



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital General Tacuba ISSSTE

**Tiempo de atención a pacientes con abdomen
agudo quirúrgico en el Hospital General Tacuba**

T E S I S

**Que para obtener el título de:
MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

P R E S E N T A

Dra. Pluma Fragoso Pamela

Asesor Clínico:

Dra. Abilene Cirenía Escamilla Ortiz

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2016



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.

**Tiempo de atención de pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el
Hospital General Tacuba**

Dr. Arturo Baños Sánchez
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Alfonso Reséndiz Rivera
Jefe de Servicio Cirugía General

Dr. Francisco Javier Buenrostro Pérez
Titular del Curso de Cirugía General

Dra. Abilene Cirenía Escamilla Ortiz
Asesor Clínico de Tesis

Dra. Pluma Fragoso Pamela
Presentador de Tesis

CONTENIDO

1. Resumen	4
Abstract	5
2. Marco Teórico	6
3. Planteamiento del Problema	9
4. Justificación	9
5. Hipótesis	9
6. Objetivos	10
6.1. Objetivo General	10
6.2. Objetivos Específicos	10
7. Diseño del Estudio	10
8. Metodología	11
8.1. Población en estudio	11
8.2. Criterios de Selección	11
8.3. Variables	13
9. Análisis Estadístico	14
10. Consideraciones Éticas	14
11. Recursos	14
12. Resultados	15
13. Discusión	18
14. Conclusiones	19
15. Referencias	20

1. RESUMEN

Tiempo de atención de pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el Hospital General Tacuba

Introducción: El dolor abdominal es una queja común que comprende aproximadamente el 30% del total de las consultas de urgencias en México y constituye entre 13% y 40% de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas. Es importante una valoración apropiada en el servicio de urgencias, ya que se ha demostrado una mortalidad del 8% de los pacientes diagnosticados correctamente en dicho servicio comparado con el 19% para los pacientes que son diagnosticados después de ser hospitalizados.

El incremento en el tiempo de espera, de estancia en el servicio de urgencias y el subsecuente retraso para el ingreso a un quirófano impactan desfavorablemente (hay mayor porcentaje de mortalidad y morbilidad) en la evolución hacia la salud de los enfermos, incrementan los costos de la atención médica y bajan la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

Este estudio busca conocer el tiempo necesario que los pacientes con dolor abdominal, o abdomen agudo requieren intervención quirúrgica en el Hospital General Tacuba.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y transversal; en el cual se realizó revisión de expedientes clínicos de pacientes con abdomen agudo, dolor abdominal o cuadro similar en el Hospital General Tacuba en el periodo comprendido de julio 2012 a febrero de 2014 registrando las siguientes variables: edad, género, hora de atención en urgencias, de solicitud de interconsulta a cirugía general y de intervención quirúrgica, diagnóstico de ingreso y definitivo, disponibilidad de recursos humanos y materiales.

Resultados: Se identificaron 133 pacientes con abdomen agudo que requirieron resolución quirúrgica, 76 pacientes del género femenino (57%) y 57 pacientes del género masculino (43%). El 58% presentaron congruencia entre el diagnóstico de ingreso y definitivo y el 42% error diagnóstico. Se clasificó el tiempo de espera a partir de la hora de ingreso a urgencia y hora de intervención quirúrgica, obteniendo 56 pacientes con menor de 12hrs y 77 pacientes mayor de 12hrs, con promedio de 21 horas. De éstos últimos pacientes los factores que influyeron en la estancia prolongada fueron por parte del servicio de urgencias (62%) por falta de entrega de interconsulta al servicio de cirugía general, error diagnóstico por parte de los cirujanos generales (23%) y falta de recursos humanos (15%)

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la atención otorgada en los servicios de urgencias continúa siendo deficiente, y que aún cuando los servicios de salud que se ofrecen en la actualidad han mejorado sustancialmente y se prestan con ciertos márgenes de calidad, persisten diversas limitaciones y deficiencias en la atención.

ABSTRACT

Time care of patients with acute abdomen in Tacuba General Hospital

Introduction: Abdominal pain is a common complaint comprising approximately 30% of all emergency visits in Mexico and is between 13% and 40% of all possible surgical emergencies. It's of vital importance the proper assessment in the emergency department, as it has demonstrated a mortality of 8% of patients diagnosed correctly in this service, in comparison to the 19% for patients diagnosed after being hospitalized.

The increase amount in the time a patient waits for service at the emergency room or urgent care, and subsequent delay for entering the operating room adversely impact (the percentage of mortality and morbidity) in the health evolution of patients, increases costs of health care and lowers the satisfaction of patients and service providers.

This study's goal is to find out times frames for surgical care of patients with acute abdomen in the Tacuba General Hospital.

Material and Methods: Retrospective, observational and cross-sectional study; age, gender, time of emergency care: in which review of clinical records of patients with acute abdomen, abdominal pain or similar table in the Tacuba General Hospital in the period from June 2012 to February 2014 recorded the following variables were , application interclinical general surgery and surgical intervention, income and definitive diagnosis, availability of human and material resources.

Results: 133 patients with acute abdominal pain requiring surgical resolution, 76 female patients (57%) and 57 male patients (43%) were identified. 58% had congruence between diagnosis and definitive income and 42% misdiagnosis. the waiting time was ranked from time of admission to urgency and time of surgery, obtaining 56 patients with less than 12hrs and 12hrs 77 patients greater, averaging 21 hours. Of these latter patients the factors that influenced the extended stay were by the emergency department (62%) for non-delivery of consultation service general surgery, misdiagnosis by general surgeons (23%) and lack of human resources (15%)

Conclusions: The results suggest that the attention given in the services of continuous emergency remains poor, and even when health services offered today have improved substantially and are provided with certain margins of quality, various constraints persist and deficiencies in care.

2. MARCO TEÓRICO

El dolor abdominal es una queja común que comprende aproximadamente el 30% del total de las consultas de urgencias en México y constituye entre 13% y 40% de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas (Rivera, 2007).

Continúa siendo el síntoma más prevalente de enfermedad y representa un indicio de lo desconocido, una amenaza al bienestar y al estado de salud. 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 a actuar con la mayor eficiencia posible.

Es importante una valoración apropiada en el servicio de urgencias, ya que se ha demostrado una mortalidad del 8% de los pacientes diagnosticados correctamente en dicho servicio comparado con el 19% para los pacientes diagnosticados después de ser hospitalizados (Rivera, 2007).

El abdomen agudo quirúrgico es un desafío para los clínicos porque se requiere tomar una decisión diagnóstica y terapéutica en tiempo.

La rapidez en el diagnóstico es un factor imprescindible para evitar complicaciones fatales. Según Ong et al, en pacientes con presencia de perforaciones gastrointestinales, la mortalidad se duplica después de un retraso de más de 12 horas, ocho veces más después de las 24 horas y la tolerancia a la demora es inversamente proporcional a la edad.

Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe ser entre dos y seis horas, de acuerdo al sistema establecido en cada unidad, no obstante se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo.

El paciente que amerita observación de más de 6 horas representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en consumo de recursos (Loría-Castellanos, 2005).

Las esperas prolongadas constituyen una de las principales causas de insatisfacción de los usuarios de servicios de salud, siendo causa frecuente de quejas y reclamaciones.

En la actualidad nuestros servicios de urgencias siguen colapsados, al parecer con un tiempo de espera aún prolongado; sin embargo, este dato no está reportado en forma exacta ni oficial (Hernández, 2010) (figura 1).

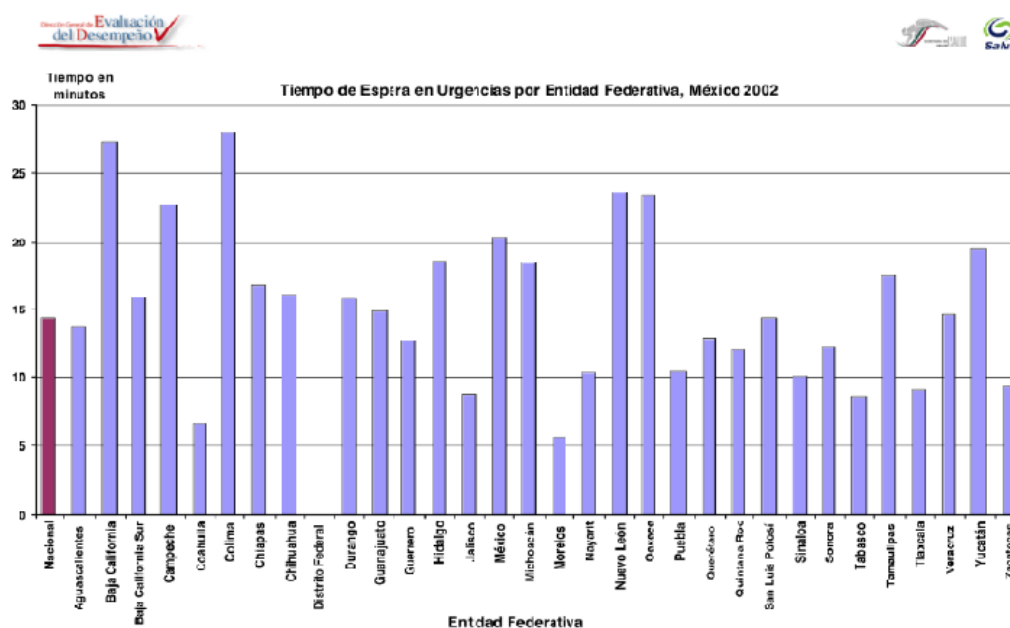


Figura 1. Estadística de los tiempos de espera en el servicio de urgencias a nivel nacional para el 2002. Fuente: Monitoreo de los indicadores de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, México.

De acuerdo a la NOM-027-SSA3-2013 (Regulación de los servicios de salud, criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica) en el numeral 5.6 menciona que los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicios de urgencias por causas atribuibles a la atención médica, durante este tiempo se debe establecer un diagnóstico presuntivo, el manejo y el pronóstico inicial, además de las acciones pertinentes para determinar el manejo del paciente. Derivado de esto a todos los pacientes

que no sean vistos y valorados por cirugía dentro de estas 12 horas se considera un retraso en la atención.

El incremento en los tiempos de espera, de estancia en el servicio de urgencias y el subsecuente retraso para el ingreso a quirófano impactan desfavorablemente (mayor mortalidad y morbilidad) en la evolución de los enfermos, incrementan los costos de la atención médica y bajan la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

Por lo que los tiempos de espera constituyen un importante método de control de calidad para los servicios de urgencias al ser detectados los momentos en que se producen las demoras, establecer las medidas correctas oportunas y adecuar los recursos para ofrecer una atención de mayor calidad buscando aumentar eficiencia (Llorente, 2010).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el tiempo de espera para la resolución de pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el Hospital General Tacuba?

4. JUSTIFICACIÓN

La atención de urgencias es un tema de importancia prioritaria en los servicios de salud. Actualmente no existen en México, estudios que se enfoquen a la asertividad diagnóstica, a los tiempos y motivos que retrasan la atención de los pacientes quirúrgicos.

Al identificar los factores que conllevan al retraso en la atención médica, se dará una mejor atención a nuestros pacientes con disminución en los tiempos de espera, asegurar que la calidad de atención durante este tiempo sea la correcta por parte de todos los profesionales y disminuir los índices de complicaciones posquirúrgicas.

5. HIPÓTESIS

H₀ El tiempo de espera para el tratamiento quirúrgico en pacientes con abdomen agudo no es mayor de 12 horas

H₁ El tiempo de espera para el tratamiento quirúrgico en pacientes con abdomen agudo es mayor de 12 horas

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General:

- Determinar el tiempo de espera de pacientes con abdomen agudo quirúrgico, desde su ingreso a observación a la intervención quirúrgica.

6.2. Objetivos Específicos:

- Obtener diagnóstico de ingreso y definitivo de pacientes con abdomen agudo quirúrgico.
- Determinar factores que retrasan la atención quirúrgica en pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, observacional y transversal

8. METODOLOGÍA

A partir del Sistema de estadística de medicina curativa, hospitalaria y preventiva del ISSSTE se identificarán los pacientes que acudieron al servicio de Urgencias en el Hospital General Tacuba en el periodo comprendido de julio de 2012 a febrero de 2014 con dolor abdominal, abdomen agudo o cuadro similar que tuvieron una resolución quirúrgica; se registrará la edad, género, hora y diagnóstico de ingreso a urgencias.

Posteriormente de los expedientes clínicos se realizará búsqueda de información sobre hora de solicitud de interconsulta a Cirugía General, diagnóstico definitivo, hora de intervención quirúrgica así como disponibilidad de recursos materiales y humanos.

8.1. Población de estudio:

Pacientes mayores de 16 años de edad del Hospital General Tacuba ingresados al servicio de urgencias de julio de 2012 a febrero 2014.

8.2. Criterios de Selección

No aplica

8.2.1. Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 16 años de edad que ingresaron al servicio de Urgencias con dolor abdominal, abdomen agudo o cuadro similar que tuvieron una resolución quirúrgica, en el Hospital General Tacuba de julio 2012 a febrero 2014.

8.2.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes intervenidos en otra unidad quirúrgica o que no ingresaran por el servicio de urgencias.

8.2.3. Criterios de Eliminación:

- Alta voluntaria
- Pacientes que no acepten intervención quirúrgica
- Pacientes que no cuenten con expediente clínico completo

8.3. VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Unidad de medida	Clasificación
Género	Cualitativa nominal	Masculino / Femenino	
Edad	Cuantitativa continúa	Años	Número
Hora de atención en Urgencias	Cuantitativa continúa	Horas	Número
Diagnostico de ingreso	Cualitativa nominal		
Hora de solicitud interconsulta a Cirugía General	Cuantitativa continúa	Horas	
Hora de intervención quirúrgica	Cuantitativa continúa	Horas	
Diagnóstico definitivo	Cualitativa nominal		
Disponibilidad de recursos humanos	Cualitativa nominal	Cirujano Enfermería Médico de urgencias	si / no si / no si / no
Disponibilidad de recursos materiales	Cualitativa nominal	Sala de quirófano Laboratorio Estudios de gabinete Material quirúrgico	si / no si / no si / no si / no

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizará análisis estadístico descriptivo y medidas de tendencia central

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio se ajustó a los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki en materia de investigación clínica. En relación al riesgo para el sujeto de estudio de acuerdo a la Ley General de Salud es considerada como una *investigación sin riesgo para el sujeto de estudio*. No se realizaron maniobras ni procedimientos de riesgo para el sujeto de estudio.

11. RECURSOS

- **Humanos**

ABILENE CIRENIA ESCAMILLA ORTIZ. Médico adscrito al servicio de Cirugía General. Revisión de expedientes clínicos, metodología, marco teórico y resultados para posterior redacción del protocolo de tesis.

PAMELA PLUMA FRAGOSO. Médico residente de cuarto año de la especialidad de Cirugía General. Realizará revisión de expedientes clínicos, recolección de datos y posteriormente análisis de la información. Generación de marco teórico y redacción del protocolo de tesis.

- **Materiales**

Expediente clínico y material de oficina, computadora de escritorio y portátil con paquetería (Word, Excel, PowerPoint), computadora con acceso a SIMEF (Sistema de estadística de medicina curativa, hospitalaria y preventiva).

12. RESULTADOS:

Se realizó una búsqueda en el SIMEF, pacientes que acudieron al servicio de Urgencias con diagnóstico de abdomen agudo, dolor abdominal o cuadro similar con resolución quirúrgica en el periodo de julio 2012 a febrero 2014 encontrando un total de 139 pacientes. Posteriormente se obtuvieron de los expedientes clínicos las variables de estudio, excluyendo a 6 pacientes por no encontrarse completo.

De los 133 pacientes que se estudiaron, 76 fueron del género femenino (57%) y 57 del género masculino (43%).

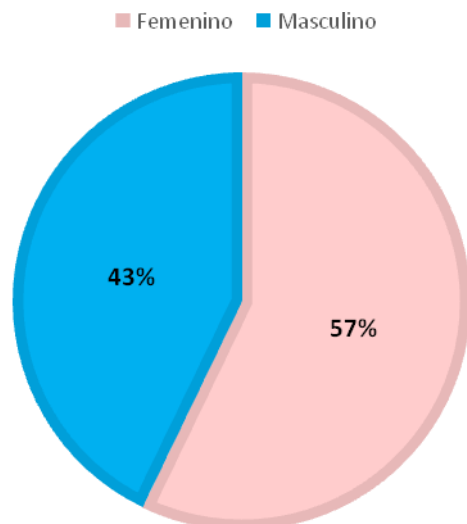


Figura 2. Género

Se registro el tiempo desde la atención médica en el servicio de Urgencias a la hora de inicio de resolución quirúrgica del cuadro clínico denominándole tiempo de espera; agrupándose en pacientes con menos de 12 horas y más de 12horas, obteniéndose 56 (42%) y 77 (58%) respectivamente con un promedio de 21 horas.

TIEMPO DE ESPERA

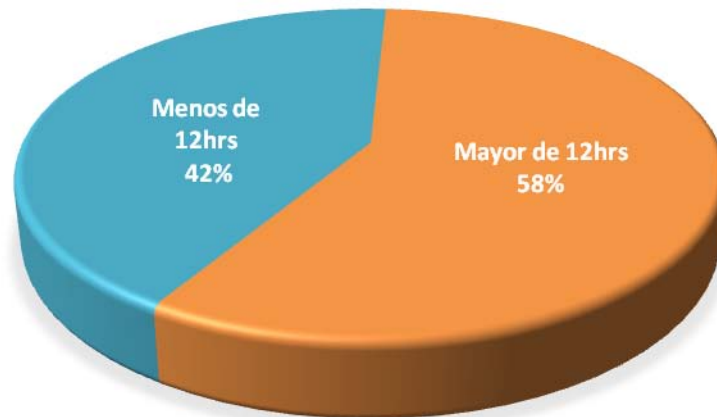


Figura 3. Hora de atención en urgencias a hora de resolución quirúrgica

Respecto al diagnóstico se analizó el de ingreso a observación del servicio de urgencias con el diagnóstico definitivo posquirúrgico, así como las variaciones del mismo durante la estancia en el servicio de urgencias. De este análisis se obtuvo que 56 pacientes presentaban error diagnóstico y 77 pacientes su diagnóstico de ingreso fue congruente con el definitivo.

ERROR DIAGNÓSTICO

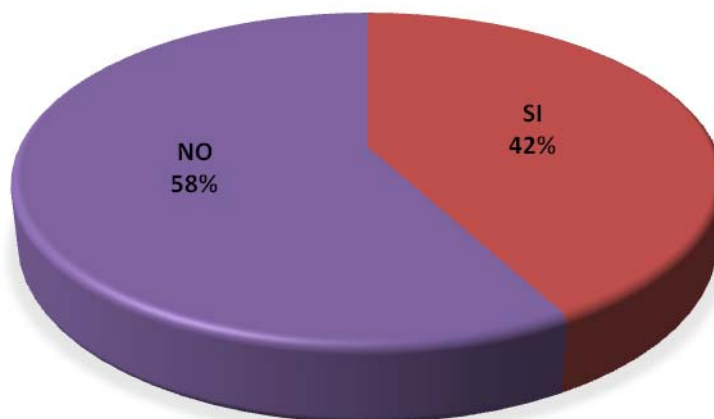


Figura 4. Diagnóstico de ingreso a urgencias diferente al diagnóstico definitivo

De los 77 pacientes que tuvieron tiempo de espera mayor de 12 horas, el retraso en la atención médica de 47 pacientes (62%) fue por factores que se presentaron en el servicio de Urgencias; de éstos 28 por falta de entrega de interconsulta al servicio de Cirugía General, un paciente por falta de recursos materiales (no contaba con laboratorios) y el resto por retraso en la entrega de interconsulta debido a error diagnóstico durante su estancia en el servicio de Urgencias.

La falta de recursos humanos fue otra causa de mayor tiempo de espera en 12 pacientes (15%), 5 por falta de anesthesiólogo y 6 por falta de cirujano general (4 fue durante el turno nocturno y 2 se encontraban en otra cirugía de urgencia). Los 18 (23%) pacientes restantes fue por causa del servicio de Cirugía General debido error diagnóstico.

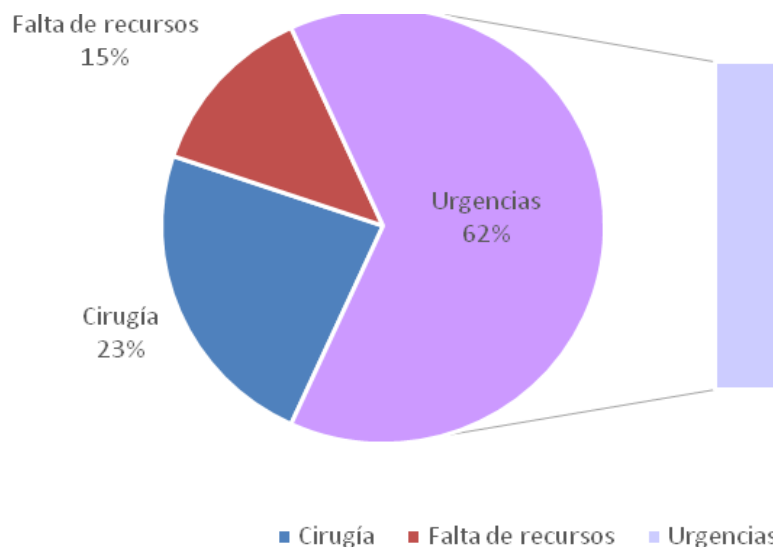


Figura 5. Factores que determinan el tiempo de espera mayor de 12 horas

13. DISCUSIÓN

El 58% de los pacientes estudiados se presentó un tiempo de espera mayor a 12 horas principalmente por retraso en la entrega de interconsulta al servicio de Cirugía General, no obstante, con las variables obtenidas no se logra identificar los motivos de retraso en la realización de la solicitud de valoración por Cirugía General.

La mayoría de los diagnósticos de ingreso a observación en el servicio de Urgencias fueron de síndrome doloroso abdominal en estudio, probablemente causa del mayor tiempo de espera. El análisis cuidadoso de la causa de dolor abdominal y la capacidad para obtener detalles importantes de éste, con frecuencia no es suficiente para establecer un diagnóstico confiable, pero sin duda, ayuda significativamente.

En un poco más de la mitad de los pacientes hubo congruencia en el diagnóstico de ingreso y definitivo sin embargo es alarmante el alto porcentaje que presentan error diagnóstico, lo cual en un futuro puede condicionar el porcentaje de pacientes con mayor tiempo de espera.

14. CONCLUSIONES

La mayoría de los hospitales organizan su asistencia urgente basándose en porcentaje e indicadores establecidos para hospitales del mismo nivel, sin tener en cuenta las características demográficas de la población que asisten, los hábitos de consumo de recursos sanitarios de sus asegurados, y otros factores que condicionan la demanda urgente.

Los resultados obtenidos sugieren que la atención otorgada en los servicios de urgencias continúa siendo deficiente, y que aún cuando los servicios de salud que se ofrecen en la actualidad han mejorado sustancialmente y se prestan con ciertos márgenes de calidad, persisten diversas limitaciones y deficiencias en la atención.

En cuanto a los factores que condicionaron mayor tiempo de espera en este estudio, se pueden tomar las siguientes medidas:

- Diagnosticar el origen o causa del dolor abdominal para tener un enfoque terapéutico claro, esto evitará exponer al paciente a un período de observación prolongado y retraso en el diagnóstico definitivo.
- Todo paciente con un dolor abdominal de inicio reciente realizar una evaluación rápida y a conciencia con el objetivo de lograr un diagnóstico lo más exacto posible.
- Solicitar las interconsultas necesarias sin dilación, sustentadas en hechos reales con bases clínicas y resultados de laboratorio y gabinete; en especial en pacientes que potencialmente ameriten manejo quirúrgico.
- Se debe hacer énfasis en las guías diagnóstico-terapéuticas para evitar errores diagnósticos.
- Diseñar e implementar el uso de bitácoras de vigilancia para asegurar la continuidad en el manejo de los pacientes en los cambios de turno.

15. BIBLIOGRAFÍA

- Loría-Castellanos J, Ortiz-Díaz P. Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la Ciudad de México. Rev Cub Med Int Emerg 5(1) 2005 p 67-74.
- Rivera Hernández ME. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. CONAMED. 12 (3) 2007 p 4-23.
- Llorente AS, et al. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. Emergencias 2000; 12:164-171.
- Rojas Santana et al. Urgencia quirúrgica. Aplicación de un método diferente. Rev Cub Anest Rean 2005, 4 (3) 95-109.
- Ong Marc et al. Impact of surgical delay on outcomes in elderly patients undergoing emergency surgery. A single center experience. World J Gastrointest Surg 2015, 7(9):208-2013.
- NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Hernández HDA, Pastrana ME. Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en hospital general de segundo nivel. Tesis para obtener diploma de especialidad en urgencias médico quirúrgicas. Febrero 2010.
- Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. Int J Gen Med 5 2012 pp 789-97.