



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE PÓSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 45 “AYALA”**

**PREVALENCIA DE DOLOR ABDOMINAL Y FACTORES ASOCIADOS EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL NO. 45**

QUE PARA OTORGAR EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE DEL
IMSS

No de Registro - R2014 - 1307 - 4

PRESENTA

DRA. MARISA CARVAJAL HERNANDEZ

ASESOR MEDICO

**DRA. ADRIANA EDITH CEJA NOVOA
Medico Urgenciólogo
Hospital General de Zona No. 14
Instituto Mexicano del Seguro Social**

ASESOR METODOLOGICO

**DR. ANGEL EMILIO SUÁREZ RINCÓN
Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General Zona No. 45
Instituto Mexicano del Seguro Social**

GUADALAJARA, JALISCO

FEBRERO DEL 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO: Prevalencia del dolor abdominal y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 45.

Investigador responsable:

DR. ANGEL EMILIO SUÁREZ RINCÓN
Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud

Hospital General de Zona No. 45

email: angel.suarez@imss.gob.mx

Matrícula: 7434812

Tel: 3825-0700 ext 31315

Asesor clínico de tesis

DRA. ADRIANA EDITH CEJA NOVOA
Medico Urgenciólogo adscrito al servicio de Urgencias en el Hospital Regional de Zona No. 14

Hospital Regional de Zona No. 14

E-mail: adycen@gmail.com

Matricula: 99373402

Tel: 33 38 45 68 13

Tesista:

Dra. Marisa Carvajal Hernández

Médico Residente de la Especialidad en Medicina de Urgencias

Hospital General de Zona No. 45

Email: carvajalmarissa@hotmail.com

Matrícula: 9651527

tel. 12 02 97 52 cel. 33 39 52 93 91

Sede de la investigación:

Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jal. México.

INDICE

INTRODUCCION	5
MARCO TEORICO	7
JUSTIFICACION	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	23
DISCUSION	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAFIA	35

RESUMEN ESTRUCTURADO

TITULO: Prevalencia del dolor abdominal y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 45.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una manifestación subjetiva, experiencia sensorial y emocional, sentida en forma única por cada persona es un síntoma que se produce en el área abdominal, es muy inespecífico y puede deberse a muchos procesos del aparato digestivo, pero en ocasiones es un síntoma referido de problemas que se producen en otros lugares del cuerpo humano.

Con frecuencia llegar a un diagnóstico puede ser difícil, incluso para clínicos expertos, por lo que en la valoración del dolor se exige gran capacidad y experiencia en el juicio clínico para evitar en lo posible decisiones terapéuticas inadecuadas.

En el presente estudio pretendemos determinar la frecuencia de dolor abdominal agudo entre los pacientes que consultaron al servicio de urgencias del HGR 45

OBJETIVO GENERAL Determinar las características de los pacientes que por dolor abdominal acuden al Servicio de Urgencias del Hospital General Regional No. 45

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo que incluyó pacientes mayores de 16 años que acudieron al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45. De los expedientes clínicos se obtuvo la información recolectándose en una hoja diseñada específicamente. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva para las variables de cada grupo y estadística paramétrica de grupos independientes.

RESULTADOS Un total 320 pacientes con dolor abdominal fueron atendidos en la consulta de urgencias adultos de Octubre a Diciembre de 2013; La edad promedio fue de 42 años y el sexo femenino el más frecuente. El 64% consultó en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas. La patología predominante fue la no quirúrgica correspondiendo al síndrome de colon irritable, 40% se automedicó y los fármacos más comúnmente empleados fueron analgésicos y antiespasmódicos. La sintomatología asociada más común fue la náusea. La cirugía abdominal y pélvica fue el comorbido más asociado. 264 pacientes fueron

manejados con analgésicos y/o antibióticos en la valoración inicial de Triage antes de tener un diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES El dolor abdominal sigue siendo una de las principales causas de solicitud de atención médica en el servicio de urgencias. Debido a que las causas del dolor son muchas, el diagnosticar la causa es un desafío difícil para el clínico por lo que es de vital importancia realizar una historia clínica y exploración física exhaustiva, es importante implementar estrategias que nos ayuden a capacitar al personal médico adscrito al servicio de urgencias para tener las herramientas necesarias para una rápida detección y atención clínica de las características del mismo, así como la necesidad de desarrollar las competencias necesarias para su adecuado manejo y resolución pronta del cuadro por el cual acude el paciente, lo que contribuiría a disminuir los tiempos de estancia.

MARCO TEÓRICO

El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia acude el paciente a Urgencias, constituyendo cerca del 40% de los motivos de consulta en el servicio de urgencias hospitalario. La mitad de estos dolores abdominales que acuden a urgencias quedan sin diagnóstico. Al rededor del 30 al 40% de los casos carece de una etiología demostrable.^{1,2}

Este es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, ya que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas. Motivo por el cual el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del dolor abdominal agudo están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias.^{3,4}

El dolor abdominal no es una entidad nosológica, sino un síntoma de presentación muy frecuente por el crecido número de desórdenes capaces de provocarlo, sólo como síntoma o formando parte principal de una serie de síndromes, cada uno de ellos conocidos y que relacionados con una víscera o tejido intra o extraabdominal advierten su compromiso como causa del dolor en el abdomen.

Podemos definir el abdomen agudo como la presencia de un dolor abdominal hasta entonces no diagnosticado y que tiene una evolución inferior a una semana. Se trata de un dolor caracterizado por ser originado y referido al abdomen; es agudo por su cronología e intensidad; está acompañado de alteraciones del tránsito intestinal; y presenta deterioro grave del estado general.⁵

TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL:

El dolor abdominal, según su mecanismo de producción, puede ser de tres tipos:

Visceral: En general es provocado por el estiramiento de fibras que inervan la pared o la cápsula de los órganos huecos o sólidos, son fibras tipo C no mielinizadas, de conducción lenta. Estas llegan a la médula espinal donde envían señales de forma bilateral, por lo que el dolor es percibido como difuso o localizado en el dermatoma del nivel medular que corresponde. El dolor puede ser referido a zonas determinadas según su origen embrionario:

- Anterior: estómago, duodeno y tracto biliar (epigastrio)
- Media: intestino delgado, apéndice y ciego (mesogastrio)
- Posterior: colón y tracto genitourinario intra-abdominal (hipogastrio)

La intensidad varía desde dolor constante o molestia vaga a dolor intenso o cólico.

Parietal: Es causado por irritación del peritoneo parietal, cuyas fibras aferentes mielinizadas de tipo A delta ocasionan una percepción más localizada. Producido por irritación, por agentes químicos o inflamatorios. El paciente lo describe como agudo, constante y bien localizado.

Referido: Es el dolor que se percibe en un sitio distante al órgano comprometido y se relaciona con el desarrollo embriológico de varios órganos que comparten un mismo nivel medular, produce síntomas no signos, al igual que el dolor visceral es un dolor vago e inespecífico. No es mediado por fibras que proporcionen inervación bilateral a la médula.⁶

CLASIFICACIÓN

Uno de los objetivos fundamentales al abordar el dolor abdominal en los Servicios de Urgencias, es distinguir el dolor abdominal susceptible de tratamiento médico de del quirúrgico de urgencia.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO:

Es un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración en casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave.⁷

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO:

Clínicamente cursa con dolor subagudo, no urgente, con poca sintomatología, no precisando actitud inmediata. Se considera crónico el dolor que persiste más de tres meses.⁸

PATOGENIA DEL DOLOR ABDOMINAL

Depende de la fuente de origen ya sea intraabdominal (intra o extraperitoneal) o extraabdominal:

A) Dolor de origen intraabdominal debido a:

1. Irritación o inflamación peritoneal:

peritonitis química como la producida por perforación de úlcera gástrica (ácido clorhídrico) o en pancreatitis aguda (enzimas proteolíticas), o por peritonitis bacteriana secundaria a perforación de víscera hueca como en la apendicitis o en especial en el colon por diverticulitis, etc.

2. Tensión o efecto mecánico de su serosa por contracción o distensión. En enfermedades de vísceras huecas como en la obstrucción mecánica intestinal o de las vías biliares y uréteres; por tensión en las estructuras de sostén o en la superficie de órganos sólidos como en los mesos o en el hígado, riñón, bazo, etc.

3. Isquemia como en enfermedades con compromiso vascular por embolia, trombosis, rotura, oclusión, compresión o torsión, así también por otras enfermedades extra vasculares tal como es la drepanocitemia.

B) Dolor de origen extraabdominal:

1. Referido: originado en el tórax o pelvis:

- Pulmón: neumonía basal, pleuritis, neumotórax espontáneo, etc.
- Corazón: isquemia o infarto de miocardio, pericarditis aguda, etc.
- Esófago: rotura esofágica, espasmo, esofagitis.
- Raquis: osteoartritis, radiculitis, etc.
- Pelvis: aparato genitourinario.

2. Metabólico:

a) Endógeno. Tóxicos: uremia, cetoacidosis, porfiria aguda, etc. Alérgicas: hipersensibilidad alimentaria.

b) Exógeno. Tóxicas: fármacos, bacterias, venenos de insectos, venenos de serpientes, etc.

3. Neurógeno: Por irritación de raíces o nervios periféricos: tabes dorsal, causalgia, herpes zoster, hernias de disco intervertebral, etc.

4. Psicógeno: Simuladores, desórdenes de conversión, etc.⁹

ATRIBUTOS DEL DOLOR:

Las principales características del dolor son el inicio y duración, localización, irradiación, carácter o tipo, intensidad o severidad, desencadenantes, agravantes, atenuantes, manifestaciones concomitantes y enfermedades concurrentes, así como los cambios en cualquiera de estas variables durante la evolución

Inicio y duración: Se califica como súbito, brusco o repentino y gradual refiriéndose al tiempo de aparición, minutos, horas o días.

Localización: Puede ser difuso o localizado haciendo referencia a la topografía abdominal en relación con los órganos subyacentes. Como existe gran diferencia de persona a persona en la distribución de las fibras nerviosas, desde su origen embrionario, con la posición de los órganos, su relación no es absoluta.

Irradiación: Tres causas son las que con frecuencia producen dolor irradiado característico para identificarlas. El infarto agudo del miocardio con dolor retro esternal, epigástrico y con irradiación al cuello, hombro y brazo izquierdos; la patología de vesícula y vías biliares que es localizada en el hipocondrio derecho y epigastrio e irradia al dorso a la altura de la escápula derecha; y el dolor por patología obstructiva pieloureteral por litiasis o coágulo sanguíneo que, localizado en la región lumbar, irradia por el flanco a la región inguinal o testicular del mismo lado.

Carácter o tipo: Es muy variado y difícil de ser reconocido por el paciente, muchas veces se le relaciona con la intensidad. Sin embargo dependiendo del factor patogénico, se puede referir como dolor tipo calambre, retortijón o cólico cuando la afección se encuentra en víscera hueca. El dolor sólo por distensión es de tipo gravativo, de pesadez, como puede suceder en víscera sólida: hígado,

bazo o páncreas. Cuando el dolor es producido por isquemia, sobre todo, por rotura de aneurisma de la aorta abdominal es fulgurante y se confunde por su forma de inicio, por lo súbito y muy intenso, al describirse como muy vivo. Cuando el dolor es por inflamación o irritación, como sucede en la peritonitis, se califica como difuso y sordo.

Intensidad o severidad: Es una característica del dolor difícil de calificar, en la práctica la pregunta de cómo calificaría la intensidad del dolor sobre una escala del 1 al 10 puede proporcionar una mejor apreciación si consideramos el 1 y 2 como muy leve, 2 y 4 leve, 5 a 6 moderado, 7 a 8 intenso y al 9 y 10 como muy intenso. Es importante hacer una apreciación global del comportamiento del paciente para aceptar el calificativo que expresa. Además de las características señaladas debe investigarse otros factores como son los siguientes:

- **Desencadenantes:** Así el dolor abdominal que aparece tras una comida abundante y grasosa hace sospechar en una colecistitis, si ha habido ingesta de comida copiosa con exceso de bebida alcohólica y aparece dolor agudo pensar en pancreatitis; o en el dolor que aparece con el traqueteo y sacudidas en carro o trotando, debe pensarse en litiasis renoureteral.
- **Agravantes o que acentúan el dolor:** La ingesta de determinados alimentos, cambios posturales, algunos medicamentos, el roce o la presión de la zona adolorida, por agentes traumáticos, etc.
- **Atenuantes.** Sucede a veces en la pancreatitis aguda que el paciente adopta la posición sentada con el tronco hacia delante o la posición

mahometana para aliviar el dolor. El uso de medicación antiespasmódica, analgésica y antiinflamatoria u opioide son factores atenuantes que pueden disimular el dolor y confundir el diagnóstico.

- **Concomitantes:** Su exploración es de gran importancia. La presencia de vómitos con o sin náusea de hecho sugiere un desorden funcional u orgánico. Un análisis de las características del material vomitado, dependiendo de si es alimentario, hemático, bilioso, acuoso y ácido, purulento, porraceo o fecaloide pueden inferir compromiso gastrointestinal. Ictericia por problemas de hígado como hepatitis o de inflamación de vesícula u obstrucción de vías biliares; diarrea en gastroenteritis aguda alimentaria, alérgica, tóxica, medicamentosa; constipación que aparece con dolor abdominal pensar en obstrucción intestinal mecánica o por paresia intestinal secundaria a peritonitis. Fiebre cuya presencia generalmente induce a pensar en proceso inflamatorio infeccioso viral, bacteriano o tumoral.⁹⁻¹⁰

Al momento no existen estudios acerca de este tema en nuestro medio, por lo que a través del siguiente trabajo se pretende identificar las características de los pacientes que por dolor abdominal acuden solicitando atención al Servicio de Urgencias. Un conocimiento adecuado de las mismas nos permitirá mejorar la atención y el manejo de estos pacientes.

JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal constituye una de las quejas más comunes de solicitud de atención en el servicio de urgencias, es un síntoma que se presenta en un gran número de desordenes, solo o formando parte principal de una serie de alteraciones locales y/o sistémicas. Es el principal síntoma del que se derivan una serie de procedimientos diagnósticos para definir si se trata de un evento quirúrgico de urgencia.

La percepción individual es variada pues un mismo cuadro presenta diferentes grados de intensidad por lo que la evaluación y la toma de decisiones en el manejo adecuado se torna difícil; la interpretación correcta, es una tarea que requiere experiencia y gran capacidad de juicio clínico.

Por esta razón, el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del dolor abdominal están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que la gravedad y percepción individual del dolor abdominal son variables, por lo que la evaluación y decisiones en el tratamiento son difíciles. A pesar de que el dolor es el síntoma más común que presentan los pacientes en las urgencias, se otorga poca analgesia a este tipo de pacientes. Se encuentra con mucha frecuencia que pacientes con el mismo problema tienen diferentes grados de intensidad de dolor; sin embargo, también puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal.

Debido a que el cuadro clínico es muy común, el origen es muy variable, la percepción de cada paciente muy diferente y subjetiva así como el enfoque diagnóstico/tratamiento del médico a cargo es heterogéneo; con lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de dolor abdominal y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 45?

OBJETIVOS

Objetivo General

-Conocer la prevalencia de dolor abdominal y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 45.

Objetivo Específicos

-Determinar la prevalencia del dolor abdominal en pacientes que acuden al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45 en el período de diciembre de 2013 a febrero de 2014.

-Determinar la proporción de pacientes con dolor abdominal que se presentan al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45 y son egresados a su domicilio posterior a la valoración inicial y tratamiento.

-Conocer los factores asociados en pacientes que acuden al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45 con dolor abdominal.

-Determinar el porcentaje de pacientes que acudieron al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45 por dolor abdominal y que requirieron tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio Transversal, descriptivo y prospectivo.

Universo de Trabajo. Son los pacientes que acudieron por dolor abdominal al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 45

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 16 años que acudan al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 45 de Octubre a diciembre de 2013.

Motivo de atención sea dolor abdominal

Criterios de no inclusión

Paciente politraumatizado

Pacientes con embarazo conocido del 2º o 3er trimestre

Pacientes nefrópatas y/o hepatópatas

Procedimientos.

1.- Se recolectaron en forma prospectiva los expedientes de los pacientes que acudieron por dolor abdominal al servicio de urgencias durante los meses de Octubre a Diciembre del 2013

2.- Con fines comparativos se dividieron los pacientes en dos grupos edad, reproductiva y pacientes de la tercera edad.

- 3.- Grupo en edad reproductiva comprendió de 19 a 59 años
- 4.- Grupo de adulto mayor correspondió a los mayores de 60 años
- 5.- Se verificó que cumplieron los criterios de selección
- 6.- Se recolecto la información en una hoja diseñada específicamente

Tamaño de la muestra

Considerando una población de 3500 pacientes calculado de una prevalencia esperada del evento (dolor abdominal) 35% con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%, se calculó el tamaño de la muestra será de 318 pacientes. (EPIDAT)

Muestreo se realizó con muestreo sistemático de los pacientes que acudieron a consulta de urgencias adultos hasta completar el tamaño de muestra.

Análisis estadístico.

Se realizó estadística descriptiva para las variables de cada grupo. La comparación intergrupar se realizó a través de estadística paramétrica de grupos independientes (chi cuadrada para variables cualitativas y T student para cuantitativas).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	UNIDAD DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	ESTADISTICA DESCRIPTIVA
Dolor abdominal	Síntoma que se produce en el área abdominal, es una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos, descrito en términos de dicho daño	Presente o ausente	Dependiente Cualitativa nominal	Proporción
Pacientes egresados	Paciente que ha ocupado una cama del hospital, el cual es egresado por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento o retiro voluntario	Número	Independiente Cuantitativa discreta	Proporción
Tiempo de evolución del dolor abdominal	Horas transcurridas desde el inicio del cuadro doloroso abdominal actual hasta el momento que es valorado por el médico del Triage en el servicio de Urgencias Adultos	Horas	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio y desviación estándar
Medicament o previo a su valoración	Administración de fármacos que pueden modificar el cuadro doloroso abdominal motivo de consulta	Analgésico Antiespasmódicos Antibiótico Antipirético Antiinflamatorios	Interviniente Cualitativa nominal	Proporción
Numero de dosis de medicament o administrad	Cantidad de veces que el paciente recibe fármacos que pueden modificar el cuadro doloroso abdominal	Numero de dosis	Interviniente Cuantitativa	Promedio

a previo a su valoración	motivo de consulta.		discreta	
Signos y síntomas asociados	Presencia de náuseas, vómitos, diarrea, fiebre antecedendo o acompañando al dolor abdominal motivo de consulta.	Presente o ausente	Interviniente Cualitativa nominal	Proporción
Solicitud de atención	Forma en que el paciente acude a solicitar atención médica.	Referido Espontaneo	Interviniente Cualitativa nominal	Proporción
Comorbilidad	La presencia de una o más enfermedades que puedan modificar el cuadro doloroso abdominal actual.	diabetes mellitus hipertensión cirugía abdominal o pélvica neoplasias abdominales	Interviniente Cualitativa nominal	Proporción
Hora de valoración en el Triage	Momento en que se otorga la valoración médica inicial en el servicio de urgencias adultos	Hora del día que se presenta	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio
Ingreso observación urgencias	Ingreso al servicio de hospitalización urgencias	Hora del día que se ingresa a hospital	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio
Tiempo entre la valoración inicial y la revaloración	Tiempo que transcurre entre el momento que el paciente recibe la atención inicial en Triage y es valorado nuevamente ya en observación adultos.	Horas	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio
Uso de antibiótico y analgésico antes de	Administración de fármacos que pueden modificar el cuadro doloroso abdominal	Presente o ausente	Interviniente Cualitativa	Proporción

tener el Diagnóstico	motivo de consulta		nominal	
Necesidad de inter consulta	Necesidad de valoración por cirugía y/o urología	Si No	Interviniente Cualitativa nominal	Proporción
Hora en que se solicita la inter consulta	Momento en que es solicitada valoración por cirugía general y/o urología	Hora del día que se solicita la interconsulta	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio
Hora en que se realiza la inter consulta	Momento en que es valorado por cirugía general y/o urología	Hora del día que recibe la inter consulta	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio
Hora en que se realiza el diagnóstico	Momento en que es plasmado en el expediente el origen del dolor abdominal	Hora del día en que se realiza el diagnóstico	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio
Manejo final que recibió el paciente	Tratamiento que recibe el paciente para la resolución del cuadro doloroso abdominal que motivo la consulta	Quirúrgico No quirúrgico	Interviniente Cualitativa nominal	Proporción
Hora del manejo final	Día y hora que se ejecuta el manejo final	Día y hora	Interviniente Cualitativa nominal	Promedio
Hora de alta del servicio de urgencias	Hora en que el paciente es enviado a su domicilio, otra unidad, misma unidad o consulta externa	Hora del día en se da de alta del servicio de urgencias	Interviniente Cuantitativa continua	Promedio

Aspectos éticos

Los aspectos éticos del presente trabajo de investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, se refiere (publicado en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII), del título segundo correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una investigación con riesgo mínimo, según que de acuerdo al artículo 23.

El protocolo será sometido para su aprobación por el Comité Local de Investigación del Hospital General Regional No. 45 del IMSS, Delegación Jalisco.

El protocolo cumple además con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se deberá identificar que se respetarán cabalmente los principios contenidos con el Código de Nuremberg, la declaración de Helsinki y su enmiendas, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO no fue requerido

RESULTADOS

El estudio se realizó en el Hospital General Regional No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Servicio de Urgencias Adultos.

Se estudiaron 320 pacientes que acudieron por referir dolor abdominal como motivo principal de atención durante un período de 3 meses (Octubre a Diciembre de 2013).

La edad promedio fue de 41.85 ± 17.41 , se dividió en dos grupos (18 a 59 años y > 60 años) con fines comparativos, esta división se realizó en base a separar grupo de pacientes en edad productiva ($n= 262$) y pacientes de la tercera edad ($n=58$). Se observó del total de consultas una mayoría de pacientes del sexo femenino con 66%.

El tiempo de evolución del cuadro doloroso abdominal, medido desde su inicio hasta el momento de valoración en el servicio de urgencias, fue de 33.83 ± 38.48 horas con un rango de 1 a 144 horas y una mediana de 17 horas, de estos el 71% de los pacientes acudieron en forma espontánea al servicio de Urgencias.

En la tabla 1 se aprecia que el tiempo de evolución más prevalente fue dentro de las primeras 24 horas (64%) tanto para los que fueron operados como para los que recibieron manejo médico exclusivamente, sin encontrar diferencia significativa entre ambos sexos.

La distribución por el tiempo de evolución del cuadro clínico y la automedicación reveló que 130 pacientes se automedicaron antes de acudir a consulta (40%) y 190 (60%) no recibieron medicación alguna. La diferencia de automedicación entre ambos sexos no fue significativa.

Los fármacos que se automedicaron los pacientes previo a su valoración en el servicio, más comúnmente empleados son los analgésicos y antiespasmódicos siendo similares y abarcando más del 50%, protectores de mucosa gástrica 8%, antiácidos 6%, antiinflamatorios 2% y antibióticos 1% (figura 1).

La figura 2 muestra la sintomatología asociada al dolor abdominal de los pacientes atendidos, de los cuales el 66% presentaba náuseas, el 40% vómitos, 12% fiebre y 17% Diarrea.

De los comórbidos trascendentes para el motivo de consulta, dolor abdominal, 50 pacientes (15%) tenían como antecedente cirugía abdominal o pélvica previa, de los cuales 7 (2%) terminaron con manejo quirúrgico y 8 (2%) tenían el antecedente

de cuadro vesicular previo, 32 (10%) con Hipertensión arterial y 24 (7.5%) Diabetes mellitus. Llama la atención que 214 pacientes (67%) no tenían antecedente patológico significativo respecto al motivo de consulta. (figura 3)

Es de resaltar que 82% de los pacientes (264 pacientes) fueron manejados con analgésicos y/o antibióticos en la valoración inicial de Triage antes de tener un diagnóstico definitivo.

La figura 4 muestra que del total de pacientes evaluados, los principales diagnósticos de egreso fueron Síndrome de colon irritable, patología vesicular y patología del sistema urinario.

El tiempo para llegar al diagnóstico desde su ingreso fue de 10 ± 8.55 horas, con un rango de 0 a 73 horas y una mediana 8 horas y para egresar fue de 16.71 ± 16.54 horas, con un rango de 0 a 123 horas y una mediana 12 horas.

En la tabla 2 se muestra que el 82% de los pacientes que acudieron a valoración se concluyó patología no quirúrgica, mientras que en el 18% fue manejo quirúrgico.

La gran mayoría de los pacientes valorados fueron egresados a su domicilio ocupando el 74% del total (238 casos), el 23% (74 casos) ameritó hospitalización y solo 2.5% (8 casos) fueron alta voluntaria. (figura 5)

GRAFICAS

Tabla 1

Tiempo de evolución y edad

	Femenino		Masculino	
Horas	n = 212	(%)	n = 108	(%)
0-24	145	68	80	74
25-48	16	7	11	10
49-72	17	8	5	5
> 73	34	16	12	11

p = NS

Figura 1

Automedicación previa a la valoración

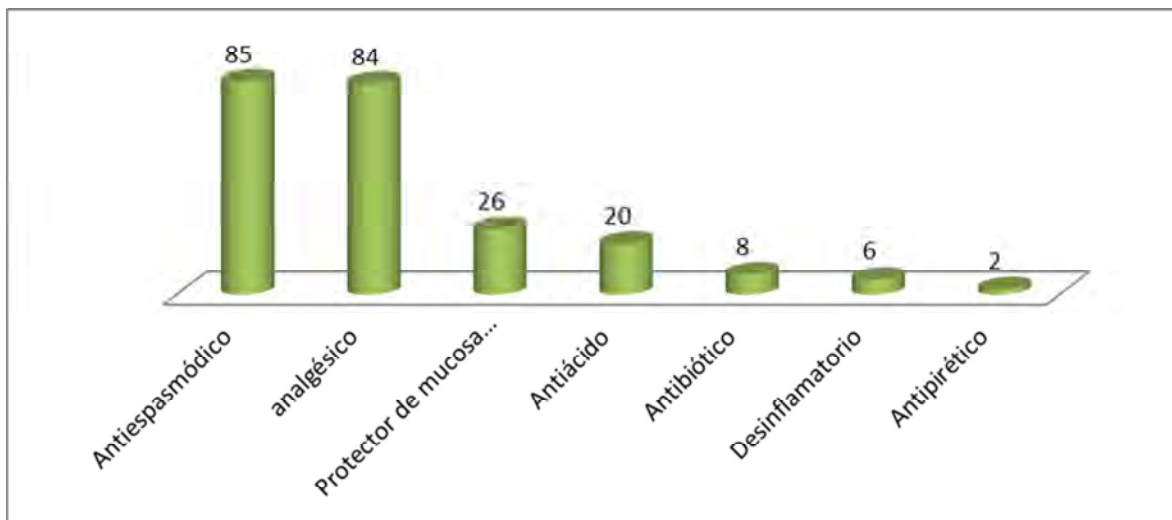


Figura 2

Sintomatología asociada al dolor abdominal

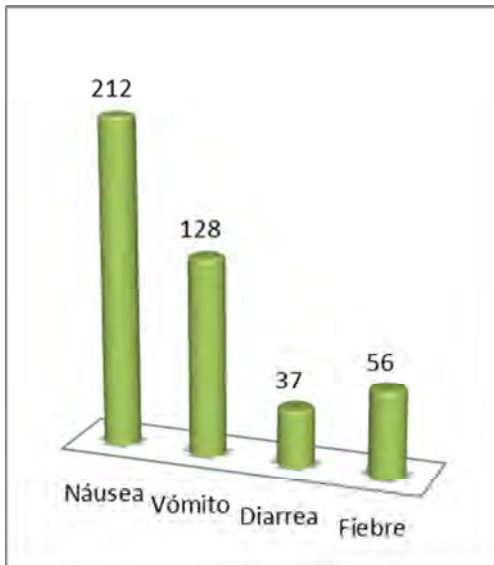


Figura 3

Comorbidos asociados al dolor abdominal

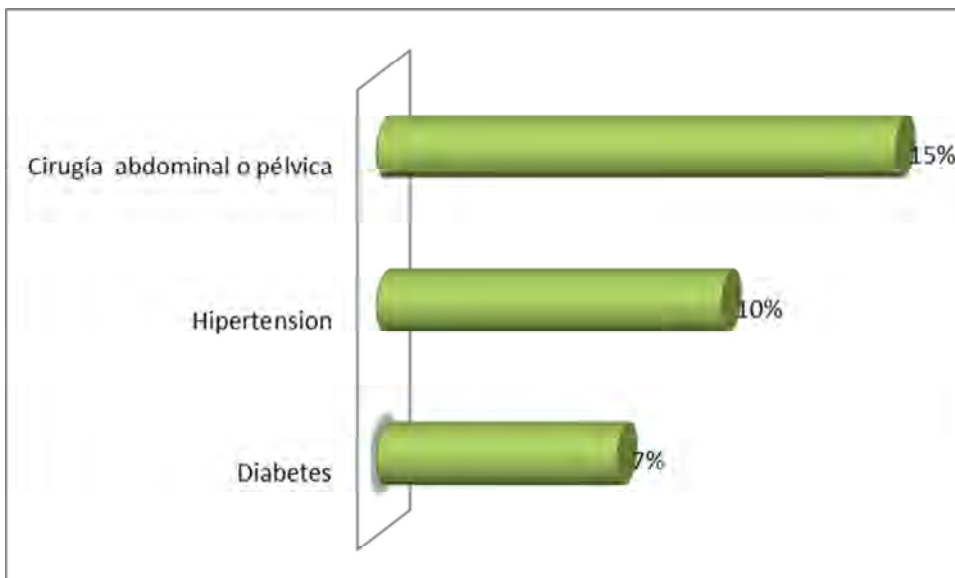


Figura 4

Diagnósticos de egreso

	Femenino		Masculino	
	n = 212		n = 108	
Síndrome de colon irritable	54	25%	25	23%
Patología vesicular	47	22%	18	17%
Patología urinaria	43	20%	18	17%
Enfermedad ácido péptica	29	9%	7	7%
Apendicitis	15	7%	19	18%
Gastroenteritis de origen infeccioso	7	3%	17	16%
Patología ginecológica	6	2%	/	/
Otros	4	2%	3	3%
Hernias	1	1%	5	5%

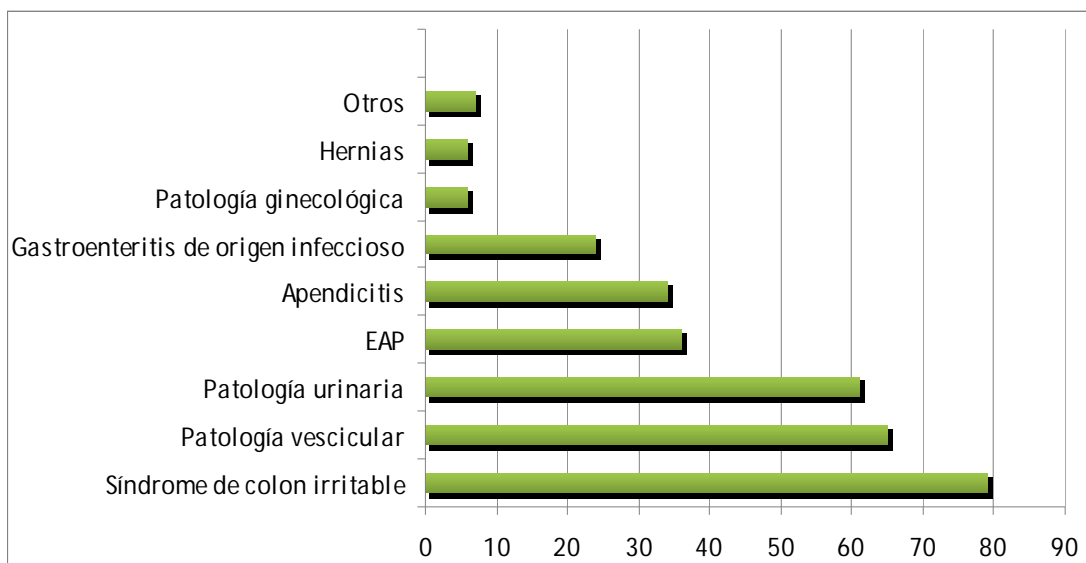


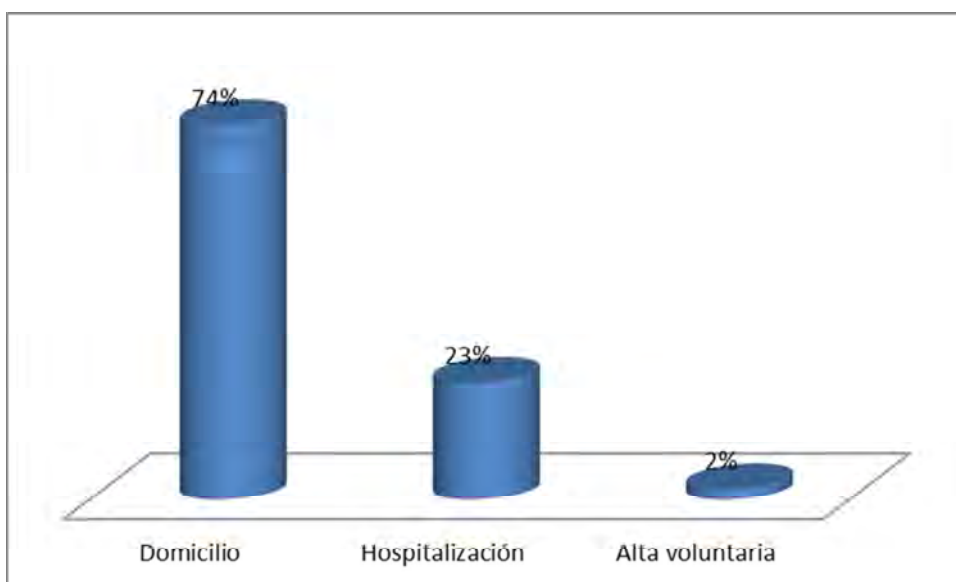
Tabla 2

Pacientes quirúrgicos

	Femenino		Masculino	
	n = 29	%	n = 29	(%)
Apendicectomía	15	7%	20	18%
Colecistectomía	10	5%	6	5%

Figura 5

Egreso del paciente



DISCUSIÓN

Lo que podemos apreciar en este estudio es que el dolor abdominal sigue siendo una de las principales causas de solicitud de atención médica en el servicio de urgencias, lo cual es similar a lo ya descrito en otras publicaciones.

Se logra observar que de acuerdo a la edad el promedio fue de 42 años, que al ser una edad productiva podría repercutir incluso en el área laboral, ya que esto ocasionaría disminución en el rendimiento laboral e incluso ausentismos.

De acuerdo al tiempo de evolución previo a la atención en urgencias, se observó que los pacientes consultaron de manera más temprana, ya que el 7 de cada 10 acudieron en las primeras 24 horas de evolución del cuadro clínico, y de estos el sexo femenino fue quien más solicitó dicha atención (2 de cada 3).

Destaca el origen no quirúrgico sobre todo y su mayor incidencia fue en la población menor de 59 años, la tendencia a la automedicación es menor comparada con lo que se comenta en otras publicaciones, pues del total de pacientes solo el 40% utilizó algún tipo de medicamento previo a su valoración en el servicio de urgencias, y de estos los principalmente utilizados fueron analgésicos y antiespasmódicos en 50% de los casos.

La patología predominante en el trimestre estudiado fue la no quirúrgica similar a lo descrito por otros autores, la cual fue en un 81% de los pacientes y correspondió a síndrome de colon irritable, patología de vías urinarias y patología vesicular. De los que pacientes quirúrgicos las principales patologías fueron apendicitis aguda (58%) y patología vesicular (29%).

Náusea y vómitos fueron la sintomatología asociada más común, 66% y 40% respectivamente.

Otro hallazgo importante que se observa es que la cirugía abdominal previa se presento en solo 15% de los casos, con menor frecuencia se asoció con enfermedades crónico degenerativas.

CONCLUSION El promedio de tiempo necesario para tener un diagnóstico fue de 10 horas, llama la atención que dos terceras partes de los pacientes fueron manejados con algún analgésico y/o antibiótico antes de contar con un diagnóstico definitivo. Esto es una debilidad de la atención médica y repercute directamente en la estancia hospitalaria al modificar el cuadro clínico y por consiguiente enmascarar enfermedades, principalmente quirúrgicas.

En la bibliografía relacionada a este tema existe una publicación muy similar, realizada por Chavarría IR, et al. (4), en donde para ellos la patología predominante también fue la no quirúrgica, pero lo más común fue la gastroenteritis de presunto origen infeccioso en un 47% mientras que en el presente estudio fue el síndrome de colon irritable en un 25% de los casos, cabe mencionar que en ese estudio no toman en cuenta ese diagnóstico. En cuanto a género el sexo femenino fue predominante en ambos estudios. De acuerdo a la edad, en nuestro estudio la mayor incidencia fue en la población menor de 59 años, mientras que para Chavarría fue en los mayores de 60 años, así como había una mayor tendencia a la automedicación.

En el diagnóstico y manejo en el servicio de urgencias lo más importante es una correcta anamnesis, una exploración física exhaustiva y en caso necesario buscar el apoyo de pruebas complementarias de laboratorio y/o gabinete para lograr optimizar la atención, es importante implementar estrategias que nos ayuden a capacitar al personal médico adscrito al servicio de urgencias para tener las herramientas necesarias para una rápida detección y atención clínica de las características del mismo, así como la necesidad de desarrollar las competencias necesarias para su adecuado manejo y resolución pronta del cuadro por el cual acude el paciente, lo que contribuiría a disminuir los tiempos de estancia.

Destaca que aunque la tendencia a la automedicación por parte de la población está cada vez más en desuso, es necesario fomentar la educación del paciente, para disminuir o en el mejor de los casos abatir los índices de automedicación que pueden influir en complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gnocchi CA. Dolor abdominal. En:Argente HA, Coordinador . Semiología médica Fisiopatología, semiología y propedéutica Enseñanza basada en el paciente. 1ª ed. Argentina: Panamericana; 2010.p. 665-70

- 2.- Rivera HM, Rosales DF, Aguirre GH, Campos CE, Tena TC, Sánchez GJ, et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Revista CONAMED. 2007; 12(3): 4-23

- 3.- Bejarano M, Gallego CX, Gomez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. REv Colomb Cir. 2011; 23: p 33-41

- 4.- Chavarría IR, Estevez AS, Loria CJ, Peláez MK. Epidemiología del dolor abdominal en la consulta de un servicio de urgencias. 2010; 2(3): p87-91

- 5.- Navarro FJ, Tárraga LP, Rodríguez MJ, López CM. Validity of test performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted al an emergency department. Rev Esp Enferm Dig 2009; 101(9): 610-14

- 6.- Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. Med Clin North Amer. 2006; 481–503

- 7.- Montalvo JE, Rodea RH, Athié GC, Zavala HA. Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. Trauma. 2008; 11(3): 86-91

- 8.- Cid J, De Andrés J, Díaz L, Parra M, Leal F. Dolor abdominal crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005; 12 (8): 505-524.

- 9.- O'Brien MC. Acute abdominal pain. En: Tintinalli JE, editor-in-Chief. Tintinalli's emergency medicine. 7th ed. New York: Mc Graw Hill Medical: 2011. P. 519-27

- 10.- McNamara R, Dean. Approach to Acute Abdominal Pain. Emerg Med Clin North Amer 2011 (29) 159–173