



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Coordinación de Estudio de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Tlaxcala
Hospital General de Subzona C/ MF 8



Tesis de Posgrado

Para obtener el Grado de Especialización de Medicina de
Urgencias

Congruencia Diagnóstica de Ingreso y Egreso en Pacientes
con Dolor Abdominal en el Servicio de Urgencias del Hospital
General de subzona C/MF 8

Dra. Alba Guadalupe Romero Pastrana
Residente de Tercer Año de Medicina de Urgencias
Adscrito: UMF 10 Matricula: 99301265
Correo: albitap@live.com.mx
Tel: 0452461700040

ASESOR METODOLOGICO

Dr. Gustavo Rubalcaba Zenteno
Especialista en medicina de urgencias
Adscrito al HGSZ con MF 8 matricula: 99370522
Correo: gustavo.rubalcaba@imss.gob.mx <tel:2225169601>

ASESOR EXPERTO

Dr. Alberto Luna Aguilar
Especialista en medicina de urgencias
Adscrito al HGSZ con MF 8 matricula: 10277668
Correo: alberto.lunaa@imss.gob.mx tel: 2461271591



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.

Historial de procesos de proyectos de investigación	
Fecha	Estatus
2015-12-01 12:53:56	Se envia proyecto a Comit? Local de Investigaci?n
Observaciones:	
2015-12-02 20:09:07	Se asigna No de follo: F-2015-2102-111 por parte del secretario del comité No: 2102
Observaciones:	
2015-12-07 08:12:21	En dictamen por el CLIEIS con fecha de reunión 2015-12-07
Observaciones:	
2015-12-07 17:27:37	Dictamen de comité No: 2102: Proyecto Aceptado
Observaciones:	
Estimado Investigador En horabuena su proyecto ha sido autorizado. Puede continuar con su investigación. Sugiero apegarse a la normatividad vigente a fin de que culmine con ÉXITO. Así mismo le agradezco por este medio, que usted y su grupo de trabajo colaboren en la revisión de proyectos de investigación.	
2015-12-08 05:57:20	Se asigna No de registro: R-2015-2102-109
Observaciones:	
2015-12-08 05:58:54	
Observaciones:	
Dictamen Autorizado	

AGRADECIMIENTOS

A Dios por las bendiciones que día a día me concede, por la oportunidad de iniciar, terminar y continuar con esta hermosa profesión.

Este trabajo no solo significa el fin de una etapa muy importante en mi vida; sino el resultado de tres años de esfuerzo y dedicación, de acontecimientos que marcaron mi vida para siempre.

Quiero agradecer a todos los que contribuyeron a la realización de esta tesis al Dr. Gustavo Rubalcaba Zenteno, Dr. Alberto Luna Aguilar, Dr. Miguel Palafox Torres, Dra. Rosalba Jaramillo Sánchez.

A los médicos que me enseñaron a aprender de los pacientes y a obtener lo mejor de mi desarrollo durante la Especialidad de Medicina de Urgencias.

Agradezco a mi Esposo y Familia por el Apoyo incondicional durante estos tres años, a entender que perseguir nuestro sueño, para conseguir la meta.

1.	Resumen	5
2.	Introducción	6
3.	Marco teórico	7
3.1.	Antecedentes generales.	7
3.2.	Antecedentes específicos.	10
4.	Justificación.	13
5.	Planteamiento del problema.	14
6.	Objetivos.	15
6.1.	Objetivo general	15
6.2.	Objetivos específicos	15
6.3.	Hipótesis	16
7.	Material y métodos	16
7.1.	Diseño del estudio	16
7.2.	Ubicación espacio-temporal.	16
7.3.	Muestreo	16
7.3.1	Definición de la población.	16
7.3.2.	Selección de la muestra	16
7.4.	Criterios de selección de las unidades de muestreo	17
7.4.1	Criterios de inclusión	17
7.4.2	Criterios de exclusión	17
7.4.3	Criterios de Eliminación	17
7.5.	Diseño y tipo de muestra	17
7.6	Tamaño de la muestra	17
7.7	Definición de las variables y escala de medición	18
8.	Método de recolección de datos	20
8.1.	Recursos humanos	20
8.2.	Recursos materiales	20
8.3.	Recursos financieros	20
8.4	Análisis Estadísticos	20
9.0	Aspectos Éticos	21
9.1	Bioética	21
10.	Anexos	22
10.1	Abreviaturas	22
10.2	Cronogramas de actividades	23
10.3	Consentimiento informado	24
10.4.	Formato de captura de datos	25
11	Resultados	26
12	Discusión	34
13	Conclusiones	35
14	Recomendaciones y sugerencias	36
15	Bibliografía	37

1. RESUMEN

Se Realizo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, comparativo, con el objetivo de determinar la congruencia diagnostica al ingreso y egreso en los pacientes que acuden a el servicio de urgencias con dolor abdominal, del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 8, Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo 2015. El cálculo de la muestra se realizo probabilístico por conveniencia.

OBJETIVO

El estudio fue para determinar la congruencia diagnostica de ingreso y egreso de los pacientes con dolor abdominal.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron a los pacientes que acudieron al servicio de urgencias, mayores de 15 años de sexo indistinto, con diagnóstico de dolor abdominal, expedientes completos. Se excluyeron a los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal y pacientes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo. Los criterios de eliminación fueron con notas medicas en el diagnostico definitivo y con resultados de estudios especiales y notas de pacientes embarazadas en trabajo de parto.

Las variables fueron *Congruencia Diagnóstica de Ingreso y Egreso en Pacientes con dolor abdominal*, diagnóstico causal inicial de dolor abdominal en el Servicio de Urgencias del Hospital General de subzona con medicina familiar 8.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el análisis de los datos se utilizara estadística descriptiva con cálculo de proporciones para variables nominales categoría cualitativa y medidas de tendencia central y de dispersión como promedios y desviación estándar, para las variables dimensionales cuantitativas.

RESULTADOS QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE INCLUSION

Se revisaron 190 expedientes que corresponden al 100% del total de consulta en el año donde el 57% son femeninos y el 43% son masculinos, encontrándose una congruencia diagnostica del 56% con respecto al diagnóstico de ingreso y egreso de los pacientes con dolor abdominal, siendo la colecistitis el diagnóstico más común.

CONCLUSION

El dolor abdominal continúa siendo un reto en el servicio de urgencias, no solo por las múltiples patologías que lo originan sino por la falta de impericia y oportunidad para establecer congruencia en el diagnóstico y tratamiento integral del dolor abdominal en el servicio de Urgencias.

2. INTRODUCCION

El dolor es el síntoma más prevalente de una enfermedad y representa un indicio de lo desconocido, una amenaza al bienestar y a un estado de salud total del paciente, ha sido definido como “una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos, descrito en términos de dicho daño”, cuando es agudo se relaciona con repuestas autonómicas producidas por daño a estructuras somático viscerales y si es crónico, es concomitante a procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, expresado en un término mayor de tres meses.

La primera etapa del dolor físico es la nocicepción. Esta fase bioquímica implica la reacción de terminales nerviosas que se encuentran en la piel, los músculos, los órganos y los vasos sanguíneos.

El dolor agudo se relaciona con respuestas autonómicas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales” y el dolor crónico es concomitante a procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, expresado en un término mayor de tres meses.

Para el médico de urgencias las cuestiones éticas no deben constituir simples problemas filosóficos abstractos, sino una parte integral de su quehacer cotidiano: “una decisión correcta y buena para éste paciente aquí y ahora”.

La valoración de un dolor abdominal agudo en Urgencias debe ser precoz y sin demoras, sin administrar analgésicos ni sedantes hasta que no hayamos llegado a un diagnostico concreto. Nuestra misión fundamental será establecer si un paciente tiene un abdomen agudo o quirúrgico o no.

3. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES GENERALES

Abdomen Agudo: síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente.¹

Históricamente, se ha reconocido la importancia de un diagnóstico rápido a fin de disminuir la morbi-mortalidad, clásicamente, este diagnóstico se ha basado en la clínica, el laboratorio y la radiografía de abdomen. Sin embargo el advenimiento de nuevos métodos por imágenes que asisten en el diagnóstico en esta compleja área de la medicina ha sido cuestionable su valor.²

A fines del siglo XIX el cirujano norteamericano John B. Murphy acuñó por primera vez el término de abdomen agudo el que se refiere a una situación clínica caracterizada básicamente por un dolor abdominal de aparición brusca, acompañando la mayoría de las veces por deterioro del tránsito intestinal, siendo una entidad grave, acompañándose de alteración del estado general del paciente, dicho término a sobrevivido durante más de un siglo.³

Actualmente el abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración menor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata.⁴

El conocimiento de la anatomía abdominal, fisiología y fisiopatología es vital para ir formulando diagnósticos diferenciales del dolor abdominal corresponde concretamente al dolor aparecido en las zonas del mesogastrio (región media del abdomen), hipogastrio (parte inferior del abdomen) y fosas ilíacas (zonas laterales del inferior del abdomen).⁵

El dolor abdominal agudo es la causa más frecuente de consulta en un servicio de urgencia y supone en no pocas ocasiones un reto para el médico.⁶

El dolor abdominal se divide tradicionalmente en tres categorías:

Visceral

Parietal o Somático

Dolor Referido

El abdomen agudo es un cuadro compuesto de diversos signos y síntomas de una variada pero con un denominador común: el dolor abdominal. Este se puede acompañar de una constelación de síntomas tanto digestivos (nauseas, vomito, diarrea, estreñimiento, etc.) como sistémicos. Requiere un diagnóstico temprano a fin de instituir el tratamiento adecuado, sea quirúrgico o médico.⁷

El dolor abdominal es un desafío para los clínicos porque se requiere tomar una decisión diagnóstica y terapéutica en tiempo. Exige gran capacidad y experiencia en el juicio clínico debido a que los cuadros más catastróficos pueden evolucionar con síntomas y signos muy sutiles que obligan al médico de urgencias actuar con la mayor eficiencia posible. Para poder desarrollar el equilibrio adecuado ante estos escenarios, se requiere una formación humanista que sobrepase la competencia técnica e incorpore el enfoque bioético⁸

Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias. La interpretación correcta de este síntoma, es una tarea difícil que requiere experiencia y gran capacidad de juicio clínico. Por ello, cuando hacemos frente a un paciente que presenta un dolor abdominal, deberemos realizar una detallada anamnesis, un examen físico completo y un uso adecuado y racional de las exploraciones complementarias en función de las sospecha clínica⁹.

Durante años se han utilizado los auxiliares para el diagnóstico del abdomen agudo como son la radiografía simple de abdomen la cual es una herramienta fundamental para obtener una información anatómica y en cierta manera funcional, asimismo se contemplan otros estudios auxiliares de diagnóstico como el USG abdominal y la tomografía axial computarizada de abdomen, delegando la importancia que tiene la impericia clínica para el diagnóstico de abdomen agudo.¹⁰

Sin embargo estudios llevados a cabo con grandes series de pacientes han revelado que la información que ofrece la placa simple de abdomen es limitada y de escasa utilidad con la excepción de los casos en los que existe una sospecha clínica de hemoperitoneo o de obstrucción intestinal. Sin embargo, la obtención de este examen radiológico, puede hoy en día proveer datos de gran utilidad siempre que se sepa reconocerlos e interpretarlos en forma correcta y correlacionarlos en el contexto clínico adecuado.¹¹

El objetivo de los diversos métodos por imágenes consiste en la detección de la causa responsable de los síntomas del paciente, su localización anatómica y el reconocimiento de complicaciones posibles que permiten realizar un triage¹²

Sin embargo la integración de la información con los datos provenientes del interrogatorio y el examen físico es de vital importancia. De tal manera que la aplicación de los métodos que disponemos en la actualidad reporta un genuino beneficio y no constituya una mera proliferación de tecnologías que confunden a los médicos y encarecen el sistema.¹³

Ante un paciente que acude por dolor abdominal es fundamental realizar una buena historia clínica en urgencias. Si no es posible realizarla correctamente a través del paciente recurriremos a los familiares o acompañantes. ¹⁴

El abdomen agudo clínicamente cursa con dolor súbito, agudo, urgente, evoluciona con rapidez, acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave. No debemos olvidar que el dolor abdominal agudo puede tener distintos orígenes:

- Origen ginecológico: salpingitis, embarazo ectópico, rotura uterina.
- Origen urinario: absceso del tracto urinario, pielonefritis, neoplasia renal, rotura renal o vesical, cólico-nefrítico.
- Origen vascular: infección de prótesis, rotura de aneurisma, trombosis/ isquemia mesentérica.
- Origen abdominal: apendicitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc. ¹⁵

Constituye una etapa evolutiva de múltiples procesos.
Es fundamental distinguir:

La aparición rápida de dolor, un dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en la historia clínica. Los signos de peritonitis (dolor a la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman las impresiones de la historia clínica. Recordar que todos estos signos y síntomas pueden no darse en determinados grupos de edad. ¹⁶

No olvidar en todo paciente con dolor abdominal, el posible origen torácico (osteocondritis, herpes, neuropatía, musculares, etc.). En el paciente con dolor abdominal bajo, el sedimento de orina tiene un papel importante. ¹⁷

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Exploración abdominal

- A) Inspección
- B) Auscultación abdominal
- C) Palpación abdominal
- D) Percusión abdominal
- E) Tacto rectal y vaginal

Exploración torácica:

Realizaremos una exploración completa y sistemática que incluya la inspección, auscultación y la palpación.

3.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

El dolor abdominal constituye un motivo de consulta muy frecuente, tanto en los Centros de Salud o Centros de Atención Primaria (CAP) como en los Servicios de Urgencias hospitalarios y paradójicamente son pocos los trabajos publicados en relación con este síntoma aislado como consulta urgente. El dolor abdominal crónico y el dolor abdominal recurrente en el niño tienen más repercusión en la literatura médica¹⁸.

Refieren que el dolor abdominal de origen no quirúrgico es la principal causa de atención en los servicios de urgencias. El dolor es parte de una respuesta generalizada al estrés, que comprende una serie de cambios neurofisiológicos que resultan de una actividad aumentada de la hipófisis, glándula suprarrenal y páncreas que pueden alterar el metabolismo proteínico y de carbohidratos; el dolor intenso puede provocar arritmias, alteraciones de la perfusión tisular, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como complicaciones tromboticas y neurológicas, por eso el tratamiento del dolor debe ser rápido y eficaz, a fin de limitar complicaciones.¹⁹

También, en común acuerdo se hace la consideración separada como formas especiales de cuadros abdominales agudos, de los traumatismos y de los que se presentan en el posoperatorio, tras cirugías abdominales, ya que en ambos casos las dudas diagnósticas y terapéuticas son menores puesto que se conoce o se puede suponer la causa y predecir sus consecuencias, del mismo modo se ha acordado establecer una clasificación clínica eminentemente practica en tres grupos; los enfermos que precisan una intervención quirúrgica urgente, los que necesitan ser observados estrechamente y según su evolución es posible que tengan que ser operados y aquellos pacientes que requieren atención inmediata por presentar un dolor abdominal agudo pero que no requieren un tratamiento operatorio una vez diagnosticada la causa .²⁰

Los servicios de urgencias hospitalarios son tan utilizados como controvertidos, para comprender en todas sus dimensiones el problema, es necesario diferenciar algunos conceptos en los SUH, hay una serie de aspectos intrínsecos y propios de la urgencia médica, por tanto no modificables y que es preciso asumir, entre otros la afluencia discontinua, la necesidad de priorizar, la dificultad en el diagnostico rápido, la importancia del factor tiempo en algunos tratamientos, el valor de la observación clínica, las expectativas del paciente así como gran incidencia en los SUH tienen en la dinámica de los hospitales teniendo en cuenta que el 80% de los casos acuden por iniciativa propia y que el 70% de la consultas son consideradas procesos leves, se discute la conveniencia de restaurar medidas correctoras de los que se podrían denominar sobre utilización de los SUH. No obstante los intentos por contener la demanda evitando las consultas no consideradas verdaderas urgencias, no están exentas de dificultades técnicas y éticas.²¹

La distribución de las demás asistencia por especialidades en variable según cada centro pero en líneas generales existen un predominio de consulta médica (20-40%) y traumatológicas (20-30%), seguidas de las pediátricas, ginecológicas y especialidades quirúrgicas, en ocasiones la enfermedad urgente y grave coincide pero no siempre, como dato orientativo solo el 2% de las consultas en urgencias requieren ingreso a una unidad de cuidados críticos, un 25-30% puede considerarse urgencias graves, y hasta un 70% se considera urgencias leves, se ha estimado que un 38% de las visitas a urgencias son inadecuadas, no obstante consideramos que la realidad es probablemente algo más compleja, existen un grupo de procesos que requiere asistencia rápida aun que no se trate de cuadros graves, así un código renal o una intensa urticaria puede alarmar al paciente y requerir orientación y alivio rápido, aunque no son enfermedades graves.²²

Los procesos intraabdominales son el grupo diagnóstico que causa más ingresos en los servicios de urgencias suponen aproximadamente de gasto sanitario y 250 000 muertes por año en los estados unidos²³.

El abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instauración aguda, con duración en casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que depende de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata.²⁴

El abdomen agudo es una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias tanto traumatológicas como no traumatológicas, en donde el dolor abdominal es el síntoma principal del que parte una serie de procedimientos diagnósticos para llegar a definir en principio si el cuadro clínico corresponde a un evento quirúrgico de urgencias.²⁵

La anamnesis detallada y minuciosa es el primer paso de la valoración diagnóstica. El clínico ha de considerar la importancia de las variables individuales (culturales, socioeconómicas, educativas, etc.) Suele ser útil confirmar los datos de la anamnesis con los familiares y amigos del enfermo. El tiempo transcurrido desde el principio del dolor y su intensidad inicial son importantes en forma y características los dolores de disección aortica, perforación de úlcera péptica y cólico renal son de inicio repentino, mientras que el de la apendicitis es más gradual, la localización e irradiación del dolor tanto al principio como posteriormente son de gran importancia, dolor difuso: peritonitis, pancreatitis aguda, apendicitis inicial, trombosis mesentérica, gastroenteritis, disección o ruptura aneurismática, obstrucción intestinal, y diabetes sacarina.²⁶

Realizaron un estudio donde evaluaron la escala de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis y puede ser de utilidad para el estudio de dolor abdominal inespecífico ya que esta escala es sumamente útil en la estratificación de riesgo de padecer apendicitis concluyendo que no es útil en los casos de los paciente con diagnóstico diferente.²⁷

Una visita a un Servicio de Urgencias de un hospital se considera justificada o adecuada, cuando cumple uno o más de los siguientes requisitos: 1- pacientes con diagnóstico ambulatorio previo de dolor abdominal urgente que precisan tratamiento especializado, ya sea médico o quirúrgico, que solamente se puede proporcionar en un hospital, 2- pacientes que requieren de una prueba diagnóstica que sólo se realice en un hospital, y 3- pacientes con una pluripatología orgánica en los que el dolor abdominal supone un criterio de gravedad por sí mismo o un motivo de descompensación de su enfermedad de base.²⁸ Por lo que estos criterios, algunos autores consideran que el porcentaje de visitas justificadas a Urgencias por dolor abdominal es inferior al 50%.²⁹

En el año de 1993 a 1997 realizaron un estudio en 102 pacientes 36 eran del sexo femenino y 66 del masculino, lo que da un porcentaje de 35% y 64% respectivamente, siendo el grupo de edad más afectado el de 5-12 años, con un porcentaje de 83% de casos. El grado de relación existente entre las variables en estudio, se determinó por medio del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, el cual fue para el presente estudio de 0.99, para una relación positiva entre las mismas, lo que indica que tiene una relación positiva. La causa específica más frecuente en el cuadro abdominal agudo fue apendicitis aguda con 72%.³⁰

En un estudio realizado sobre la concordancia diagnóstica de envíos de 2° nivel a tercer nivel con Dx de osteoartritis y artritis reumatoide, teniendo un desfase en el diagnóstico de los enviados en un 33% y diagnosticados en un 7% por lo que sugieren actualización continúa para conocer más acerca de la enfermedad.³¹

Rafael Alejandro Chavarría-Islas 2010 refieren que el dolor abdominal constituye la principal patología dolorosa que ingresa a los servicios de urgencias y que de manera inicial no es manejada con analgesia. Se ha observado que la gravedad y percepción individual son muy variables, de ahí que la evaluación y decisiones en el tratamiento son difíciles. Concluyendo que la patología predominante fue la no-quirúrgica, haciendo énfasis al manejo del dolor abdominal que ingresan al servicio de urgencias.³²

En el caso de mujeres adolescentes con dolor abdominal agudo hay que tener en cuenta la menarca ya que hay patologías como el himen imperforado es una entidad poco frecuente y su diagnóstico puede ser complejo.³³

Santa cruz de mara, enero 2006 en el cual realizaron el comportamiento del abdomen agudo encontrando que la entidad nosológica más frecuente fue la apendicitis aguda con predominio en el sexo masculino de 30-39 años, la cirugía más frecuente fue colecistectomía agua.³⁴

4.- JUSTIFICACION

El dolor abdominal es un síntoma frecuente como motivo de consulta en el servicio de urgencias que requiere una atención inmediata para determinar la causa que lo origina. El adecuado diagnóstico determinará la evolución satisfactoria, los estudios de laboratorio pertinente para corroborar la primera impresión médica y de ser necesario un procedimiento quirúrgico, para evitar las complicaciones por un inadecuado e inoportuno diagnóstico.

Este estudio es trascendente ya que los resultados que se aportan son útiles para el análisis del diagnóstico y su congruencia en el servicio de urgencias del Hospital General de Subzona no 8 de Tlaxcala. Lo que refleja la objetividad con la que debe darse atención en cuanto al método clínico y la solicitud de estudios complementarios para llegar a un Diagnóstico congruente y oportuno para evitar las complicaciones que pudieran surgir en el retraso de la atención.

El estudio es factible ya que el dolor abdominal es una de las principales causas por las que acude el paciente al servicio de urgencias, se cuenta con el registro de expedientes de los pacientes a estudiar durante este año y el apoyo de archivo.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor abdominal es un Síntoma frecuente como motivo de consulta en el servicio de urgencias que requiere una atención inmediata para determinar la causa que lo origina. El adecuado diagnóstico determinara la evolución satisfactoria, los estudios de laboratorio pertinente para corroborar la primera impresión medica y de ser necesario un procedimiento quirúrgico, para evitar las complicaciones por un inadecuado e inoportuno diagnóstico.

El dolor abdominal es una de las principales causas por las que acude el paciente al servicio de urgencias. Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe congruencia diagnóstica de ingreso y egreso de los pacientes con dolor abdominal en el servicio de Urgencias del HGSZ C/MF 8?

6.- OBJETIVOS

6.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la Congruencia diagnóstica de ingreso y egreso de los pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias del HGSZ C/ MF 8 de Tlaxcala en el periodo comprendido del 1 de Enero al 30 de Diciembre del 2015

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las variables socio demográficas de los paciente que acuden al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal del HGSZ C/ MF8
2. Describir el diagnóstico de ingreso de los paciente que acuden al servicio de urgencias con diagnósticos de dolor abdominal en el HGSZ C/ MF8
3. Describir el diagnóstico de egreso de los paciente que acuden al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal en el HGSZ C/ MF8
- 4.- Comparar diagnóstico de ingreso con el de egreso.

6.3 HIPOTESIS

La congruencia diagnóstica entre el ingreso y egreso en el servicio de urgencias del hospital general de subzona con medicina familiar 8 es del 60%.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

7.2 UBICACIÓN ESPACIO – TIEMPO.

El presente estudio se llevara a cabo el servicio de urgencias, del HGSZ C/ MF 8 Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social. Durante el periodo del 01 de Enero al 30 diciembre 2015

7.3 MUESTREO

7.3.1 DEFINICION DE LA POBLACION

Notas médicas de pacientes que acudieron o fueron referidos al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal.

7.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se revisaran todos los expedientes con diagnóstico de ingreso de dolor abdominal en los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HGSZ C/ MF 8 IMSS Delegación Tlaxcala. Mayores de 15 años del sexo femenino y masculino, con registros completos en su expediente, del 01 Enero al 30 de Diciembre del 2015

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Notas médicas de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal al HGSZ # 8 delegación Tlaxcala, durante del 01 de Enero al 30 de Diciembre del 2015.
- 2.- Notas médicas de pacientes con edad mayor a 15 años, que cursaron con dolor abdominal motivo de atención de urgencias, expedientes con los registros completos.

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Notas medicas con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.
- 2.- Pacientes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo.

7.4.3 CRITERIO DE ELIMINACION.

- 1.- Nota médica con diagnóstico definitivo
- 2.- Notas de pacientes embarazadas en trabajo de parto.

7.5 DISEÑO Y TIPO DE LA MUESTRA.

La muestra la constituyen notas médicas de pacientes mayores de 15 años del sexo femenino y masculino, con diagnóstico de dolor abdominal.

7.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Muestreo por conveniencia que cumplan con los criterios de selección.

Se realizaran análisis estadístico con medidas de tendencia central y correlación con r de Pearson y SPSS.

7.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN.

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEF , CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL.	ESCALA	MEDICIÓN	INSTRUMENTO.
Dolor Abdominal	Síntoma muy inespecífico en si mismo y puede deberse a muchos procesos	Síntoma muy inespecífico en si mismo y puede deberse a muchos procesos	Nominal categórica	dicotómica Si – No	Historia clínica
Diagnostico de ingreso	Enfermedad que se establece con los signos y síntomas.	Diagnostico descrito en la nota medica de urgencias	Nominal	nominal	Nota medica
Diagnostico de egreso	Enfermedad que se establece por los signos y síntomas corroborados con laboratorio y gabinete.	Diagnostico con el que paciente es dado de alta del servicio de urgencias	Nominal	Nominal	Nota medica

VARIABLES INDEPENDIENTES.

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL.	ESCALA	MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Congruencia diagnóstica	Relación lógica entre el diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso	Relación lógica entre el diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso	dicotómica	Si - No	Expediente

COVARIABLES

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL.	ESCALA	MEDICIÓN	INSTRUMENTO.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad registrada en la nota médica	numérica	Número en años	Nota médica
Sexo	Diferencia orgánica funcional entre hombre y mujer	Sexo registrado en nota médica	nominal	Masculino 1 Femenino 2	Nota médica

8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se llevara acaba la revisión de expedientes con diagnostico de dolor abdominal que ingresaron del 1 de Enero al 30 de Diciembre del 2015 al servicio urgencias, del HGSZ C/ MF 8 Tlaxcala Delegación Tlaxcala, con diagnóstico de Dolor Abdominal. Que cumplan con los criterios de inclusión; iniciando con llenado de cuestionarios, posteriormente serán asignados por grupo de edad y sexo.

Realizando estadística descriptiva de acuerdo por grupo de edad, sexo, diagnostico.

Para medir la asociación entre variables se utilizaran las variables independientes, dependientes e intervinientes.

8.1 Recursos Humanos.

Investigadores, asesores y pacientes.

8.2 Recursos materiales:

Notas medicas, computadora, impresora, hojas de papel bond tamaño carta, lapicero y hojas de recolección de datos.

8.3 Recursos financieros.

Será cubierto por el investigador que realiza el estudio.

8.4.- ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis de los datos se utilizo estadística descriptiva con formula de tendencia central, los resultados se presentaron en cuadros y graficas de acuerdo a la distribución de las frecuencias, medianas, modas y porcentajes, se calcularon las proporciones para cada variable.

Lugar: Hospital General de Subzona con medicina familiar 8 del IMSS Delegación Tlaxcala

9.- ASPECTOS ÉTICOS

9.1 BIOETICA

El presente proyecto está apegado a los principios emanados de la 18a Asamblea médica de Helsinki, Finlandia en 1964 y de las modificaciones hechas por la propia asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se contempla la investigación médica. Así como a la Ley General de Salud en materia de investigación científica y el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social, la fuente de datos será el expediente clínico de la paciente por lo que no se utiliza hoja de consentimiento informado.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

La información será confidencial y se apegara a los principios éticos y bioéticos de la declaración Helsinki y Nürenberg, solo será utilizada para los fines de este trabajo.

El investigador se compromete a informar a los participantes sobre los resultados obtenidos.

10.-ANEXOS

10.1 ABREVIATURAS

HGSZ C/MF Hospital General de Subzona con medicina familiar

UMF Unidad Médico Familiar

10.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

GRAFICA DE GANTT:

ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	ENERO	FEBRERO	MARZO	MARZO
				01-15	16-30	01-15	01-15 DEL 2016	16-30 2016
ELAB. PROTOC	XXXX XXXX							
ACEP. PROT y REGISTRO		XXXX XXXX						
RECOL. INF			XXXX XXXX	XXXX XXXX				
ORGAN. DE INF.					XXXXXXX			
ANALISI. DE INF.						XXXXXXX		
ELAB. DE DOC. PREL							XXXXXXX	
PRES. FINAL								XXXXXXX

10.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: Congruencia Diagnostica de Ingreso y Egreso en pacientes con dolor abdominal en el servicio de Urgencias del Hospital General de subzona c/MF 8

Patrocinador externo (si aplica). _____

Lugar y fecha. Hospital general de subzona con medicina familiar no. 8 de Tlaxcala. febrero - diciembre 2015

Número de registro. _____

Justificación y objetivo del estudio. _____

Procedimientos. _____

Posibles riesgos y molestias. _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. _____

Información sobre resultados y a lternativas de tratamiento. _____

Participación o retiro. _____

Privacidad y Confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica) _____

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: (Si aplica): _____

Beneficios al término del estudio : _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: alba Guadalupe Romero Pastrana

Colaboradores _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a :Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS; Avenida Cuauhtémoc 330 4o. Piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores, México, D.F., CP 06720, Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

10.4.- FORMATO DE CAPTURA DE DATOS.

PROTOCOLO DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGSZ C/MF 8 2015			
INICIALES:		NSS:	
		FECHA:	
DIAGNOSTICO DE INGRESO			
DIAGNOSTICO DE EGRESO			
GRADO DE ESTUDIOS			
EDAD:			
SEXO	M	F	
GRADO DE ESTUDIOS			
VIDA SEXUAL ACTIVA	SI	NO	FUM:
CONGRUENCIA DIAGNOSTICA	SI	NO	
RX DE ABDOMEN	SI	NO	
USG ABDOMEN	SI	NO	DX :,
TRATAMIENTO QX	SI	NO	CUAL:
TRATAMIENTO MEDICO	SI	NO	CUAL
OBSERVACION	SI	NO	
ALTA A SU DOMICILIO	SI	NO	DIAS DE HOSPITALIZACION:
ENVIO A OTRA UNIDAD MEDICA	SI	NO	CUAL:

11.- RESULTADOS

Se revisaron 190 expedientes de los pacientes que acudieron a la consulta en el servicio de urgencias HGSZ C/ MF 8, de los cuales 130 pertenecen al HGSZ C/MF 8 y 60 fueron referidos de su UMF, con el Diagnóstico de dolor abdominal del 1 de Enero al 30 de Diciembre del 2015. (Tabla 1)

N= 190

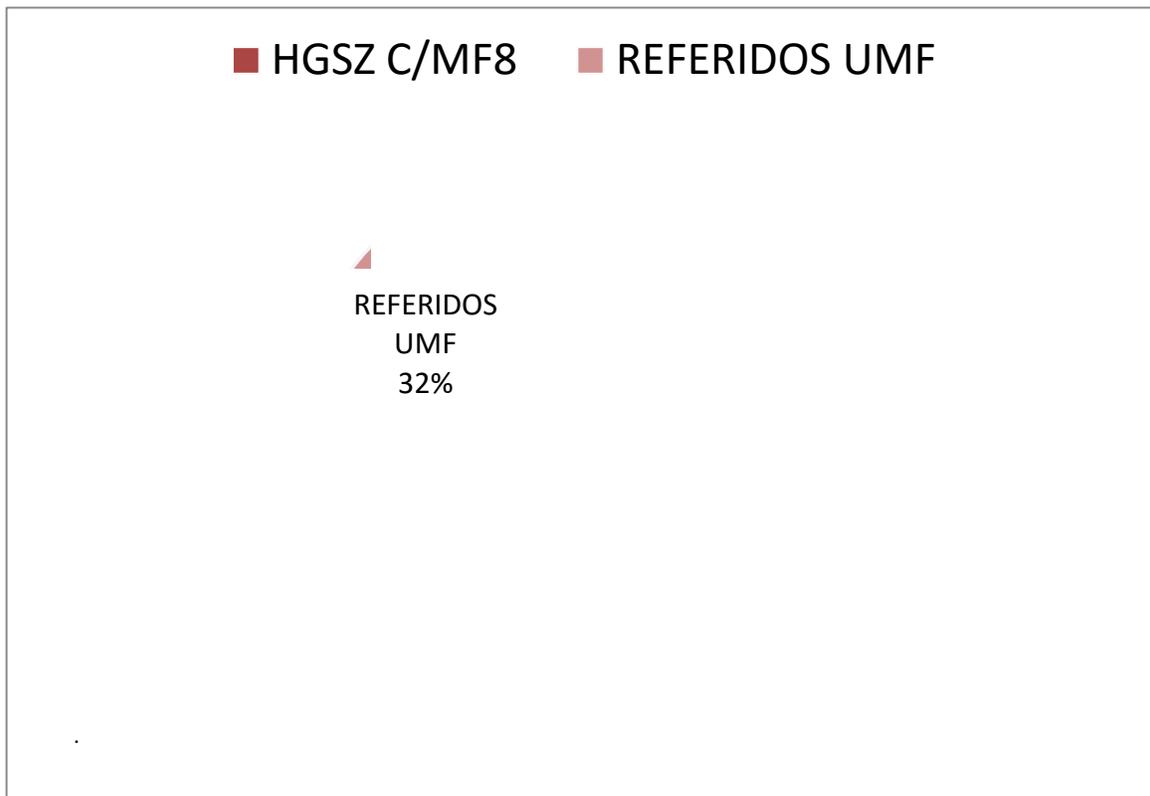
Tabla 1 Total de pacientes revisados por mes			
MES	HGSZ C/MF 8	UMF	TOTAL DE CONSULTAS
ENERO	12	8	20
FEBRERO	5	1	6
MARZO	4	3	7
ABRIL	10	2	12
MAYO	17	14	31
JUNIO	13	3	16
JULIO	13	3	16
AGOSTO	13	1	14
SEPTIEMBRE	13	6	19
OCTUBRE	11	8	19
NOVIEMBRE	13	8	21
DICIEMBRE	6	3	3
TOTAL	130	60	190

Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala de los pacientes que acudieron al servicio de Urgencias, periodo de Enero a Diciembre del 2015. Con un total de 190.

En la Grafica 1 se observa el 68% de los pacientes que fueron del HGSZ C/ MF8 y el 32% son referidos de unidades médicas familiares (UMF 10, 17, 18, 51)

Grafica 1. Total de pacientes que acudieron al servicio de Urgencias, con diagnóstico de dolor abdominal.

N=190

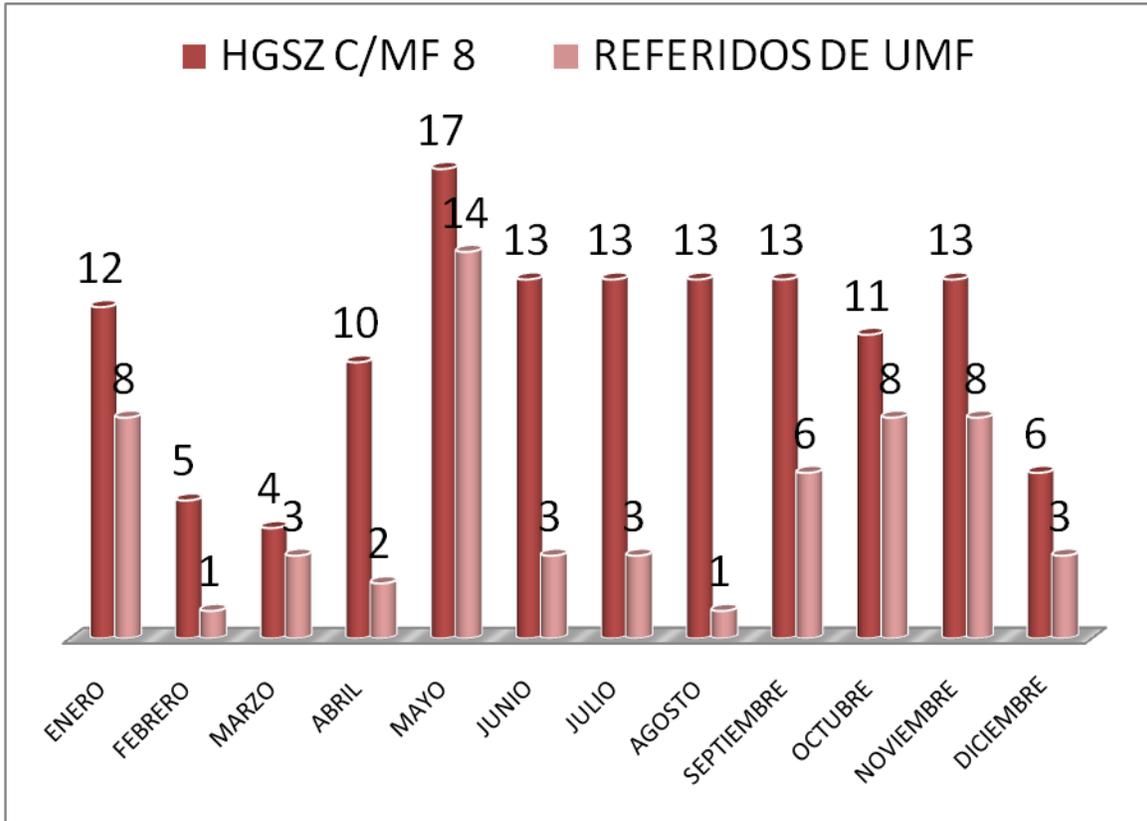


Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo de Enero a Diciembre del 2015.

En la Grafica N° 2 se observa que en el mes de mayo el diagnostico de dolor abdominal se presento con mayor frecuencia al servicio de Urgencias.

Grafica 2. Número de pacientes con dolor abdominal que acudieron al servicio de urgencias por mes, en el periodo 1 Enero al 30 de Diciembre 2015.

N=190

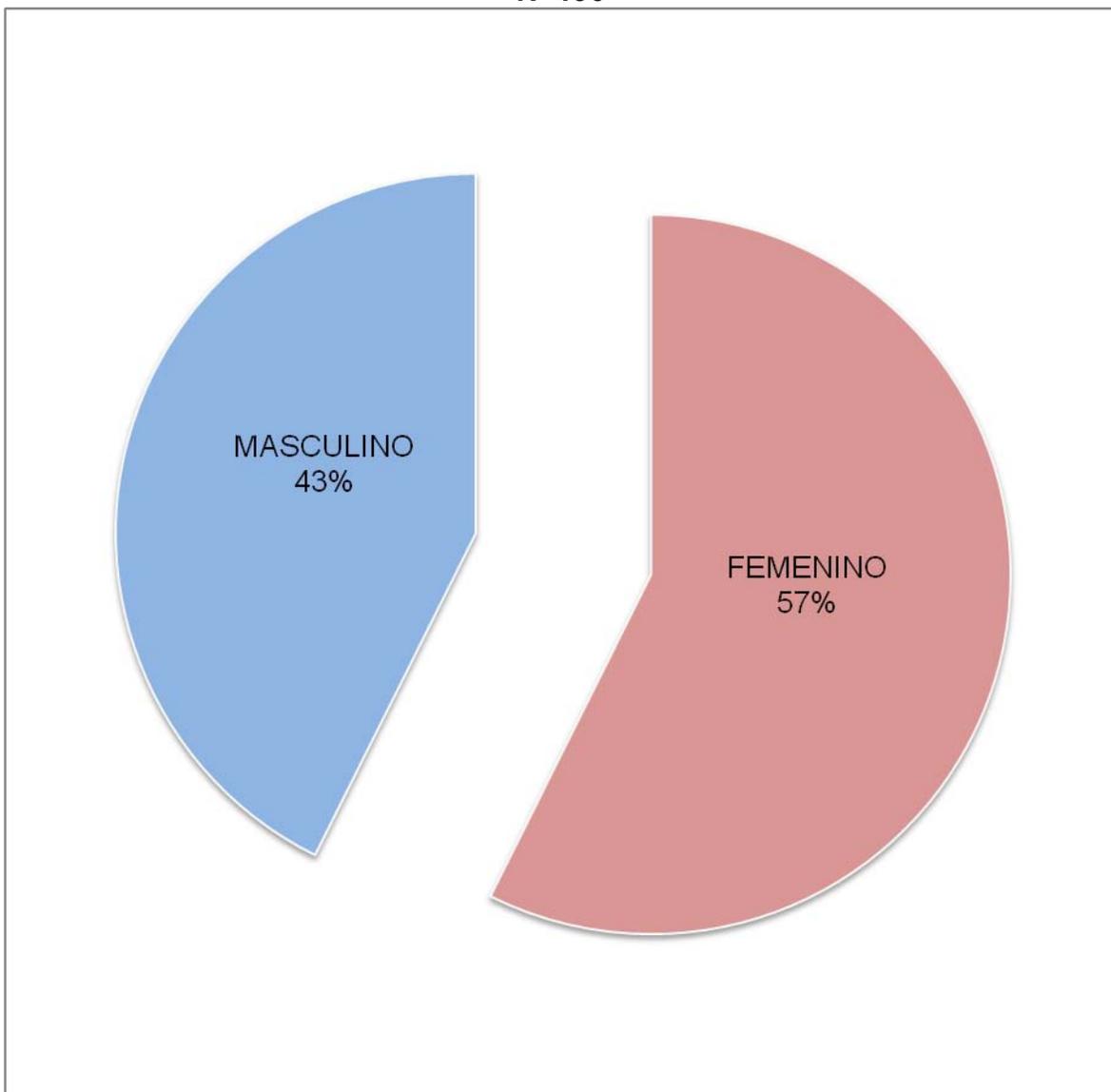


Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo del 1 de Enero a Diciembre del 2015.

En la Grafica N° 3 de acuerdo al género se observa que el 57% corresponde al sexo femenino y el 43% al sexo masculino.

Grafica 3. Porcentaje de consulta de acuerdo al género.

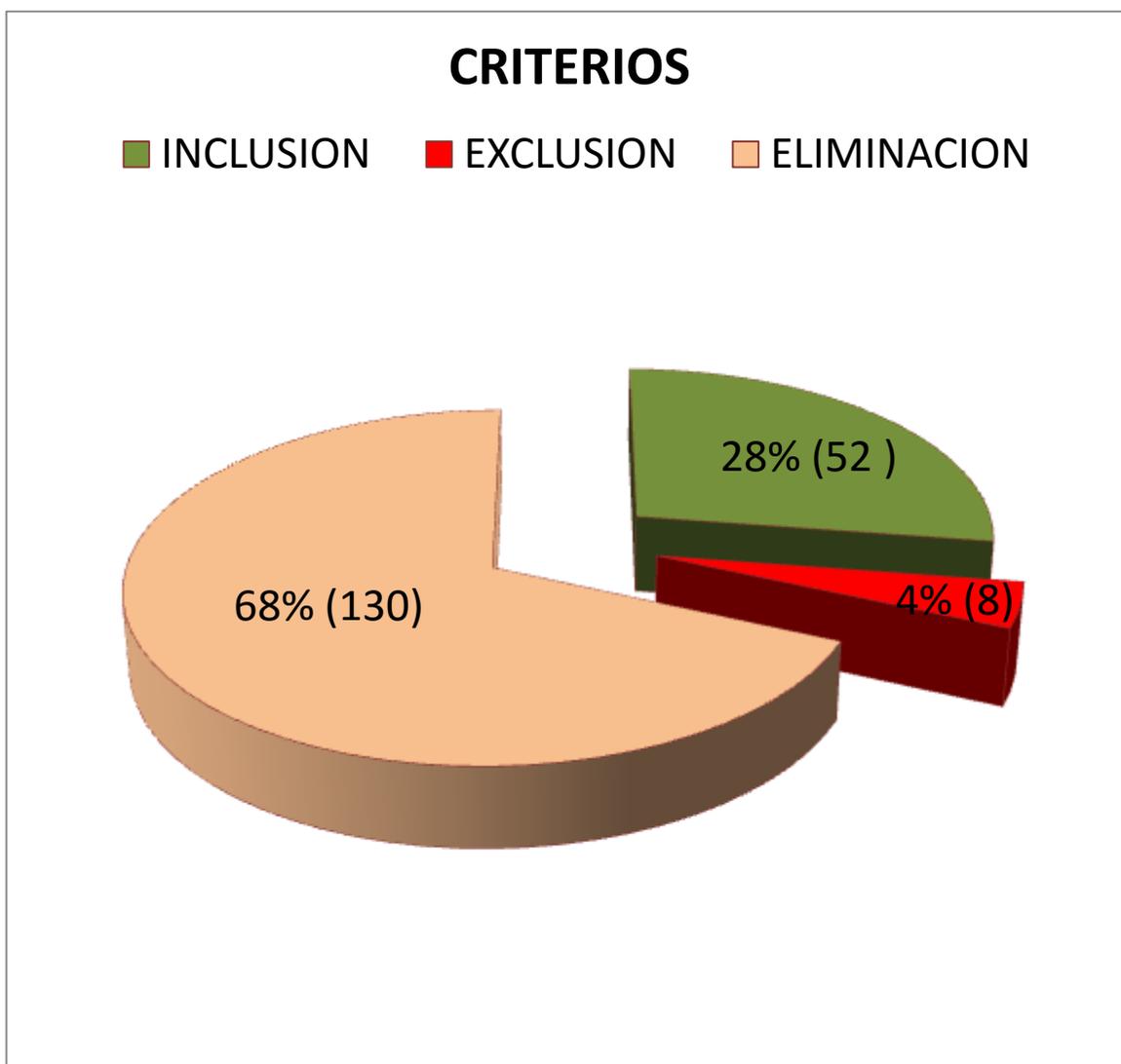
N=190



Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo del 1 de Enero a Diciembre del 2015.

En la Grafica N° 4 de acuerdo a los criterios se muestra que de los 190 expedientes fueron incluidos 52 expedientes pertenecen a criterios de inclusión equivalente al 28%, de los criterios de exclusión son 8 expedientes equivalente a un 4%, teniendo mayor número de expedientes de eliminación en un 68% equivalente a 130 expedientes por no encontrar sus notas medicas y principalmente en pacientes referidos.

Grafica 4. Evaluación del total de los expedientes revisados.
N=190



Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo del 1 de Enero a Diciembre del 2015.

En la Tabla N° 2 En los 52 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 21 no tuvieron congruencia diagnóstica, de las cuales la apendicitis fue la que se presentó como diagnóstico incongruente ya que los diagnósticos de egreso son múltiples.

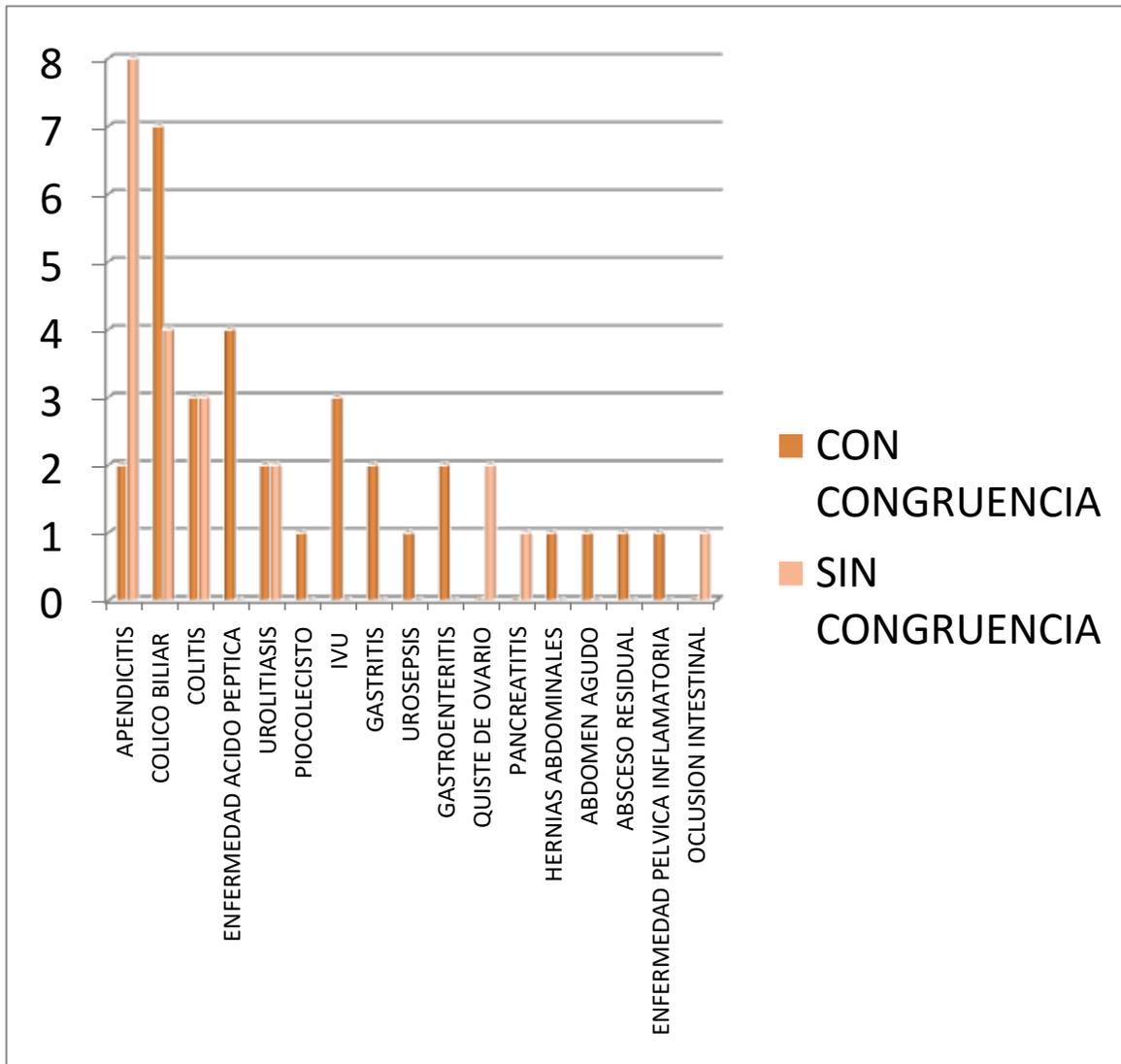
Tabla N°2. SIN CONGRUENCIA DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO DE INGRESO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	NO DE CASOS
APENDICITIS	IVU	1
APENDICITIS	COLECISTITIS	2
APENDICITIS	COLON IRRITABLE	1
APENDICITIS	COLITIS ESPASTICA	3
APENDICITIS	HERNIA INGUINAL DERECHA	1
QUISTE DE OVARIO	COLITIS	1
QUISTE DE OVARIO	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	1
COLICO BILIAR	GASTRITIS	2
COLITIS	GASTROENTERITIS	1
COLITIS	PANCREATITIS	1
COLITIS	COLECISTITIS	1
UROLITIASIS	IVU	2
PANCREATITIS	COLECISTITIS	1
COLECISTITIS	GASTROENTERITIS	1
COLECISTITIS	COLITIS	1
OCLUSION INTESTINAL	IVU	1
	TOTAL	21

Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo del 1 de Enero a Diciembre del 2015

En la Grafica N°5 se evaluó la congruencia diagnóstico de acuerdo a Padecimientos frecuentes en el servicio de urgencias. De los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico etiológico de la causa de dolor abdominal se calculó la congruencia con el diagnóstico final y se establecieron los porcentajes de acuerdo a cada patología con los diagnósticos de ingreso y egreso. Donde observamos que la apendicitis, urolitiasis, tuvo mayor incongruencia.

Grafica 5. Relación entre el diagnóstico congruente y el no congruente.
N=52



Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo del 1 de Enero a Diciembre del 2015.

En la Grafica N° 6 Se destaca que existe 60% con congruencia diagnóstica de un total de 52 expedientes de inclusión.

Grafica 6. Evaluación de la congruencia diagnóstica.
N=52



Fuente: expedientes clínicos del HGSZ C/MF 8 Tlaxcala, periodo del 1 de Enero a Diciembre del 2015.

12.- DISCUSION

Uno de los hallazgos encontrados en este estudio fue que el 53% (100) no fue posible localizar los expedientes clínicos o la nota medica, por lo cual la muestra se redujo a solo 90 expedientes.

Como se refiere en la literatura, el síndrome doloroso abdominal continúa siendo un reto para el médico especialista en el servicio de urgencias, derivado a que las causas que originan el cuadro clínico son múltiple, lo que debe seguir una ruta critica para el diagnostico y manejo, así mismo debe de realizar una semiología del padecimiento y una exploración física completa, deberá complementar su valoración con estudios de laboratorio y gabinete, para fundamentar el diagnostico; en muchas ocasiones el abordaje de este tipo de patologías debe ser multidisciplinario.

En base a los resultados obtenidos en nuestro trabajo encontramos una congruencia disnostica del 60% lo cual nos sitúa muy por debajo del indicador nacional de referencia el cual es con un valor igual o mayor al 90%, esto en cierta forma nos hablaría en una con este porcentaje bajo se ocasiona un retraso en plan de manejo oportuno al paciente y esto genera una estancia prolongada en servicio de urgencias, complicaciones.

El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia acude el paciente a urgencias, constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias, sobre todo si aparase bruscamente. Es un síntoma frecuente que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intra abdominales, sin embargó, también puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal. Recordar que la valoración de un dolor abdominal agudo debe ser precoz y sin demoras, y se recomienda la no administración de analgésicos, ni sedantes hasta que no hayamos llegado a un diagnostico concreto. La misión fundamental es establecer sin un paciente tiene un abdomen agudo o no, si es quirúrgico o no quirúrgico.

13.- CONCLUSIONES

El dolor abdominal representa un reto diariamente en el servicio de urgencias, siendo de las patologías de mayor auge para su atención. Durante el estudio realizado a la población hospitalaria del HGSZ C/MF 8, en el abordaje de “Congruencia diagnóstica de ingreso y egreso en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias”, se obtuvieron los siguientes resultados considerando varios factores que pueden determinar si existe o no congruencia.

La congruencia diagnóstica obtenida en este estudio es del 60% lo que demuestra que los médicos en el servicio de urgencias:

- No aplican el procedimiento de semiología y exploración física en forma adecuada.
- Falta de apego a las guías de práctica clínica.
- Carecen de supervisión médica periódica
- Falta de supervisión al servicio de arimac para la captura adecuada de los diagnósticos y el archivo correcto del expediente clínico y/o notas medicas.
- Actualización continúa.

14.-RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Para mejorarla atención de los pacientes con dolor abdominal en los servicios de urgencias se debe aplicar la metodología clínica para establecer el diagnostico inicial, realizar el estudio completo del dolor abdominal en base a una etiología objetiva, además de supervisar a los médicos en formación para que realice una adecuada semiología y seguimiento a los pacientes con dolor abdominal.

Verificar por parte del personal de archivo, asistentes para guardar dichas notas médicas y/o expedientes para futuros estudios.

15. BIBLIOGRAFIA

1. Eduardo e. Montalvo javé, Dr. Heriberto rodea rosas, Dr. César athié Gutiérrez, Dr. Arturo Zavala habib vol. 11, no. 3, Septiembre-diciembre 2008 pp 86-91
2. Motta R.G, Anales de Radiología México 2006;3:221-229.
3. Tamayo C, lee G, Sánchez G J, Rivera Hernández ML Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias CONAMED, Vol 12, no 3, julio- septiembre 2007
4. Guevara L. U, Covarrubias G. A, Hernández O. A, Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo , cir ciruj 2005;73:393-404
5. Pablo Ortega – Deballona, Miguel Ángel delgado –Millana, Jose Maria Jover 2005; 28 (supl. 3):81-92.
6. Martinez J, Mattu A, Abdominal Pain in the Eldely. Emerg Med Clin N am 24 (2006) 371-388.
7. Abdo Francis JM, Martinez Juárez a, Pineda Corona B, Bernal Sahagún F un nuevo esquema terapéutico en el manejo del dolor abdominal de tipo cólico. Rev. Med Hosp Gen Mex 2003;66 (3): 142-146.
8. John T Lagell MP. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. Med clin N Am 92 (2008) 599-625.
9. Gan TJ, et a merskey h. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions. Pain 1986: s-3: 345-356. Asociación internacional para el estudio del dolor (iasp).
10. Merskey h. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. International association for the study of pain. Task force on taxonomy. Iasp press. 1994.
11. Sánchez Aparicio he. Bioética en servicios de urgencias. Memoria 2000. Iii congreso nacional. Latinoamericano y del caribe de bioética. Pp: 543-548.

12. Organización panamericana de la salud oficina regional de la organización mundial de la salud. Beers mh y berkow r. Gastrointestinal disorders, the merck manual of geriatrics. Edición internet, 2000.
13. Sánchez T. V, Dolor abdominal. Guías de actuación en Urgencias. 2ª ed. Mcgraw-hill-interamericana de españa, 2000: 188-193.
14. Hernández s. e, Díaz p.c, Pérez S. jr. Dolor abdominal. En: Acedo Gutiérrez ms, barrios blandino a, Díaz simón r, orche galindo s, sanz García Rm, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 4ª ed. Madrid, 1998: 81-90.
15. De burgos marín j, gonzález barranco jm, montero Pérez fj, Jiménez murillo l, Berlango Jiménez a, Arévalo Jiménez e. Manejo urgente del dolor abdominal agudo. En: Jiménez murillo l, montero Pérez fj, directores. Protocolos de actuación en medicina de Urgencias. 1ª ed. Harcourt brace de España, 1996: 331-345.
16. Alarcó hernández a, yuste García p, Meneses Fernández mªm. Urgencias abdominales y Del aparato digestivo. Medicine 1999; 7(121): 5660-5666.
17. Padillo ruiz fj. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal agudo. Medicine 1996; 7(13): 551-553.
18. Manejo del dolor abdominal agudo. Plan andaluz de urgencias y emergencias 061.
19. Goodman pe. Dolor abdominal. En: cline dm, ma oj, tintinalli je, ruiz e, krome rl. Manual de medicina de urgencias, volumen 1. 4ª ed. Mcgraw-hill-interamericana, 1998:111-113.
20. Moya mir ms, rojo blanco v. Dolor abdominal. En: moya mir ms, coordinador. Normas de actuación en urgencias. 1ª ed. Edición 2000, 2000: 305-309.
21. Rafael Alejandro Chavarrias – Islas, Vol 2 N° 3 Septiembre-Diciembre 2010 pp 87-91.
22. Larrañaga i, mendía e, die j, lobo e. Abdomen agudo. En: lobo martínez e, director.
23. Manual de urgencias quirúrgicas. 2ª ed. Coordinación editorial: im&c, 2000: 97-111.
24. Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana de d.f. hgrz no 25 imss 2002
25. Dr. Eduardo E. Montalvo jave, abdomen agudo, vol, 11, N0 3 septiembre-diciembre 2008 pp.86-91.
26. Dr. Eduardo E. Montalvo jave, abdomen agudo, vol, 11, N0 3 septiembre-diciembre 2008 pp.86-91.
27. Importancia de las referencias médicas en el diagnóstico de parasitosis intestinal. dra. Nathalie de jesus chacon Fonseca. Rfmv 30 caracas 2007

28. Adriana Ron Aguirre, utilidad de la escala de Alvarado para el estudio de dolor abdominal inespecífico, vol 58 N° 2 abril-junio 2013 p.90-94.
29. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. J Pediatr 1996;129:220-6.
30. Sans Segarra M. Dolor abdominal urgente. Med Clin (Barc) 1986;87:193-4.
31. Muiño Míguez A, González Ramallo J, Rodríguez de Castro E, Lázaro Bermejo C, Fernández Basave E. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. Rev Clín Esp 1988; 182:374-8.
32. Torné Vilagrassa E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarín Rúa M, et al. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias de Barcelona. Atención Primaria 2003;32:423
33. Hernando Cervera Castillo, verónica torres caballero. HGRZ N° 25 IMSS 2003 ; 12
34. Alejandra Contreras Rendón, Vol 57 N° 4 octubre-diciembre 2012 p.345-348.