EL AÑO 2022**

**Frequency and etiologies of abdominal pain in older adults
seen in the emergency room of a general hospital in Lima
Peru during the year 2022**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES

MILAGROS ALEJANDRA RIEGA ENRIQUEZ

JÜRGEN MANUEL ALEXANDER TEJADA FIGUEROA

ASESOR

Mg. TANIA TELLO RODRIGUEZ

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Otto Barnaby Guillen Lopez
Vocal: Dr. Enrique Isaac Valencia Mariñas
Secretario: Dra. Ximena Guevara Linares

Fecha de Sustentación: 27 de octubre del 2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Dra. Tania Tello Rodriguez

Departamento académico de Ciencias Clínicas.

ORCID: 0000-0001-5087-4193

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia sin la cual no sería el profesional que soy ahora; mis padres, Guillermo y Martha; mi hermana Danna, que mi esfuerzo le sirva de inspiración para volar a cielos mucho más altos; mis abuelitas, Zoila y Julia; y para mis abuelos que se encuentran en el cielo Ezequiel y Eduardo, los logros de mi vida hasta ahora y los posteriores son para ustedes.

A mis abuelitas, a las cuales veo en cada paciente con el que he tratado, y a todos los que me motivaron a ser mejor y seguir aprendiendo cada día.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Tania Tello Rodriguez por haberme guiado en la realización de este trabajo con una excelente disposición desde el primer día, una excelente doctora y asesora; a Milagros por todo el tiempo y energía que dedicó al trabajo a mi lado; al ingeniero Jose Chauca por su paciencia y dedicación y al ingeniero Isaias Lopez por facilitarnos un ambiente para la recolección de datos.

A la doctora Tania, que de inicio a fin nos apoyó en todo momento; a Jürgen por ser mi compañero en todo este proceso; a mi familia, Rosita, Luchito, Coco y a todos los que estuvieron en cada paso; a Merlina, por acompañarme en los días y noches de trabajo; y a Nico, quien fue la luz que me guió en este largo camino.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización del presente trabajo.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Frecuencia y etiologías de dolor abdominal en adultos mayores atendidos en la emergencia de un hospital general en Lima-Perú durante el año 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	6%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	saludarequipa.gob.pe Fuente de Internet	2%
3	www.tuotromedico.com Fuente de Internet	1%
4	patents.google.com Fuente de Internet	1%
5	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
7	www.saludarequipa.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS	6
IV. RESULTADOS	9
V. DISCUSIÓN	14
VI. CONCLUSIONES	19
VII. RECOMENDACIONES	20
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
IX. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	26
X. ANEXOS	32

RESUMEN

Antecedentes: El dolor abdominal es uno de los principales síntomas que es motivo de consulta en el servicio de emergencia en adultos mayores. La causa de dicho dolor es multifactorial y puede estar asociada a diversas variables, por dichas razones es importante determinar cuáles son las patologías más comunes que subyacen dicho síntoma. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y las etiologías más comunes de dolor abdominal en pacientes adultos de 60 años a más que acudieron al servicio de emergencia de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2022. **Métodos y Materiales:** Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los datos estadísticos de los pacientes evaluados en la emergencia de medicina con el síntoma principal de dolor abdominal, además de otras variables como edad, sexo, procedencia, diagnósticos de egreso, destino al alta. **Resultados:** Durante el año 2022, 1691 adultos mayores acudieron a emergencia por dolor abdominal: 1478 en una sola oportunidad y 213 en más de una. 65,82% fueron mujeres, 34,18% fueron hombres. La principal causa que se encontró fue el dolor abdominal y pélvico (CIE-10: R10). **Conclusión:** 17,1% de pacientes mayores de 60 años que acudieron por dolor abdominal a la emergencia de medicina durante el 2022 y la causa más frecuente registrada de este fue de etiología inespecífica y en segundo lugar, la gastroenteritis y colitis de origen no especificado.

Palabras claves: Dolor abdominal, adultos mayores, emergencia

ABSTRACT

Background: Abdominal pain is one of the main symptoms that are the reason for consultation in the emergency service in older adults. The cause of said pain is multifactorial and can be associated with various variables. For these reasons, it is important to determine which are the most common pathologies that underlie this symptom. **Objective:** To determine the frequency and most common etiologies of abdominal pain in adult patients aged 60 and over who attended the emergency medicine service of the Cayetano Heredia National Hospital during the year 2022. **Methods and Materials:** Cross-sectional, descriptive and retrospective study. Statistical data of patients evaluated in emergency medicine with the main symptom of abdominal pain were reviewed, with an instrument created for this study, which recorded the variables. **Results:** During the year 2022, 1,691 older adults went to the emergency room due to abdominal pain: 1,478 on a single occasion and 213 on more than one occasion. 65.82% were women, 34.18% were men. The main cause found was abdominal and pelvic pain (R10). **Conclusion:** 17.1% of patients over 60 years of age who went to the medical emergency due to abdominal pain during 2022; and the most frequent registered cause of this was non-specific etiology and secondly, gastroenteritis and colitis of unspecified origin.

Keywords: Abdominal pain, elderly patient, emergency department

I. INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia de los hospitales tienen la mayor cantidad de demanda de pacientes quienes acuden con patologías diversas y sintomatología variada, por lo que es labor de los médicos llegar a un diagnóstico preciso y brindar manejo pertinente (1). En el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), según la Oficina de Informática y Estadística, se reportaron 112 454 atenciones en el servicio de emergencia durante el año 2022, de las cuales el 6,7% fue por dolor abdominal como causa de atención en el servicio, siendo esta la segunda más frecuente (2).

El dolor abdominal se define como un síntoma inespecífico que produce sensación de malestar e incomodidad al paciente que suele variar mucho en intensidad, localización o irradiación, y muchas veces se encuentra acompañado de otros síntomas inespecíficos como fiebre, náuseas, mareos, vómitos, diarrea, constipación, etc. Este malestar es debido a una irritación de nervios viscerales que provoca el dolor propio de las estructuras intraabdominales, o puede ser producto de la activación de nervios somáticos que resulta en un dolor referido que aparenta ser de abdomen, pero su origen se encuentra en otro lugar (3).

El dolor abdominal puede ser clasificado de acuerdo a su tiempo de evolución: agudo, cuando es menor de un mes; o crónico, cuando es mayor de tres meses, además este dolor suele ser intermitente y debe de estar presente como mínimo tres días de la semana (4). Dentro del dolor abdominal agudo es importante diferenciar el abdomen agudo, que se caracteriza por ser un dolor con un tiempo de evolución inferior a las 48-72 horas, constante, intenso y que viene

acompañado de afectación del estado general, dolor intenso a la palpación, síntomas peritoneales y otros como náuseas, vómitos, compromiso de estado general, irritación, entre otros (5).

El dolor abdominal agudo presenta un inicio brusco de los síntomas y requiere un manejo inmediato ya sea médico, como en el caso de las pancreatitis; quirúrgico, como apendicitis o hernias incarceradas; o mixto, como colecistitis, colangitis o isquemia mesentérica (6). Por otro lado, el dolor crónico es causado por enfermedades que pueden tener tanto un manejo médico como la enfermedad inflamatoria intestinal, dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, o médico-quirúrgico como las neoplasias gastrointestinales (4).

La intensidad del dolor abdominal puede variar desde un dolor leve hasta severo, lo suficiente para requerir un manejo inmediato (7). Esta se relaciona a numerosas patologías, en las cuales pueden verse involucrados diferentes sistemas que se pueden autolimitar y necesitar únicamente manejo ambulatorio, y otras que requieren de un diagnóstico precoz e incluso, en algunas oportunidades, que precisan manejo quirúrgico (8).

Un grupo etario sobre el cual es importante hacer hincapié es la población geriátrica, puesto que un porcentaje de los mismos supondrán un diagnóstico más complicado ya que desarrollan síntomas inespecíficos o atípicos (9). Un estudio realizado en México, encontró que las causas más frecuentes de dolor abdominal en pacientes geriátricos fueron colecistitis aguda, síndrome de intestino irritable, síndrome ulceroso, oclusión intestinal, diverticulitis, diarrea aguda, infección de vías urinarias, pancreatitis, litiasis renal, estreñimiento, entre otras (10). Por otro

lado, en la población de adultos jóvenes y adultos predominan algunas como apendicitis, colelitiasis, gastroenteritis y colecistitis (11), e incluso patologías menos frecuentes como porfiria (12) e invaginación intestinal (13).

En un estudio realizado en Cuba se establece que el tiempo de evolución de la enfermedad es crucial, puesto que los adultos mayores al presentar una clínica atípica y, por tanto, demorar más su diagnóstico, pueden aparecer complicaciones propias de la enfermedad como la sepsis, exacerbaciones de enfermedades crónicas pulmonares o cardíacas que son poco toleradas por dichos pacientes (14). Se tiene conocimiento de que los pacientes geriátricos admitidos en la emergencia tienen una mayor tasa de internamiento y su estancia hospitalaria es mayor en comparación con poblaciones más jóvenes, además que un 20% de los pacientes de este grupo etario necesitó un procedimiento invasivo o una cirugía (15). Asimismo, se observó que se utilizaba una cantidad mayor de recursos tecnológicos y humanos para la atención de la población geriátrica (16).

A nivel nacional, un estudio realizado en 1996 en el Hospital de las Fuerzas Aéreas de Arequipa-Perú concluye que 34,7% de los ingresos en emergencia correspondió a pacientes geriátricos. Y del total de personas que acudieron por dolor abdominal, 24,4% pertenecían a esta población; encontrándose que las causas principales de dolor abdominal agudo en pacientes mayores de 60 años fueron litiasis biliar, obstrucción intestinal, gastritis-duodenitis y úlcera gastrointestinal (17).

Por lo previamente expuesto, es importante conocer la frecuencia y las principales causas del dolor abdominal en la población adulta mayor de 60 años que llega a la

emergencia de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Esta información nos servirá para posteriores estudios prospectivos en los cuales se puedan evaluar otras variables geriátricas que tienen impacto en esta población.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia y etiologías más comunes de dolor abdominal en pacientes adultos de 60 años a más que acudieron al servicio de emergencia de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2022.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de la etiología del dolor abdominal según el sexo y subgrupo etario en adultos mayores que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia.
2. Determinar la frecuencia de comorbilidades en los adultos mayores que acudieron por dolor abdominal a la emergencia del HNCH en el año 2022.
3. Determinar el destino al alta (domicilio, hospitalización, transferido/referido, fuga, fallecido) de los adultos mayores que acudieron por dolor abdominal.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

El presente estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisó la base de datos de estadística de los pacientes mayores de 60 años que fueron atendidos en el tópico de emergencia de medicina del HNCH durante el periodo de enero a diciembre del 2022.

La relación de pacientes fue solicitada en la Oficina de Estadística e Informática del hospital, con los códigos CIE 10 de patologías que involucran dolor abdominal como síntoma: enfermedades del esófago, estómago y duodeno (K20-K31); enfermedades del apéndice (K35-K38); hernias (K42-K46); enteritis y colitis no infecciosa (K50-K52); otras enfermedades de los intestinos (K55-K59, K63.X); enfermedades del peritoneo (K65.X, K66.X); enfermedades del hígado (K73.X-K77.X); trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas (K80-K83, K85-K87); litiasis urinaria (N20-N23); otras enfermedades del sistema urinario (N30); enfermedades de los órganos genitales masculinos (N43-N45, N49-N51); enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (N70, N71, N73); trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos (N80, N83, N85, N93-N95); síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen (R10, R13, R14, R16); efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales (T18); envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (T47); enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09); tumores malignos (C16-C19, C22-C26, C48, C53-C57, C64-C66); enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificadas en otra parte (I81);

diabetes mellitus complicada con cetoacidosis (E10.2, E11.2); otros trastornos de la glándula suprarrenal (E27), trastornos del metabolismo de las porfirinas y de la bilirrubina (E80), enfermedades del bazo (D73) y enfermedades isquémicas del corazón (I21).

Inicialmente se obtuvo el número de atenciones totales que tenían como diagnóstico de egreso alguna de las patologías previamente solicitadas, y estas fueron 4354; posterior a esto se eliminaron las fichas que contaban con el mismo código de atención, con lo que quedaron 3825, y se procedió a revisar el motivo de atención de estas en la base de datos de estadística.

Se admitieron en el estudio a todas las atenciones que tenían dolor abdominal como motivo de ingreso (dolor abdominal intenso no quirúrgico; dolor leve asociado a náuseas, vómitos, diarrea, con signos vitales estable; y signos y síntomas de abdomen de agudo); teniendo finalmente 2002 atenciones con el motivo de ingreso antes mencionado. Con dicha información se separó a la población total en dos grupos: los pacientes que acudieron a la emergencia con dolor abdominal solo en una ocasión durante el periodo de estudio que fueron 1478 pacientes, y otra en la que se encuentran los pacientes que acudieron en más de una oportunidad que fueron 213 pacientes.

La recolección de información, codificación de variables y almacenamiento se realizó en una base de datos de Excel, en la cual se registró el número de ficha de emergencia, DNI, sexo, edad, lugar de procedencia, motivo de atención, diagnósticos de egreso (CIE 10 y categoría), fecha de ingreso, fecha de egreso, destino del alta. Para el análisis de la base de datos, la información se evaluó con

Excel para describir frecuencias, y para los cálculos se usó el software estadístico R versión 4.3.1.

El Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (SIDISI 211324) y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Cayetano Heredia aprobaron la realización de este proyecto.

IV. RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, el total de atenciones en el servicio de tópico de emergencia de medicina fue 52 011 y el total de pacientes atendidos fue de 36 844. De toda esta población, 9889 (26,84%) corresponden a pacientes de 60 años a más, de los cuales 1691 (17,1%) ingresaron con motivo de atención de dolor abdominal. 1 113 fueron mujeres (65,82%) y 578 fueron varones (34,18%), con promedio de edad de 70,6 +/- 8,6 años (rango de 60 a 102 años). Además, 1500 (88,7%) pacientes tenían registrado como domicilio la ciudad de Lima, y el distrito de San Martín de Porres ocupaba el primer lugar con 33,4%; el resto provenía de diferentes departamentos del Perú (Tabla 1).

En los pacientes que acudieron a la emergencia en una sola oportunidad durante el año 2022, se obtuvo un total de 1478, de los cuales 986 (66,7%) fueron mujeres y 492 (33,3%) varones. El promedio de edad fue de 71,2 +/- 8,6 años (rango de 60 a 102 años). Dentro de los diagnósticos de egreso principales estaban el dolor abdominal y pélvico (R10) con 32,8%, otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (A09) con 11,5%, otros trastornos funcionales del intestino (K59) con 6,3%, colelitiasis (K80) con 6,1%, dispepsia funcional (K30) con 5,2%, y gastritis y duodenitis (K29) con 4,6% (Tabla 2).

En relación a los diagnósticos según sexo, en mujeres se tuvo como diagnósticos principales registrados: “dolor abdominal y pélvico” (33%), otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (11,3%), colelitiasis (5,9%), otros trastornos funcionales del intestino (5,7%), dispepsia funcional (4,9%), gastritis y duodenitis (4,7%); y otros menos frecuentes como otros trastornos del sistema urinario

(N39), otras colitis y gastroenteritis no infecciosas (K52). Por otro lado, en los varones se tuvo como causas principales registrados: “dolor abdominal y pélvico” (30,2%), otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (11,7%), otros trastornos funcionales del intestino (7,4%), colelitiasis (6,3%), dispepsia funcional (6%), gastritis y duodenitis (4,3%); y otros menos frecuentes como fibrosis y cirrosis del hígado (K74), pancreatitis aguda (K85), íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia (K56) (Tabla 2).

Según subgrupo etario se encontró que en los pacientes de 60 a 79 años tienen como diagnósticos principales registrados: "dolor abdominal y pélvico" (33,9%), otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (11,7%), colelitiasis (6,4%), dispepsia funcional (5,7%), otros trastornos funcionales del intestino (5%), gastritis y duodenitis (5%). En el grupo de 80 años a más se encontró registrado: "dolor abdominal y pélvico" (25,6%), otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (10,6%), otros trastornos funcionales del intestino (10,6%), colelitiasis (4,7%), dispepsia funcional (3,7%) e íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia (3,7%) (Tabla 4).

Respecto a la estancia hospitalaria, el 85,1% de los pacientes permaneció por menos de 24 horas en el tópico de medicina, 14,8% estuvo de 24 a 48 horas y el 0,1% superó las 48 horas. Se encontró además que 88,6% de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio después de su atención en el tópico de emergencia, el 7,2% fue hospitalizado, el 2,7% se reportó como fuga, 1,4% fueron transferidos/referidos a otra institución y 0,1% falleció (Tabla 6).

En los pacientes que acudieron dos o más veces durante el año 2022, se obtuvo un total de 213 pacientes de los cuales 127 (56,6%) fueron mujeres y 86 (40,4%)

hombres. El promedio de edad fue de 69,9 +/- 8 años (rango de 60 a 95). Dentro de los principales diagnósticos de egreso registrados se encontraron: "dolor abdominal y pélvico" con 36,8%, otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado con 8,1%, otros trastornos funcionales del intestino con 6,6%, gastritis y duodenitis con 6,4%, dispepsia funcional con 6,4% y colelitiasis con 3,7% (Tabla 3).

En relación a los diagnósticos según sexo, en mujeres se obtuvo como los principales registrados: "dolor abdominal y pélvico" (36,3%), otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (9,3%), otros trastornos funcionales del intestino (6,9%), gastritis y duodenitis (5,8%), dispepsia funcional (5,8%); y otros menos frecuentes como colelitiasis, fibrosis y cirrosis del hígado, y otros trastornos del sistema urinario. Por otro lado, en los varones se tuvo como causas principales registradas: "dolor abdominal y pélvico" (37,5%), gastritis y duodenitis (7,1%), dispepsia funcional (7,1%), otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado (6,5%), otros trastornos funcionales del intestino (6,2%); y otros menos frecuentes como colelitiasis, tumor maligno del estómago (C16), íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia (Tabla 3).

Según el subgrupo etario se encontró que en los pacientes de 60 a 79 años tuvieron como diagnósticos principales: dolor abdominal y pélvico con 36,7%, otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado en 8,4%, gastritis y duodenitis 6,6%, dispepsia funcional con 6,3% y otros trastornos funcionales del intestino con 5,7%. En el grupo de 80 años a más se encontró: dolor abdominal y pélvico con 37%, otros trastornos funcionales del intestino con 11,8%, otras

gastroenteritis y colitis de origen no especificado con 6,7%, dispepsia funcional con 6,7%, y gastritis y duodenitis 5% (Tabla 5).

Se encontró además que 91,6% de las atenciones tuvieron como destino al alta el domicilio, 5,2% fueron hospitalizaciones, 2,3% fueron fugas, el 1% fue transferido/referido a otra institución y no se encontraron datos de fallecimientos (Tabla 6).

De los 213 pacientes recurrentes: 70,9% acudió en 2 oportunidades, 19,2% en 3, 6,1% en 4, 1,9% en 5, 0,9% en 6, 0,5% en 7, y 0,5% en 8. De todos estos pacientes, 80 (37,55%) acudieron a la emergencia en un lapso menor a una semana; además 56 pacientes (70%) acudieron en menos de 72 horas e incluso el mismo día.

Adicionalmente, 28,1% y 30,2% de las atenciones únicas y de las recurrentes, respectivamente, mostraron como único diagnóstico de egreso “dolor abdominal y pélvico”; y de las atenciones del grupo de los pacientes recurrentes que contaban únicamente este diagnóstico se encontró que el 15,8% registró una nueva atención por el mismo motivo dentro de las siguientes 72 horas.

Dentro de los diagnósticos de egreso de los pacientes que llegaron con motivo de atención de dolor abdominal, están incluidas algunas comorbilidades que no necesariamente son causas de dolor abdominal; como por ejemplo hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca. En los pacientes que cuentan con un solo registro, se encontró que las comorbilidades presentes fueron hipertensión arterial con 43 (1,9%), diabetes mellitus con 51 (2,3%), enfermedad renal crónica con 15 (0,7%), insuficiencia cardiaca con 4 (0,2%), enfermedades neuropsiquiátricas con 6 (0,3%). En el grupo de pacientes

con atenciones recurrentes, las comorbilidades encontradas fueron hipertensión arterial con 11 (1,4%), diabetes mellitus con 10 (1,3%), enfermedad renal crónica con 6 (0,8%), insuficiencia cardiaca con 1 (0,1%), enfermedades de la glándula tiroides con 3 (0,4%) y enfermedades neuropsiquiátricas con 1 (0,1%).

V. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que los pacientes adultos mayores atendidos en emergencia en el año 2022 en el HNCH fueron 1113 mujeres (65,82%) y 578 varones (34,18%); esto concuerda con otros estudios en los que se encontró que, en los pacientes mayores de 60 años que acuden a la emergencia con síntoma principal de dolor abdominal, la mayor parte de la población fue de sexo femenino (15).

En ambos grupos, tanto en los pacientes con una sola atención y los recurrentes, se encontró que el principal diagnóstico de egreso fue dolor abdominal y pélvico de causa no determinada (R10.X) con 32,1% y 36,8% respectivamente; además se encontró que en ambos sexos y subgrupos etarios coinciden con la misma causa principal. En el año 2022, la segunda causa de morbilidad en la emergencia en población geriátrica fue dolor abdominal y pélvico con 6,4% (2). Este diagnóstico engloba al dolor abdominal localizado en parte superior (R10.1), dolor pélvico y perineal (R10.2), dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (R10.3), otros dolores abdominales y los no especificados (R10.4) y abdomen agudo (R10.0). En un estudio similar realizado en Estados Unidos también se encontró que la causa principal de dolor abdominal en la emergencia fue inespecífica (15). En el presente estudio se observó que en un 28,07% de las atenciones únicas y en un 30,15% de las atenciones recurrentes, se registró “dolor abdominal” como único diagnóstico. Este al ser inespecífico, no brinda mucha información de la posible etiología del dolor, mas es un término aceptado dentro de la práctica médica diaria, además que el sistema de registro puede llegar a permitirlo.

Adicionalmente, se observó que el 15,82% de las atenciones de los pacientes recurrentes que tienen como único diagnóstico "dolor abdominal y pélvico", registraron una nueva atención dentro de las siguientes 72 horas. Esto puede deberse a que únicamente se realizó un manejo sintomático del dolor, mas no una búsqueda exhaustiva de la etiología.

Esta falta de precisión concuerda con el reto que implica para los profesionales de salud diagnosticar efectivamente a la población geriátrica. Una de las razones son los propios cambios que ocurren en el cuerpo al llegar a una edad avanzada; por ejemplo, tenemos la inmunosenescencia que provoca una respuesta tardía y poco eficaz del sistema inmunológico generando que los síntomas que alarman a los pacientes como la fiebre, los escalofríos y el dolor, no aparezcan oportunamente y sean menos específicos (10,18). Asimismo, esta población tiene alterada la percepción del dolor y el interrogatorio puede ser de mala calidad; además estos pacientes presentan un mayor número de comorbilidades y suelen usar múltiples medicamentos, enmascarando así en muchas ocasiones los síntomas acompañantes, facilitando así que se diagnostique únicamente como un dolor abdominal inespecífico (19). Además, durante la anamnesis en el proceso de elaboración de la historia clínica, la información brindada puede ser de mala calidad, porque es más frecuente que los adultos mayores presenten algún tipo de deterioro visual, auditivo o cognitivo haciendo poco efectiva la comunicación con el médico y empobreciendo el relato de la enfermedad.

En el servicio de emergencia de medicina del HNCH se encontró que el destino de alta fue al domicilio en un 88,6% y un 91,6% en las atenciones únicas y las recurrentes, respectivamente; por otro lado, fueron hospitalizados un 7,2% de los

registros únicos y 5,2% de los recurrentes; lo que contrasta con el 40% hallado en estudios similares (15). Además, se observó que la mayoría de pacientes (85,1%) tuvo una estancia en la emergencia menor a 24 horas. Esto, sumado a la baja tasa de hospitalización, podría deberse a que con la gran cantidad de pacientes que acuden al tópico, después de descartar algunas complicaciones, se realiza solo un manejo sintomático y se brindan indicaciones para un seguimiento por consulta externa.

Los diagnósticos más prevalentes de dolor abdominal en ambos grupos son: otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado, otros trastornos funcionales del intestino, colelitiasis, dispepsia funcional, y gastritis y duodenitis; todas estas coinciden en ambos sexos, pero lo que cambia en algunos casos es la frecuencia de presentación. En ambos grupos, la colelitiasis se presentó en mayor frecuencia en mujeres siendo aproximadamente el doble en comparación a los varones. Esto se explica por la mayor prevalencia de colelitiasis en mujeres (20).

Otro diagnóstico que se diferencia según el sexo fue “otros trastornos del sistema urinario”: en el grupo de atenciones únicas con 34 (2,3%) y en el de recurrentes con 10 (2,2%), en comparación con los varones con 2 (0,3%) y 2 (0,2%) respectivamente. Esto concuerda con estudios que evidencian la mayor prevalencia de este tipo de patologías en mujeres por las diferencias en la anatomía femenina que las predisponen a este tipo de infecciones (21).

Con respecto a las patologías según subgrupo etario, en el grupo de atenciones únicas se observó que el diagnóstico de íleo paralítico y obstrucción intestinal sin

hernia fue otro diagnóstico prevalente en las atenciones de pacientes mayores de 80 siendo esta el doble en comparación a la población que se encuentra entre los de 60 a 79 años. Estos resultados contrastan con lo encontrado en un estudio en Cuba con una distribución inversa de la prevalencia, siendo este más frecuente en pacientes menores de 80 años con un 85,7% (22).

Entre las comorbilidades más frecuentemente observadas, se encontró hipertensión arterial (1,9%), diabetes mellitus (2,3%), enfermedad renal crónica (0,7%) e insuficiencia cardíaca (0,2%). Este hallazgo contrasta radicalmente con la prevalencia real de estas patologías en la población geriátrica: más de 46,3% con hipertensión arterial (23), más de 20% con diabetes mellitus (24, 25), 98,8% de pacientes en este grupo etario presentan enfermedad renal crónica (26) y 39,3% con insuficiencia cardíaca en pacientes mayores de 60 años (27). Esto se debe a que, al ser un estudio de una base de datos, no se tenía control sobre la calidad de la información, y en muchos casos esta no se hallaba completa, ya que muchas veces suele llenarse en las historias clínicas de la emergencia a las cuales no se tuvo acceso.

Se observó que durante el periodo de estudio, de las 2002 atenciones que se registraron en la emergencia, el 73,8% fueron atenciones únicas y 26,1% pertenecieron a pacientes que acudieron en más de una oportunidad, de los cuales la mayoría contó con 2 visitas (70,9%). Además, 37,6% de los casos recurrentes acudieron a la emergencia en un lapso menor a una semana, y 70% de las antes mencionadas acudieron en menos de 72 horas e incluso el mismo día. Esto apoya

que, como se mencionó previamente, debido a que el diagnóstico fue inespecífico y únicamente se trató el síntoma, en muchos casos se podría retrasar la identificación de la patología de fondo y esto hacer que el paciente regrese al servicio de emergencia.

Las limitaciones del presente estudio corresponden a las de todo estudio retrospectivo, como no tener control sobre la calidad de información recolectada, lo que hizo que muchas variables importantes no estén en la base de datos, como por ejemplo otras variables geriátricas que nos indican deterioro cognitivo y dependencia, entre otras. Además no se tuvo acceso a las historias clínicas de los pacientes atendidos, lo cual es de mucha importancia sobre todo en los pacientes que se registraron con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico.

Dentro de las fortalezas, se encuentra que no se cuenta con estudios previos en los últimos años. Además, el periodo de estudio abarca un año completo y la población que formó parte del estudio es considerablemente mayor a la utilizada en estudios similares.

VI. CONCLUSIONES

1. Uno de cada cinco pacientes adultos mayores de 60 años acudió durante el año 2022 por dolor abdominal al tópico de emergencia de medicina, más de la mitad fueron mujeres y aproximadamente una quinta parte tenían más de 80 años.
2. La causa registrada más frecuente del dolor abdominal fue de etiología inespecífica. Esto se repite en ambos sexos y subgrupo etario, pero con algunas diferencias en la frecuencia de presentación de los diagnósticos secundarios.
3. Se encontró que un porcentaje moderado fue dado de alta de la emergencia con ese diagnóstico inespecífico y más de tres cuartas partes de casos fueron enviados a su domicilio en menos de 24 horas. Por otro lado, una cantidad significativa de pacientes con atenciones recurrentes registraron una nueva atención por el mismo motivo dentro de las siguientes 72 horas.
4. No se pudo determinar la frecuencia de comorbilidades por falta de información.

VII. RECOMENDACIONES

- A. Con los resultados de nuestro estudio se puede realizar un mayor énfasis en el enfoque del diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos mayores que acuden con dolor abdominal a la emergencia.

- B. Ser más precisos en los diagnósticos ayudará a tener un mejor panorama de las causas del dolor abdominal, sobre todo en esta población, y que no resulte en un diagnóstico tan inespecífico como “dolor abdominal y pélvico”.

- C. Controlar o mejorar el registro de los códigos de diagnóstico por CIE-10 en las hojas de alta de los pacientes atendidos en la emergencia.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez R, Amado J, Ramírez F, Velásquez R, Huari R. Sobredemanda de Atención Médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An Fac Med. 2016;77(4):379. doi:10.15381/anales.v77i4.12654
2. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Departamento de Emergencia. Boletín Estadístico del Departamento de Emergencia. Lima, Perú; 2022.
3. Patiño F. Síndrome Doloroso abdominal: Aspectos Médicos. Rev chil pediatr. 1957;28(2). doi:10.4067/s0370-41061957000200006
4. Duque L, Chavarriaga-Restrepo A, Patiño-Giraldo S. Dolor abdominal crónico en adultos. Rev Méd UIS. 2018;31(1). doi:10.18273/revmed.v31n1-2018006
5. Alonso J, de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:197-213. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf
6. García AG, Fuentes FJT, Ayuso MC, Obrador LZ. Dolor abdominal en urgencias: Abdomen agudo. Rev Medicine. 2015;11(90):5357–64. doi:10.1016/j.med.2015.11.001.

7. Wang Y, Zhao H, Zhou Z, Tian C, Xiao H-L, Wang B-E. Establishment and application of early risk stratification method for acute abdominal pain in adults. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130(5):530–5. doi:10.4103/0366-6999.200553
8. Takayama Y, Kaneoka Y, Maeda A, Fukami Y, Takahashi T, Uji M. Etiologies and outcomes of emergency surgery for acute abdominal pain: an audit of 1456 cases in a single center. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2018 Apr;46(2):363-369. doi: 10.1007/s00068-018-1051-3
9. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: Age-related differences in emergency department use and care. *J. Am Geriatr Soc*. 1987;35(5):398–404. doi:10.1111/j.1532-5415.1987.tb04660.x
10. Pérez JL, Teuffer LT, Díaz EV, Hernández S, Moron P, Nieves M, Rubio L. Dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos evaluados en el servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel. *Rev De Gastr Mex*. 2010 Jun 18;75(3):261–6.
11. Córdoba JA, Romero A, Touriz MA. Dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia. *RECIAMUC* [Internet]. 17 abr.2019 [citado 24 jun.2023];1(4):456-72. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/185>
12. Montoya M, Barranco LA, Herrera F. *Porfiria aguda. Dilema diagnóstico y manifestaciones neuroendocrinas*. *Act Med Colomb* [Internet].

- 2017;42(2):140-143. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163152072009>
13. Montiel-Jarquín AJ, García UN, Reyes P, Blanca J, Ruiz B. *Invaginación intestinal en el adulto joven*. Rev Med Inst Mex Seg Soci [Internet]. 2008;46(6):681-684. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745524018>
14. Gómez D, Martínez A, Jiménez Y. Caracterización del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Rev Univ Med Pinareña [revista en Internet]. 2017 [citado 14 Oct 2023]; 13 (1) :[aprox. 7 p.]. Disponible en:
<https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/204>
15. Lewis LM, Banet GA, Blanda M, Hustey FM, Meldon SW, Gerson LW. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: A prospective, multicenter study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(8):1071–6. doi:[10.1093/gerona/60.8.1071](https://doi.org/10.1093/gerona/60.8.1071)
16. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, Hogan TM. Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. Ann Emerg Med.1992;21(7):802–7. doi:10.1016/s0196-0644(05)81025-x
17. Lia MML. Incidencia y características del dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos en el Servicio de Emergencia del Hospital Central de la Fuerza Aérea - 1996 [thesis]. [Arequipa]: s.n.; 1997.

18. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med.* 1990 Dec;19(12):1383-6. doi: 10.1016/s0196-0644(05)82602-2.
19. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el Adulto mayor. *Rev Méd Clín Las Condes.* 2017;28(2):282–90. doi:10.1016/j.rmclc.2017.04.017
20. Ladra MJ, Paredes JP, Flores E, Martínez L, Rojo Y, Potel J, Beiras A. Colectomía laparoscópica en pacientes mayores de 80 años [Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 and over]. *Cir Esp.* 2009;85(1):26–31. doi:10.1016/s0009-739x(09)70083-1
21. Ugalde F, Rivera H, Obando SN. Infección urinaria en el adulto mayor. *Rev Med sinerg.* 2022;7(8). doi:10.31434/rms.v7i8.888
22. Cecilia-Paredes E, Echevarría-Cruz Á, Cecilia-Paredes E, Quintana-González Y, Hernández-Días G, Delgado F. Caracterización de pacientes mayores de 60 años con oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio”. *Rev Univ Med Pinareña [Internet].* 2021;17(2):1-9. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=638268499010>
23. Salazar PM, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Herediana.* 2016;27(1):50. doi:10.20453/rmh.v27i1.2787
24. Yanes M, Cruz J, Yanes MÁ, Calderín R, Pardías L, Vázquez G. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. *Rev Cuba med gen integr.* 2009 Feb 25;25(2):1–9.

25. Guerrero JM, Barragán AM, Navarro CL, Murillo LM, Uribe RP, Sánchez MA. Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. Rev Med Clin. 2017 Sept 30;1(2):81–94.
26. Gámez A, Montell O, Ruano V, Alfonso-de-León J, Hay-de-la-Puente-Zoto M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Rev Med Electr [Internet]. 2013 [citado 19 Sep 2023]; 35 (4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1002>
27. Calle AP, Ojeda KP. Prevalencia y factores asociados a insuficiencia cardíaca en adultos mayores. Hospital Homero Castanier Crespo, 2015-2019. Rev Fac Cien Med Univ Cuenca. 2022;39(2). doi:10.18537/rfcm.39.02.03

IX. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Características de la población de adultos mayores de 60 años que acudieron a la tópico de emergencia de medicina del Hospital Cayetano Heredia durante el año 2022.

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	1113	65,82%
Masculino	578	34,18%
Grupo etario		
60 -79 años	1390	82,19%
80 a más	301	17,81%
Procedencia		
San Martín de Porres (Lima)	501	29,63%
Independencia (Lima)	245	14,49%
Los Olivos (Lima)	182	10,76%
Rímac (Lima)	171	10,11%
Otros (Lima)	401	23,71%
Ancash	56	3,31%
Cajamarca	18	1,06%
Huánuco	13	0,78%
Otros (Departamentos)	104	6,15%
Total	1691	100,0

Tabla 2. Principales diagnósticos de egreso de los adultos mayores que registran una sola atención con motivo de ingreso dolor abdominal al tópico de emergencia medicina del HNCH según sexo durante el año 2022.

Variable		N	%	N	%	N	%
Diagnóstico de egreso	CIE			M			F
Dolor abdominal y pélvico	R10	711	32,1	217	33,2	494	33,0
Otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado	A09	254	11,5	84	11,7	170	11,3
Otros trastornos funcionales del intestino	K59	139	6,3	53	7,4	86	5,7
Colelitiasis	K80	134	6,0	45	6,3	89	5,9
Dispepsia funcional	K30	116	5,2	43	6,0	73	4,9
Gastritis y duodenitis	K29	102	4,6	31	4,3	71	4,7
Otros trastornos del sistema urinario	N39	36	1,6	2	0,3	34	2,3
Fibrosis y cirrosis del hígado	K74	30	1,4	14	1,9	16	1,1
Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	K56	27	1,2	10	1,4	17	1,1
Pancreatitis aguda	K85	27	1,2	11	1,5	16	1,1
Colitis y gastroenteritis no infecciosas	K52	26	1,2	6	0,8	20	1,3
Colecistitis	K81	25	1,1	8	1,1	17	1,1
Cólico renal	N23	23	1,0	7	1,0	16	1,1
Otros		566	25,5	187	26,1	379	25,3
Total		2216	100,0	718	100,0	1498	100,0

*Masculino (M), Femenino (F)

Tabla 3. Principales diagnósticos de egreso de los adultos mayores que registran atenciones recurrentes con motivo de ingreso dolor abdominal al tópico de emergencia medicina del HNCH según sexo durante el año 2022.

Variable		N	%	N	%	N	%
Diagnóstico	CIE			M	F		
Dolor abdominal y pélvico	R10	289	36,8	121	26,3	168	36,3
Otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado	A09	64	8,1	21	4,6	43	9,3
Otros trastornos funcionales del intestino	K59	52	6,6	20	4,3	32	6,9
Gastritis y duodenitis	K29	50	6,4	23	5,0	27	5,8
Dispepsia funcional	K30	50	6,4	23	5,0	27	5,8
Colelitiasis	K80	29	3,7	10	2,2	19	4,1
Fibrosis y cirrosis del hígado	K74	17	2,2	6	1,9	11	2,4
Otros trastornos del sistema urinario	N39	12	1,5	2	0,6	10	2,2
Ascitis	R18	12	1,5	6	1,9	6	1,3
Colitis y gastroenteritis no infecciosas	K52	11	1,4	3	0,9	8	1,7
Colecistitis	K81	11	1,4	3	0,9	8	1,7
Tumor maligno de estómago	C16	8	1,0	6	1,3	2	0,4
Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	K56	8	1,0	6	1,3	2	0,4
Otros		173	22,0	82	25,4	100	21,6
Total		786	100,0	323	100,0	463	100,0

*Masculino (M), Femenino (F)

Tabla 4. Principales diagnósticos de egreso de los adultos mayores que registran una sola atención con motivo de ingreso dolor abdominal al tópico de emergencia medicina del HNCH según subgrupo etario durante el año 2022.

Variable		N	%	N	%	N	%
Diagnóstico	CIE	60-79 años		> 80 años			
Dolor abdominal y pélvico	R10	711	32,1	586	33,9	125	25,6
Otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado	A09	254	11,5	202	11,7	52	10,6
Otros trastornos funcionales del intestino	K59	139	6,3	87	5,0	52	10,6
Colelitiasis	K80	134	6,0	111	6,4	23	4,7
Dispepsia funcional	K30	116	5,2	98	5,7	18	3,7
Gastritis y duodenitis	K29	102	4,6	86	5,0	16	3,3
Otros		760	34,3	557	32,3	203	41,5
Total		2216	100,0	1727	100,0	489	100,0

Tabla 5. Principales diagnósticos de egreso de los adultos mayores que registran atenciones recurrentes con motivo de ingreso dolor abdominal al tópico de emergencia medicina del HNCH según subgrupo etario durante el año 2022.

Variable		N	%	N	%	N	%
Diagnóstico	CIE	60-79 años		> 80 años			
Dolor abdominal y pélvico	R10	289	36,7	245	36,7	44	37,0
Otras gastroenteritis y colitis de origen no especificado	A09	64	8,1	56	8,4	8	6,7
Gastritis y duodenitis	K29	50	6,4	44	6,6	6	5,0
Dispepsia funcional	K30	50	6,4	42	6,3	8	6,7
Otros trastornos funcionales del intestino	K59	52	6,6	38	5,7	14	11,8
Colelitiasis	K80	29	3,7	25	3,7	4	3,4
Otros		252	32,1	217	32,5	35	29,4
Total		786	100,0	667	100,0	119	100,0

Tabla 6. Destino al alta de los pacientes adultos mayores que acudieron al tópicico de emergencia medicina por dolor abdominal como motivo de ingreso del HNCH durante el año 2022.

Variable	N	%	N	%	N	%
Destino			1 atención		Más de 1 atención	
Domicilio	1789	89,4	1309	88,6	480	91,6
Hospitalización	134	6,7	107	7,2	27	5,2
Transferido/referido	26	1,3	21	1,4	5	1,
Fuga	52	2,6	40	2,7	12	2,3
Fallecido	1	0,04	1	0,1	0	0,0
	2002	100,0	1478	100,0	524	100,0

X. ANEXOS

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Sistema de codificación
DNI	Documento de identidad del paciente	Número del documento de identidad del paciente	Cuantitativa discreta	Nominal	Número de DNI
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad.	Edad del paciente registrada en la historia clínica	Cuantitativa discreta	Nominal	Número de años
Sexo	Es una condición que distingue a los seres humanos como hombre y mujer.	Sexo del paciente registrado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Lugar de procedencia	Espacio geográfico en donde encuentra vivienda del paciente	Lugar de procedencia registrado en el documento de identidad del paciente	Cualitativa politómica	Nominal	Distrito/departamento de procedencia del paciente
Motivo de atención	Conjunto de síntomas que generan malestar y alarma en el paciente provocando que acuda al servicio de emergencia	Motivo de ingreso registrado en la ficha de atención de emergencia del paciente	Cualitativa politómica	Nominal	1: Dolor abdominal leve 2: Dolor abdominal intenso 3: Abdomen agudo

Diagnóstico de egreso	Diagnóstico final asignado por el personal de salud para identificar la enfermedad del paciente	Diagnóstico registrado en la hoja FUA de alta del paciente	Cualitativa politómica	Nominal	Diagnóstico de egreso del paciente
Fecha de ingreso	Fecha en la que el paciente llega al servicio de emergencia del HNCH	Fecha de ingreso registrada en la FUA del paciente al momento del alta	Cuantitativa continua	Nominal	Fecha de ingreso
Fecha de egreso	Fecha en la que el paciente es dado de alta del servicio de emergencia del HNCH	Fecha de egreso registrada en la FUA del paciente al momento del alta	Cuantitativa continua	Nominal	Fecha de egreso
Destino al alta	Especialidad a la que fue derivado el paciente o su hogar al momento de alta	Especialidad a la que fue derivado el paciente o si se fue de alta registrado en la hoja FUA	Cualitativa politómica	Nominal	1:Hospitalización 2:Unidad de Shock Trauma 3:UCI 4:Sala de operaciones 5:Alta y cita por consultorio

Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
Código de atención	
Motivo de atención	
DNI	
Edad	
Sexo	
Procedencia	
Diagnósticos de egreso	
Destino de alta	
Fecha de atención	
Fecha de egreso	