



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**CONGRUENCIA DIAGNÓSTICA DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN
URGENCIAS**

TESIS

Que para obtener el grado de especialista en:
Medicina de Urgencias

PRESENTA

Josué Gerardo Esparza Correa

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. Celina Yolotl Hernández Bello

Ciudad Universitaria, CD. MX., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONGRUENCIA DIAGNÓSTICA DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN
URGENCIAS

Autor: Dr. Josué Gerardo Esparza Correa.

Vo. Bo.

Dr. Luis Rodolfo Olmedo Rivera



Profesor titular del curso de especialización
en Medicina de Urgencias

Vo. Bo.

Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO

Director de Educación e Investigación
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

CONGRUENCIA DIAGNÓSTICA DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN
URGENCIAS

Autor: Dr. Josué Gerardo Esparza Correa

Vo. Bo.

Dra. Celna Yolotl Hernández Bello



DIRECTOR DE TESIS

Médica adjunta de Curso de Especialización de Medicina de Urgencias del
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

DEDICATORIA

Con este trabajo concluyo 3 años de aprendizaje y práctica clínica para mejorar mi actuar como profesionista y definitivamente no pude haberlo logrado sin su apoyo, dedico este trabajo a ustedes.

A Mamá: Mi más sincero agradecimiento por que gracias a tu esfuerzo, sacrificio y amor estoy aquí ahora, eres mi más grande ejemplo de resiliencia y responsabilidad, gracias por nunca rendirte.

A Papá: Gracias por recordarme siempre que soy capaz de hacer lo que me proponga, por cada consejo y llamada, gracias por tu esfuerzo para darme la mejor educación y siempre preocuparte por mi bienestar.

A mis tías: Lulú, Chayo, Chave y Pili, por esa sonrisa de apoyo, palabras de aliento, ese abrazo al final del día, por aquellos desayunos o esa llamada inesperada, gracias, si no es por su cariño y apoyo no estaría en este momento de mi carrera.

A mis hermanos: Rocío, Yare, Paty, Itzel y Toño por su paciencia y comprensión al ausentarme de tantas reuniones, por hacerme sentir en casa y llenarme de fuerzas para continuar, por su apoyo incondicional, gracias.

A mi sobrino Héctor: Gracias por estar siempre dispuesto ayudarme y recordarme que no todo es trabajo, siempre estaré ahí para ti y nunca olvides que puedes lograr todo lo que te propongas.

A mis maestros: Nunca me alcanzarán las palabras para agradecerles el tiempo y la paciencia que me dedicaron, las felicitaciones y correcciones que sin duda ayudaron a formar un mejor médico y ser humano.

Al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, mi segunda casa, por brindarme las herramientas necesarias para fortalecer y enriquecer mi aprendizaje.

A mis compañeros/hermanos: Male, Isela, Glow, Richy, Rosa y Bety, gracias por los 3 años de complicidad y enseñanza, por sus palabras de aliento, por tantas carcajadas y buenos momentos compartidos, no hubiera sido lo mismo sin ustedes.

No pude haberlo logrado sin su amor, aliento y apoyo en estos 3 años. ¡Gracias!

Josué Gerardo Esparza Correa

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
4. RESULTADOS.....	29
5. DISCUSIÓN.....	41
6. CONCLUSIONES.....	44
7. RECOMENDACIONES.....	45
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

1. RESUMEN.

El dolor abdominal se encuentra dentro de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencias ameritando resolución quirúrgica, lo que hace de su diagnóstico un reto para el médico que lo valora. Una minuciosa anamnesis y exploración física pueden orientar la sospecha diagnóstica, aunado a esto, el uso de auxiliares diagnósticos como estudios de imagen o laboratorio aumentan la probabilidad de llegar al diagnóstico correcto.

Objetivo: Identificar la congruencia diagnóstica del dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

Material y Métodos: Se trabajó con el expediente clínico, recolectando datos a través de un formato estandarizado que incluyó las variables: datos generales del paciente, clasificación de Triage, semiología del dolor, signo clínico característico, uso de auxiliar diagnóstico, interconsulta a cirugía general y congruencia diagnóstica.

Se estudió el expediente clínico con base en el principio de “todo o nada” marcando 0 cuando la variable no esté presente y 1 cuando la variable se encuentre presente y posteriormente se calculó el porcentaje de cumplimiento de cada una de las variables de estudio.

Resultados: Se estudiaron 100 pacientes identificándose que el 70% de los pacientes estudiados tuvieron congruencia diagnóstica, en el 88% se realizó Triage, semiología de dolor en 48%, presencia de signo clínico característico el 73% y uso de auxiliares diagnósticos en el 95%, además se encontró que el 75% tuvo una estancia prolongada.

Conclusiones: El 70% de los pacientes estudiados tuvieron congruencia diagnóstica. Se documentaron más de 4 variables presentes en los pacientes que tienen congruencia diagnóstica y menos de 3 en aquellos que no tuvieron congruencia diagnóstica.

Palabras Clave: Dolor abdominal agudo. Congruencia diagnóstica. Semiología de dolor. Auxiliar diagnóstico. Estancia hospitalaria prolongada.

2. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal se encuentra dentro de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias representando un espectro de condiciones tan amplio que abarca desde enfermedades autolimitadas hasta emergencias quirúrgicas. Sorprendentemente se cuenta con pocos estudios que se enfoquen en el abordaje inicial del dolor abdominal y en muchos de los casos se ha demostrado que los pacientes son egresados de manera segura, pero sin diagnóstico específico.¹

Por lo comentado anteriormente, el abordaje del dolor abdominal agudo requiere de una anamnesis adecuada, exploración física correcta y el apoyo de estudios de complementación diagnóstica para brindar una adecuada atención al paciente. La localización del dolor suele ser un punto de partida para el resto del abordaje.²

ASPECTOS CONCEPTUALES

A continuación, se definirán conceptos básicos imprescindibles para la comprensión de esta patología.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define a éste como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, siendo parte de una respuesta generalizada al estrés y que comprende cambios neurofisiológicos que llevan a una hiperactividad de la hipófisis, glándula suprarrenal y páncreas, alterando el metabolismo proteínico y de carbohidratos; el dolor intenso puede provocar arritmias, alteraciones de la perfusión tisular, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como complicaciones trombótica y neurológicas.⁴

Por lo anteriormente descrito se entiende que el dolor abdominal es una entidad multisindrómica, sin embargo, tiene características conceptuales importantes para su determinación:

1. Es causado por una agresión al compartimento peritoneal.
2. Desencadena una fisiopatología intra-abdominal y sistémica, evolutivamente grave y rápida, que le da gran potencialidad de producir la muerte.
3. Es necesario realizar un diagnóstico y aportar un tratamiento temprano para lograr su resolución y curación.
4. En ocasiones suele requerir tratamiento quirúrgico de urgencia.⁵

ANTECEDENTES

En México el dolor abdominal agudo representa el 30% del total de las consultas de urgencias de las cuales entre el 13% y 40% son de resolución quirúrgica.³

En relación con el dolor de localización abdominal, los principales estímulos que producen dolor en las vísceras abdominales son originados por tracción, distensión y estiramiento.

La inflamación y la isquemia, a través de las sustancias químicas liberadas, producen una estimulación y sensibilización de las terminaciones nerviosas, de modo que disminuyen el umbral doloroso. Por esta razón las vísceras inflamadas, congestivas, edematosas o isquémicas son sensibles a estímulos que no serían dolorosos en estado normal.⁵

La terminología uniforme es necesaria en pacientes con dolor abdominal para evitar dificultades en la interpretación y facilitar la comparación de los resultados entre los estudios, por lo que para el presente trabajo se definirá al dolor abdominal agudo como aquel de origen no traumático con una duración máxima de 5 días.

Las causas más comunes de dolor abdominal en México en los servicios de urgencias se describen en la tabla 1.

Tabla I. Principales Causas de Dolor Abdominal en el Servicio de Urgencias.

Principales diagnósticos de Dolor Abdominal Agudo en el Servicio de Urgencias
Colelitiasis
Hernia Inguinal
Trastornos del sistema urinario
Apendicitis
Gastroenteritis probablemente infecciosa
Otras enfermedades del estómago y del duodeno
Enfermedad ácido-péptica y duodenitis
Trauma abdominal

Fuente: Chavarría Islas Rafael Alejandro, Epidemiología del dolor abdominal en la consulta de un Servicio de Urgencias, Archivos de Medicina de Urgencia de México, Vol. 2, Núm 3, 21010, p 89.

Para la determinación de la causa del dolor abdominal agudo debe realizarse un análisis cuidadoso del problema, siendo de suma importancia el interrogatorio y la exploración física como herramientas insustituibles ya que cuando se tiene el diagnóstico correcto el enfoque terapéutico será claro, esto evitará exponer al paciente a un período de observación prolongado y retraso en el diagnóstico y tratamiento. Todo paciente con un dolor abdominal de inicio reciente requiere una valoración rápida y a conciencia con el objetivo de lograr un diagnóstico lo más exacto posible.²

Para el análisis del dolor abdominal agudo se debe tomar en cuenta las siguientes 9 características de la semiología del dolor:

- 1) **Forma de inicio:** El dolor agudo es de inicio súbito y de duración limitada; generalmente tiene una causa temporal o causa relacionada con una lesión o enfermedad. El dolor crónico que dura meses usualmente no tiene una causa clara identificable.
- 2) **Tiempo de evolución o duración:** Se refiere a la hora de inicio del dolor y el lapso transcurrido entre el comienzo del dolor y la valoración. Es importante para el abordaje de los síntomas y el desarrollo de la enfermedad ya que un dolor intermitente tiende a tener pocas consecuencias, mientras que el dolor que ocurre durante el curso de varias horas o días tiende a ser más patológico y a estar relacionado con una enfermedad verdadera como se muestra en la tabla II.
- 3) **Progresión o evolución del dolor:** No es correcto suponer que la disminución de los síntomas severos indica que la enfermedad está remitiendo.
- 4) **Sitio de localización del dolor:** En el dolor localizado o limitado a una región específica, los datos de la exploración física se encuentran confinados a su lugar de origen sin irradiaciones, mientras que el dolor referido proviene de estructuras somáticas o viscerales profundas y se encuentra en una región distante al sitio de producción.

Tabla II. Causas de Dolor Abdominal por tiempo de instauración.

Causas de dolor abdominal según la cronología de su instauración		
Súbita (segundos)	Rápida (minutos)	Gradual (horas)
Ruptura aneurisma de aorta.	Pancreatitis	Apendicitis.
Rotura esofágica.	Aguda.	Diverticulitis.
Perforación úlcera gástrica.	Cólico vesicular.	Colecistitis.
Rotura de embarazo ectópico.	Cólico renoureteral.	Oclusión intestinal.
Rotura de absceso intraabdominal.	Diverticulitis perforada.	
Infarto agudo de miocardio.	Oclusión con estrangulación.	

Fuente: Mayo Osorio M.A., Abdomen Agudo, Enfermedades del Aparato Digestivo VII, Medicine, 2016 (7), pag 374.

En la figura 1 se muestran las probables causas de dolor abdominal según su sitio de localización.

Figura 1. Probables Causas de Dolor Abdominal según sitio de Localización.

<p>Hipocondrio derecho</p> <p>Hepatitis Colecistitis Colangitis Pancreatitis Absceso subfrénico Úlcus duodenal Neumonía</p>	<p>Epigastrio</p> <p>Úlcera gastroduodenal Gastritis aguda Enfermedad por reflujo gastroesofágico Pancreatitis aguda Infarto agudo de miocardio Pericarditis Rotura de aneurisma de aorta</p>	<p>Hipocondrio izquierdo</p> <p>Absceso esplénico Infarto esplénico Rotura de bazo Pancreatitis Neumonía</p>
	<p>Mesogastrio</p> <p>Gastroenteritis Obstrucción intestinal Rotura de aneurisma de aorta Apendicitis aguda precoz</p>	
<p>Fosa ilíaca derecha</p> <p>Apendicitis aguda Enfermedad inflamatoria intestinal Adenitis mesentérica Cólico renal Pielonefritis Salpingitis Endometriosis Embarazo ectópico</p>		<p>Fosa ilíaca izquierda</p> <p>Diverticulitis aguda Colitis isquémica Cólico renal Pielonefritis Síndrome de intestino irritable Salpingitis Endometriosis Embarazo ectópico</p>
	<p>Hipogastrio</p> <p>Cistitis Embarazo ectópico Endometriosis Dismenorrea Enfermedad pélvica inflamatoria Quiste/torsión ovárica Prostatitis</p>	

Fuente: Mayo Osorio M.A., Abdomen Agudo, Enfermedades del Aparato Digestivo VII, Medicine, 2016 (7), pag 374.

5) Intensidad del dolor: El dolor es una experiencia subjetiva, la intensidad no puede medirse y depende en parte, de la percepción y la respuesta del individuo. La conducta del paciente y las indicaciones visuales durante el dolor en general aclaran su intensidad mejor que la descripción verbal del paciente. Para hacer un abordaje más objetivo es recomendable utilizar una escala analógica unidimensional, como la escala visual análoga (EVA) o la verbal análoga (EVERA) en pacientes analfabetas o con déficit cognitivo, la escala numérica análoga (ENA), consiste en una escala que va del uno al diez, siendo cero la ausencia de dolor y diez el peor dolor imaginable.

El valor predictivo y la facilidad de uso han convertido a la ENA en una gran herramienta para detectar rápidamente los síntomas de dolor. Una disminución de dos puntos, aproximadamente un 30%, representa una diferencia clínica significativa, por lo cual puede ser utilizada para medición de tratamiento.⁶ En este estudio se utilizará la escala ENA, debido a que permite asignar un valor numérico al dolor respecto a una línea horizontal de 10 cm. de largo graduada del 0 al 10, en la cual 0 corresponde a ausencia de dolor y el 10 el grado máximo del mismo.

6) *Carácter del dolor:* Se caracteriza más fácilmente como constante o intermitente (de tipo cólico) y en segundo lugar como superficial o profundo. El carácter del dolor está relacionado directamente con su causalidad.

Existen tres tipos básicos de dolor referente al abdomen:

A. Visceral o primario: se origina en el propio órgano, y es producido por aumento de tensión dentro del órgano o por distensión de su pared; se caracteriza por ser difuso, sordo, mal definido y presentarse al principio de la enfermedad.

B. Somático o secundario: resulta de un trastorno local primario que irrita las estructuras somáticas vecinas, como son músculos, ligamentos, huesos, nervios y vasos sanguíneos relacionados con el órgano afectado; es más agudo y localizado que el dolor visceral y se presenta más tarde en el curso del padecimiento, su carácter más exacto puede permitir identificar el órgano afectado primariamente.

C. Referido: se produce porque el estímulo doloroso sigue el mismo dermatoma que la raíz espinal del órgano enfermo.

Puede clasificarse también como nociceptivo (se asocia a lesión de los tejidos, generalmente se acompaña de inflamación y es un dolor localizado) o no-nociceptivo (neuropático, periférico o central) de carácter constante, intermitente o paroxístico, está asociado a lesión o disfunción del tejido nervioso, frecuentemente se acompaña de disestesias y parestesias.

7) Irradiación o migración del dolor: La migración implica que la localización original del malestar percibido se moviliza a un sitio diferente durante el curso de la enfermedad y puede confundirse con la irradiación del dolor lo cual también es común en las enfermedades abdominales. La diferencia estriba en que con la migración el malestar comienza en un sitio que aparentemente remite y luego se produce un nuevo dolor más intenso en una localización contigua.

La irradiación implica que el malestar inicial moderadamente severo es continuo y se asocia con dolor de igual o menor intensidad en una localización secundaria.⁵

8) Exacerbantes y atenuantes:

Exacerbantes: Ingesta de alimentos colecistoquinéticos (cólico vesicular, pancreatitis), alcohol (pancreatitis aguda), AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos), esteroides (sangrado tubo digestivo, perforación de úlcera gastro-duodenal), cambios de posición del paciente, actividad física, ingesta de medicamentos, enfermedades coexistentes, etc.).

Atenuantes: El vómito, canalización de gases o materia fecal, el reposo, o cambios posturales.

9) Fenómenos que lo acompañan: Fiebre, ictericia, coluria, acolia, prurito, náuseas, vómito, diarrea, ausencia de canalización de gases y/o materia fecal por vía anal, hematemesis, melena, enterorragia, deshidratación, trastornos en la respiración (aliento cetónico, urémico, alcohólico), hipotensión arterial, estado de choque, entre otros.

Al final del interrogatorio es adecuado establecer una hipótesis diagnóstica que se confrontará con la exploración física.

La exploración física debe realizarse en el siguiente orden:

INSPECCIÓN: Actitud del paciente que puede ser libremente escogida o forzada por el dolor como la posición fetal en decúbito lateral (peritonitis); inquietud del paciente con incapacidad para permanecer quieto (cólico ureteral o vesicular); tipo de respiración (polipnéica, acidótica), cicatrices antiguas en pared abdominal, equimosis periumbilical o en flancos y región lumbar izquierda (pancreatitis aguda necro hemorrágica).

AUSCULTACIÓN: Aumento en la frecuencia e intensidad de los ruidos intestinales que coincide con la aparición del dolor tipo cólico que refiere el paciente, ausencia de ruidos intestinales, silencio abdominal, soplos arteriales, frotos peritoneales, etc.

PALPACIÓN: Buscar reflejos musculo cutáneos, hiperestesia, hiperbaralgesia, aumento del tono muscular, resistencia muscular (vientre en madera), presencia de plastrones, distinguir dolor de pared abdominal o superficial del dolor visceral o profundo mediante la maniobra de Smith-Bates, dolor a la descompresión (reacción peritoneal), puntos dolorosos (lumbares, puntos frénicos), palpar orificios herniarios, palpar vesícula y otras vísceras abdominales. Buscar puntos dolorosos renales, crepitación gaseosa en flancos y región lumbar (absceso peri renal en paciente diabético).

PERCUSIÓN: Timpanismo en el área hepática, para lo cual hacer la percusión del hígado estando el paciente en decúbito lateral izquierdo, no tiene validez diagnóstica si la percusión se realiza con el paciente en decúbito dorsal pues puede tratarse del colon que se interpone entre la pared abdominal y el hígado. Matidez cambiante de los flancos que indica líquido libre en la cavidad abdominal. Puño percusión lumbar (patología renal o absceso apendicular retro cecal y retroperitoneal).

TACTO VAGINAL, RECTAL: Es importante considerar esta exploración ante un cuadro en que se sospecha irritación peritoneal, sobre todo en patología de hemiabdomen inferior.

Existen hallazgos específicos en la exploración física que pueden orientar el diagnóstico, como lo muestra tabla III.⁶

Después de haber evaluado clínicamente al paciente con dolor abdominal, se puede catalogar apropiadamente si la urgencia es verdadera o relativa. Hay algunos datos en el interrogatorio, exploración física y exámenes de laboratorio y gabinete que representan “focos rojos” y que deben alertar sobre causas potencialmente serias de dolor abdominal. La cronicidad de los síntomas es un factor importante en esta decisión. Los pacientes con síntomas crónicos usualmente pueden tener seguimiento como externos. Por otra parte, los pacientes con dolor de reciente inicio, tienen de manera significativa un proceso patológico, el cual puede causar mayor daño en pocas horas o días. Dependiendo del diagnóstico diferencial, el médico debe considerar apresurar su abordaje y tratamiento.

Cuadro III. Signos característicos a la exploración abdominal.

Exploración abdominal en Abdomen Agudo, signos y maniobras.		
Signo o Maniobra	Concepto	Sospecha Diagnóstica
Signo Cullen	Hematoma periumbilical	Hemorragia intraabdominal Pancreatitis
Signo Grey Turner	Hematoma en flancos	Hemorragia retroperitoneal
Maniobra de Blumberg	Aumento del dolor tras la descompresión a la palpación profunda	Irritación peritoneal
Maniobra de Murphy	Interrupción de la inspiración profunda mientras el explorador palpa el hipocondrio derecho	Colecistitis aguda
Maniobra del Psoas	Se eleva lentamente la pierna derecha mientras se palpa profundamente la fosa iliaca derecha.	Apendicitis Aguda
Maniobra del Obturador	En decúbito supino y con muslo flexionado en ángulo recto respecto al tronco se realiza rotación externa del miembro inferior.	Apendicitis pélvica y abscesos Tubo-ováricos.
Signos Rovsing	Dolor en fosa iliaca derecha al comprimir fosa iliaca izquierda.	Apendicitis Aguda

Fuente: Pichel Loureiro Ángel, Abordaje del dolor abdominal, FMC.2016; 23(10):568-74.

Una vez que se analizan los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física se integra una hipótesis diagnóstica la cual hay que confrontarla para afirmarla o negarla con el auxilio de los exámenes de laboratorio clínico y de gabinete, entre los cuales se mencionan:

- Citología hemática con cuenta leucocitaria para valorar leucocitosis con neutrofilia.
- Amilasa y lipasa en sangre y en orina de 2 horas.
- Electrolitos séricos.
- Química sanguínea para valorar glicemia, elevación de urea y creatinina, hiperlipidemia.
- Examen general de orina.
- Estudio coprológico y de amiba en fresco.
- Pruebas de función hepática.
- Pruebas de coagulación.
- En el caso de mujeres en edad reproductiva, es necesario incluir la prueba de embarazo.

En cuanto a los estudios de gabinete son de gran utilidad las radiografías simples de abdomen en posición de pie y en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal, para valorar aire libre en cavidad peritoneal; asas de intestino delgado dilatadas y con niveles hidroaéreos, dilatación de colon en porción sigmoidea (grano de café) o de ciego y transversal (vólvulo hemicolon derecho, vólvulo gástrico); imagen de vidrio despulido en toda la cavidad peritoneal sin visualizar gas en asas de intestino grueso (peritonitis). Otro estudio que es muy útil es el ultrasonido con el cual se puede identificar la presencia de líquido libre en cavidad peritoneal y guiar la punción del abdomen, así mismo se pueden identificar plastrones de peritoneo y abscesos.⁷

En la tabla IV se muestran algunas recomendaciones para estudio de imagen dependiendo de la localización:

Tabla IV. Estudio de imagen recomendado según sitio de Localización.

Estudios de Imagen recomendados basados en la localización del dolor.	
Localización del dolor	Estudio de Imagen
Cuadrante superior derecho.	Ultrasonido.
Cuadrante superior izquierdo.	Tomografía computada.
Cuadrante inferior izquierdo.	Tomografía computada con medio de contraste oral e intravenoso.
Cuadrante inferior derecho.	Tomografía computada con medio de contraste intravenoso.
Suprapúbico.	Ultrasonido.

Fuente: Mayo Osorio M.A., Abdomen Agudo, Enfermedades del Aparato Digestivo VII, Medicine, 2016 (7), pag 377.

El dolor abdominal agudo constituye una etapa evolutiva de múltiples procesos.

Según la Clasificación BOCKUS se puede dividir el dolor abdominal en:

Tipo A:

Dolor abdominal agudo quirúrgico: Aparición rápida de dolor, dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en la historia clínica.

Los signos de Peritonitis (dolor a la descompresión, resistencia, y ausencia de ruidos intestinales hiperestesia e hiperbaralgesia), indican un proceso intraabdominal grave.

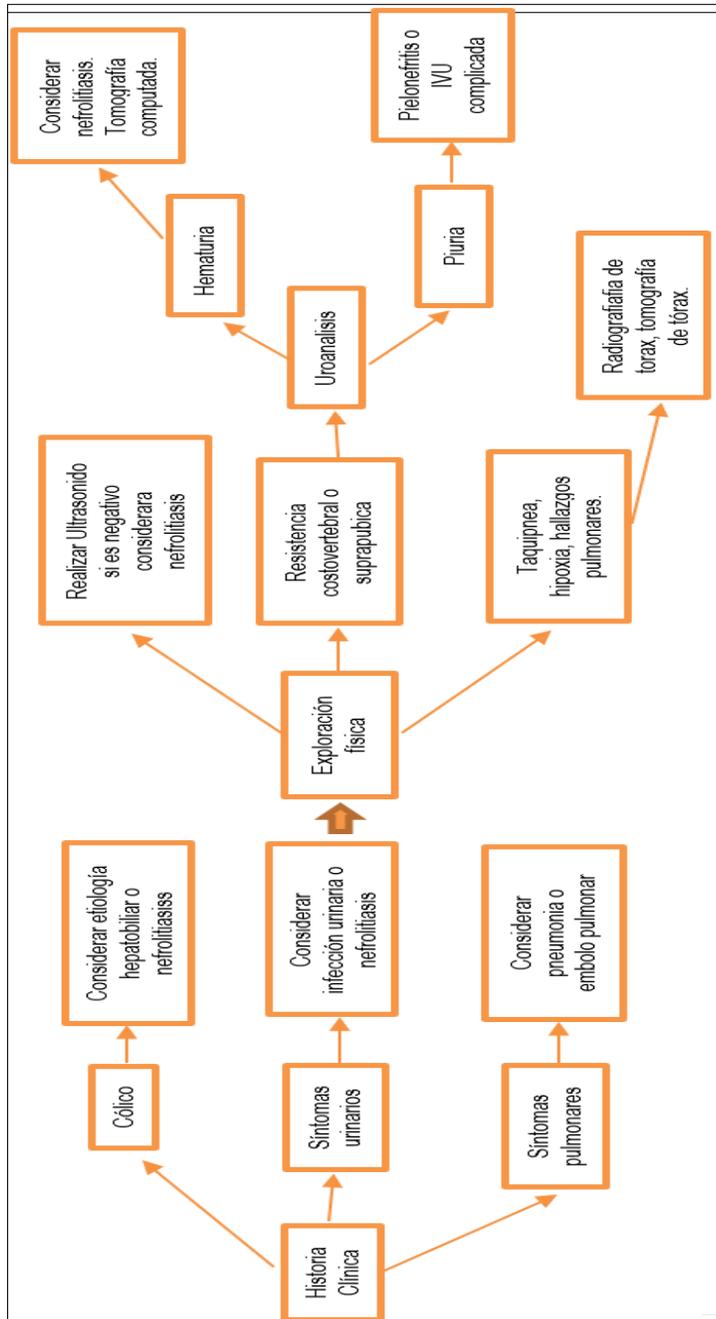
Tipo B:

Dolor abdominal agudo no quirúrgico: En este tipo de pacientes, la presencia de dolor a la palpación, localizado o con resistencia, evolución lenta (> 48 horas) y con historia de misma sintomatología anterior, sugiere estudio y seguimiento ambulatorio.⁹

Se estima que los médicos diagnostican con precisión el dolor abdominal sólo del 40 a 65%, por lo que los datos a evaluar tanto clínicos como paraclínicos son de suma importancia para lograr una adecuada congruencia diagnóstica, para fines de este estudio se definirá congruencia diagnóstica como la concordancia que existe entre el interrogatorio, cuadro clínico y estudios auxiliares con el diagnóstico del paciente desde la primera atención hasta la solución/control del problema que motivó la atención.²

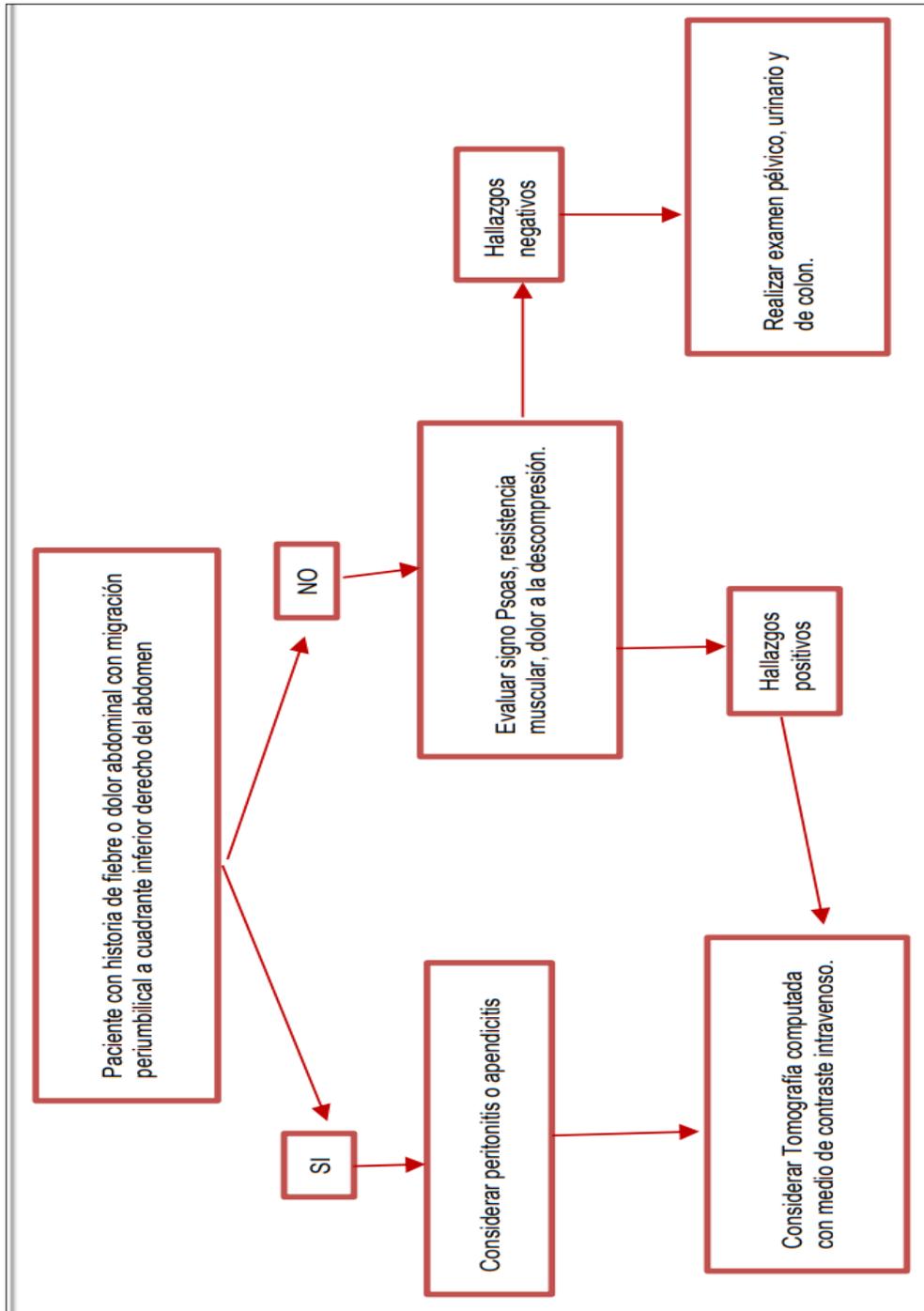
En la siguiente página se muestran algunos algoritmos para valoración inicial del dolor abdominal agudo por localización y en situaciones especiales.

Figura 2. Algoritmo para manejo de dolor abdominal en cuadrante superior derecho:



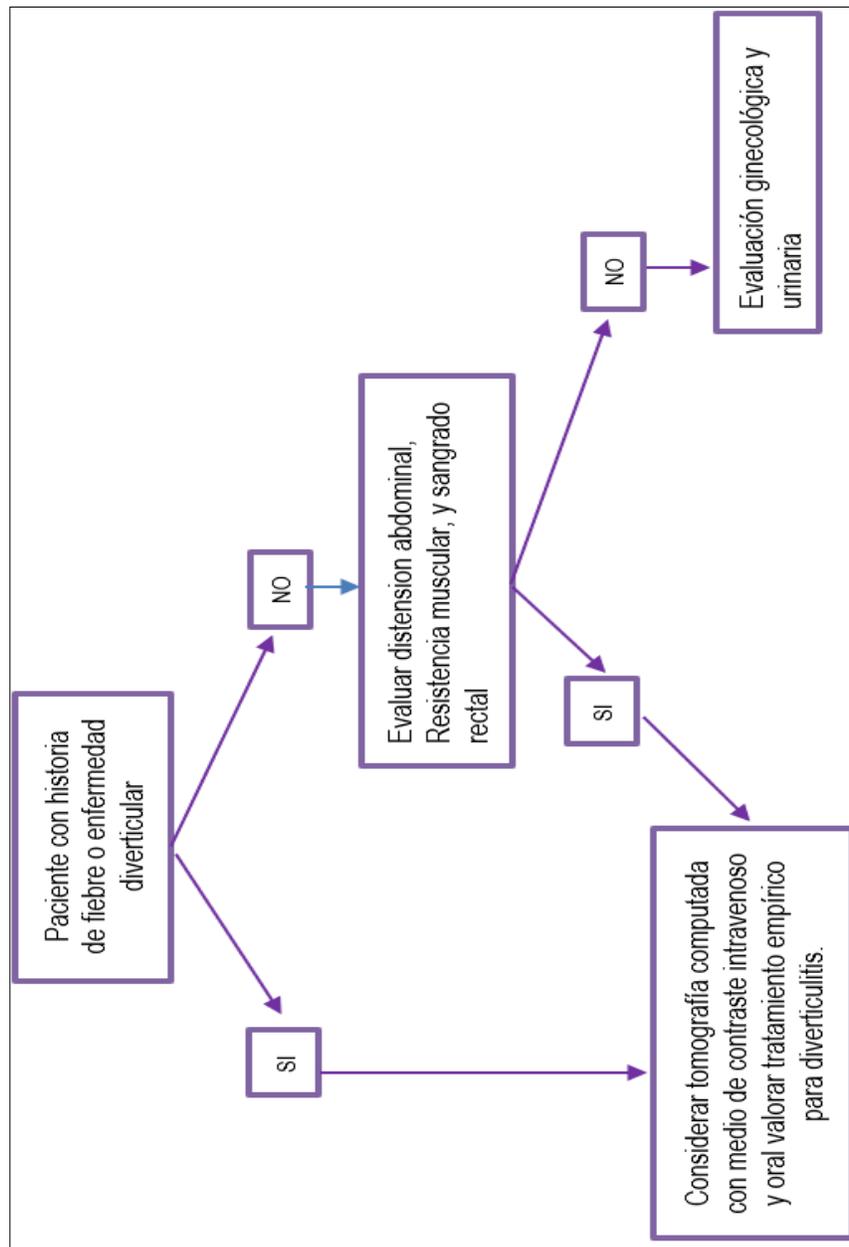
Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008;77(7):971–8

Figura 3. Abordaje del dolor abdominal en cuadrante inferior derecho:



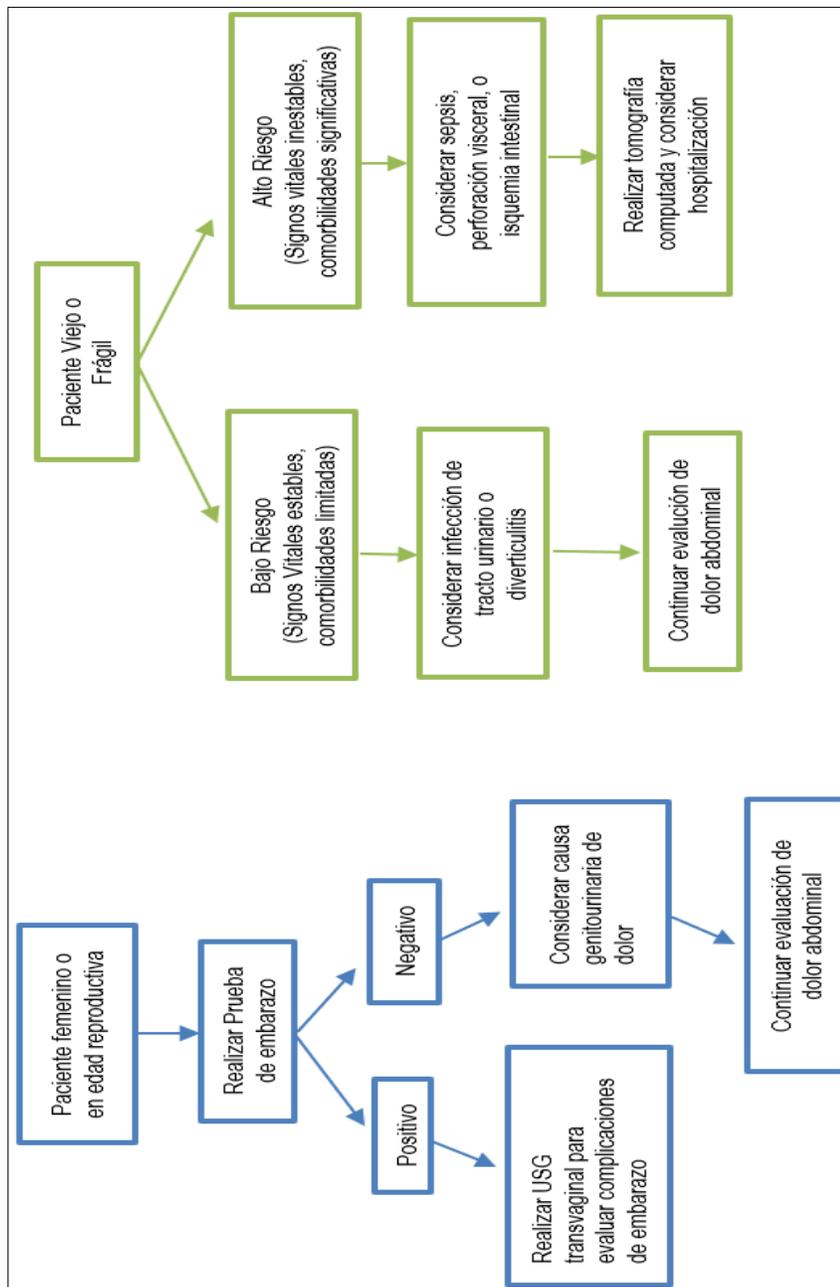
Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008; 77(7):971–8

Figura 4. Algoritmo del abordaje del dolor abdominal en situaciones especiales:



Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008;77(7):971–8

Figura 5. Algoritmo de abordaje de dolor abdominal en situaciones especiales:



Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008;77(7):971–8

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el servicio de urgencias, es imprescindible realizar una minuciosa anamnesis y exploración física para lograr una alta sospecha diagnóstica. Desafortunadamente, por la alta demanda de la atención médica, se tiene poco tiempo para la atención del paciente y en ocasiones esto se ve reflejado en una anamnesis y exploración física deficiente.⁴ El médico adscrito al servicio de urgencias tiene la facultad de solicitar estudios de laboratorio y radiografías como complementación diagnóstica, sin embargo, no siempre se tiene disponibilidad a los mismos y los resultados en ocasiones demoran más de lo esperado. De acuerdo con lo anteriormente comentado, no siempre es posible llegar a una sospecha diagnóstica clara en el menor tiempo posible.

La mayoría de los estudios realizados se centran en las principales causas del dolor abdominal, sin tomar en cuenta el abordaje que debe realizarse en servicio de urgencias para lograr una sospecha diagnóstica adecuada. Hasta el momento no hay información concluyente que mida el cumplimiento de esos aspectos en el servicio de urgencias.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la congruencia que existe entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico final en el paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”?

JUSTIFICACIÓN

La realización de una historia clínica y examen físico adecuados, en complemento con la solicitud precoz de estudios de imagen y laboratorios, aportan los datos necesarios para un adecuado diagnóstico. Dentro de la historia clínica se deben de interrogar todas las características del dolor abdominal incluyendo forma de aparición, localización, intensidad, carácter, irradiación, factores precipitantes, maniobras que lo modifican y síntomas asociados. Se ha observado que la gravedad y percepción individual son muy variables, por lo que la exploración física debe ser enfocada en búsqueda de signos clínicos característicos de acuerdo con la patología sospechada.

Al realizar el estudio de la congruencia diagnóstica del dolor abdominal se pueden reforzar aspectos importantes para mejorar la calidad de la atención del paciente desde su clasificación en Triage hasta el tratamiento resolutivo y disminuir los tiempos de estancia intrahospitalaria, ya que se llega a un diagnóstico adecuado de causa de dolor abdominal en aproximadamente el 70% reportado en la literatura internacional.

En este estudio se demuestran los procedimientos que no se realizan adecuadamente, con lo que se identifican las áreas de intervención para mejorar la atención de los pacientes, logrando así una disminución de la morbilidad, mortalidad y costos.

Este estudio fue factible, debido a que se realizó en un Hospital de alta concentración de pacientes.

OBJETIVOS

General.

- Estudiar la congruencia diagnóstica en el dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

Específicos.

- Identificar el número de pacientes por edad y sexo con dolor abdominal agudo que ingresaron al servicio de urgencias.
- Identificar el número de pacientes en los que se realizó adecuada semiología de dolor y en los que se registró la presencia de signo clínico característico en la valoración inicial.
- Identificar el número de pacientes en los que se realizó estudio auxiliar de diagnóstico e interconsulta al servicio de cirugía general.
- Identificar el número de pacientes con estancia prolongada en el servicio de urgencias bajo el diagnóstico de dolor abdominal agudo.
- Conocer el grado de cumplimiento en factores determinantes para el diagnóstico de dolor abdominal agudo.
- Identificar las principales causas de dolor abdominal agudo en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal, tipo prospectivo con área de investigación en Servicios de Salud, en donde se incluyeron a todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez en el periodo comprendido entre 1 de enero 2018 al 15 de mayo del 2018.

Universo: Finito

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años valorados e ingresados al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal agudo en el periodo comprendido del 1 febrero de 2018 al 15 de mayo 2018.

Criterios de no inclusión:

Pacientes con embarazo o complicaciones de éste, pacientes con dolor abdominal de más de 5 días, pacientes clasificados como rojo en Triage o con dolor abdominal secundario a trauma.

Criterios de eliminación:

- Paciente que soliciten egreso voluntario en los que no pueda concluirse el estudio.
- Pacientes con dolor abdominal agudo referido.
- Defunción

VARIABLES

Tabla V. Variables estudiadas

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Congruencia Diagnóstica	Compleja	Presencia de relación entre diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso.	Nominal Dicotómica	No Si
Sexo	Contexto	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Contexto	Tiempo en años que ha vivido el paciente, registrado en expediente.	Cuantitativa Continua	Años
Clasificación de Triage	Contexto	Registro en expediente del grado de prioridad de atención según características clínicas del paciente al ingreso.	Nominal Ordinal	1. Rojo 2. Anaranjado 3. Amarillo 4. Verde 5. Azul 6. No se realizó
Semiología de Dolor adecuada	Contexto	Registro en expediente de al menos 5 de las 9 características a evaluar en la presentación de dolor abdominal agudo.	Nominal Dicotómica	No Si
Presencia de Signo Clínico característico	Contexto	Registro en expediente de manifestación objetiva en exploración física sugerente de dolor abdominal de origen específico.	Nominal Dicotómica	No Si

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Auxiliar diagnóstico	Contexto	Evidencia en expediente de realización de estudio de imagen y/o laboratorio que oriente al diagnóstico causal del dolor abdominal agudo.	Nominal Dicotómica	No Si
Estancia hospitalaria prolongada	Contexto	Tiempo de permanencia del paciente en el servicio de urgencias mayor a 12 hrs.	Nominal Dicotómica	No Si

Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en Hospital Especialidades de la ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

Fuente de información

Se solicitó expediente clínico, considerando expediente clínico completo, aquel que incluyera todas las secciones del expediente clínico acorde a la normatividad de instituto y estándares de la Norma Oficial Mexicana del Expediente clínico. (Nota inicial de Urgencias, notas de evolución médica, indicaciones médicas y hojas de enfermería.

Aspectos Éticos

Según el artículo 17 de la Ley General de Salud, corresponde a un estudio sin riesgo. El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación.

Recolección de datos y análisis estadístico

La recolección de datos fue a través de un formato que incluyó las variables: datos generales del paciente, clasificación de Triage, semiología del dolor, presencia de signo clínico característico, uso de auxiliar diagnóstico, interconsulta a cirugía general y congruencia diagnóstica.

Clasificación de Triage: Se registró si se realizó o no Triage y en caso de haber sido realizado se marcará el color asignado en la valoración de Triage siendo marcado con una X.

Semiología de dolor: Se obtiene de la nota inicial en el apartado de padecimiento actual, si la nota cuenta con al menos 5 de los 9 apartados de semiología referidos previamente se marcará la cifra 1 correspondiente a que la nota médica cuenta con adecuada realización de la semiología del dolor, de lo contrario se marcará la cifra 0.

Presencia de Signo Clínico característico: Se obtiene de la nota inicial en el apartado de exploración física, registro de signo clínico característico mencionado en el apartado de antecedentes para fines de este trabajo de investigación, de encontrarse registrado se escribe la cifra 1, de lo contrario se escribirá la cifra 0.

Auxiliar de diagnóstico: Este apartado divide estudios de imagen y estudios de laboratorio. Dentro de los estudios de imagen se escribirá la cifra 1 si el expediente cuenta con estudio radiográfico, ultrasonográfico o topográfico, de lo contrario se escribirá la cifra 0.

En el caso del apartado de laboratorio, se considerará presente en el expediente si se cuenta al menos con 2 de 3 estudios de laboratorio (Biometría hemática, Química Sanguínea, Examen General de Orina).

Interconsulta a cirugía general: Se escribirá la cifra 1 en caso de contar en el expediente con valoración por el servicio de cirugía general ante el diagnóstico de probable resolución quirúrgica, de lo contrario se marcará un 0.

Estancia intrahospitalaria: En este apartado se escribirá la cifra 1 si el paciente registra más de 12 horas desde la nota de ingreso hasta la hora de registro en la hoja de egreso a piso, a quirófano o a domicilio.

Congruencia Diagnóstica: se escribirá la cifra 1 si el diagnóstico de ingreso registrado en la hoja inicial coincide con el diagnóstico de egreso a otro servicio, a quirófano o a domicilio, de lo contrario se escribirá la cifra 0.

Para otorgar calificación a las variables se considerarán dos fases la primera será una fase cualitativa; en la que se evaluará el expediente clínico con base en el principio de “todo o nada”, marcando 0 cuando la variable no esté presente y 1 cuando la variable se encuentre presente y una segunda fase cuantitativa en la que se calculará el porcentaje de cumplimiento de cada una de las variables estudiadas.

Se procederá a estandarizar el proceso de evaluación con la finalidad de medir el cumplimiento de cada uno de los estándares.

La medición de congruencia diagnóstica será nominal dicotómica, el análisis consistirá en verificar si hay evidencia documental del cumplimiento de la variable o no (congruencia o no congruencia), calificando SI o NO en función de sus resultados.

Para el análisis de la información se utilizaron herramientas de estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas por medio de Software Office Excel 2016 y se medirá el porcentaje de cumplimiento o no cumplimiento en cada variable y por consiguiente en cada uno de los dominios.

IMAGEN II. FORMATO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR BELISARIO DOMINGUEZ HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE TRABAJO "CONGRUENCIA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN URGENCIAS "			
Nombre:			
Género:		Edad:	NHC:
VARIABLE	Característica Presente		
Clasificación de Triage al ingreso	Rojo Verde	Naranja Azul	Amarillo No Triage
Semiología del dolor (5/9)			
Signo Clínico característico			
Estudios de imagen			
Estudios de laboratorio			
Interconsulta a servicio de Cirugía General			
Estancia hospitalaria prolongada en servicio de urgencias (Mayor a 12 hrs)			
Congruencia diagnóstica de diagnóstico inicial con diagnóstico final			
Marcar con una X dentro del color en el que fue clasificado el paciente en Triage Para el resto de las variables, escribir: 0= NO (La variable no se encuentra en el expediente). 1= SI (La variable está presente en el expediente).			

Fuente: Formato para recolección de datos. Elaborado por Josué Gerardo Esparza Correa.
Residente de Urgencias.

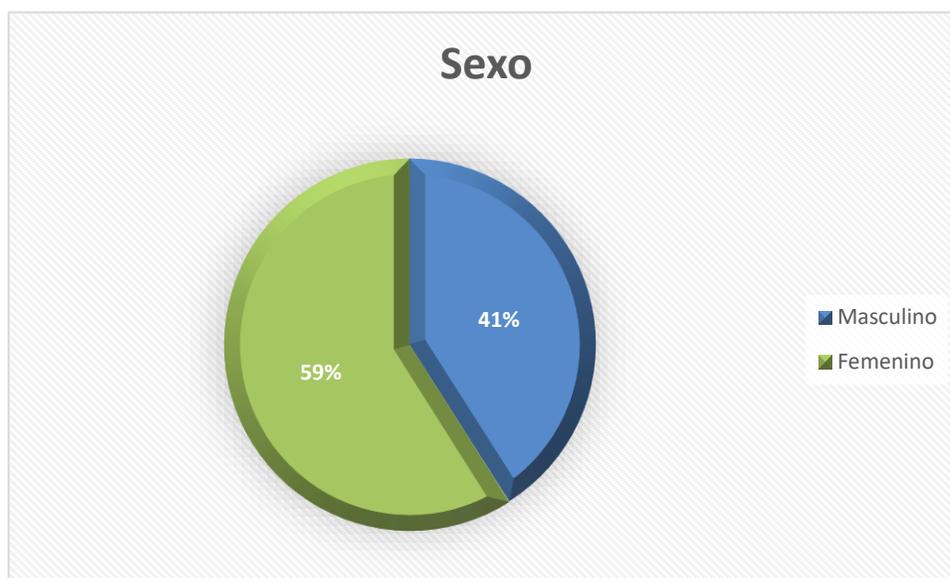
4. RESULTADOS.

Cumplieron con los criterios de ingreso 105 pacientes, de los cuales se excluyeron 5, 3 por egreso voluntario y 2 por dolor abdominal de causa traumática.

Fueron estudiados 100 pacientes de los cuales 41 pacientes (41%) fueron de sexo masculino y 59 pacientes de sexo femenino (59%). La distribución por grupos de edad y sexo se muestran en la figura 6 y 7.

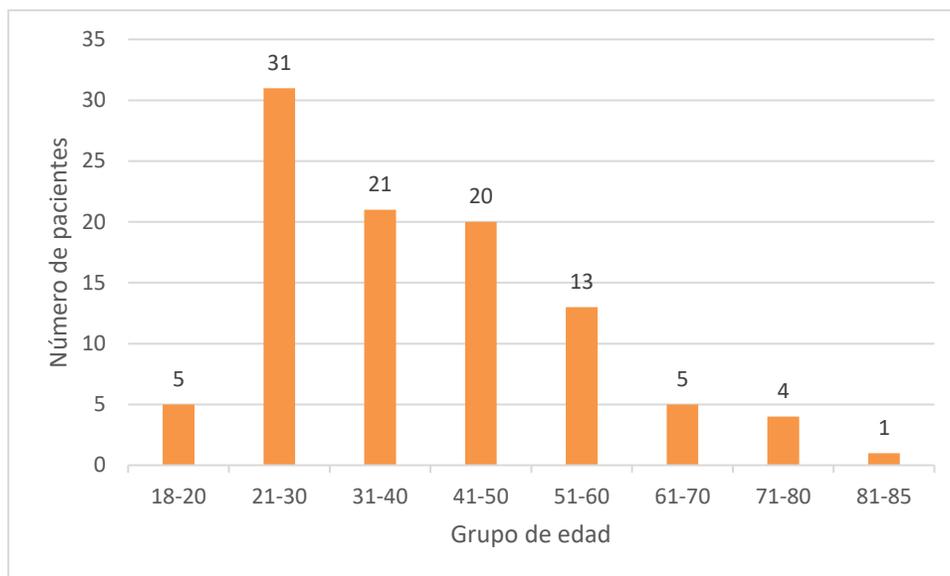
El promedio de edad de los pacientes fue 39.9 para mujeres, y 39.6 para hombres con un promedio general de 39.7 años. Siendo el menor de 18 años y el mayor de 85 años.

Figura 6. Distribución de pacientes por sexo



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México
Dr. Belisario Domínguez.

Figura 7. Distribución de pacientes por edad



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

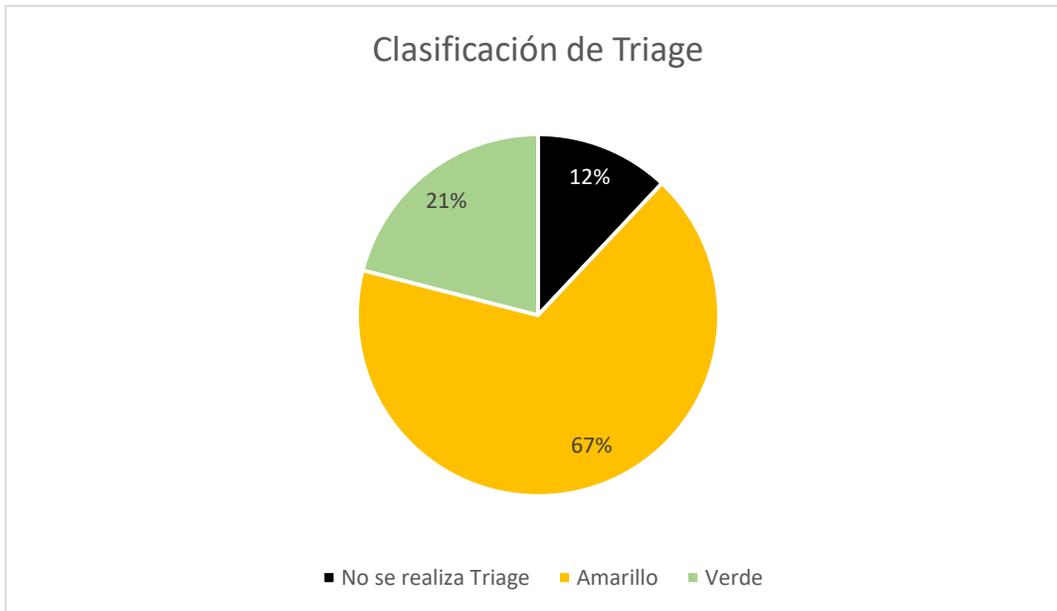
Dr. Belisario Domínguez.

Los resultados de cada variable estudiada fueron los siguientes:

De los 100 pacientes obtenidos el 67% obtuvieron clasificación de Triage Amarillo (atención en menos de 30 minutos), mientras que el 21% obtuvo clasificación verde (atención en al menos 1 hora) y el 12% no se clasificaron en Triage (Figura 8).

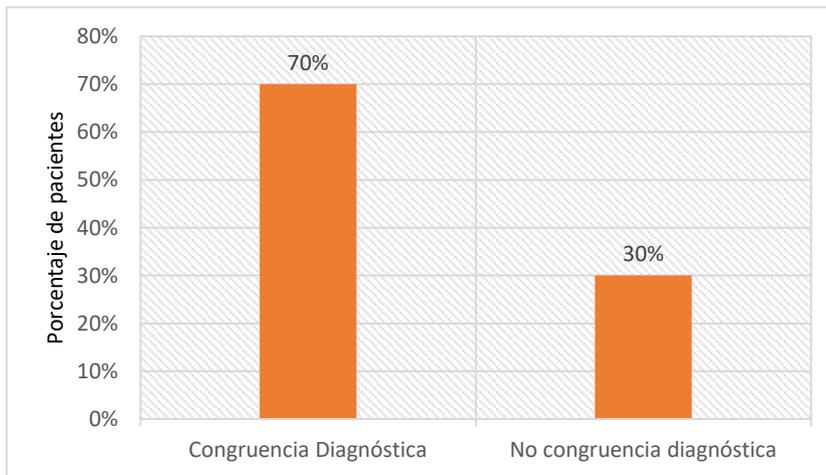
El 70% de los pacientes presentaron congruencia en el diagnóstico inicial y el diagnóstico de egreso de urgencias, mientras que el 30 % no logró congruencia diagnóstica (Figura 9).

Figura 8. Clasificación de Triage.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México
Dr. Belisario Domínguez.

Figura 9. Congruencia diagnóstica del dolor abdominal.



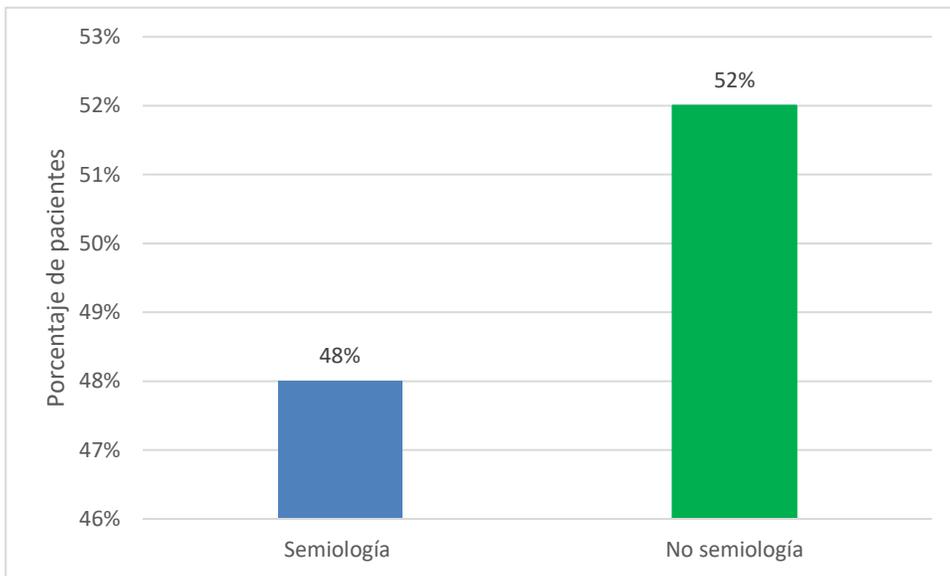
Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México
Dr. Belisario Domínguez.

Semiología del dolor:

De los 100 pacientes estudiados, 48 de ellos tuvieron adecuada semiología del dolor mientras que el 52% no obtuvo semiología de dolor adecuada (Figura 10).

De los 48 pacientes con adecuada semiología del dolor, se encontró congruencia diagnóstica en 37 pacientes, correspondiente a 77% de los pacientes y 11 pacientes (23%) a pesar de lograr semiología adecuada no obtuvieron congruencia diagnóstica.

Figura 10. Semiología del dolor abdominal agudo.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

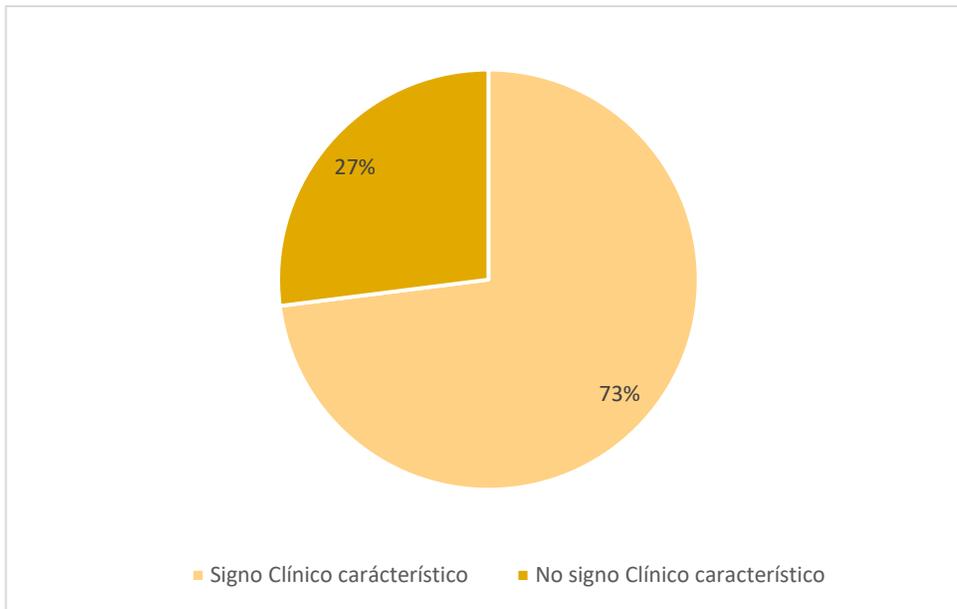
Dr. Belisario Domínguez.

Por otro lado, de los 52 pacientes sin adecuada semiología del dolor, 33 pacientes (63%) logró congruencia diagnóstica y 19 pacientes (36%) sin semiología de dolor adecuada no obtuvieron congruencia diagnóstica.

Presencia de Signo Clínico Característico:

De los 100 pacientes evaluados, el 73% (73 pacientes) presentaron registro de signo clínico característico, mientras que el 27% (27 pacientes) no presentaron registro de este (Figura 11).

Figura 11. Presencia de signo Clínico característico.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

Dr. Belisario Domínguez.

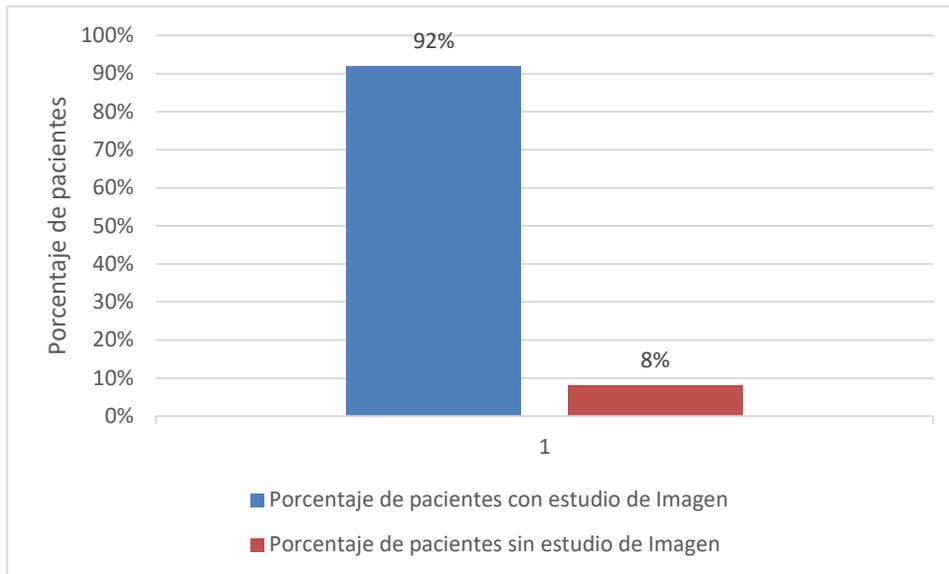
De los 73 pacientes que presentaron registro de signo clínico característico, 59 (80%) tuvieron congruencia diagnóstica, mientras que 14 de los pacientes (20%) con signo clínico registrado en el expediente no logró congruencia diagnóstica.

De los 27 pacientes que no presentaron registro de signo clínico característico en el expediente, 11 (40%) de ellos mostraron congruencia diagnóstica, mientras que 16 de ellos (60%) no mostraron la misma.

Auxiliar de diagnóstico: Estudios de Imagen.

De los 100 pacientes evaluados, al 92% (92 pacientes) se les realizó algún estudio de imagen.

Figura 12. Auxiliar diagnóstico de Imagen.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

Dr. Belisario Domínguez.

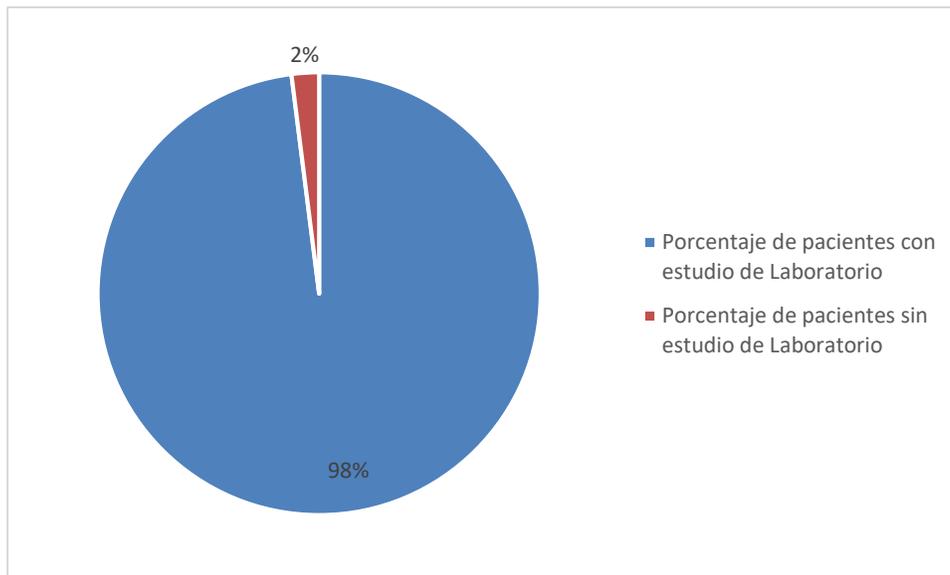
De los 92 pacientes que presentaron estudio de imagen 63 (68%) lograron congruencia diagnóstica, mientras que 29 (32%) de ellos a pesar de contar con estudio de imagen no presentaron congruencia diagnóstica.

De los 8 pacientes que no contaban con estudio de imagen, 7 de ellos (87.5%) obtuvieron congruencia diagnóstica mientras que el 1 restante (12.5%) sin estudio de imagen no logra congruencia diagnóstica.

Auxiliar Diagnóstico: Estudios de laboratorio.

De los 100 pacientes estudiados, el 98% (98 pacientes) evidenció registro de estudios de laboratorio y de ellos el 68 (69%) pacientes lograron congruencia diagnóstica, mientras que 30 pacientes (30.6 %) con estudios de laboratorio no presenta congruencia diagnóstica.

Figura 13. Auxiliar diagnóstico de Laboratorio.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

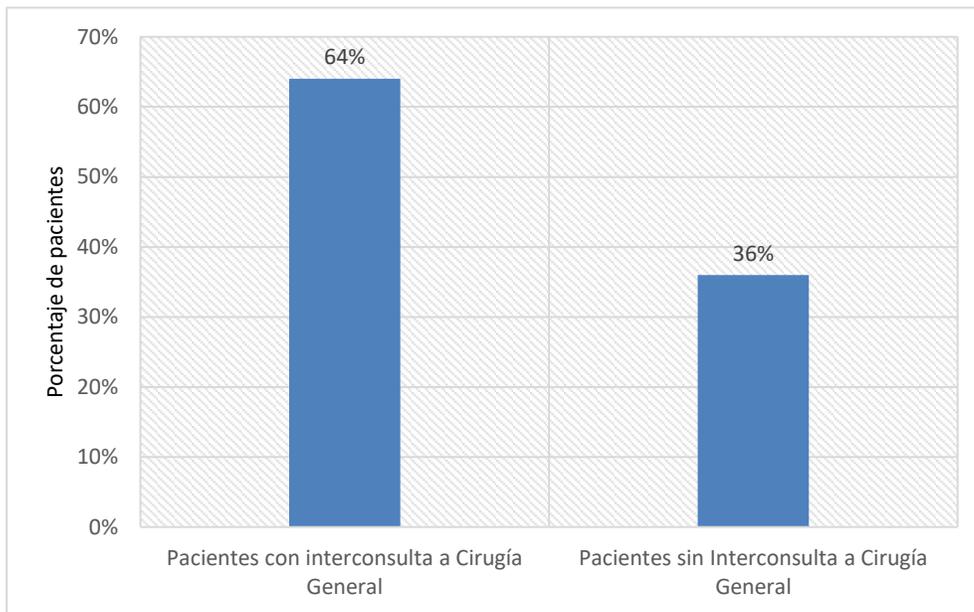
Dr. Belisario Domínguez.

Solo 1 de los pacientes evaluados obtuvo congruencia sin estudios de laboratorio y se encontró un paciente sin estudios de laboratorio y sin congruencia diagnóstica.

Interconsulta a cirugía general:

El 64% de los expedientes evaluados presentan interconsulta al servicio de cirugía general ante probable resolución quirúrgica (Figura 14), de estos, 49 pacientes (76%) cuentan con congruencia diagnóstica, mientras que 15 pacientes (24%), no presentan congruencia diagnóstica.

Figura 14. Porcentaje de interconsulta a cirugía general.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

Dr. Belisario Domínguez.

Por otro lado, de 36% de los pacientes sin interconsulta a cirugía general, 21 pacientes (58.3%) tuvieron congruencia diagnóstica y los 15 pacientes (41.6%) no la presentan.

En la tabla se muestran las variables evaluadas y su relación con el número y porcentaje de pacientes que tuvieron o no congruencia diagnóstica.

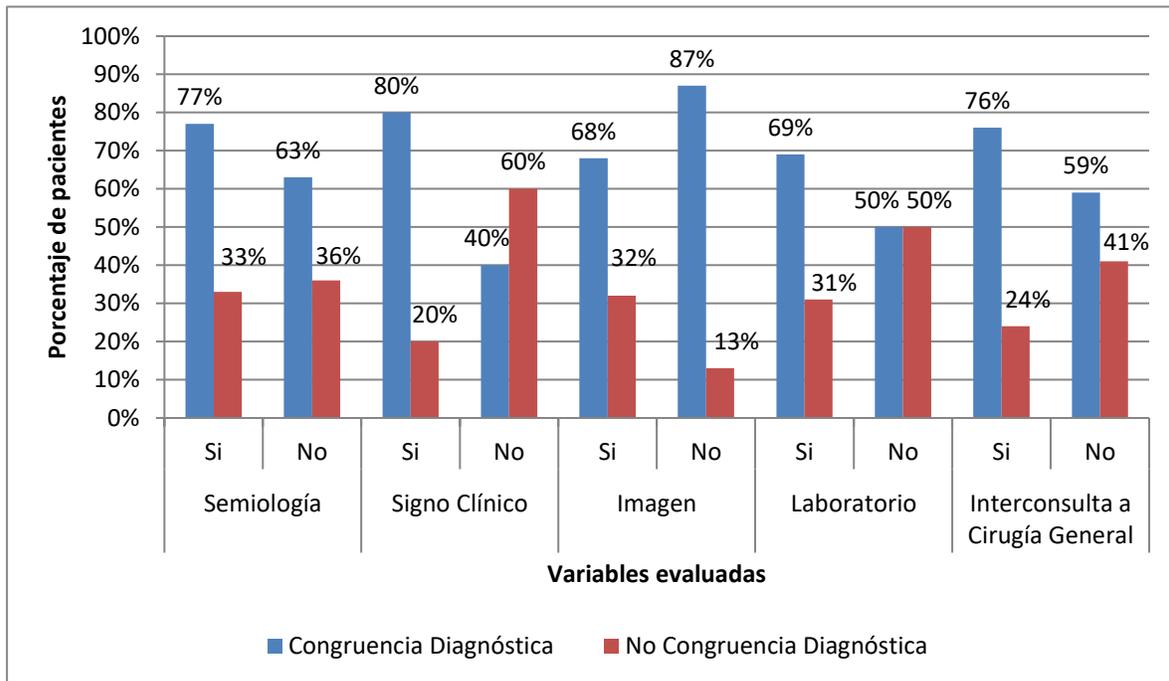
Tabla VI. Variables evaluadas y congruencia diagnóstica.

		<i>Congruencia Diagnóstica</i>	<i>No Congruencia Diagnóstica</i>	
		<i>No. De Pacientes (%)</i>	<i>Núm. De Pacientes (%)</i>	<i>Total</i>
Semiología	Si	37 (77%)	11 (33%)	48
	No	33 (63%)	19 (36%)	52
Presencia de Signo Clínico característico	Si	59 (80%)	14 (20%)	73
	No	11 (40%)	16 (60%)	27
Uso de Auxiliar diagnóstico (Imagen)	Si	63 (68%)	29 (32%)	92
	No	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8
Uso de Auxiliar diagnóstico (Laboratorio)	Si	68 (69.3%)	30 (30.6%)	98
	No	1 (50%)	1 (50%)	2
Interconsulta a cirugía general	Si	49 (76%)	15 (24%)	64
	No	21 (58.3%)	15 (41.6%)	36

Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

Dr. Belisario Domínguez.

Figura 15. Variables evaluadas y congruencia diagnóstica.



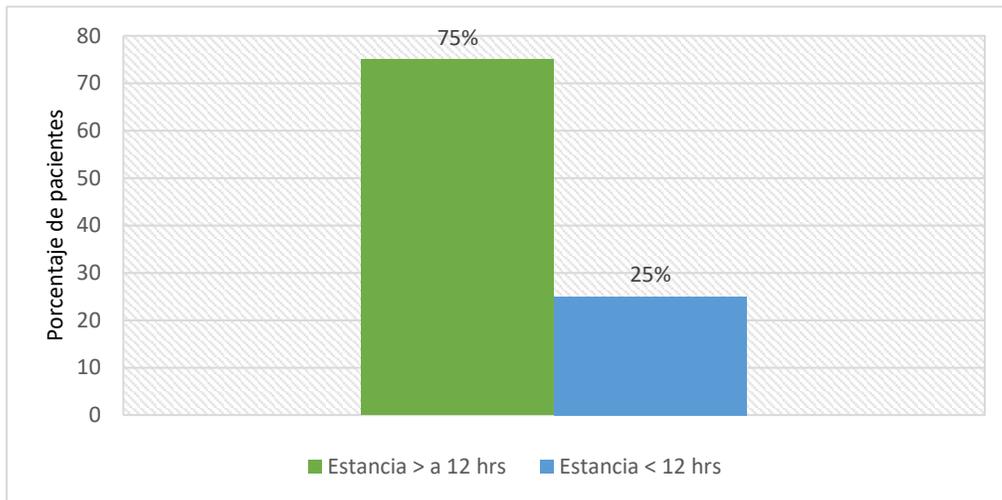
Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

Dr. Belisario Domínguez. IC CG: Interconsulta a cirugía general

Estancia intrahospitalaria:

De los 100 pacientes evaluados se encontró que el 75 % de los pacientes presentaron una estancia intrahospitalaria mayor a 12 horas mientras que el 25% presentó estancia hospitalaria menor a 12 horas (Figura 16).

Figura 16. Tiempo de estancia en el servicio de Urgencias.

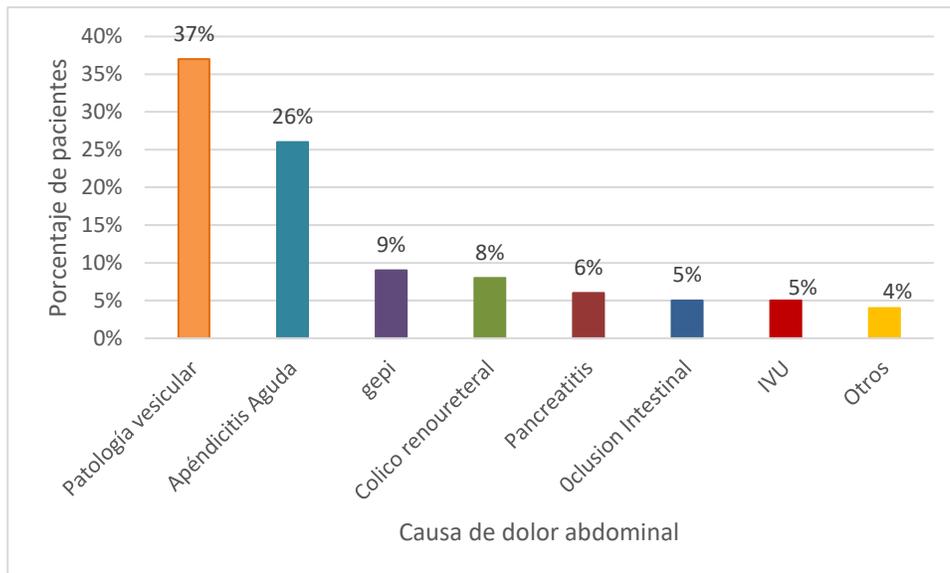


Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México
Dr. Belisario Domínguez.

Finalmente, de los 100 pacientes estudiados, el 70% que logró adecuada congruencia diagnóstica presentó >4 variables (4/5) en su valoración inicial mientras que del 30% que no logro congruencia diagnóstica tuvo dentro de su valoración inicial < de 3 variables (3/5).

Causas de dolor abdominal: De los 100 pacientes evaluados, el 37 % presento como causa patología biliar, mientras que el 26% corresponde con apendicitis aguda, el 9% a Gastroenteritis infecciosa, cólico renoureteral con 8%, pancreatitis aguda el 6% mientras que oclusión intestinal, infección de vías urinarias y otras ocupan menos del 5% de las causas (Figura 17).

Figura 17. Diagnósticos finales de pacientes con dolor abdominal agudo.



Fuente: Base de datos, Archivo Clínico del Hospital Especialidades de la ciudad de México

Dr. Belisario Domínguez.

5. DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes estudiados en el estudio fueron de sexo femenino (59%), presentando una edad promedio de 39 años lo cual es congruente con los datos registrados por Chavarría en su estudio de dolor abdominal en el servicio de urgencias en donde el 55.2% de los pacientes fueron del sexo femenino, sin embargo, en cuanto a edad el estudio encuentra predominancia en mayores de 60 años a diferencia de este estudio en donde el dolor abdominal predomina en la tercera década de la vida (20 a 30 años).⁴

Se encontró también que la mayoría de los pacientes ameritó una atención en menos de 30 minutos según la clasificación de Triage, lo cual resulta congruente con la literatura según la Guía de Práctica Clínica referente a Triage Hospitalario en adultos, en donde estipula que el dolor abdominal debe ser clasificado como Amarillo y debe atenderse en menos de 30 minutos.¹⁷

El estudio muestra que de todos los pacientes evaluados se logró hasta un 70% de congruencia diagnóstica, en gran medida secundario al cumplimiento de variables importantes que ayudan a mejorar la sospecha diagnóstica inicial, dentro de las cuales se encuentra la semiología del dolor, encontrando que más de la mitad de los pacientes evaluados y a los que se les realizó semiología adecuada lograron mayor congruencia diagnóstica que aquellos pacientes que no cumplieron con esta variable, resaltando la importancia de la anamnesis en la valoración inicial del paciente, en contraste con los documentado por la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) que reporta hasta 86% de congruencia entre el diagnóstico de ingreso y de egreso considerando la anamnesis y la exploración física como variables de importancia para el diagnóstico.³

El estudio demostró también la importancia de la exploración física minuciosa en la valoración inicial del dolor abdominal, ya que la presencia de un signo clínico característico durante la misma puede aumentar la sospecha diagnóstica.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes que presentaron signo clínico característico presentaron también mayor congruencia diagnóstica, muestra de que la exploración física se sigue manteniendo como el pilar más importante para la integración de un diagnóstico.

A la mayoría de los pacientes evaluados se les realizó al menos un estudio de imagen y dos estudios de laboratorio, con lo que se logró también mayor congruencia diagnóstica. Sin embargo, es importante valorar que la toma de estos auxiliares diagnósticos debe estar justificada y orientada a una sospecha diagnóstica para no hacer mal uso de recursos, ya que la sola presencia de éstos no garantiza la congruencia diagnóstica como se demuestra en los resultados previamente registrados.

Más de la mitad de los pacientes evaluados tuvieron sospecha de resolución quirúrgica (64%), registrando demasiados pacientes de acuerdo con el reporte de CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) que menciona que de un 13% a 40% de los dolores abdominales representan una emergencia quirúrgica.³

Este resultado resalta la necesidad de realizar una mejor anamnesis, una exploración física dirigida y solicitar los estudios complementarios dirigidos a una sospecha diagnóstica.

Otro aspecto que importante en el estudio fueron las horas de estancia hospitalaria, considerando como estancia prolongada en el servicio de urgencias a un paciente que permanece por más de 12 horas, documentándose que más de la mitad de los pacientes, a pesar de tener buena congruencia diagnóstica, permanecen en urgencias por más de 12 horas, contrario a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana en su apartado 5.6 para la regulación de los servicios de salud.¹⁸

El estudio permitió de manera indirecta obtener las principales causas de dolor abdominal en el servicio de urgencias, encontrando en los primeros lugares las patologías de resolución quirúrgica y en los últimos lugares las patologías no quirúrgicas, contrario a lo registrado por Chavarría en un estudio que realizó en 2010 en donde registró predominio de la patología abdominal no quirúrgica.⁴ Esto significa que la mayoría de las causas de dolor abdominal que requirieron resolución quirúrgica tuvieron adecuada congruencia diagnóstica.

En el estudio se documenta que los pacientes que presentaron congruencia diagnóstica contaban con al menos 4 de las 5 variables estudiadas, mientras que los que no lograron congruencia diagnóstica únicamente contaban con 3 o menos variables, resaltando la importancia de éstas en el abordaje inicial del dolor abdominal en el servicio de urgencias.

6. CONCLUSIONES.

En este estudio se encontró congruencia diagnóstica en el 70% de los pacientes estudiados, documentándose que se realiza una adecuada semiología de dolor en menos de la mitad de los pacientes.

En el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez se realiza Triage a todo paciente que solicita atención médica, el 67% de los pacientes con dolor abdominal agudo ameritaron una atención en menos de 30 minutos. El dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias se presenta con mayor frecuencia en el género femenino de la tercera década de la vida.

La presencia de un signo clínico característico descrito desde la valoración inicial, así como el apoyo de auxiliares diagnósticos tanto de imagen como de laboratorio, se asoció a mayor congruencia diagnóstica.

Cuando se tiene la sospecha de una patología de resolución quirúrgica, se solicita interconsulta al servicio de cirugía general para su valoración y corroboración diagnóstica, sin embargo, se evidenció que se solicitan más interconsultas al servicio de cirugía general de las necesarias a pesar de ser más frecuente la patología de resolución quirúrgica que la no quirúrgica en esta unidad hospitalaria.

A pesar de que se establece que en el servicio de urgencias el paciente debe permanecer menos de 12 horas, el 75% permanece por más tiempo.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar una detallada anamnesis y semiología del dolor abdominal en la valoración inicial, hacer uso de los estudios de laboratorio e imagen en los casos necesarios y solicitarlos según la sospecha diagnóstica.

Además, es recomendable solicitar interconsulta al servicio de cirugía general solo en casos de sospecha de patología de resolución quirúrgica, por lo que una constante capacitación del personal médico es imperativa para lograr mejores resultados.

Todo lo anterior se recomienda con la única finalidad de llegar al diagnóstico en el menor tiempo posible, para mejorar la calidad de atención del paciente además de reducir el tiempo de estancia intrahospitalaria.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-G. Cervellin, *Abdominal migraine in the differential diagnosis of acute abdominal pain*, American Journal of Emergency Medicine, 33(2015)864e3- 864e5.
- 2.- Cartwright SL, Knudson MP. *Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician.* 2008;77(7):971–8.
- 3.- *Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias*; Revista CONAMED 2007. Vol. 12 núm. 3' julio-Sept 2007.
- 4.- Chavarría islas Rafael Alejandro; *Epidemiología del Dolor Abdominal en la Consulta de un Servicio de Urgencias*, Archivos de Medicina de Urgencias de México, vol. 2, núm. 3, Sep-Oct 2010.
- 5.-Gans Sarah, *Guideline from the Diagnostic Pathway in a Patient with Acute Abdominal Pain*, digestive, suegery,2015;32:23-31.
- 6.- Mayo Pasillo J.M. *Abdomen agudo*, Medicina;2011;12(7):363-379.
- 7.- González Estavillo Ana Cristina, *Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio*, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 41, Núm. 1, pp 7-14.
- 8.-Mayumi Toshihiko, *The practice guidelines forma primary Care of Acute Abdomen* 2015; Journal of General and Family Medicine, 2016; Vol17, No1.p5-52.
- 9.-Abdullah Murdani, *Diagnostic Aproach and Management of Acute Abdominal Pain*, The Indonesian Journal of Internal Medicine, vol 44number 4; October 2012.
- 10.-*Norma Oficial Mexicana NOM- 004-SSA3-2012*, Del expediente clínico. México:

Diario Oficial de la Federación; 15-10-2012.

- 11.- Secretaria de Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud*. Ley Gen Salud [Internet]. 1987.
12. Pichel Loureiro Ángel, *Abordaje del dolor abdominal*, FMC.2016; 23(10):568-74.
- 13.- A. Smith Kurt, Abdominal Pain, *Fundamental Clinical Concepts, Part I, Section Two, Signs, Symptoms and Presentations*, Chapter 24, Abdominal Pain, 2010.
14. C. Falch. *Treatment of Acute Abdominal Pain in the Emergency room: A systematic review of the literature*, European, Journal of Pain,2014.
- 15.Hardy Ashley, Butler Benet, *The evaluation of the Acute Abdomen, common problems in Acute Care Surgery*, New York, 19-31.
16. Ergun Kaya, *Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service*, Middle East Journal of Internal Medicine, volume6, issue 2, March 2013, 3-8.
17. *Triage Hospitalario de Primer Contacto en los servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel*, Guía de Práctica Clínica, ISSSTE-339-08.
18. *Norma Oficial Mexicana 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*. Diario Oficial de la Federación; 04-09-2013.