



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" CIRUGIA
GENERAL**

**CAUSAS DE RETRASO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES
CON ABDOMEN AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO.**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTA:

DRA. MARÍA ELVIRA MÉNDEZ MARTÍN

ASESORES DE TESIS

DR. CÉSAR ATHIÉ GUTIÉRREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO CIRUGÍA
GENERAL. DIRECTOR GENERAL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR.
EDUARDO LICEAGA".

DR. LUIS MAURICIO HURTADO LÓPEZ

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO
CIRUGÍA GENERAL. JEFE DE SERVICIO CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA".

DR. RAFAEL ZALDIVAR RAMÍREZ

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL . HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA".

México, D.F. Noviembre de 2015



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.

Dr. César Athié Gutiérrez.

Profesor titular del Curso Universitario de Posgrado Cirugía General
Director General del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Dr. Luis Mauricio Hurtado López.

Profesor adjunto del Curso Universitario de Posgrado Cirugía General.
Jefe de Servicio Cirugía General del Hospital General de México “Dr. Eduardo
Liceaga”.

Dr. Rafael Zaldívar Ramírez

Médico adscrito al servicio de Cirugía General del Hospital General de México “
Dr. Eduardo Liceaga”.

Dra. María Elvira Méndez Martín

Médico Residente de Cirugía General Hospital General de México “Dr. Eduardo
Liceaga”.

CAUSAS DE RETRASO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABDOMEN AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

Institución: Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Servicio: Cirugía General y Urgencias Médico-Quirúrgicas.

Tipo de investigación: Clínica.

Financiamiento: no requirió de financiamiento.

Investigadores:

- María Elvira Méndez Martín. Médico Residente de cuarto año de Cirugía general, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. RFC: MEME850515IK3 Email: dra.maemendez@gmail.com Tel. 5548889862 Firma:
- Dr. Luis Mauricio Hurtado López Jefe de servicio de Cirugía General, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” Profesor del curso de especialización en cirugía general UNAM. RFC HULL630222AT0 Tel. 52469528 Firma:
- Dr. Rafael Zaldívar Ramírez. Médico Adscrito al servicio de Cirugía General, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Inicio Protocolo: Enero 2015.

ÍNDICE

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA	v, vi
ABREVIATURAS	vii
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
HIPÓTESIS	18
MATERIAL Y MÉTODO	19
TIPO DE ESTUDIO	
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO ESTUDIADO	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	
RECOLECCIÓN DE DATOS	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	65

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres que han sido un apoyo en todos los aspectos.

Agradezco a todos mis maestros personas y cirujanos admirables que se esmeran en ser mejores cada día.

Agradezco a mis compañeros que han hecho más agradable cada momento.

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi bebé ojalá pueda yo transmitir lo valioso que he aprendido estos años.

ABREVIATURAS

HGM: Hospital General de México

CPRE: Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica

VAC: Vacuum Assisted Closure

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Abdomen Agudo se define como dolor abdominal intenso de inicio súbito no diagnosticado con anterioridad, evolución corta menor a una semana, por lo general menos de 24 a 48hrs, acompañados de otros síntomas y signos casi siempre de peritonitis aguda y que a menudo requiere intervención quirúrgica de urgencia. En México el dolor abdominal comprende 30% de las consultas de urgencias y uno de cada diez pacientes revisados en urgencias requerirá cirugía urgente. Es una respuesta fisiológica esperada ante un estímulo adverso químico, térmico o mecánico, asociado a una enfermedad aguda, trauma o cirugía. Las principales causas son Apendicitis aguda, Colecistitis aguda y perforación gastrointestinal entre otras. Los factores que se relacionan con el retardo del diagnóstico son diabetes Mellitus, edades en los extremos de la vida y la premedicación. Diversos estudios publicados refieren que la ingesta de medicamentos del tipo analgésicos antibióticos o antiespasmódicos pueden enmascarar el cuadro de dolor abdominal ocasionando retraso en su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional de cohorte transversal con pacientes que se operaron en el servicio de urgencias del Hospital General de México por diagnóstico de Abdomen agudo. Se incluyeron 174 pacientes de 18 años o más y se analizaron las siguientes variables categóricas: el antecedente de ingestión de tratamiento previo a solicitar atención médica en el servicio de urgencias del HGM, retraso en acudir a valoración por el servicio de urgencias, las complicaciones postquirúrgicas, el antecedente de DM2. Se hizo el análisis de datos con Statisticals Package for de Social Sciences. Para los análisis se utilizaron medidas de tendencia central, *t* de student, *ji* cuadrada, *odds ratio*.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Los pacientes que recibieron tratamiento previo presentaron 15.06% de complicaciones vs 19.8% de los que no recibieron tratamiento previo, OR 0.72 (IC 95% 0.32 a 1.6), $p= 0.545$, el tratamiento como tal no ocasiona mayor riesgo de complicaciones. Los pacientes que tomaron tratamiento presentan 4.6 más riesgo de acudir de manera tardía a solicitar atención médica. Los pacientes con retraso mayor a 3 días de acudir al servicio

de urgencias presentaron 3.3 veces mayor riesgo de complicarse que aquellos que acudieron de manera oportuna. Los pacientes con antecedente de diabetes mellitus 2 presentaron 5.9 veces mayor riesgo de complicarse que los pacientes no diabéticos. Los pacientes con diabetes mellitus 2 tienen 4.6 veces más riesgo de acudir tardíamente a solicitar atención médica. Y si acuden tardíamente se agrega un factor de riesgo de 4.2 mayor. NO medicarse previene complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIONES. Los pacientes que se medican ya sea por prescripción de facultativo o por automedicación tienen más riesgo de acudir de manera tardía a solicitar atención médica definitiva y esto ocasiona mayor numero de complicaciones, los pacientes diabéticos tienen más riesgo de complicaciones y de acudir con retraso.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

Epidemiología

Según la literatura internacional el dolor abdominal agudo es uno de los tres síntomas más importantes de los pacientes que asisten a salas de urgencias hospitalarias y representa entre 5% y 10% de todas las dolencias primarias en las salas de urgencias hospitalarias. (1) En México el dolor abdominal comprende 30% de las consultas de urgencias y uno de cada diez pacientes revisados en urgencias requerirá cirugía urgente. El dolor abdominal agudo no específico constituye hasta el 40% de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas. (2)

Definición

Los términos “Abdomen agudo” y “Dolor abdominal agudo” se han usado como sinónimos, sin embargo, es necesario hacer la distinción porque el Abdomen agudo casi siempre requiere de una cirugía para su resolución³. Abdomen Agudo se define como dolor abdominal intenso de inicio súbito no diagnosticado con anterioridad, evolución corta menor a una semana, por lo general menos de 24 a 48hrs, acompañados de otros síntomas y signos casi siempre de peritonitis aguda y que a menudo requiere intervención quirúrgica de urgencia. Las herramientas para llegar al diagnóstico comienzan por una adecuada historia clínica, es importante hacer hincapié en las características del dolor abdominal y los síntomas agregados. (32)

Fisio-Patología del dolor abdominal

El dolor agudo es una respuesta fisiológica esperada ante un estímulo adverso químico, térmico o mecánico, asociado a una enfermedad aguda, trauma o cirugía.

Es un sistema fisiológico de protección contra lesiones tisulares, que estimula los sistemas nerviosos somáticos y simpáticos. Las principales sustancias hiperalgésicas son bradicinina, prostaglandinas, histamina, serotonina, NGF, hidrogeniones, ATP, células inmunes. El estrés resulta en un estado catabólico, taquicardia, hipertensión, náusea y vómito, comportamiento evasivo con disminución en la movilidad e hipoventilación (3).

Existen tres tipos de dolor abdominal el visceral, el somático parietal y el referido. Las fibras nerviosas aferentes C no mielinizadas se encargan del dolor visceral y las fibras Alfa y Delta mielinizadas se encargan del dolor somático parietal, la interacción entre estos dos sistemas determina un tercer tipo de dolor, el referido. Las fibras aferentes mediadoras de dolor se distribuyen con las fibras del sistema nervioso autónomo para llegar al sistema nervioso central. Los neuroreceptores sensoriales se encuentran distribuidos en la mucosa y muscular de las vísceras huecas y en estructuras serosas, como el peritoneo parietal y visceral y en el mesenterio, además de la nocicepción dichos neuroreceptores determinan la regulación de la secreción, motilidad y flujo sanguíneo mediante arcos reflejos locales y centrales. Las estructuras relacionadas con el dolor abdominal en el sistema nervioso central son: los ganglios de las raíces dorsales, asta dorsal y tracto de Lissauer, láminas I y V, neuronas del segundo orden ascienden a través del tracto espinotalámico contralateral, hasta el núcleo talámico y el reticular del puente y médula, el núcleo talámico envía neuronas de tercer orden a la corteza somatosensorial, el núcleo reticular envía neuronas al sistema límbico y al lóbulo frontal. El principal signo mecánico al que responden las vísceras es la distensión, estos mecanoreceptores se encuentran en la capa muscular de las vísceras y serosa de órganos sólidos y mesenterio. El siguiente estímulo importante es el químico, los nociceptores químicos se encuentran en la mucosa y submucosa de las vísceras huecas, responden a sustancias liberadas en respuesta a inflamación o daño. El dolor visceral es sordo, tipo retortijón, quemante, pobremente localizado de inicio gradual y duración prolongada, usualmente se percibe en la línea media,

generalmente se acompañan de efectos autonómicos como náusea, vómito, sudoración, palidez, agitación, el paciente se mueve con la intención de encontrar una posición que disminuya el dolor. El dolor somático parietal está mediado por fibras alfa y delta. Se percibe como punzante, súbito, bien localizado. Es transmitido a través de los nervios espinales, activa reflejos reguladores a través del sistema nervioso entérico, y reflejos espinales largos mediados por el sistema nervioso autónomo, se exacerba con el movimiento. El dolor referido resulta de la convergencia de las neuronas viscerales y somáticas con las de segundo grado en el mismo segmento espinal (34,35)

Principales causas de dolor abdominal

Las causas comunes del dolor abdominal agudo incluyen: no específicas (22-44.3%), apendicitis aguda (15.9-28.1%), enfermedad biliar (2.9-14.0%), perforación gastrointestinal (2.3-15%), íleo adinámico (4.1-8.6%), diverticulitis (8.2-9.0%), pancreatitis (3.2-4%), cólico ureteral (5.1%), enfermedad inflamatoria intestinal (0.6%), además de obstrucción intestinal, trastornos ginecológicos en mujeres y dolor abdominal no quirúrgico, como gastritis y gastroenteritis entre otros. (4)

Abdomen Agudo: Un reto diagnóstico.

Los factores que se relacionan con el retardo del diagnóstico son diabetes Mellitus, edades en los extremos de la vida y la premedicación. (5)

Se reporta que hasta el 40% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias ya habían visitado a otros médicos quienes iniciaron tratamiento analgésico y antibiótico, lo cual implica riesgo de retraso en la atención quirúrgica, mayor riesgo de complicaciones. (6)

Los ancianos, los alcohólicos y los pacientes inmunodeprimidos requieren vigilancia estrecha.(2)

Ancianos

Los ancianos tienen signos y síntomas menos específicos que en los adultos jóvenes, son más propensos a presentar complicaciones con condiciones quirúrgicas abdominales. Los pacientes mayores de 80 años con dolor abdominal tienen una mortalidad 70 veces más alta que el adulto joven. Se estima que los médicos diagnostican con precisión el dolor abdominal sólo del 40 a 65% de las personas mayores de 65 años.(7)

En un estudio se encontró con un análisis multivariado ($p=0076$) que el pronóstico en los ancianos que son admitidos al hospital con 24 horas o más de evolución del dolor es significativamente peor. (7, 8)

Embarazo

La incidencia de Apendicitis en el embarazo es de 1/800-1500 embarazos y es más frecuente en el segundo trimestre que en el primero, tercero o postparto (8). Muchas pacientes tienen la presentación clásica, pero otras se presentan de manera atípica con síntomas tales como gastritis, flatulencias, diarrea, malestar general o irregularidad intestinal. Si el apéndice es retrocecal, se pueden quejar de un dolor inespecífico en el miembro inferior derecho.(9)

Edad pediátrica

Cuando se realiza el diagnóstico de apendicitis aguda en edad pediátrica el 30 al 60% se encuentran perforados. Entre las edades de 1 a 4 años esta cifra asciende al 75%.

La mitad de estos niños recibieron atención médica antes del diagnóstico acertado. El principal reto de las características del dolor es la localización.

Se realizó un estudio para determinar los factores asociados al retraso

diagnóstico, tomando una muestra de 252 niños con diagnóstico anatómico-patológico de apendicitis, la máxima incidencia se sitúa entre los 10 y 12 años con un discreto predominio en varones.

En algunas ocasiones el diagnóstico se puede retrasar, al no identificarse el cuadro en la primera consulta, esto sucede en un 15-60%. El retraso en el diagnóstico se ha relacionado con una consulta cada vez más temprana y la presencia de una sintomatología más inespecífica. El factor que mayor influencia tiene en el error diagnóstico y por lo tanto retraso del mismo, es el tiempo de evolución de los síntomas.

Ya es conocido que en los apéndices de localización retrocecal un síntoma que puede aparecer es la diarrea, cuando éste se inflama. El 30% de los niños con apendicitis no tienen leucocitosis (leucocitos $< 14000/\text{mm}^3$), ni desviación a la izquierda (Segmentados $< 65\%$), la PCR por si solo no sirve para diferenciar los niños que tienen apendicitis aguda de los que no la tienen en el conjunto de niños que acuden por dolor abdominal. En los datos de este estudio un valor de PCR menor de 4 mg/dl, puede ser compatible con la presencia de fases iniciales de apendicitis aguda, y sólo se eleva cuando el apéndice se encuentra ya perforado.(9-11)

Premedicación

En 1995 se publicó un artículo en la revista mexicana de Gastroenterología con una muestra de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda con características similares en edad, género y presencia de diabetes mellitus y que dividen en tres grupos dependiendo del tiempo de evolución los que se encuentran en las primeras 24hrs, de 24 a 48hrs y mayor a 48hrs, tomando como variables dependientes la morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria y como variables independientes el tiempo de evolución y premedicación. Determinaron tres tipos de cuadros clínicos, el típico, atípico y el de abdomen agudo, encontrando correlación con los síntomas

típicos y el diagnóstico más temprano y el cuadro de abdomen agudo con el diagnóstico más tardío, el cuadro atípico se presentó de manera similar en los tres grupos. Se determinó que los pacientes con retardo en hospitalización presentaron mayor retardo en el diagnóstico y en la intervención quirúrgica. (6)

El grupo de las primeras 24hrs no presentó complicaciones y los otros dos presentaron igual proporción de complicaciones. El número de pacientes con perforación se triplicó en el grupo de más de 48hrs y la estancia hospitalaria se duplicó en el grupo de 24-48hrs y triplicó en el grupo de más de 48hrs. (6)

Los del grupo de primeras 24 hrs no tuvieron premedicación y los de 24hrs a 48hrs y mayor de 48hrs tenían el antecedente de medicación ascendente, principalmente de analgésicos y antibióticos.

Se encontró mayor proporción de automedicación y cuadro clínico de Abdomen Agudo. El 65% llegó en fase tardía con perforación o absceso, en los ancianos puede elevarse hasta el 90%, hubo 13.3% de morbilidad. (6)

En un estudio realizado por el hospital PEMEX de Salamanca se revisaron un total de 56 casos con apendicitis aguda confirmada por histopatología, al 39.3% se les administraron solo analgésicos, al 42.4% se les administraron analgésicos y antiespasmódicos, de los cuales el 57.5% fue prescrito por facultativo y el restante por automedicación y al 18.3% se les administraron antibióticos.(12)

Al calcular la media de horas transcurridas entre el inicio de la sintomatología a la toma de la decisión quirúrgica en el grupo de pacientes no medicados fue significativamente menor que la del grupo de pacientes medicados, se determinó que la medicación previa con analgésicos y antibióticos en pacientes con apendicitis aguda sí está asociada al retraso en la toma de la decisión quirúrgica, con incremento de las complicaciones, como es la perforación apendicular, incremento de los días de estancia hospitalaria e incapacidad laboral, no hubo

diferencia significativa para los días de estancia hospitalaria pero si para los días de incapacidad laboral. (12)

En otro trabajo se encontró mayor retardo en la toma de decisión quirúrgica, días de hospitalización e incapacidad laboral en los pacientes que recibieron medicación previa al diagnóstico, la complicación más frecuente fue perforación apendicular en el 23%, con riesgo relativo 12.5 veces mayor de perforación apendicular en pacientes que recibieron medicación, en comparación con los pacientes que no la recibieron. (9)

Durante décadas se suspendió la analgesia para los pacientes con dolor abdominal agudo hasta establecer un diagnóstico definitivo por temor a que ocultara los síntomas, alterase los hallazgos físicos o en última instancia, retardase el diagnóstico y el tratamiento de una afección quirúrgica. En estudios recientes se cuestionó este enfoque al demostrar que el uso de la analgesia temprana y eficaz aún en el abdomen agudo no interfiere con el diagnóstico e incluso facilita el examen inicial; es seguro y humanitario administrar productos farmacológicos para el alivio del dolor a los pacientes que asisten a las salas de urgencias hospitalarias con dolor abdominal agudo, siempre que no haya contraindicaciones. La analgesia en la evaluación inicial de los pacientes con dolor abdominal agudo produce la reducción significativa del mismo sin afectar la exactitud del diagnóstico. (3, 13)

En el 2009 Mills publicó que solo el 50% de los pacientes con dolor abdominal en un servicio de urgencias reciben analgesia pasada ya una hora de su ingreso.

En el año 2006 en Chile se dieron a la tarea de realizar una Revisión Sistemática de la Literatura para determinar si el uso de analgésicos opiáceos en el dolor abdominal agudo incrementa el riesgo de error diagnóstico; las características de la muestra fueron pacientes mayores a 12 años con dolor abdominal agudo de menos de 7 días de evolución, las variables a considerar fueron edad, género,

efectos adversos, diagnósticos de apendicitis, cambios a la exploración física, porcentajes de error diagnóstico y cambios de la Escala Visual Análoga (EVA). Los esquemas de opiáceos utilizados fueron Morfina, Tramadol y Papaveretum se compararon estos esquemas vs placebo. En cuanto a las reacciones adversas el 2,9% de los sujetos tratados con opiáceos las presentaron siendo náusea y vómito. En ambas se constató una reducción significativa en favor de quienes recibieron analgésicos opiáceos. Este hecho es importante, pues apunta por un lado al confort de los pacientes durante el periodo de espera de la “toma de decisiones y, por otro, a una posible mayor especificidad de la exploración física como prueba diagnóstica. (14)

Esto es especialmente relevante si tomamos en consideración que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable porcentaje de error diagnóstico, tendencia a un mayor error diagnóstico en el grupo de sujetos que recibieron placebo (15,6% de diagnóstico incorrecto en el grupo que recibió opiáceos vs 21,1% en el grupo que recibió placebo).(14)

Este estudio obligó a que en el 2008 la base de datos de Cochrane publicara una revisión de 6 artículos con un total de 600 pacientes de los cuales 300 tuvieron manejo con analgésico opiáceo y 300 con placebo, llegando a la conclusión que los analgésicos opiáceos de tipo morfina, tramadol, no tienen diferencia estadísticamente significativa contra terapia con placebo. Sin embargo, por la frecuencia del padecimiento a tratar, se requiere de una mayor muestra de pacientes para confirmar las conclusiones, así como estudios para determinar el mejor régimen analgésico, y estudios en la población de los extremos de la vida. (15)

Una situación diferente ocurre en el servicio de urgencias del Hospital General de México dado que el servicio de Cirugía General permanece las 24hrs recibiendo a los pacientes posiblemente quirúrgicos desde la primer consulta de urgencias, así es que, en nuestra particular situación podemos considerar establecer la terapia

analgésica para el dolor abdominal agudo en hospitalización urgencias, con la evaluación y seguimiento adecuados de la terapia analgésica.

Otras causas de retraso

Una realidad en nuestro medio es el retraso de la atención quirúrgica por falta de insumos, espacio o personal. En un análisis de la CONAMED se reportaron diferimiento en los diagnósticos y tratamiento por la falta de insumos, días festivos, falta de personal médico, o administrativo. Por lo tanto, durante las 24 horas de los 365 días del año, los trámites administrativos utilizados para la admisión de pacientes al servicio de urgencias deberán ser simples y ágiles. (2)

Otra de las principales causas de retraso quirúrgico en el abdomen agudo es que los pacientes acuden con el médico de primer contacto quienes realizan un diagnóstico erróneo, y por lo tanto inician un tratamiento erróneo. De acuerdo a la CONAMED el 75.5% de los pacientes que emitieron una queja de la población de urgencias que acudieron por dolor abdominal lo hizo una sola vez, el 16.22% acudió en 2 ocasiones, 5.2% en tres y el 2.9% 4 ocasiones o más.(2)

También la idiosincrasia y el retraso del paciente en solicitar atención médica así como la automedicación, es, si no el más común, uno de los aspectos más comunes en este tema. En un estudio 74% de los pacientes asistieron al hospital pasadas 24 horas luego de haber empezado el dolor abdominal, de estos, 44% lo hicieron después de transcurridos dos días, en casi la mitad de los enfermos (46%) se puede atribuir esta demora, a la falla en el diagnóstico después de buscar ayuda médica. Entre las causas del retraso en llegar al hospital, el 53% fue por causa directa de un facultativo que no llegó al diagnóstico y desorientó al enfermo. En el grupo del 40%, que sí fueron diagnosticados en forma correcta por un médico en atención prehospitalaria, el 100% se caracterizó por consumir medicamentos antes o después de la consulta.^{19,20} Jawaid 2009 publicó que más de tres cuartas partes de los pacientes se automedican analgésicos. (5, 16)

Consecuencias del retraso del diagnóstico y tratamiento de las patologías que originan de dolor abdominal agudo.

Consecuencias no médicas

Las consecuencias no médicas por cualquier tipo de retraso en la atención médica generan en ocasiones apreciaciones subjetivas infundadas de familiares y ruptura de la relación médico-paciente. Según la CONAMED el 78.6% de los pacientes o familiares que realizaron una queja solicitaron reembolso de gastos, siendo concedido en el 38.8%, indemnización en el 15.2% de los casos y sanción al personal en el 5.8%. De los 136 expedientes de inconformidad revisados, la percepción de la atención médica por los usuarios fue "regular" en 39 (28.67%) y "mala" en 92 (67.64%). (2, 17, 18)

Consecuencias médicas

APENDICITIS AGUDA

La Apendicectomía ocupa el 47.7% de las cirugías de urgencias.

El 6% de la población mundial tendrá apendicitis en algún momento de su vida, y en el 10% de la población se encuentra complicado. Es más frecuente en la segunda y tercera década así como en hombres en comparación con las mujeres en una proporción de 1,4:1. (16)

Tiene una presentación clínica atípica en 40%. (19) Los signos vitales normales no excluyen la gravedad del proceso subyacente, la fiebre esta ausente en el 30% de las apendicitis. (12)

Según Temple Las tasas de mortalidad son del 0.68% en apendicitis focal aguda y del 10 al 29% en peritonitis focal y difusa; 0.12% en apendicitis no perforada y

1.18% en apendicitis perforada. La morbilidad y mortalidad incrementan en los extremos de la vida. (4)

De acuerdo al Consenso de la Asociación Mexicana de Cirugía General sobre apendicitis aguda, en nuestro país, la morbilidad asociada a la apendicitis no perforada es de 0.83% y de 6% en la perforada, la infección de la herida quirúrgica es la complicación más frecuente, seguida por la infección de las vías urinarias, neumonía, absceso residual y otras. La mortalidad se reportó desde 0 hasta 3%.(20)

Durante las primeras veinticuatro horas posteriores a inicio de los síntomas, aproximadamente 90% de los pacientes desarrollan inflamación y necrosis, la perforación ocurre más frecuentemente antes de las 48 horas pero hay trabajos que refieren que la perforación se presenta posterior a 16 horas de evolución.

Entre 20 y 50% de los pacientes con apendicitis se presentará con perforación o absceso.

Los rangos aceptables de apéndice sano varían entre 15 a 20%, nos asegura que hay adecuado nivel de sospecha clínica de este padecimiento.

Los médicos realizan un diagnóstico erróneo en el 50% de las ocasiones.

Cuando existe duda diagnóstica o se cuenta con el diagnóstico la intervención quirúrgica puede retardarse en un rango de 7hrs. (4, 9, 12, 16)

En cuanto al tipo de abordaje para la resolución de un diagnóstico de Apendicitis se concluye que es seguro y efectivo ofreciendo numerosas ventajas sobre el abordaje abierto, como un mayor número de diagnóstico de condiciones concomitantes o diagnósticos diferenciales, disminución del dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, menor duración de íleo, integración a las actividades cotidianas de manera más temprana.(21)

COLECISTITIS AGUDA

La colelitiasis puede ser sintomática y asintomática. De los pacientes que presentan colelitiasis asintomática el riesgo acumulado para desarrollar sintomatología es de 11.9 (DE3) a los 2 años, 16.5 (DE 3.5) a los 4 años y 25.8 (DE 4.6) a los 10 años, y el riesgo de complicaciones después de 10 años en asintomáticos es de 3 (DE 1.8) y en los sintomáticos es 6.5 (DE 4.4).(22)

Robertson siguió a 781 pacientes en un periodo de 1 a 11 años e identificó que el 33% se volvieron sintomáticos, 18% presentaron ictericia o pancreatitis y el 5% presentó colecistitis aguda.

En Michigan en 1982 se realizó un seguimiento de pacientes a 15 años encontrando que el 18% se volvieron sintomáticos.

La colecistitis aguda se deriva de la impactación de un lito en el conducto cístico o la erosión del mismo. Los microorganismos más frecuentemente identificados en la Vesícula Biliar son *E. Coli*, *klebsiella*, *St. faecales*, *Clostridium welchii*, *Proteus* y *bacteroides*. Del 15 al 30% de las colelitiasis se encuentran infectadas, sin embargo es casi universal en Colecistitis aguda, coledocolitiasis, o en cualquier tipo de obstrucción de la vía biliar ya sea benigna o maligna.

La gravedad de los síntomas no es la misma para todos los pacientes, se describieron 3 gradaciones de los síntomas dependiendo de la gravedad de los mismos, reportando que en el 40 % de los pacientes se refieren síntomas leves, de los cuales el 8% progresaran a moderados; 26% tienen síntomas moderados y 33% tienen síntomas severos. El 10% se presentaron con cuadro de colecistitis aguda e ictericia. La fiebre esta ausente en la mayoría de los pacientes con colecistitis.

De los pacientes que llegan a tratamiento quirúrgico al 97% se les realizó colecistectomía simple, al 29% se le realizó coledocotomía, de los cuales el 73%

fue exitosa, 12% requirió de colédoco duodeno anastomosis, 0.85% colecistostomía.

En cuanto a la perforación de la vesícula biliar se reporta una tasa del 1-2% las cuales son precoces a las 72hrs y tardías durante la segunda semana.

Bedirli et al. (7) reportó que el intervalo entre el inicio de los síntomas y la operación fue significativamente mayor en pacientes con perforación de la vesícula biliar que en los que no presentaban perforación. La duración de los síntomas fue más corta para los pacientes con perforación tipo I que para los pacientes con tipo II y III. Y la mayoría de los pacientes con Tipo III tenían una historia larga previa de colelitiasis. En dicho estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa con la duración de los síntomas, historia de colelitiasis. (23)

La tasa de coledocolitiasis de 15% y el 30% de las Pancreatitis aguda se asocia a colecistitis aguda.

La colecistitis enfisematosa es un padecimiento grave con una tasa del 1-2%; es más frecuente en individuos del sexo masculino, mayores de 60 años y con DM2, es secundaria a Clostridium Perfringens, con rápida progresión lo cual amerita que se realice manejo quirúrgico de emergencia. El diagnóstico se realiza con TAC.

La colecistitis acalculosa se presenta en 4-8% de las colecistitis, es más frecuente en individuos del sexo masculino 1.5:1; los factores de riesgo para desarrollarla son pacientes en estado crítico, con antecedente de trauma o quemadura, con Nutrición parenteral prolongada. (22, 24-27)

Colecistectomía Laparoscópica.

Índice de conversión del 7-16% en 1999. Entre los factores de conversión independientes se encuentran pacientes del sexo masculino, mayores de 70%, con CPRE previa, Leucocitosis mayor a 12mil, y los combinados antecedente de

hipertensión arterial sistémica, colangitis, colédocolitiasis, bilirrubina total mayor a 2mg/dl, ASA III y IV, engrosamiento de la pared vesicular por USG. La colecistectomía laparoscópica reporta una mortalidad menor al 0.2% y morbilidad menor al 5%.(28)

Complicaciones postquirúrgicas

Una complicación postoperatoria es cualquier desviación del curso normal, en la evolución del paciente posterior a un procedimiento quirúrgico.

La primera clasificación realizada para complicaciones postquirúrgicas se realizó en 1992 por Clavien-Dindo y en el 2004 se realizó la actualización de la misma tomando en cuenta la facilidad de comprensión y reproducción; esta clasificación tiene grados del I al V, de acuerdo al manejo realizado para corregir una complicación específica. (28)

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La CONAMED analizó 136 quejas de pacientes adultos atendidos en urgencias por síndrome doloroso abdominal. Encontrando diferimiento en el diagnóstico en un 52.2% de los casos, el 13.3% se encontró con discordancia del diagnóstico de ingreso con el de egreso, el 65.2% no tuvo congruencia clínico-diagnóstica, el 65.9% tuvo discordancia clínico-laboratorial y de gabinete. No hubo congruencia diagnóstico-terapéutica en 60.2%, y el 45.5% de los casos tuvo error diagnóstico.

La importancia de una valoración apropiada en el servicio de urgencias se refleja en el resultado de algunos estudios, los cuales muestran una mortalidad del 8% de los pacientes que fueron diagnosticados correctamente comparado con el 19% para los pacientes diagnosticados después de ser hospitalizados.

Durante décadas se ha tratado de dar tratamiento oportuno a los padecimientos que originan abdomen agudo, se han realizado escalas de valoración con la finalidad de apoyar a los médicos de primer contacto con la sospecha de ciertos padecimientos.

Se han publicado estudios donde se determina que la ingesta de medicamentos, previos a un diagnóstico certero, modifican la historia natural de la enfermedad, incrementando el tiempo para efectuar el diagnóstico y la toma de decisión quirúrgica, así como el impacto sobre la economía al efectuarse mayor número de exámenes paraclínicos con el fin de llegar al diagnóstico, sustituyendo la clínica por los paraclínicos.

JUSTIFICACIÓN

El abdomen agudo es un padecimiento frecuente en los servicios de urgencias, siendo el grupo de edad importante los pacientes en edad productiva sin comorbilidades. Un tratamiento oportuno ofrece al paciente una recuperación más rápida que permite volver a las actividades de una manera más oportuna.

Frecuentemente los médicos de primer contacto reciben a pacientes con dolor abdominal de inicio temprano y quizá al no contar con datos concisos no lleguen al diagnóstico acertado y por lo tanto dan tratamiento inadecuado, lo que puede modificar el curso normal del padecimiento ocasionando que se retrase el diagnóstico acertado. Para evitar esta situación se han realizado escalas de valoración que nos permiten tener la sospecha de un padecimiento específico para poder determinar la conducta por ejemplo la escala de Alvarado para apendicitis aguda. Además actualmente contamos con la posibilidad de realizar estudios paraclínicos que nos permiten obtener más información sobre el padecimiento del paciente.

En los últimos años se han realizado estudios en los que se inicia tratamiento analgésico durante la estancia en el servicio de urgencias con el fin de disminuir el dolor abdominal haciendo más comfortable para el paciente la exploración física; esto cambia el paradigma de no iniciar tratamiento analgésico previo a la valoración del cirujano general.

Además en los grupos de edad como los niños y los ancianos, así como en los pacientes con inmunodeficiencias y padecimientos como Diabetes Mellitus, frecuentemente se presentan cuadros clínicos atípicos con riesgo de que se retrase el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento ocasionando la evolución del paciente sea tórpida.

OBJETIVO GENERAL

CONOCER LAS CAUSAS DE RETRASO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABDOMEN AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

DETERMINAR SI LA INGESTA DE MEDICAMENTOS PREVIOS A LA VALORACIÓN POR UN CIRUJANO INCREMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

OBJETIVOS PARTICULARES

Determinar si la ingesta de analgésicos previa a la valoración médica de urgencias determina retraso en el diagnóstico y tratamiento del Abdomen Agudo.

Determinar si la ingesta de analgésicos previa a la valoración médica de urgencias se asocia a complicaciones.

Determinar si la ingesta de antibióticos previa a la valoración médica de urgencias determina retraso en el diagnóstico y tratamiento del Abdomen Agudo.

Determinar si la ingesta de antibióticos previa a la valoración médica de urgencias se asocia a complicaciones.

Determinar si la automedicación previa a la valoración médica de urgencias determina retraso en el diagnóstico y tratamiento del Abdomen Agudo.

Determinar si la automedicación previa a la valoración médica de urgencias se asocia a complicaciones.

Clasificar las complicaciones postquirúrgicas de los pacientes operados en el servicio de urgencias del HGM por Abdomen Agudo con el sistema Clavien-Dindo.

HIPÓTESIS

EL TRATAMIENTO MÉDICO CON ANTIBIÓTICOS Y ANALGÉSICOS ASÍ COMO LA AUTOMEDICACIÓN PREVIO A LA VALORACIÓN POR UN CIRUJANO NO CAUSA RETRASO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OPORTUNO NI AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

HIPÓTESIS ALTERNA

EL TRATAMIENTO MÉDICO CON ANTIBIÓTICOS Y ANALGÉSICOS ASÍ COMO LA AUTOMEDICACIÓN PREVIO A LA VALORACIÓN POR UN CIRUJANO CAUSA RETRASO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OPORTUNO Y AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional de cohorte transversal ambispectivo (restrospectivo revisando los expedientes de la estancia en urgencias y los hallazgos quirúrgicos y prospectivo por el seguimiento durante la estancia hospitalaria).

Definición de universo

Pacientes que se operaron en el servicio de urgencias del Hospital General de México por diagnóstico de Abdomen agudo.

Criterios de inclusión

Se incluyeron 174 pacientes de 18 años o más que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital General de México con dolor abdominal agudo y que fueron operados por el mismo servicio de urgencias, en un periodo de 2 meses en enero del 2015 y mayo del 2015 y se siguieron durante su estancia hospitalaria hasta que se dieron de alta.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes con dolor abdominal crónico, llámese el mismo el mayor a 6 semanas de dolor que persiste sin exacerbaciones o agudizaciones, se excluyeron los pacientes con antecedente de cirugía abdominal en los 30 días previos al ingreso.

Recolección de datos

Se utilizó la herramienta en Anexo 1. para recabar los datos de los expedientes. Y se siguieron a los pacientes durante la estancia hospitalaria para recabar datos de Anexo 2.

Análisis de resultados

Se realizaron dos grupos principales los pacientes que recibieron tratamiento médico ya sea durante la consulta por otro médico o por automedicación previo a ingreso a urgencias y los pacientes que no recibieron ningún tratamiento médico previo a su ingreso a urgencias.

Se obtuvieron las siguientes variables: sexo, edad, Diabetes Mellitus, Enfermedades crónicas, antecedente de Cirugía abdominal, síntomas abdominales previos, atención médica previa a urgencias, motivo de consulta previa, síntomas al ingreso a urgencias, días de dolor abdominal, retraso en acudir a valoración médica por servicio de urgencias, diagnósticos erróneos, diagnósticos acertados, ingesta de tratamiento médico: antibióticos o analgésicos y automedicación, diagnóstico quirúrgico, diagnóstico médico postquirúrgico, tratamiento quirúrgico, hallazgos quirúrgicos, días de estancia hospitalaria, motivo de egreso.

Se recabaron las complicaciones y se clasificaron según la escala de Clavien-Dindo para complicaciones postquirúrgicas (Anexo 2).

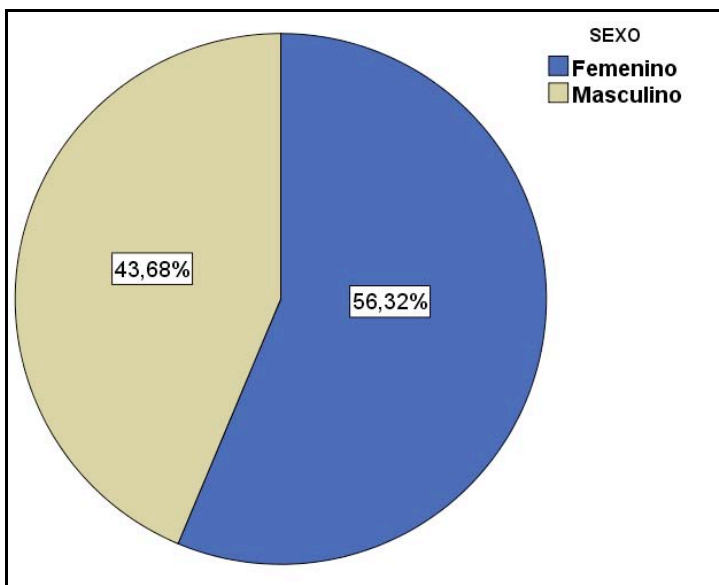
Se analizaron las siguientes variables categóricas: el antecedente de ingestión de tratamiento previo a solicitar atención médica en el servicio de urgencias del HGM, retraso en acudir a valoración por el servicio de urgencias, las complicaciones postquirúrgicas, el antecedente de DM2.

Se hizo el análisis de datos con Statistical Package for Social Sciences.

Para los análisis se utilizaron medidas de tendencia central, *t* de student, *ji* cuadrada, *odds ratio*.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 174 pacientes que recibieron atención quirúrgica en el servicio de urgencias del Hospital General de México en el período de Enero y Mayo del 2015, todos ingresaron por presentar dolor abdominal agudo. De los cuales 98 fueron mujeres (56.3%) y 76 fueron hombres (43.7%), se expone en la gráfica 1. El rango de edad desde 17 a 94 años con media de 43 años, con desviación estándar de ± 16.417 .



Gráfica 1. Distribución por Sexo

Los síntomas referidos por los pacientes por orden de frecuencia fueron: dolor abdominal agudo, vómito, fiebre, náusea, constipación, ictericia, diarrea, distensión abdominal, melena, hematoquecia, disuria, hernia inguinal no reductible, hiperglucemia y hematemesis. Cabe destacar que el 17.8% presentó

dolor abdominal de más de tres días de evolución, el 31% de los pacientes presentaron vómito y el 19% de los pacientes presentó fiebre.

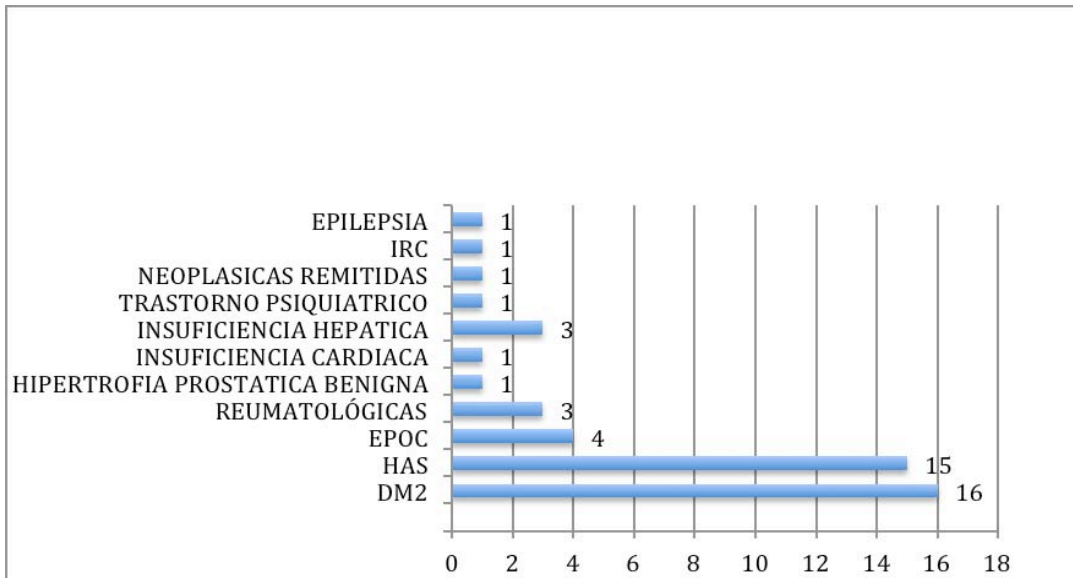
Los principales síntomas que presentaron los pacientes se señalan en la tabla 1.

Tabla 1. Principales síntomas al ingreso hospitalario.		
Síntomas	Número de pacientes con sintomatología.	Porcentaje de pacientes con sintomatología. (%)
Dolor abdominal agudo	174	100
Vómito	55	31
Fiebre	34	19

El 27% de los pacientes refirió presentar alguna enfermedad crónico-degenerativa las cuales se exponen en la gráfica 2.

El 9.2% (16 pacientes) refirió padecer Diabetes Mellitus tipo 2 y el 8.6% refirió padecer Hipertensión Arterial Sistémica (Tabla 2.).

Tabla 2. Enfermedades Crónico-Degenerativas		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión Arterial Sistémica	15	8.6
Reumatológicas	3	1.7
Hipertrofia Prostática Benigna	1	0.6
Insuficiencia Cardíaca	1	0.6
Insuficiencia Hepática	3	1.7
Trastorno Psiquiátrico	1	0.6
Neoplásicas Remitidas	1	0.6
Insuficiencia Renal Crónica	1	0.6
Epilepsia	1	0.6
Diabetes Mellitus	16	9.2



Gráfica 2. Enfermedades Crónico-degenerativas.

Un total de 66 (37.9%) pacientes recibieron atención médica por medio particular, (Gráfica 3); De estos, 38 casos (57.65%) acudieron al servicio de urgencias antes de las 72 horas, y 28 (42.4%) pacientes acudieron después de 72 horas al servicio de urgencias del HGM (Gráfica 4).



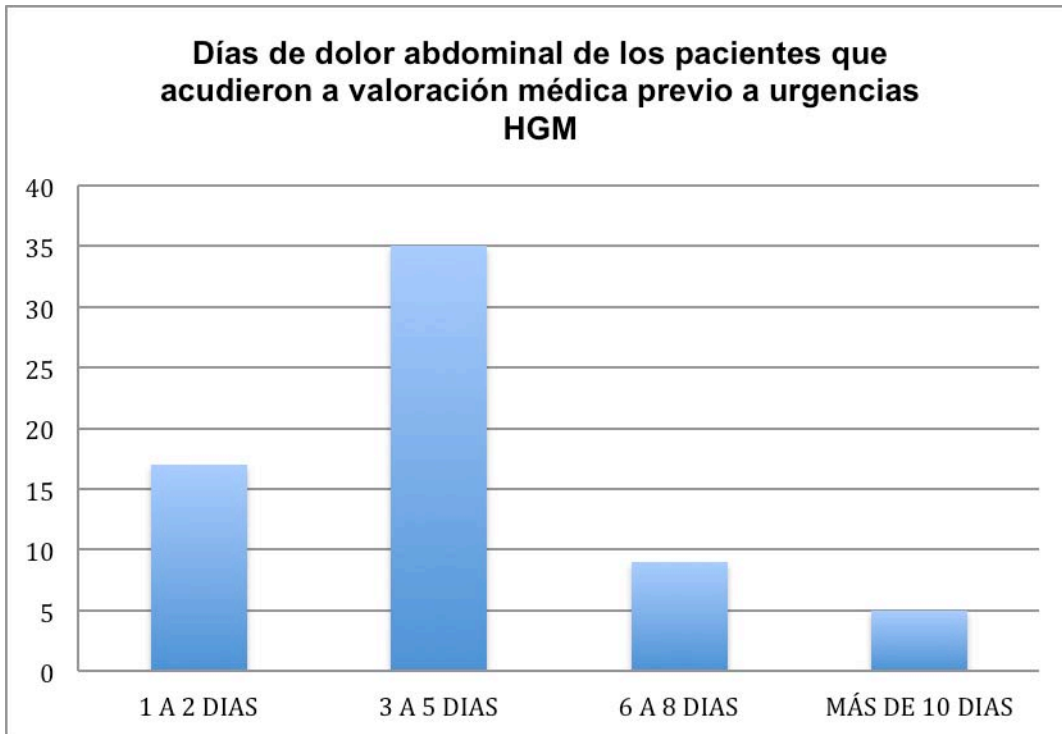
Gráfica 3. Recibió atención médica previa a valoración por urgencias HGM.



Gráfica 4. Tiempo en acudir a urgencias HGM

Los días de dolor abdominal que presentaron los pacientes que recibieron atención médica antes de la valoración por urgencias HGM se refieren en la Tabla 3 y Gráfica 5.

Tabla 3. Días de dolor abdominal de los pacientes que recibieron atención médica previo a urgencias HGM		
Días de dolor abdominal	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	8	12.1
2	9	13.6
3	22	33.3
4	7	10.6
5	6	9.1
6	2	3.0
7	5	7.6
8	2	3.0
10	1	1.5
15	1	1.5
20	3	4.5
Total	66	100.0



Gráfica 5. días de dolor abdominal de los pacientes que acudieron a valoración médica previo a urgencias HGM.

De estos 66 pacientes (39.7%) que recibieron atención médica; 24 pacientes (36.3%) recibió un diagnóstico correcto, 21pacientes (31.8) recibió un diagnóstico erróneo y 21 pacientes (31.8%) no recibió diagnóstico (gráfica 6).



Gráfica 6. Diagnósticos realizados en medio particular.

Dentro de los pacientes que recibieron diagnóstico erróneo, éstos fueron infección de vías urinarias, gastroenteritis probablemente infecciosa, colon irritable y gastritis; siendo los diagnósticos transoperatorios Apendicitis aguda y Colecistitis.

De los pacientes que recibieron diagnóstico correcto previo al ingreso a urgencias estos fueron Colecistitis o Apendicitis, los pacientes con patología diferente a la mencionada no contaron con diagnóstico acertado.

Solamente 17 pacientes acudieron con referencia de médico particular al hospital.

Los diagnósticos realizados por medio particular previo a la valoración por urgencias HGM se refieren en la siguiente tabla 4.

Tabla 4. Diagnóstico previo a valoración por servicio de urgencias HGM		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	21	31.8
Colecistitis Crónica Litiásica	15	22.7
Descontrol Metabólico	1	1.5
Colon Irritable	4	6.1

Apendicitis Aguda	7	10.6
Infección de vías urinarias	8	12.1
Gastro-enteritis probablemente infecciosa	4	6.1
Gastritis	3	4.5
Hernia	1	1.5
Oclusion	1	1.5
Vertigo	1	1.5

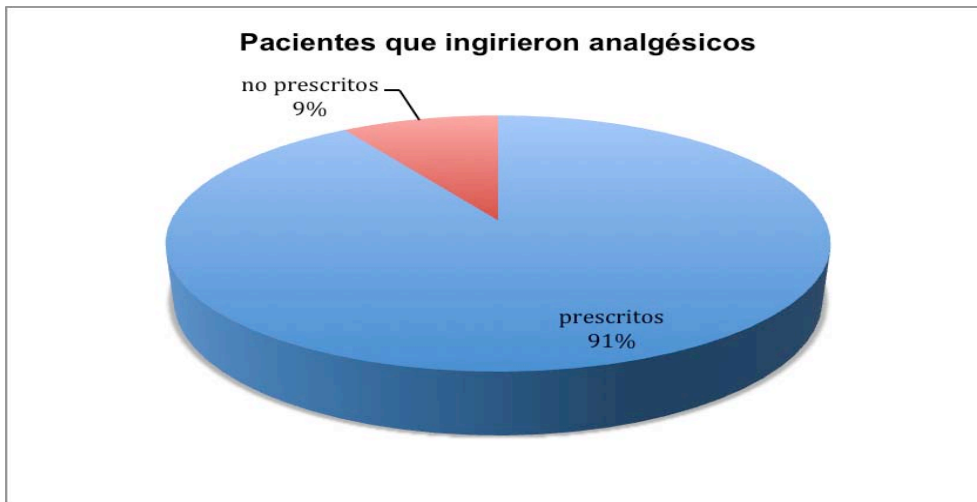
De los 174 pacientes 73 (42%) recibió algún tipo de tratamiento médico y 101 (58%) pacientes negaron la ingesta de cualquier tratamiento médico (gráfica 7).



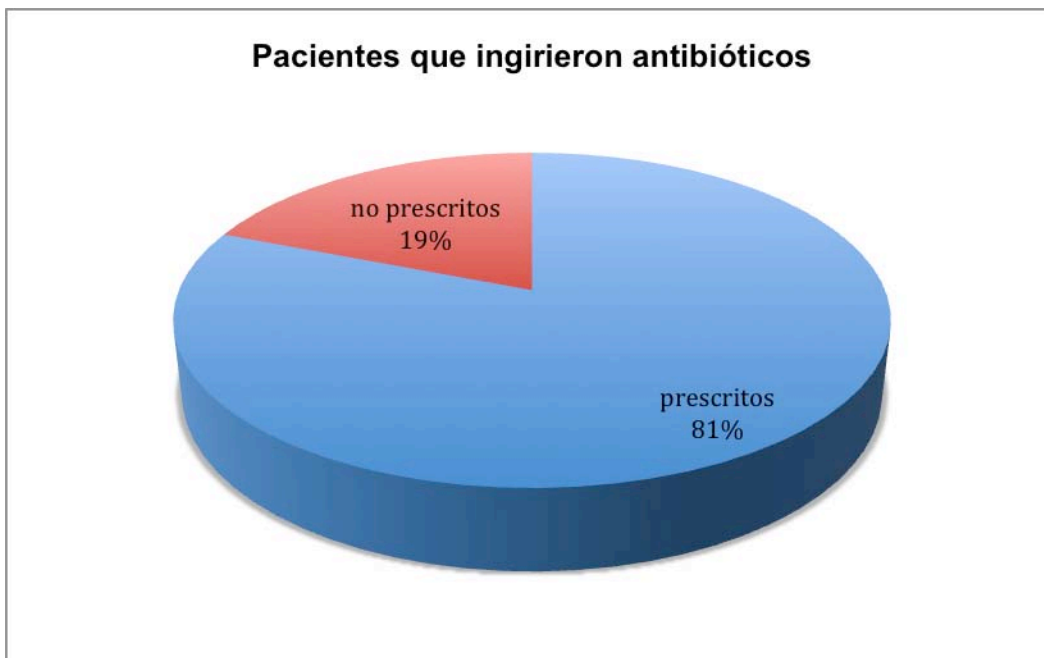
Gráfica 7. Pacientes que recibieron tratamiento médico previo al ingreso a urgencias.

Acerca del consumo de medicamentos: 44/174 pacientes ingirieron analgésicos (25.35%): los cuales fueron prescritos por un facultativo en 40/44 pacientes (90.9%), 4/44 pacientes (9.1%) se automedicaron analgésicos (gráfica 8).

En 21/174 casos refirieron haber ingerido antibiótico (12.1%); 17 (80.9%) fueron por prescripción médica y solo 4 casos se automedicaron (19.1%) (Gráfica 9).

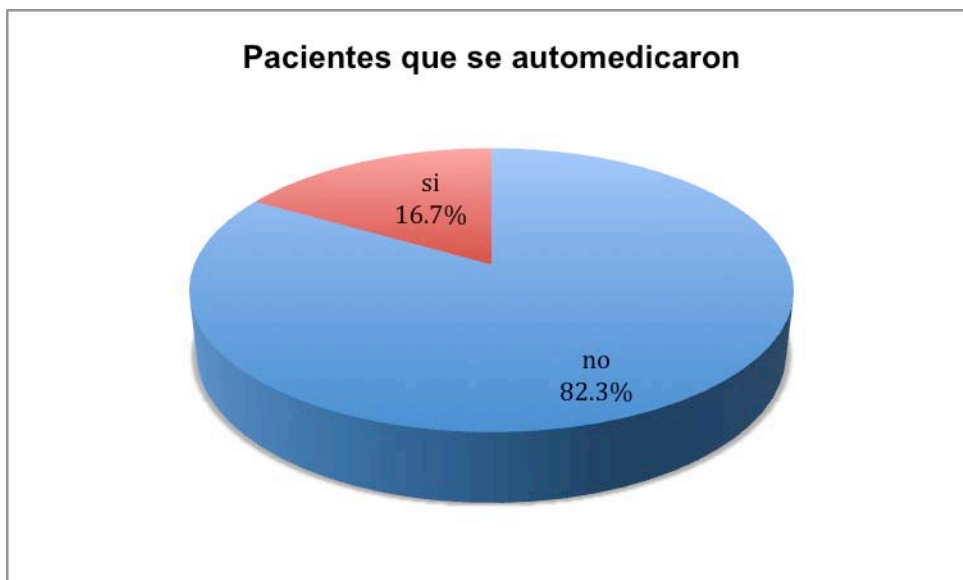


Gráfica 8. Pacientes que ingirieron analgésicos.



Gráfica 9. Pacientes que ingirieron antibióticos.

Aún y cuando varios pacientes acudieron a consulta médica, 29/174 de ellos (16.7%) tuvieron ingesta de medicamentos no prescritos. (gráfica 10).

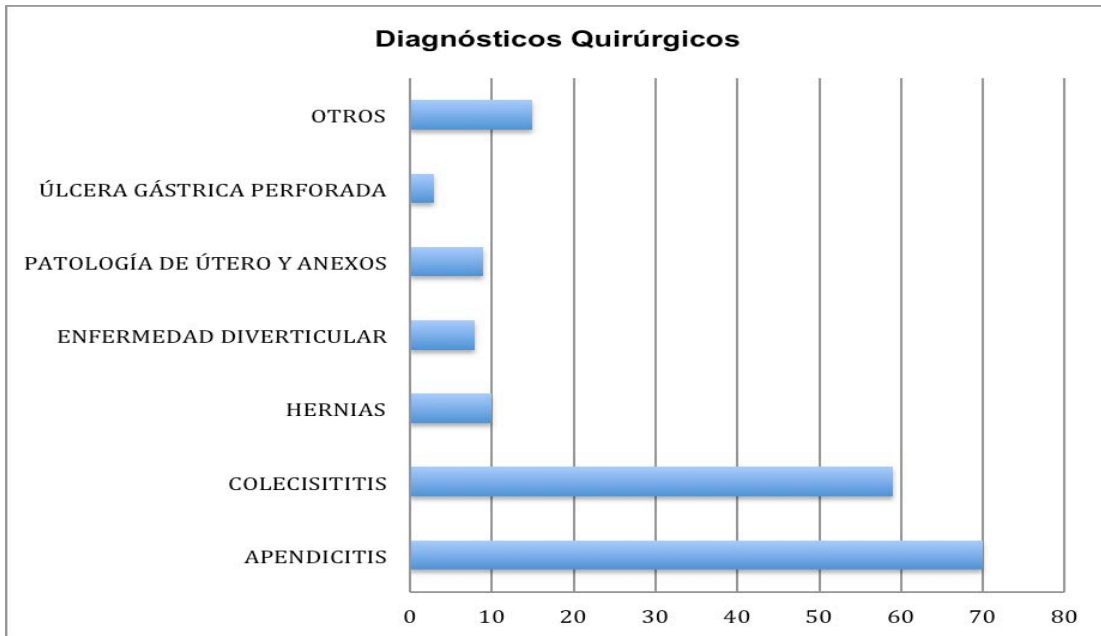


Gráfica 10. Pacientes que se automedicaron.

Los diagnósticos quirúrgicos se refieren en la siguiente tabla 5 y en la Gráfica 11.

Tabla 5. Diagnósticos Quirúrgicos.		
Diagnósticos	frecuencias	Porcentaje (%)
Apendicitis aguda no complicada	36	20,7
Apendicitis aguda complicada	34	19,5
Colecistitis crónica litiásica	9	5,2
Colecistitis crónica litiásica Agudizada	50	28,7

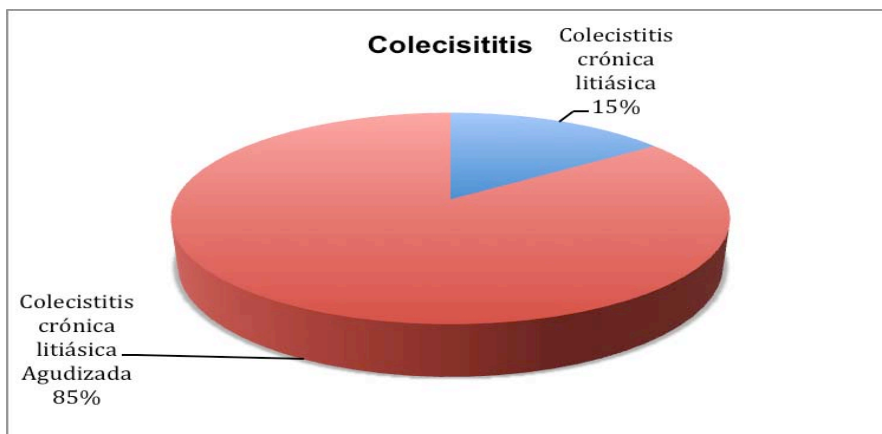
Hernia no complicada	4	2,3
Hernia complicada	6	3,4
Hernia Interna	3	1,7
Coledocolitiasis	1	0,6
Enfermedad Diverticular Complicada	8	4,6
Úlcera Gástrica Perforada	3	1,7
Adherencias	1	0,6
Oclusión Intestinal	2	1,1
Patologías de útero y anexos	9	5,2
Carcinomatosis Peritoneal	3	1,7
Trombosis Mesentérica	2	1,1
Laparotomía Exploradora sin hallazgos patológicos	1	0,6
Absceso de Psoas	1	0,6
Tumor de la Vía Biliar	1	0,6



Gráfica 11. Diagnósticos Quirúrgicos.

Los 50 pacientes con Colecistitis Aguda (28.7%) presentaron datos de inflamación aguda, Hidrocolecisto, Picolecisto, Síndrome de Mirizzi, y Perforación de la vesícula biliar. De estos, 8 casos (16%) presentaron complicaciones postquirúrgicas y hubo una defunción (tabla 6). De los 50, 18 de estos pacientes (36%) recibieron consulta médica al inicio de sus síntomas; 10 casos (20%) acudieron con más de tres días de retraso al servicio de urgencias.

La mayoría de los pacientes con Colecistitis operados por el servicio de urgencias tenían datos de agudización (gráfica 12).

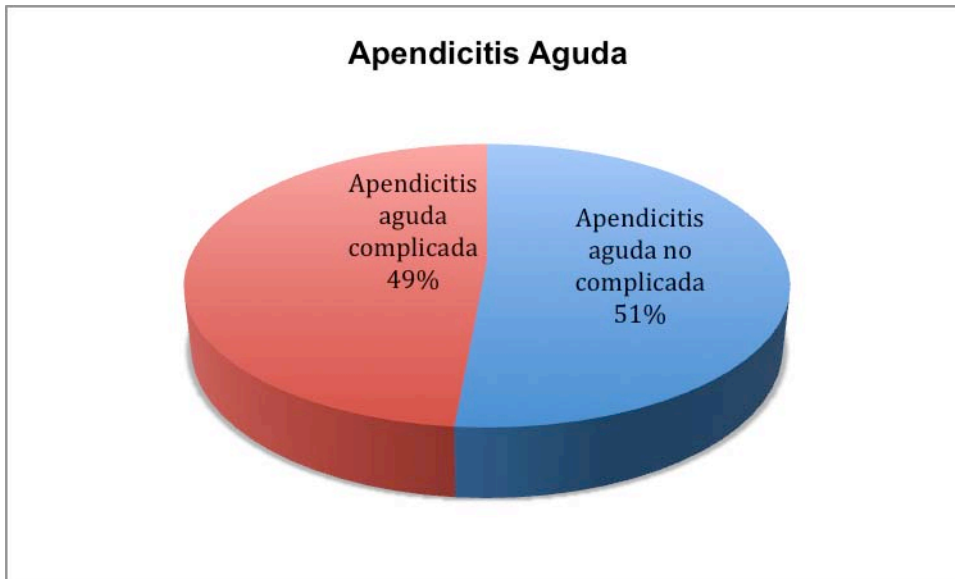


Gráfica 12. Pacientes con Colecistitis Crónica y Colecistitis Aguda.

Tabla 6. Complicaciones Postquirúrgicas según clasificación de Clavien-Dindo de los pacientes con Colecistitis aguda.

CLASIFICACIÓN	Frecuencia	Porcentaje (5)
0. NINGUNA	42	84
I. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO SUPERFICIAL	0	0
II. NPT, HEMODERIVADOS, MEDICAMENTOS	2	4
III. CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	3	6
IV. UCI, FALLA ORGÁNICA	2	4
V. DEFUNCIÓN	1	2

Apendicitis Aguda representó el 40.2% de los diagnósticos quirúrgicos con 70 casos, de los cuales 34 casos (48.6%) se encontró complicado y de estos 11 casos (32.4%) evolucionó con alguna complicación postquirúrgica con 2 defunciones en este grupo (gráfica 12) (tabla 7).



Gráfica 12. Pacientes con Apendicitis Aguda complicada y no complicada.

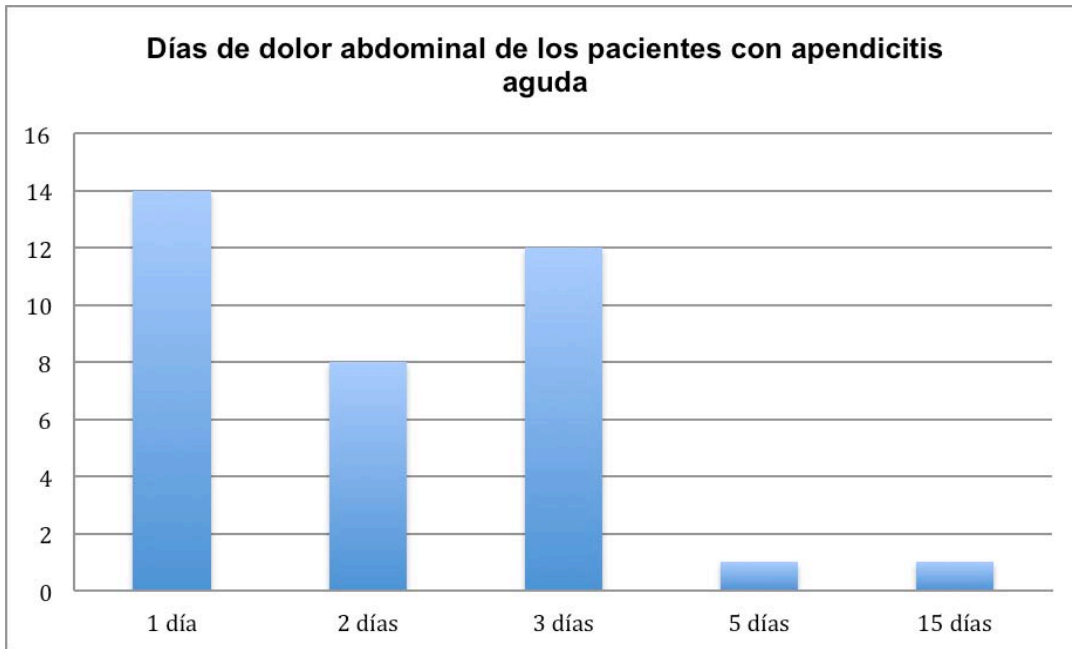
Tabla 7. Complicaciones Postquirúrgicas según clasificación de Clavien-Dindo de los pacientes con Apendicitis aguda.		
CLASIFICACIÓN	Frecuencia	Porcentaje (5)
0. NINGUNA	23	67.6
I. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO SUPERFICIAL	5	14.7
II. NPT, HEMODERIVADOS, MEDICAMENTOS	0	0
III. CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	2	5.9
IV. UCI, FALLA ORGÁNICA	2	5.9
V. DEFUNCIÓN	2	5.9

De los pacientes con apendicitis no complicada (51.4%) ninguno se reportó con complicación postquirúrgica.

A todos ellos se les realizó apendicectomía.

Los días de dolor abdominal que presentaron los pacientes con diagnóstico de Colecistitis se representan en la siguiente tabla 8 y gráfica 13.

Tabla 8. Días de dolor abdominal en los pacientes con apendicitis aguda.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	14	38.9
2	8	22.2
3	12	33.3
5	1	2.8
15	1	2.8
Total	36	100.0



Gráfica 13. Días de dolor abdominal en los pacientes con Apendicitis aguda

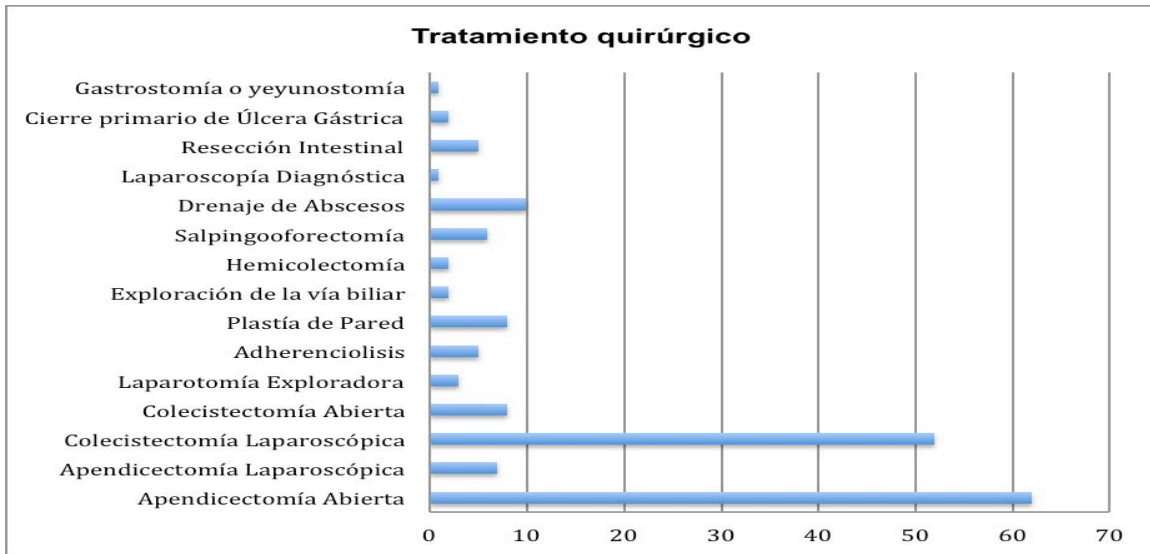
En las patologías de útero y anexos las pacientes presentaron Quiste roto de ovario, Quiste torcido de ovario, Embarazo ectópico, Tumor torcido de ovario y Enfermedad pélvica inflamatoria.

Los procedimientos realizados por urgencias se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Tratamiento quirúrgico.		
	frecuencias	Porcentaje
Apendicectomía Abierta	62	35,6
Apendicectomía Laparoscópica	7	4,0
Colecistectomía Laparoscópica	52	29,9
Colecistectomía Abierta	8	4,6

Laparotomía Exploradora	3	1,7
Adherenciólisis	5	2,9
Plastía de Pared	8	4,6
Exploración de la vía biliar	2	1,1
Hemicolectomía	2	1,1
Salpingooforectomía	6	3,4
Drenaje de Abscesos	10	5,7
Laparoscopia Diagnóstica	1	0,6
Resección Intestinal	5	2,9
Cierre primario de Úlcera Gástrica	2	1,1
Gastrostomía o yeyunostomía	1	0,6
Total	174	100,0

La cirugía realizada con más frecuencia fue la apendicectomía, seguida de la colecistectomía, en abordaje abierto o laparoscópico (gráfica 14).

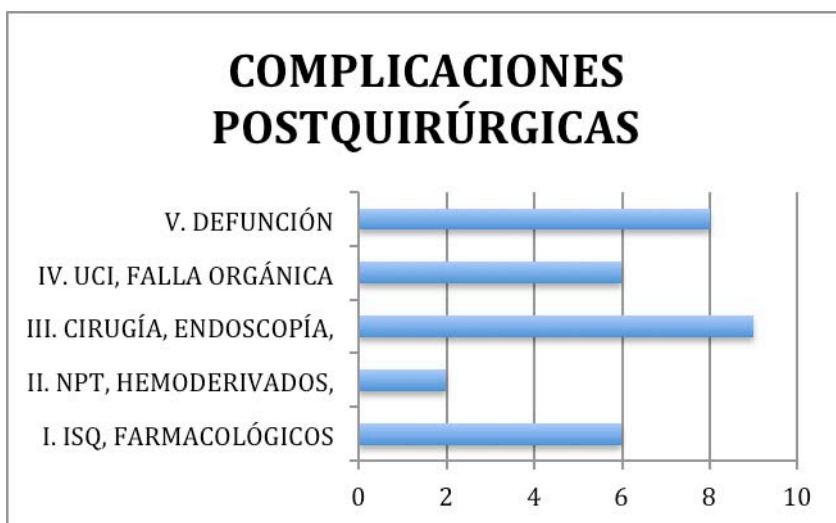


Gráfica 14. Tratamiento Quirúrgico.

Los diagnósticos médicos agregados durante la estancia hospitalaria se refieren en la siguiente tabla 10

Tabla 10. Diagnósticos médicos durante estancia hospitalaria.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Anemia	1	0.6
Neumonía	1	0.6
Falla Renal Aguda	2	1.1
Choque Séptico	3	1.7
Insuficiencia Cardíaca	1	0.6
Insuficiencia Hepática	2	1.1
Aborto	1	0.6
Descontrol Metabólico	2	1.1
Neumotórax	1	0.6

Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en el 17.8% de los pacientes y se mencionan en la tabla 11, 12 y gráfica 15.



Gráfica 15. Complicaciones Postquirúrgicas.

Tabla 11. Complicaciones postquirúrgicas según la clasificación de Clavien-Dindo. Del total de la muestra.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
0. NINGUNA	143	82,2
I. ISQ, FARMACOLÓGICOS	6	3,4
II. NPT, HEMODERIVADOS, MEDICAMENTOS	2	1,1
III. CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	9	5,2
IV. UCI, FALLA ORGÁNICA	6	3,4
V. DEFUNCIÓN	8	4,6

Tabla 12. Porcentaje de Complicaciones posquirúrgicas según la clasificación de Clavien-Dindo.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
I. ISQ, FARMACOLÓGICOS	6	19.4
II. NPT, HEMODERIVADOS, III. MEDICAMENTOS	2	6.5
IV. CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	9	29.0
IV. UCI, FALLA ORGÁNICA	6	19.4
V. DEFUNCIÓN	8	25.8
Total	31	100.0

Los pacientes que recibieron tratamiento previo presentaron 15.06% de complicaciones vs 19.8% de los que no recibieron tratamiento previo, OR 0.72 (IC 95% 0.32 a 1.6), $p= 0.545$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir, en este parámetro no hay diferencia entre los grupos. Se compararon por separado el uso de analgésicos y complicaciones, se obtuvo una $p= 0.225$, OR 1.833 (IC95% 0.79 a 4.21) no significativa y en cuanto

al uso de antibiótico y complicaciones, se obtuvo una $p= 0.093$, OR 2.68 (IC95% 0.98 a 7.35) no significativa.

Se compararon las poblaciones que refirieron ingesta de algún tratamiento con el retraso en acudir al servicio de urgencias con una $p= 0.00001$. Odds ratio 4.5838 (IC 95% 2.3821 a 8.8203). Los pacientes que recibieron tratamiento (automedicación o por facultativo) antes de acudir al servicio de urgencias presentaron 4.6 veces más riesgo de presentar retraso en su atención de urgencias, que aquellos que no recibieron tratamiento previo. Se compararon por separado Antibiótico/Retraso obteniendo $p=0.001$, OR 6.75 (IC95% 1.9, 23.86) y Analgésico/Retraso obteniendo $p= 0.0001$, OR 9.5 (IC95% 3.74, 24.072), por lo que podemos decir que de igual manera ambos antibióticos y analésicos generan retraso.

Se compararon las poblaciones con retraso en acudir al servicio de urgencias con los pacientes que presentaron complicaciones y se obtuvo una $p= 0.010$. Odds Ratio 3.2612 (CI 95% 1.3677 a 7.7762). Los pacientes con retraso mayor a 3 días de acudir al servicio de urgencias presentaron 3.3 veces mayor riesgo de complicarse que aquellos que acudieron de manera oportuna. El análisis se muestra en la imagen 1.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	23	67	90
	Row %	25.56 %	74.44 %	100.00 %
	Col %	74.19 %	46.85 %	51.72 %
	No	8	76	84
	Row %	9.52 %	90.48 %	100.00 %
	Col %	25.81 %	53.15 %	48.28 %
Total	31	143	174	
Row %	17.82 %	82.18 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Odds-based Parameters				Statistical Tests		
	Estimate	Lower	Upper	χ^2	2 Tailed P	
Odds Ratio	3.2612	1.3677	7.7762	Uncorrected	7.6267	0.0057511388
MLE Odds Ratio (Mid-P)	3.2398	1.3835	8.1694	Mantel-Haenszel	7.5828	0.0058926573
Fisher-Exact		1.2924	8.9603	Corrected	6.5710	0.0103650787

Risk-based Parameters					
	Estimate	Lower	Upper	1 Tailed P	2 Tailed P
Risk Ratio	2.6833	1.2706	5.6666	Mid-P Exact	0.0029614373
Risk Difference	16.0317	5.0493	27.0142	Fisher Exact	0.0046556731

Imagen 1.

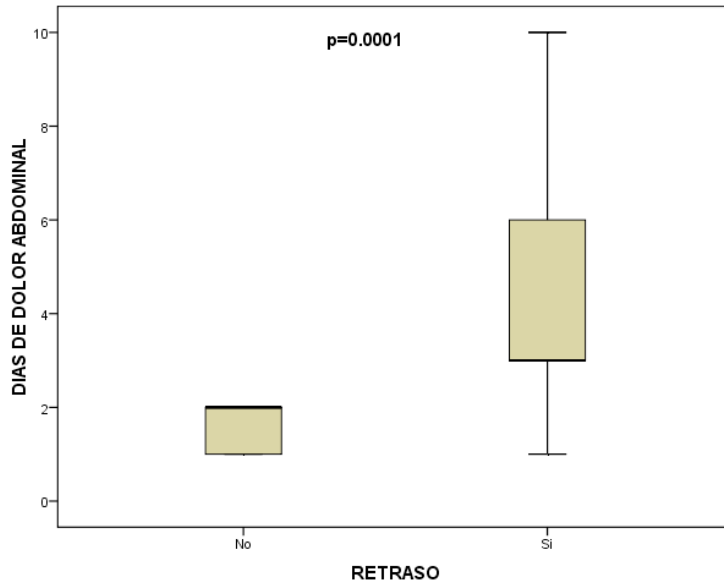


Imagen 2. Análisis de los paciente que presentaron retraso en acudir a urgencias con respecto a los días de dolor abdominal.

Se compararon las poblaciones con antecedente de diabetes mellitus 2 con los pacientes que presentaron complicaciones y se obtuvo una $p= 0.0014$ con Odds Ratio 5.8696 (IC 95% 2.0030 a 17.1998). Los paciente diabéticos presentaron 5.9 veces mayor riesgo de complicarse que los pacientes no diabéticos.

Se compararon las poblaciones con antecedente de diabetes mellitus 2 con los pacientes con retraso en acudir al servicio de urgencias y se obtuvo una $p=0.0127$. Odds Ratio 4.6452 (IC95% 1.4334 a 15.0538), este retraso puede deberse en los pacientes diabéticos a los cuadros atípicos o alteraciones de sensibilidad al dolor para buscar atención médica.

De los pacientes con antecedente de Diabetes Mellitus se compararon los pacientes que tardaron más de tres días en acudir a valoración por urgencias HGM con las complicaciones que presentaron y se encontró un total de 16 pacientes diabéticos (9.2%) en la muestra, con una $p=0.563$ OR 4.2 (IC95% 0.3320 a 53.1253). si hay que tomar en cuenta que un diabético con un factor agregado de retraso tiene 4,2 veces mas posibilidades de complicarse que un DM sin retraso en su atención médica.

En el análisis de Automedicación/Complicación encontramos una $p=0.051$ y un OR 0.136 (IC95% 0.0179 a 1.047) por lo que podemos decir que el hecho de NO medicarse previene complicaciones postquirúrgicas.

		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	7	5	12
	Row %	58.33 %	41.67 %	100.00 %
	Col %	87.50 %	62.50 %	75.00 %
	No	1	3	4
	Row %	25.00 %	75.00 %	100.00 %
	Col %	12.50 %	37.50 %	25.00 %
Total	8	8	16	
Row %	50.00 %	50.00 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

	Odds-based Parameters			Statistical Tests	
	Estimate	Lower	Upper	χ^2	2 Tailed P
Odds Ratio	4.2000	0.3320	53.1253	Uncorrected	1.3333 0.2482130790
MLE Odds Ratio (Mid-P)	3.8390	0.3129	125.1074	Mantel-Haenszel	1.2500 0.2635524773
Fisher-Exact		0.2272	251.3418	Corrected	0.3333 0.5637028617

	Risk-based Parameters			1 Tailed P		2 Tailed P	
	Estimate	Lower	Upper	Mid-P Exact	Fisher Exact		
Risk Ratio	2.3333	0.4000	13.6097	0.1615384615	0.2846153846	0.5692307692	
Risk Difference	33.3333	-17.4491	84.1157				

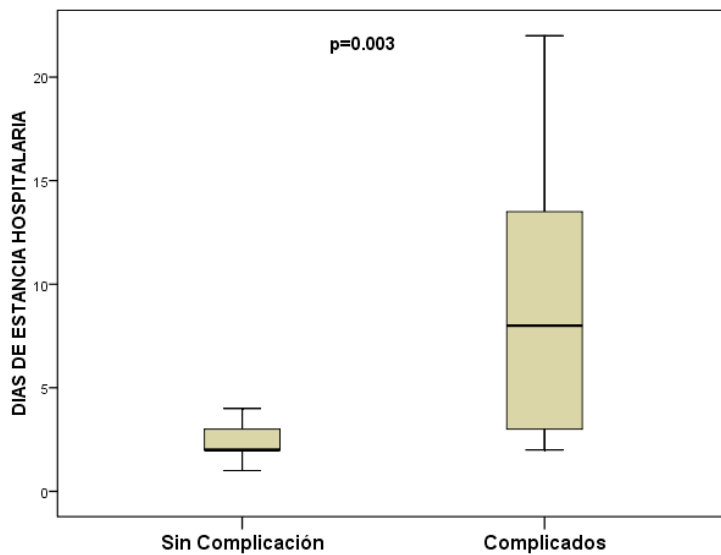


Imagen3. Análisis de los días de estancia hospitalaria.

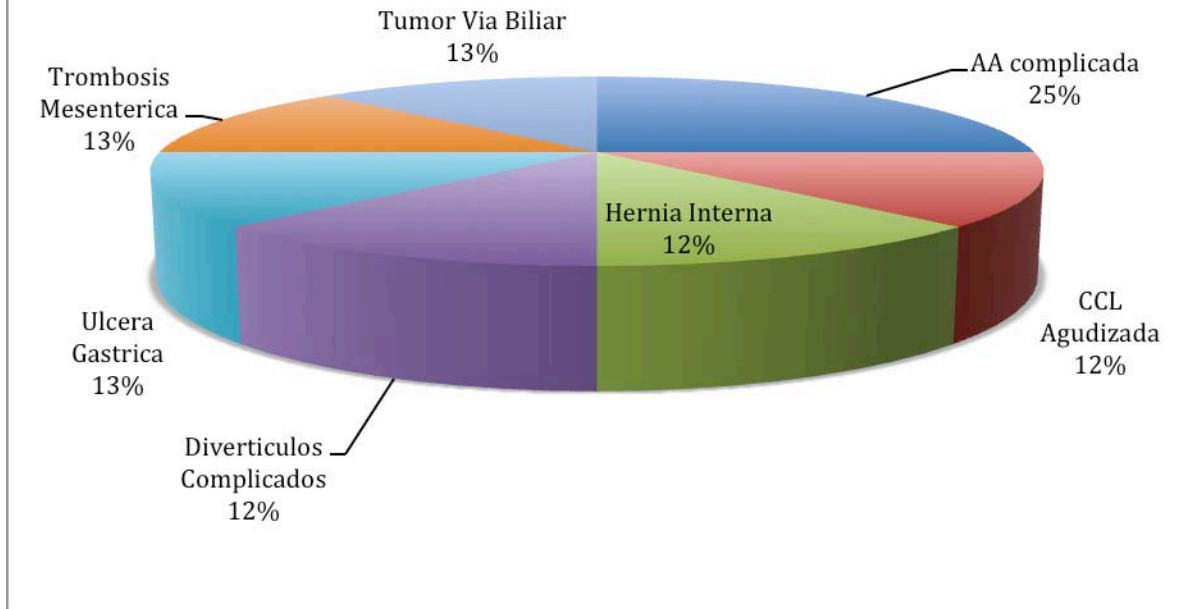
La mortalidad presentada en esta serie fue de 4.6% (8 Casos), de los cuales el

87.5% acudió en los primeros 3 días del inicio de síntomas a la unidad de urgencias, 3 de estos pacientes recibieron analgésicos 37.5% y uno recibió antibiótico, ninguno de estos pacientes se automedicó. El promedio de edad fue de 60 años con una DE 12.9, el más joven de 40 años y el más grande de 78 años, de estos pacientes 5 fueron mujeres y tres fueron hombres. De las defunciones 50% eran diabéticos e hipertensos, 3 sin enfermedades crónicas previas.

Los diagnósticos de las defunciones se refieren en la siguiente tabla 13 y gráfica

Tabla 13. Diagnóstico de las defunciones		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
AA complicada	2	25.0
CCL Agudizada	1	12.5
Hernia Interna	1	12.5
Diverticulos Complicados	1	12.5
Ulcera Gastrica	1	12.5
Trombosis Mesenterica	1	12.5
Tumor Via Biliar	1	12.5
Total	8	100.0

Diagnóstico de las defunciones



Gráfica 16. Diagnóstico de las defunciones.

DISCUSIÓN

Revisamos a 174 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de México, todos por dolor abdominal agudo, la intención de este estudio fue determinar las causas de retraso en la atención quirúrgica de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias y si esto se relaciona con las complicaciones; sabiendo que los principales factores son que los pacientes se demoran en solicitar atención médica aún que se mediquen o no lo hagan y retraso tras la atención médica que arrojó un diagnóstico erróneo o poco claro y que desorientó al enfermo.

Dentro de nuestra población encontramos 56% de mujeres y 44% de hombres de 17 a 94 años con media de 43 años, con desviación estándar de ± 16.417 .

El 27% de los pacientes refirió presentar alguna enfermedad crónico-degenerativa las cuales fueron reumatológicas, insuficiencia cardiaca, hepática o renal; siendo las más comunes DM2 con una incidencia de en nuestra muestra de 9.2% semejante a la referida por Federación Internacional de Diabetes, y la Hipertensión arterial sistémica con una incidencia de 8.6% similar a la referida por la literatura.

Se recabaron los síntomas referidos por los pacientes tomando como síntoma pivote el dolor abdominal agudo, además los pacientes presentaron otros síntomas dentro de los más comunes fueron vómito 31% y fiebre 19%, otros pacientes presentaron datos de sangrado de tubo digestivo, oclusión intestinal y diarrea y datos de respuesta inflamatoria sistémica y descontrol metabólico.

Se sabe que hasta 40% de los pacientes con apendicitis aguda tiene síntomas atípicos y un 30% no presenta fiebre y los pacientes con colecistitis la mayoría no presentará fiebre.(19)

Del total de la muestra el 17.8% ya tenían más de tres días con el dolor abdominal y de los que recibieron atención médica previa, 49 pacientes (74.24%) lo hicieron después de 72 horas, en otros trabajos se reporta una demora de 48 horas en el 44% de los pacientes.(9)

En un estudio 74% de los pacientes asistieron al hospital pasadas 24 horas luego de haber empezado el dolor abdominal, de estos, 44% lo hicieron después de transcurridos dos días y en casi la mitad de los enfermos se atribuye esta demora a la falla en el diagnóstico después de buscar ayuda médica. (16)

Los pacientes que recibieron atención médica por medio externo previo a la valoración por el servicio de urgencias HGM fueron 66 pacientes (37.9%) de la muestra de 174. Este porcentaje es semejante al presentado en la literatura donde se presentó 40% de pacientes que acudieron a valoración medica antes de acudir a un servicio de urgencias definitivo.(16)

De estos pacientes a un tercio se les diagnosticó acertadamente en medio externo, a un tercio se les diagnosticó erróneamente y a un tercio no le dieron un diagnóstico claro. En la literatura se reporta un 46% de diagnósticos erróneos en el medio externo. (16)

Dentro de los pacientes que recibieron diagnóstico erróneo, éstos fueron infección de vías urinarias, gastroenteritis probablemente infecciosa, colon irritable y gastritis; siendo los diagnósticos transoperatorios Apendicitis aguda y Colecistitis. De los pacientes que recibieron diagnóstico correcto previo al ingreso a urgencias estos fueron Colecistitis o Apendicitis, los pacientes con patología diferente a la mencionada no contaron con diagnóstico acertado. Por lo que es de considerarse la dificultad diagnóstica que representan las patologías menos comunes que ocasionan dolor abdominal agudo.

Según la CONAMED en el análisis de 136 quejas en el medio hospitalario; el 64.7% fueron urgencias quirúrgicas, de estas urgencias que representa 88 pacientes, se intervinieron al 29.4% y el 35.2% restante tuvieron que ser intervenidos en medio particular al ser egresados del servicio institucional. En el 8.0% de los casos se desconoce el tipo de urgencia. En relación a la valoración de los pacientes, 49.2% recibieron valoración por el especialista, en el resto de los pacientes no se solicitó valoración o el paciente fue egresado antes de poder ser evaluado. Algunos de los errores que se pudieron identificar en este análisis están relacionados en un 45.5% con error diagnóstico, 25% de los casos con complicaciones y secuelas en el 4.4% de los casos. (2)

De los 174 pacientes 73 (42%) recibió algún tipo de tratamiento médico y 101 (58%) pacientes negaron la ingesta de cualquier tratamiento médico.

Acerca del consumo de medicamentos: 25.35% ingirieron analgésicos el 90.9%, presecritos por médicos y 9.1% por automedicación. El 12.1% tomaron antibióticos y de estos el 81% fue por prescripción médica y el 9% por automedicación.

Aún y cuando varios pacientes acudieron a consulta médica, de total de la muestra un 16.7% se automedicó. Jawaid 2009 publicó que más de tres cuartas partes de los pacientes se automedican analgésicos; en otro trabajo en el grupo del de los que sí fueron diagnosticados en forma correcta por un médico en atención prehospitalaria, el 100% se caracterizó por consumir medicamentos antes o después de la consulta. (16)

Las causas comunes del dolor abdominal agudo incluyen: no específicas (22-44.3%), apendicitis aguda (15.9-28.1%), enfermedad biliar (2.9-14.0%), perforación gastrointestinal (2.3-15%), íleo adinámico (4.1-8.6%), diverticulitis (8.2-9.0%), pancreatitis (3.2-4%), cólico ureteral (5.1%), enfermedad inflamatoria intestinal (0.6%), además de obstrucción intestinal, trastornos ginecológicos en

mujeres y dolor abdominal no quirúrgico, como gastritis y gastroenteritis entre otros.(4)

Los diagnósticos quirúrgicos obtenidos encontramos por frecuencia:

Apendicitis Aguda en un 40.2%.

Colecistitis 33.9% siendo la enfermedad del tracto biliar reportada del 25% de los casos de dolor abdominal agudo en la literatura.⁰⁰

De los pacientes que ingresaron a urgencias con diagnóstico de Colecistitis y que fueron operados el 85% estaba Aguda presentando datos de inflamación aguda, Hidrocolecisto, Piocolecisto, Síndrome de Mirizzi, y Perforación de la vesícula biliar. El 36% de estos pacientes recibieron consulta médica al inicio de sus síntomas; y 20% acudieron con más de tres días de retraso al servicio de urgencias.

De estos pacientes el 16% presentaron complicaciones postquirúrgicas y hubo una defunción. Dentro de las complicaciones 3 pacientes requirieron CPRE para aclarar la vía biliar y uno por fistula biliar, dos pacientes requirieron de cuidados intensivos.

La mortalidad reportada en la literatura para colecistectomía en colecistitis aguda es del 3,6 - 4% y en algunos trabajos asciende hasta 15,4%. En nuestro caso fue del 2%. (7, 23-27, 29)

Hernias de pared abdominal complicadas y no complicadas representaron el 5.7%, según la literatura generalmente representan el 11.8%.(4)

Patologías de útero y anexos representaron el 5.2% de los pacientes operados por dolor abdominal agudo. Dentro de las cuales encontramos: quiste roto de ovario, quiste torcido de ovario, Embarazo ectópico, Tumor torcido de ovario y Enfermedad pélvica inflamatoria.

Enfermedad diverticular complicada 4.6%.

Y los menos frecuentes: Hernia interna, carcinomatosis peritoneal, úlcera péptica perforada, adherencias, coledocolitiasis, tumor de la vía biliar, Trombosis mesentérica.

Los procedimientos realizados más frecuentemente fueron apendicectomía y colecistectomía por abordaje abierto y laparoscópico, el segundo más frecuente en las colecistectomías, a pesar de los hallazgos no se reportaron conversiones a cirugía abierta de las colecistectomías que iniciaron por abordaje laparoscópico.

En la población latinoamericana en los ancianos las causas de dolor abdominal por frecuencia son oclusión intestinal (58,9 %) secundario a adherencias (42,4 %), hernias (25 %) y cáncer de sigmoides (14,1 %). La colecistitis aguda (13,5-24,5%) y la úlcera péptica gastroduodenal perforada (10,9 %). La litiasis biliar afecta al 50 % de los ancianos.

La frecuencia de apendicitis aguda disminuye con el incremento de la edad; aumenta la prevalencia de la úlcera péptica gastroduodenal, de la diverticulosis colónica y de las neoplasias.(4, 7, 12)

Solamente 17 pacientes acudieron con referencia de médico particular al hospital.

APENDICITIS. Según la literatura de los pacientes a los que se les realiza cirugía de manera urgente al 47% se les realiza apendicectomía.

En nuestro trabajo el diagnóstico de Apendicitis Aguda representó el 40.2% de todos los diagnósticos quirúrgicos, de estos, el 48.6% se encontró complicado y de estos, el 32.4% evolucionó con alguna complicación postquirúrgica. La infección de sitio quirúrgico superficial fue la complicación más común y la infección de sitio quirúrgico profundo que amerita reintervención y colocación de sistema VAC se encontró en dos casos de apendicitis complicada. Del resto de los complicados 2 pacientes evolucionaron con falla orgánica y ameritaron manejo por cuidados

intensivos. Dos pacientes (2.85%) fallecieron posterior al manejo por cuidados intensivos.

De los pacientes que acudieron por apendicitis aguda el 49% tenía más de 72hrs de evolución.

Según un estudio publicado los pacientes presentan después de 48 horas de evolución más frecuentemente síntomas atípicos con una incidencia de perforación de 15%. Siendo más difícil que ocurra perforación antes de las 48hrs.

Según la Asociación Mexicana de Cirugía General las apendicitis complicadas en representan el 10 al 15% del total de apendicitis.

La morbilidad reportada por apendicitis es de 6% en las apendicitis perforadas y 0.83% en las no perforadas y la principal complicación reportada es la infección de sitio quirúrgico.

La mortalidad se reporta del 0.12 a 0.68% en las no complicadas, 1.18% en pacientes con perforación y con peritonitis focal y difusa asciende hasta el 10 al 29%. (24, 25, 30)

De los pacientes que fallecieron fueron por distintos diagnósticos con una frecuencia similar, cuatro pacientes con sepsis abdominal que presentaron falla orgánica manejo por servicio de cuidados intensivos con choque séptico refractario. Úlcera gástrica perforada con sangrado de tubo digestivo alto a quien se le realizó diagnóstico de anemia severa con choque hipovolémico, manejo por cuidados intensivos, una trombosis mesentérica y tumor de la vía biliar encontrado durante la laparotomía exploradora, realizada por síndrome icterico y colangitis severa al cual se opero de urgencia para derivación y control de la sepsis, con choque y manejo con aminas que no fue candidata a manejo por cuidados intensivos.

Según la CONAMED el 43,6% de los pacientes presentaron una complicación durante su estancia hospitalaria, entre las complicaciones predominaron la infección de la herida quirúrgica (12,8 - 22 %) y la neumonía (5,8 -12,8%). La principal causa de muerte fue sepsis (10,3 %). Además se reporta en la literatura

que la mortalidad ascendió de 8% cuando (2) se diagnosticó de manera acertada a 19% cuando se hizo erróneamente.

Los diagnósticos médicos encontrados en este trabajo durante la estancia hospitalaria fueron: Anemia, Neumonía, Falla Renal Aguda, Falla Hepática, Falla Cardíaca, Choque Séptico, Aborto y descontrol metabólico.

En el reporte de la CONAMED El 10% de los pacientes mayores de 50 años se encontró con enfermedades malignas gastrointestinales. El 75% de los ancianos tienen una enfermedad médica coexistente. Las enfermedades asociadas de mayor prevalencia eran la cardiopatía isquémica (62,2 %) y la hipertensión arterial (48,7 %). La mortalidad aumentó con el avance de la edad, y alcanzó el 70,4 % en los mayores de 85 años.(2)

Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en el 17.8% de los pacientes. Las complicaciones las clasificamos según Clavien-Dindo de acuerdo al tratamiento que se les dio siendo 0. Ninguno, I. Uso de medicamentos diferentes II. Uso de hemoderivados, medicamentos; III. Intervenciones quirúrgicas, endoscópicas o por radiología intervencionista con o sin anestesia; IV. Manejo por unidad de cuidados intensivos, falla orgánica única o múltiple; V. Defunción. Las más frecuentes en nuestro estudio requirieron reintervención por laparotomía exploradora, colocación de sistema VAC, CPRE por persistencia de coledocolitiasis, fistula biliar. Manejo con hemoderivados transoperatorios o postoperatorios, uso de Nutrición parenteral; manejo de las falla orgánica ya fuera renal, cardíaca, hepática o múltiple con manejo por cuidados intensivos con uso de ventilación mecánica y aminas, y pacientes que graves que se les dio alguno de los manejos anteriormente descritos y que fallecieron.

Todas las complicaciones tuvieron una frecuencia similar excepto el grado II que fue menos frecuente.(25, 28)

En cuanto a los pacientes que recibieron tratamiento previo no se vio diferencia estadística en el número de complicaciones contra los que no recibieron tratamiento previo. El análisis individual de analgésicos y antibióticos tampoco hubo significancia estadística, sin embargo, se demostró que el NO automedicarse es un factor para evitar complicaciones.

Los pacientes que tomaron algún tipo de medicamento ya sea analgésico, antiespasmódico y antibiótico ya fuera prescrito por facultativo o por automedicación tienen un riesgo aumentado 4.6 veces de acudir tardíamente al menos posterior a 72 horas de evolución. Los pacientes con retraso mayor a 3 días en acudir al servicio de urgencias presentaron 3.3 veces mayor riesgo de complicarse que aquellos que acudieron de manera oportuna.

Además se estudió como población independiente a los pacientes con Diabetes Mellitus que en nuestro estudio la incidencia de Diabetes Mellitus fue de 9.2%, que coincide con lo reportado en la literatura. Estos pacientes presentaron 5.9 veces mayor riesgo de complicarse que los pacientes no diabéticos. Tienen 4.6 veces más riesgo de acudir tardíamente a solicitar servicio médico, este retraso puede deberse en los pacientes diabéticos a los cuadros atípicos o alteraciones de sensibilidad al dolor para buscar atención médica. Dentro de esta población se compararon los que acudieron con tres días de evolución con dolor abdominal.

Hay que tomar en cuenta que un diabético con un factor agregado de retraso tiene 4,2 veces más posibilidades de complicarse que un DM sin retraso en su atención médica.

La mortalidad presentada en esta serie fue de 4.6% (8 Casos), el promedio de edad fue de 60 años con una DE 12.9, el más joven de 40 años y el más grande de 78 años, de estos pacientes 5 fueron mujeres y tres fueron hombres; 50% fueron tuvieron antecedente de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y 3 pacientes no tenían antecedentes de enfermedades crónicas; el 87.5% acudió en los primeros 3 días del inicio de síntomas a la unidad de urgencias, 3 de estos

pacientes (37.5%) recibieron analgésicos y uno recibió antibiótico, ninguno de estos pacientes se automedicó. La mayoría de los pacientes que falleció recibió tratamiento por cuidados intensivos.

Hace 8 años se encuestaron 142 cirujanos: 99 % empleaba algún tipo de clasificación y 48 % indicaba antibióticos posoperatorios, independientemente de la etapa de la enfermedad, 69 % monoterapia y 60 % por tres dosis; 52 % prescribía antibiótico sólo en etapas avanzadas, con dos tipos diferentes (61 %) y de siete a 10 días (66 %). No se encontró diferencia estadística en el tratamiento si se consideraba o no una clasificación de la apendicitis. Actualmente se obtuvo que el 100% de los pacientes postoperados por el servicio de urgencias tienen prescrito antibiótico en las indicaciones postquirúrgicas.(31)

CONCLUSIONES

La ingesta de analgésicos previa a la valoración médica de urgencias determina retraso en el diagnóstico y tratamiento del Abdomen Agudo.

La ingesta de analgésicos y/o antibióticos previa a la valoración médica de urgencias no es un factor de riesgo directo para complicaciones complicaciones, sin embargo, lo es de manera indirecta.

La ingesta de antibióticos previa a la valoración médica de urgencias determina retraso en el diagnóstico y tratamiento del Abdomen Agudo.

La automedicación previa a la valoración médica de urgencias determina retraso en el diagnóstico y tratamiento del Abdomen Agudo.

El NO automedicarse previene complicaciones.

En los pacientes diabéticos el medicarse antibióticos o analgésicos prescritos por facultativo o por automedicación genera retraso en solicitar atención médica y se relaciona con la presencia de complicaciones.

Recomendaciones para el uso de analgesia intrahospitalaria.

Como primer punto debemos evaluar la intensidad del dolor, para ello existen varias escalas, sin embargo, la que proponemos en este trabajo es la Escala con rangos numéricos, la cual ya se conoce por su facilidad de uso, bajo rango de error y alto nivel de sensibilidad, es la que muestra los mejores resultados en adultos, y dependiendo de la intensidad es que se recomienda el inicio de la terapia analgésica y el tipo de analgésico, la evaluación del dolor debe repetirse cada 15 a 30 minutos.

Tenemos que elegir la ruta más adecuada de administración, además de que en el servicio de urgencias contamos con acceso a venas periféricas y accesos centrales debemos tomar en cuenta que la respuesta simpática al estrés aunado al íleo adinámico que incrementa la presión intraluminal intestinal a más de 30mmHg alteran la motilidad y microcirculación, lo cual daña la absorción oral y rectal de los medicamentos.

¿Qué analgésico elegir?

Podemos dividir los analgésicos en opioides fuertes como la morfina y débiles como el Tramadol que son los de mejor accesibilidad en nuestro medio. Debemos tener en cuenta que los opioides débiles no deben ser la primera elección porque tienen una dosis máxima y por la duración corta de su efecto. Los efectos adversos de los opioides son dosis dependiente y las principales con depresión respiratoria, náusea y vómito, la depresión respiratoria y alteraciones en signos vitales son raras e infundadas. En un estudio con administración de fentanyl prehospitalaria se reportaron que solo el 0.6% de los pacientes presentaron alteraciones en sus signos vitales. Además podemos antagonizar los efectos con Naloxona. Y el ondansetron y Metoclopramida son efectivos con tra la náusea y vómito inducidos por opioides. Además la combinación con analgésicos no opioides permite disminuir las dosis de opioides y mejora la analgesia.

Espasmolíticos. La butilescopolamina ha demostrado excelente analgesia para los colicos biliares, no así para los enoureterales, si se agrega algun analgesico no se potencia el efecto.

Durante el embarazo el metamizol se encuentra inidcado solo en el segundo trimestre del embarazo. El ibuprofeno y el diclofenaco se pueden administrar en el segundo y tercer trimestre, el ibuprofeno se puede seguir usando durante la lactancia debido a que no se transfiere a la leche materna. El paracetamol se puede usar durante todo el embarazo y la lactancia. (3)

Es necesario tomar en cuenta...

En el 2011 se publicó un estudio en el hospital General de México donde se demuestra que **el cumplimiento de las “metas internacionales de seguridad en el paciente” pueden disminuir la frecuencia de quejas y/o demandas, un 50%**. Se encontró como causa constante de queja o demanda médica, la ausencia de explicaciones relacionadas al consentimiento informado adecuado y claro, así como que el médico se presente y, en consecuencia, establezca una relación médico-paciente. (32)

BIBLIOGRAFÍA

1. J. A. Navarro Fernández PJTrLp, J. A. Rodríguez Montes² and M. A. López {J. A. Navarro Fernández, 2009 #8132}Cara3. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain inpatients admitted at an emergency department. *Rev Esp Enferm Dig* (Madrid). 2009.
2. HERNANDEZ DMER. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias . *CONAMED*. 2007;12.
3. Olayide Agodirin¹* AO, Moses Adeoti¹, Austin Agbakwuru², Kehinde Oluwadiya¹, Access ORO, Olofinbiy aB. Preoperative pain treatment in acute abdomen in Osogbo, Nigeria: a randomized double-blind placebo-controlled study. *International Journal of Emergency Medicine*. 2013.
4. MÓNICA BEJARANO CXG, JULIÁN RICARDO GÓMEZ. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias . *Rev Colombiana Cir*. 2011;26.
5. Dubón-Peniche DMadC. Apendicitis modificada por medicamentos. Caso pediátrico. *Rev CONAMED*. 2011;16.
6. Martínez de Jesús Fermín GR, Margarita Morales Guzmán, Alfonso Péres Morales. Retardo en la Hospitalización, el Diagnóstico y la Intervención Quirúrgica de la Apendicitis Aguda. *Rv Gastroenterol Mex*. 1995;60.
7. Dr. Jesús M. Valdés Jiménez DONMC, Dr. Juan Carlos Barrera Ortega, Dr. Alexis Cantero Ronquillo, Dra. Yanet Pedroso Díaz y Dr. Bruk Bekele Jémbere ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ANCIANO. *Rev Cubana Cir*. 2002;41.
8. Naoko Fukuda JW, Michio Niki, Yasuyuki Sugiyama, Hiroyuki Mushiake. Factor Predicting mortality in emergency abdominal surgery in the elderly. *World Journal of Emergency Surgery*. 2012.
9. Salas ES. Revisión de Apendicitis Aguda en casos de difícil diagnóstico. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2015;615.
10. Blakely ML, Williams R, Dassinger MS, Eubanks JW, 3rd, Fischer P, Huang EY, et al. Early vs interval appendectomy for children with perforated appendicitis. *Arch Surg*. 2011;146(6):660-5.
11. M. A. Vázquez Ronco EMA, E. García Ojeda, N. Trebolazabala Quirante, A. Fernández Landaluce, J. Benito Fernández. Apendicitis Aguda en la infancia . Factores asociados al retraso diagnóstico. *Emergencias*. 2006;18.
12. Dr. José Dolores Velázquez Mendoza DFRrSe, Dr. A. Jesús Vega Malagón. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. *Cirujano General*. 2009;31.
13. Hashikawa C, Burke TF, Pallin DJ, Briggs-Malonson M. Analgesia administration for acute abdominal pain: a survey of emergency physicians. *Ann Emerg Med*. 2007;50(1):91-2.

14. MANUEL VIAL G. CMD, VIVIANA PINEDA N, HÉCTOR LOSADA M., PAULA ASTUDILLO D. ¿El uso de analgésicos opiáceos en pacientes con dolor abdominal agudo incrementa el riesgo de error diagnóstico? Revisión sistemática de la literatura*. Rev Chilena de Cirugía. 2006;56 No. 5.
15. Sinert R, Blackstock U. Evidence-based emergency medicine/systematic review abstract. Analgesia in patients with acute abdominal pain: to withhold or not to withhold? Ann Emerg Med. 2008;52(5):563-6.
16. Dr. Armando Vargas Domínguez DSLpR, Dr. David Ramírez Tapia, Dr. Alejandro Rodríguez Báez DEFnH. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. Cirujano General. 2001;23.
17. Mendoza SCdJd. Muerte de una adolescente por retraso en el diagnóstico y tratamiento de una apendicitis. Ser médicos residentes no exime de culpa. Diariojudicialcom (online) 2011;30 de Enero 2014.
18. Peniche DMadCDn. Demanda por mala praxis en el diagnóstico de apendicitis aguda. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.53.
19. MARCELO BELTRÁN S RLVM, TITO F TAPIA, E.U. KARINA CRUCES B. Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis. Rev Chilena de Cirugía. Junio 2004;56 - no.3.
20. Garst GC, Moore EE, Banerjee MN, Leopold DK, Burlew CC, Bensard DD, et al. Acute appendicitis: a disease severity score for the acute care surgeon. J Trauma Acute Care Surg. 2013;74(1):32-6.
21. Arshad Rashid SN, Showkat M. Kakroo. Laparoscopic Interval Appendectomy Versus Open Interval Appendectomy: A Prospective Randomized Controlled Trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2013;23.
22. Charles K. McSherry HF, W. Ford Calhoun, Elizabeth Lahman, Milton Virshup. The Natural History of Diagnosed Gallstone Disease in Symptomatic and Asymptomatic Patients. Ann Surg. 1985.
23. ayrullah DER<C> EK, Cemal KARA, Haluk Recai ÜNALP, Tuªrul TANSU/, Ali Doªan BOZDA/, Okay NAZLI. Gallbladder perforation: Clinical presentation, predisposing factors, and surgical outcomes of 46 patients. Turk J Gastroenterol 2011.
24. FELIPE CASTRO M, JULIANA GALINDO, MD**, MÓNICA BEJARANO, MD., MSC. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. Rev Colombiana de Cir. 2008;23.
25. Dr. Héctor Bizueto-Rosas DNHn-Pr, ** Dra. Gesia Jaime-Gámiz***. Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litiásica agudizada. Cir Ciruj. 2002;70:82-85.
26. José Félix Patiño M. Colecistitis Aguda. Guías para manejo de urgencias. 2000;Capítulo V.
27. Viste A, Jensen D, Angelsen J, Hoem D. Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis; a retrospective analysis of a large series of 104 patients. BMC Surgery. 2015;15(1):17.

28. Jesús Sánchez Beorlegui ELL, Félix Lamata Hernández, Eduardo César Monsalve Laguna. Tratamiento de la Colecistitis Aguda en el Anciano: Cirugía Urgente frente a Terapia Médica y Cirugía Diferida. Rev Gastroenterol Perú. 2009;29.
29. Yoshida M, Takada T, Kawarada Y, Tanaka A, Nimura Y, Gomi H, et al. Antimicrobial therapy for acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):83-90.
30. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50(2):133-64.
31. José Francisco Corona-Cruz JM-R, * Noé Isaías Gracida-Mancilla,* Gerardo Ricardo Vega-Chavaje,** Raúl Sánchez-Lozada*. Uso inapropiado de antibióticos en apendicitis aguda. Resultado de una encuesta a cirujanos mexicanos. Cir Ciruj. 2007;75: 25-29.
32. Carlos Campos Castillo LMHLp, Erich Basurto Kuba, Rafael Zadirvar Ramírez. Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. Cirujano General. 2011;33.
33. Tratado de Cirugía General. Consejo Mexicano de Cirugía General. Editorial Manual Moderno. Segunda edición, 2002. Capítulo: Abdomen Agudo.
34. Sabiston Tratado de Cirugía. Townsend. Elsevier Saunders. 18 edición, 2009. Capítulo: Abdomen Agudo.
35. Fisiopatología Gastrointestinal. www.expertconsult.com. Frederick H. Millham. Capítulo 10: Acute Abdominal Pain.

ANEXO 1.

NOMBRE DEL PACIENTE

EXPEDIENTE

SEXO

EDAD

TELÉFONO

- 1.- ANTECEDENTES CRÓNICO-DEGENERATIVOS
- 2.- MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: síntoma principal, síntomas agregados, escala de valoración análoga del dolor abdominal, tiempo de evolución con el dolor abdominal.
- 3.- RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA LOS DÍAS PREVIOS
- 4.- MOTIVO DE CONSULTA PREVIA
- 5.- TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PRIMERA CONSULTA POR EL PADECIMIENTO ACTUAL
- 6.- RECIBIÓ DIAGNÓSTICO MÉDICO LOS DÍAS PREVIOS
- 7.- RECIBIÓ TRATAMIENTO MÉDICO LOS DÍAS PREVIOS
- 8.- SE AUTOMEDICÓ LOS DÍAS PREVIOS
- 9.- SE REALIZARON ESTUDIOS PARACLÍNICOS ANTES DE ACUDIR AL HOSPITAL
- 10.- SE RECIBIÓ MÁS DE UNA CONSULTA PREVIA
- 11.- SE REALIZÓ REFERENCIA A CENTRO HOSPITALARIO PARA MANEJO

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS POSTERIORES A MANEJO QUIRÚRGICO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

TRATAMIENTO MÉDICO

COMPLICACIONES

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS SUBSECUENTES

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS SUBSECUENTES

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

MOTIVO DE EGRESO

Tabla 1. CLASIFICACIÓN CLAVIEN-DINDO PARA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Grados	Definición
Grado I	<p>Cualquier desviación del curso postoperatorio normal sin necesidad de tratamiento farmacológico, quirúrgico, endoscópico, ni por radiología intervencionista.</p> <p>Los regímenes terapéuticos permitidos son: analgésicos, antieméticos, antipiréticos, diuréticos, electrolitos y fisioterapia. Este grado también incluye las infecciones de heridas quirúrgicas que requieren abrirse en la cama del paciente.</p>
Grado II	<p>Complicaciones las cuales requieran medicamentos diferentes a los permitidos en el grado I.</p> <p>Transfusiones sanguíneas y nutrición parenteral o periférica.</p>
Grado III	<p>Requieren de intervención, quirúrgica, endoscópica o radiológica.</p>
Grado IIIa	<p>Intervención sin anestesia general.</p>
Grado IIIb	<p>Intervención bajo anestesia general.</p>
Grado IV	<p>Complicación que amenace la vida incluyendo el sistema nervioso central. Requieren unidad de cuidados intensivos o de cuidados intermedios.</p>
Grado IVa	<p>Disfunción de un órgano (incluye diálisis)</p>
Grado IVb	<p>Disfunción multiorgánica.</p>
Grado V	<p>Muerte del paciente.</p>
Sufijo "d"	<p>(por "discapacidad")Si el paciente sufre de una complicación en el momento del alta hospitalaria se agrega al grado de complicación respectivo el sufijo "d". Esto indica la necesidad de realizar un seguimiento para la evaluación de la complicación.</p>