



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

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA DE URGENCIAS.**

**“FACTORES DETERMINANTES DEL RETRASO EN LA RESOLUCIÓN
DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN URGENCIAS”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:
DRA. NORMA ISELA SERENO GARCÍA
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSÉ ARMANDO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**



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.

"FACTORES DETERMINANTES DEL RETRASO EN LA RESOLUCIÓN DEL
ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN URGENCIAS"

Autora: Dra. Norma Isela Sereno García

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

"FACTORES DETERMINANTES DEL RETRASO EN LA RESOLUCIÓN DEL
ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN URGENCIAS"

Dra. Norma Isela Sereno García.

Vo.Bo.

Dr. José Armando Hernández Hernández.



DIRECTOR DE TESIS

Médico Adscrito al Servicio de Urgencias

AGRADECIMIENTOS.

A mi familia amada que me brindo su tiempo, su esmero y su entrega para salir adelante para vencer las adversidades que se manifiestan en el día a día, por su comprensión y cariño para que yo sea una mejor persona.

Porque gracias a mis padres me enfoque en uno de los mayores tesoros que se pueden tener en esta vida y esa es mi carrera ya que sin ellos esto no hubiera sido posible.

INDICE.

1.- RESUMEN.....	1
2.- INTRODUCCIÓN.....	2
3.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
4.- RESULTADOS	24
5.- DISCUSIÓN.....	32
6.- CONCLUSIONES.....	33
7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1. RESUMEN

No hay literatura que especifique los factores de riesgo que determinan el atraso en la atención quirúrgica en los pacientes con dolor abdominal. El abdomen agudo es la primera causa de consulta en los servicios de urgencias, representa 1 de cada 20 visitas. La mitad de estos pacientes tendrá síntomas inespecíficos secundarios a trastornos menores; sin embargo, la otra mitad tendrá dolor secundario a una enfermedad grave y potencialmente mortal que requerirá diagnóstico temprano y atención médica oportuna.

Objetivo: Determinar los factores que intervienen en el tiempo de tratamiento de los pacientes con abdomen agudo en el servicio de urgencias 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 del formato estandarizado que incluyó las variables: datos generales del paciente, inicio del dolor, clasificación de triage, auxiliares de diagnóstico, interconsulta a cirugía general y estancia intrahospitalaria.

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 encuentra presente y posteriormente se calculó el porcentaje de cumplimiento de cada una de las variables de estudio.

Resultados: Se estudiaron a 100 pacientes identificándose que 60% fueron del sexo femenino, en el 89% se realizó triage, el 73% presentó semiología clínica, el 64% fue valorado por cirugía, en el 98% se realizaron auxiliares de diagnóstico y 78% de nuestra población tuvo estancia prolongada.

Conclusiones: Se documentó que en más del 35% de nuestra población requirió hasta 3 valoraciones por el servicio de cirugía lo cual influyó en una atención oportuna del cuadro.

Palabra clave: abdomen agudo, factores determinantes, auxiliar diagnóstico, interconsultas a cirugía general, estancia intrahospitalaria prolongada.

2. INTRODUCCIÓN

El término de abdomen agudo dado por Battle en 1911 fue muy exitoso y aceptado, pero por ser muy genérico y poco definitorio, fue causa de malinterpretaciones y de graves errores (por ejemplo, malos diagnósticos, cirugía innecesaria y peligrosa).¹

Además, no había suficiente calidad de evidencia para el manejo del abdomen agudo, y dependía del instinto y la experiencia de los médicos. Sin embargo, hasta la fecha, faltan pautas clínicas para que los médicos obtengan mejores resultados en pacientes con abdomen agudo. Los métodos del examen físico están cambiando con los avances recientes en la confirmación diagnóstica.²

Sin embargo no hay literatura que especifique los factores de riesgo que determinan el atraso en la atención quirúrgica en los pacientes con dolor abdominal pero esto no demerita que no sea un tema importante a tratar en estos pacientes.

La enfermedad abdominal con inicio agudo de dolor abdominal, que es multisindrómica y compleja, creadora de frecuentes situaciones de urgencia médica que requieren intervención inmediata que incluye la cirugía de urgencia se denomina abdomen agudo.³

El concepto de urgencia incorpora conceptos de puntualidad y es diferente de la severidad, tanto la clínica como factores ambientales que contribuyen a la urgencia de cualquier paciente.⁴

También se afirma que el abdomen agudo es un término temporal para una condición agudamente dolorosa en la cavidad abdominal, que inicialmente no se puede especificar como no quirúrgica o etiología quirúrgica hasta la evaluación del diagnóstico final. El abdomen agudo puede manifestarse como un complejo de síntomas que incluyen 'dolor abdominal', 'síntomas y / o signos peritoneales', y / o disregulación en trastornos circulatorios', y requiere terapéutica de intervención urgente.⁵

El dolor abdominal a menudo se deriva de las enfermedades del sistema digestivo, pero también puede ser causado por enfermedades extraabdominales. Por lo tanto, la atención primaria apropiada debe ser proporcionada en base a la toma cuidadosa de la historia y hallazgos locales y sistémicos.

El dolor abdominal agudo es la primera causa de consulta en los servicios de urgencias, representa 1 de cada 20 visitas. La mitad de estos pacientes tendrá síntomas inespecíficos secundarios a trastornos menores; sin embargo, la otra mitad tendrá dolor secundario a una enfermedad grave y potencialmente mortal que requerirá diagnóstico temprano y atención médica oportuna.⁶

El dolor abdominal agudo es una queja común de los pacientes en el departamento de urgencias, aproximadamente 10% de las presentaciones en el departamento de urgencias son una causa de dolor abdominal agudo.⁶

Se ha estimado que casi el 50% de los adultos han experimentado dolor abdominal y se debe tener cuidado y cautela cuando se trata de pacientes de edad avanzada (> 65 años) que sufran de dolor abdominal ya que están en 6-8 veces mayor riesgo de mortalidad, especialmente si el diagnóstico final no se puede establecer en el servicio de urgencias. Los pacientes que se presentan como una urgencia tienen un mayor riesgo de morir que los admitidos de manera electiva. En el otro extremo del espectro, alrededor de 90,000 pacientes son ingresados anualmente con dolor abdominal inespecífico. No se han observado diferencias significativas en la evaluación diagnóstica de pacientes obesos con respecto a los no obesos, ni la existencia de un posible retraso terapéutico; sin embargo, se identificaron mayores comorbilidades en el grupo de pacientes obesos. Solo el 60 % de los pacientes ingresados por dolor abdominal agudo son diagnosticados correctamente al ingreso, constituyéndose este en un verdadero desafío para el personal médico en los servicios de urgencias y es fuente frecuente de reclamaciones legales por mala práctica.⁷

El abdomen agudo es manejado por muchos tipos de médicos y requiere una precisión diagnóstica y tratamiento dentro de un límite de tiempo particular para prevenir mortalidad.

Las características conceptuales que este síndrome de abdomen agudo (AA) tiene, son las siguientes:

1. Estar causado por una agresión al compartimento peritoneal, con el dolor abdominal como síntoma predominante.
2. Desencadenar una fisiopatología intraabdominal y sistémica, evolutivamente grave y rápida, que le da gran potencialidad de producir muerte.
3. Que por lo anterior, es necesario un diagnóstico y tratamiento tempranos, lo cual es complejo y difícil en numerosas ocasiones, para lograr su resolución y curación.
4. Que suele requerir para ello tratamiento potencialmente quirúrgico, aunque no siempre sea este necesario.

Las causas del abdomen agudo incluyen apendicitis aguda, colelitiasis, obstrucción del intestino delgado, cálculos ureterales, gastritis, perforación de úlcera péptica, gastroenteritis, pancreatitis aguda, diverticulitis, enfermedades ginecológicas y obstétricas⁸

Las causas del dolor abdominal agudo se pueden clasificar como urgente o no urgente. Las causas urgentes requieren tratamiento inmediato (dentro de las 24 h) para prevenir complicaciones; mientras para causas no urgentes, no es necesario un tratamiento inmediato. Las causas urgentes más comunes son la apendicitis aguda, diverticulitis aguda y obstrucción intestinal. Las causas comunes no urgentes son abdominales inespecíficos dolor (NSAP) y enfermedades gastrointestinales.

El dolor en la fosa ilíaca derecha es una de las presentaciones más comunes para la realización quirúrgica aguda. El riesgo de por vida de tener apendicitis es del 7% al 8% con una incidencia global de 11 casos por cada 10,000 habitantes por año. Es fácil determinar cuál debe ser su manejo, aquellos con signos menos específicos pueden ser más un desafío diagnóstico⁸

El inicio agudo del dolor severo del cuadrante superior derecho se asocia con la presencia de cálculos biliares. Entre 10-15% de los hombres y 20-25% de las mujeres de todas las edades tienen cálculos biliares y la incidencia de síntomas que se desarrollan en pacientes asintomáticos es de 1-2% por año.

Los pacientes se presentan de forma aguda con dolor severo en el cuadrante superior derecho que dura varias horas y con síntomas sistémicos (colecistitis aguda). Ambas afecciones se conocen como enfermedad biliar aguda simple. Se considera que los pacientes en los que el dolor intenso está asociado con ictericia y dilatación biliar o pancreatitis por cálculos biliares tienen una presentación biliar compleja.⁹

La diverticulitis generalmente se refiere a la diverticulitis sigmoidea aguda que es causada por la inflamación de los divertículos del colon sigmoide. La obstrucción del intestino delgado resulta de un bloqueo mecánico parcial o completo con alimentos, fluido o gas que se mueve a través de los intestinos. Representa el 12-16% de los ingresos de cirugía de urgencia y el 20% de las laparotomías de urgencia (unas 7000 operaciones al año).⁹

En la obstrucción del intestino delgado a menudo es de inicio repentino y severo. Si el dolor se vuelve constante o localizado y sugiere compromiso intestinal inminente de isquemia y / o perforación, amerita cirugía urgente. La obstrucción del intestino grueso es una condición de emergencia que requiere la identificación e intervención temprana. Las causas incluyen cáncer (60%), estenosis diverticular (20%) y el vólvulo (5%). La cirugía de urgencia realizada en estos pacientes se asocia con una alta morbilidad y rangos de mortalidad peri-operativo desde 10-20%, en comparación con las tasas de menos del 5% en la cirugía electiva. Las tasas de mortalidad aumentan un 40% si hay perforación del colon. La cirugía en estos pacientes idealmente debería ocurrir durante el día por los cirujanos colorrectales.¹⁰ La obstrucción intestinal es una emergencia quirúrgica común, que explica hasta el 20% de las admisiones con dolor abdominal agudo. De estos, el 80% tendrá obstrucción del intestino delgado, la causa común son las adherencias. Las altas tasas de mortalidad y morbilidad son observadas en casos de abdomen agudo debido a enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, oclusión arterial mesentérica, isquemia mesentérica no obstructiva y rotura aórtica del aneurisma).

Abdomen agudo con signos vitales anormales (p. ej., peritonitis perforante del intestino grueso) y la necrosis intestinal debido a la estrangulación ileal también ha sido reportado como factores de mal pronóstico. El primer paso en la vía de diagnóstico es la evaluación clínica. En la práctica diaria, se realizará un diagnóstico preliminar basado en historial médico, examen físico y, en algunos casos, parámetros de laboratorio. Después de la evaluación clínica, se puede tomar la decisión de realizar un diagnóstico adicional e investigaciones para aumentar la certeza del diagnóstico.¹¹

Un diagnóstico precoz y preciso da como resultado una mayor precisión en la gestión y, posteriormente, conduce a mejores resultados. Además de una cuidadosa historia, el examen físico abdominal es la principal ayuda clave para establecer el diagnóstico. Deberíamos comenzar el examen físico evaluando la apariencia general del paciente y el ABC (Aire, Respiración, Circulación). La capacidad del paciente para conversar, el patrón de respiración, la posición en la cama y la expresión facial se deben observar cuidadosamente. A un paciente obeso se le debe preguntar sobre un agrandamiento abdominal inusual. La evaluación del sonido intestinal (auscultación) debe realizarse antes de realizar otras maniobras de exploración (palpación o percusión). Realizar la auscultación durante al menos dos minutos y en más de una región abdominal antes de concluir cualquier sonido intestinal disminuida.¹²

Los médicos deben tener en cuenta la edad y el sexo del paciente, ya que las condiciones asociadas con el abdomen agudo pueden variar en consecuencia a ello. Específicamente, gastroenteritis, apendicitis aguda, y trauma abdominal son causas comunes en abdomen agudo en niños y adultos jóvenes, mientras que la enfermedad biliar, obstrucción intestinal, diverticulitis y apendicitis están entre las causas más comunes en adultos de mediana edad y las personas de edad avanzada.

Lo que se debe saber en estos pacientes es el sitio y las características del dolor abdominal, síntomas accesorios (ubicación del dolor, migración, inicio repentino, gravedad creciente, acompañamiento con hematemesis /hematoquecia, vómitos, diarrea o estreñimiento) ser evaluado para diferenciar los casos que requieren cirugía de emergencia, también las alergias de los pacientes, el historial de medicamentos, antecedentes de enfermedades abdominales, la dieta y el embarazo en mujeres en edad reproductiva ¹²

Se debe realizar una historia médica y quirúrgica completa para los pacientes con dolor abdominal, para determinar si el paciente tuvo un dolor similar previamente incluso una cirugía abdominal menor que pudo causar adherencias y una obstrucción intestinal estrangulada o una hernia incisional abdominal; por lo tanto, se debe tomar una historia quirúrgica completa. ¹³

El dolor es el síntoma fundamental o síntoma guía del cuadro del abdomen agudo por lo que es muy importante investigar sus características: Forma de comienzo, localización, intensidad, carácter, irradiación y factores que lo modifican.

Forma de comienzo. La rapidez con la que se instala el dolor y su progresión en el tiempo son indicación de la gravedad del proceso que lo origina. Un dolor de instauración súbita sería indicativo de una perforación de úlcera gástrica o duodenal, rotura de aneurisma aórtico o embarazo ectópico. Un dolor de instauración rápida (de aparición en minutos) sería indicativo de perforación de víscera hueca, pancreatitis aguda, infarto mesentérico o colecistitis, entre otros. Y un dolor de aparición gradual sería indicativo de obstrucción intestinal.

Localización. La localización del dolor constituye una valiosa ayuda para el diagnóstico. Desde un punto de vista práctico, es útil dividir el abdomen en: hipocondrio derecho e izquierdo, epigastrio, mesogastrio, hipogastrio y fosa ilíaca derecha e izquierda.

Intensidad. No es un elemento diagnóstico fiable porque es muy subjetivo; sin embargo, se suele relacionar con la gravedad del cuadro. Los cuadros que causan dolor abdominal más intenso son: el cólico biliar y renal, la perforación gastroduodenal, la pancreatitis aguda, la peritonitis y el aneurisma de aorta abdominal.

Carácter. El dolor puede ser continuo (suele indicar un proceso con afectación peritoneal) o intermitente (suele indicar una afectación de víscera hueca).

Irradiación. La irradiación del dolor a menudo proporciona información útil para el diagnóstico. Existen irradiaciones típicas de algunos procesos abdominales frecuentes: la irradiación hacia el hombro por irritación diafragmática, en cólico biliar y colecistitis; el dolor en cinturón es propio de pancreatitis; el dolor irradiado a la espalda es característico de proceso biliopancreático, úlcera péptica con signos de penetración o perforación y el aneurisma de aorta abdominal. La irradiación a la ingle es propia del cólico nefrítico.

Factores que lo modifican. Es importante interrogar al paciente sobre qué circunstancias modifican el dolor, sobre todo la ingesta, la posición, los vómitos o la deposición. Así, el dolor de la úlcera péptica no complicada mejora con la ingesta, mientras que el dolor dependiente de una oclusión intestinal se agrava con la toma de alimentos.¹⁴

Varios signos característicos se utilizan a menudo para ayudar a los médicos a considerar las causas del dolor abdominal. Por ejemplo, el signo de Murphy, es decir, sensibilidad en el cuadrante superior derecho durante la palpación producida cuando el paciente toma una inspiración profunda. Es un signo sensible, pero no específico, de la colecistitis aguda. Otro signo, por ejemplo, la presencia de dolor a la palpación y la reacción del paciente después de la palpación acompañada de rigidez en el punto de McBurney (1/3 del trayecto entre el ombligo y la espina iliaca anterior superior) es bastante sensible para indicar una apendicitis aguda. El signo de Courvoisier (una vesícula biliar palpable) en pacientes con ictericia clínica es lo suficientemente sensible para despertar la sospecha de un posible tumor de periampula pancreática.

La presencia del signo de Cullen, es decir, la equimosis periumbilical puede ser útil para indicar hemoperitoneo. Los órganos pélvicos y los genitales externos también deben examinarse en todos los pacientes con dolor abdominal agudo. El tacto rectal (examen rectal digital) o el tacto vaginal pueden proporcionar ocasionalmente información valiosa adicional. La evaluación de la anormalidad ginecológica debe realizarse en todas las pacientes con dolor abdominal agudo.¹⁴

Los factores agravantes o de alivio también pueden proporcionar pistas de diagnóstico. Dependiendo de la etiología subyacente, los pacientes pueden mantener ciertas posiciones para ayudar a aliviar su dolor. Los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente también pueden ayudar a reducir el diferencial. Un historial remoto de cirugía abdominal puede indicar que la obstrucción intestinal secundaria a la enfermedad adhesiva es la fuente de las quejas de un paciente. Además, es importante considerar el impacto que pueden tener las condiciones médicas coexistentes, como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la aterosclerosis, en los resultados del paciente. El hecho de que los pacientes ancianos son más propensos a tener comorbilidades significativas los coloca en mayor riesgo de daño orgánico incitado por emergencias gastrointestinales.

El abdomen agudo en los extremos de la edad es una de las quejas más comunes entre los pacientes ancianos que acuden al servicio de urgencias. Como la presentación a menudo es diferente de la que se ve en pacientes más jóvenes, la capacidad de diagnosticar con precisión la causa subyacente de sus molestias abdominales puede ser un desafío.¹⁵

Los pacientes ancianos pueden carecer de la respuesta febril, leucocitosis, y severidad del dolor se espera en los que sufren de patología intraabdominal grave un resultado de la disminución dependiente de la edad en la función inmune junto con un retraso bien documentada en la percepción del dolor. Existe poca correlación entre el diagnóstico inicial y el final en los pacientes obesos; sin embargo, esto no repercute en el desenlace final, ni marca diferencias en el diagnóstico o en el tratamiento, porque a pesar de ser un obstáculo, los médicos de urgencias realizan el abordaje de manera similar que en los pacientes no obesos. Asimismo, se observó que la obesidad no cambia significativamente la evolución del cuadro clínico de los pacientes, porque la localización del dolor, los síntomas acompañantes, la intensidad y la existencia de signos de abdomen agudo no mostraron diferencias significativas.¹⁵

Los médicos también deben tener en cuenta los efectos del uso de medicamentos. Los anticoagulantes pueden predisponer al desarrollo de hematomas de la vaina del recto y precipitar la hemorragia gastrointestinal que es un componente de la enfermedad subyacente del paciente o complicar el curso postoperatorio o postratamiento del paciente. El uso crónico de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) también puede promover episodios de sangrado junto con el desarrollo de la enfermedad ulcerosa péptica y sus complicaciones.¹⁶

Además, la edad del paciente y el estado de salud diario puede influir en la percepción del dolor. El dolor es comúnmente enmascarado en pacientes que toman esteroides y quejas de dolor son a menudo oscuro en pacientes de edad avanzada. Un cambio en los hábitos intestinales puede acompañar a las enfermedades del sistema digestivo, como el cáncer colorrectal. La probabilidad es particularmente alta en pacientes menores de 70 años. La presencia y el número de veces que un paciente ha experimentado diarrea y / o estreñimiento son útiles en el diagnóstico de abdomen agudo y puede ser un síntoma de obstrucción intestinal y deben ser comprobadas. Debido a la diferenciación de las causas ginecológicas del abdomen agudo, como la hemorragia ovárica, la endometriosis o la menstruación funcional dolorosa, y las causas de abdomen agudo relacionadas con el embarazo, como el embarazo extrauterino o el aborto espontáneo, es importante que la historia menstrual deba tomarse. En pacientes con dolor intenso y signos vitales inestables, el tiempo disponible puede no ser suficiente para tomar datos de una historia completa. En estos casos, un breve la historia debe tomarse para diferenciar los casos que requieren tratamiento de urgencia.

En general, la gravedad del dolor se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. Esto es particularmente cierto en el caso de inicio de dolor abdominal agudo. Sin embargo, la diferenciación es a menudo difícil ya que los umbrales del dolor son subjetivos y varían de acuerdo con el personaje y la experiencia del dolor del paciente.

Las quejas de dolor abdominal agudo pueden ser muy inespecíficas al principio y evolucionar a síntomas específicos de más enfermedades a través del tiempo. Esto aumenta la dificultad de una precisión en la identificación de la causa del dolor abdominal agudo.¹⁶

No hay evidencia de que 6 horas de dolor abdominal continuo sean motivos válidos para la cirugía. Sin embargo, debido a que se informa que el dolor abdominal continuo en personas de edad avanzada es un predictor de cirugía de emergencia; es útil verificar la duración del dolor abdominal. El papel de las pruebas de laboratorio no puede descartarse. De hecho, todos los pacientes con dolor abdominal agudo deben tener un recuento completo de sangre periférica (incluido el recuento diferencial de leucocitos), determinación de electrolito sérico, urea, creatinina, glucosa en sangre y análisis de orina. Las pruebas de embarazo deben realizarse en todas las mujeres en edad reproductiva con dolor abdominal. Finalmente, los niveles de gonadotropina coriónica humana (Hcg) pueden ayudar a determinar si las complicaciones del embarazo, como la ruptura del embarazo ectópico, son las responsables, ya que puede afectar a la toma de decisiones, sobre todo si se consideran necesarios estudios adicionales o intervención quirúrgica.¹⁶

Las pruebas de la función hepática y la determinación del nivel de amilasa sérica deben ordenarse en pacientes con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, con o sin ictericia clínica. Sin embargo, valores bioquímicos de pacientes con abdomen agudo fueron encontrados de valores similares en individuos sanos. El diagnóstico basado en la historia clínica, el examen físico, y los parámetros de laboratorio es correcto entre el 46% y 48% de pacientes con dolor abdominal. Si el historial del paciente, el examen físico y las pruebas de laboratorio no identifican una causa subyacente de dolor y si la patología grave sigue siendo una preocupación clínica, está indicada la obtención de imágenes de diagnóstico.

El uso de modalidades de imágenes adicionales como radiografía, ultrasonido y tomografía computarizada (CT) ha aumentado a lo largo de los años. Hace solo unas décadas, cuando las imágenes no estaban ampliamente disponibles y la precisión diagnóstica era baja, los pacientes procederían inmediatamente a el quirófano.

Se deben realizar radiografías simples de abdomen de tres posiciones para determinar la presencia de signos de perforación, íleo y obstrucción intestinal. Las radiografías simples de abdomen pueden ser útiles para evaluar la calcificación pancreática, la fractura vertebral y los cálculos radioluscentes del contorno renal. Mientras que las placas simples son menos sensibles y específicas en comparación con la tomografía computarizada, a menudo es el estudio de imagen inicial realizado en pacientes que presentan dolor abdominal agudo. Las ventajas de su uso incluyen su rapidez y disponibilidad universal.

Las radiografías simples pueden ser de gran utilidad en pacientes con sospecha de una víscera perforada por la detección de un neumoperitoneo, o la presencia de aire libre debajo del hemidiafragma derecho, así como aquellos con sospecha de obstrucción intestinal por la presencia de asas dilatadas de intestino y niveles de fluidos de aire.

Otra prueba de rutina es la ecografía abdominal (USG abdominal), que puede revelar sistema hepatobiliar, del tracto urinario y el tracto ginecológico, así como la apendicitis aguda. Si se sospecha una condición obstétrica o ginecológica como la fuente del dolor abdominal agudo de un paciente, las modalidades pélvicas y transvaginales, son las modalidades de imagen preferidas para evaluar el útero y las estructuras anexiales. La presencia de líquido libre y un útero vacío en el marco de una prueba de embarazo positiva es fuertemente sugestivo de un embarazo ectópico roto, mientras que un ovario edematoso con una ausencia de flujo de sangre es característico de una torsión ovárica.¹⁷

La tomografía computarizada tiene una sensibilidad de 96% en general para el diagnóstico de la mayoría de las causas de abdomen agudo. Como resultado, el número de exploraciones de tomografía realizados para pacientes con dolor abdominal agudo se ha incrementado en un 141% entre 1996 y 2005. La tomografía ha tenido un impacto significativo en el diagnóstico de apendicitis aguda, ya que ha disminuido la tasa de apendicectomía negativa de 24 a 3%. La tomografía con contraste oral no es contributivo al diagnóstico radiológico en la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor abdominal agudo no traumático.

Por lo tanto, estos pacientes pueden someterse a una tomografía computarizada abdominal sin contraste oral, sin preocuparse por el efecto sobre el rendimiento del diagnóstico radiológico. El aumento en el uso de modalidades de diagnóstico también tiene desventajas. Las imágenes pueden conducir a costos más altos, una prolongación en la estancia del paciente en el departamento de urgencia, y un aumento del riesgo de efectos secundarios negativos, como el contraste inducido por nefropatía y exposición a la radiación ionizante.¹⁷

En la evaluación de pacientes con dolor abdominal agudo, el médico primero debe determinar si la intervención quirúrgica es necesaria, y si es así, si debe llevarse a cabo de forma inmediata o de urgencia o dentro de unas pocas horas de la llegada de un paciente.¹⁸

En algunos casos, una breve demora para corregir completamente cualquier anomalía de líquidos y electrolitos puede resultar beneficiosa, mientras que en otros, la intervención quirúrgica inmediata es necesaria para la estabilización de la condición de un paciente. Esto es cierto en presencia de peritonitis, un neumoperitoneo, isquemia intestinal o infarto, y la inestabilidad hemodinámica continua a pesar de medidas de resucitación agresivas. En raras ocasiones, la inestabilidad hemodinámica del paciente no nos permite realizar pruebas diagnósticas convencionales teniendo que recurrir sin demora a la cirugía. Todo paciente con un cuadro de abdomen agudo debería ser trasladado a un centro donde se disponga de los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento, por lo que generalmente deben ser remitidos al servicio de urgencias de un centro hospitalario. Ante un paciente con dolor abdominal agudo, independientemente de la causa que lo haya desencadenado, lo primero es tomar las medidas necesarias para tener al paciente en las mejores condiciones posibles mientras conseguimos llegar al diagnóstico exacto y tratamiento adecuado.¹⁸

Hay una visión predominante, particularmente entre los cirujanos, que la analgesia pre-diagnóstica en pacientes con el dolor abdominal oscurece los síntomas clínicos y signos, y por lo tanto tiene un efecto negativo en las decisiones del tratamiento.

Estas preocupaciones de parte del cirujano data de principios del siglo XX , cuando el dolor abdominal era considerado como el único síntoma constante disponible para establecer un diagnóstico, y en ello se basaba una decisión quirúrgica. Los temores y barreras descritos han llevado a retrasos significativos en el manejo apropiado del dolor como lo revelado por Mills, quien demostró que casi 50% de los pacientes con dolor abdominal solo recibió medicamento para el dolor más de una hora después de la admisión a el servicio de urgencias. En última instancia, estas demoras y la dosificación inadecuada de analgesia ha impactado al paciente.¹⁹

De hecho, varios estudios han demostrado que el personal médico subestima el dolor del paciente en comparación con la propia evaluación del paciente. La estancia prolongada en el servicio de urgencias también produce un aumento de los cuidados y costos en salud y molestias para el paciente. El dolor abdominal severo agudo es probable que requiera una evaluación quirúrgica, mientras que el dolor crónico, aunque no está asociado con una mortalidad significativa, puede dar lugar a una significativa morbilidad a largo plazo.¹⁹

El propósito de estas pautas es proporcionar directrices médicas prácticas para los médicos para mejorar la calidad y eficacia del tratamiento y avanzar en el pronóstico y calidad de vida de pacientes con abdomen agudo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor abdominal agudo es una queja común de los pacientes en el departamento de urgencias, aproximadamente 10% de las presentaciones en él, son una causa de dolor abdominal agudo y representa 1 de cada 20 visitas. La mitad de estos pacientes tendrá síntomas inespecíficos secundarios a trastornos menores; sin embargo, la otra mitad tendrá dolor secundario a una enfermedad grave y potencialmente mortal que requerirá diagnóstico temprano y atención médica oportuna, las causas del dolor abdominal agudo se pueden clasificar como urgente o no urgente. Sin embargo hasta el momento no hay información concluyente que mida los factores de riesgo que atrasan la atención en pacientes con abdomen agudo en el servicio de urgencias ya que la mayoría de estudios realizados se centran en las principales causas de dolor abdominal in tomar en cuenta el abordaje que se debe de realizar en el servicio de urgencias para un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que influyen en el atraso en la resolución quirúrgica en los pacientes con abdomen agudo en el servicio de urgencias del hospital de especialidades de la ciudad de México Dr. Belisario Domínguez?

JUSTIFICACIÓN

Existen pocas referencias a nivel nacional que traduzcan la epidemiología en cuanto a la incidencia de los pacientes con abdomen agudo con resolución quirúrgica, sin embargo es un motivo frecuente de ingreso a una unidad hospitalaria, no se conoce a ciencia cierta su magnitud sobre todo, no se tiene una idea real del tiempo de diagnóstico y posteriormente del tiempo en la resolución quirúrgica. Esto se debe a numerosos factores desde el tiempo de evolución del dolor abdominal, factores propios del paciente, como la edad, el sexo, las comorbilidades y el uso de medicamentos previos a su llegada a la sala de urgencias el cual suele retardar más el manejo multidisciplinario dado por el servicio de urgencias y el servicio de cirugía general, por lo tanto analizar la etiología del dolor abdominal asociado a abdomen agudo y el tiempo de captación, además del tiempo de resolución quirúrgica por parte de nuestro servicio nos permitirá identificar que pacientes representan un reto más complejo en cuanto al diagnóstico y así lograr reconocerlos de forma oportuna y realizar un abordaje clínico mejor orientado para conllevar a una resolución quirúrgica de manera oportuna sobre todo en los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, reduciendo por lo tanto la estancia prolongada en el servicio de urgencias, mejorando la atención, disminuyendo el consumo de insumos y las complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico y de esta forma disminuyendo las quejas médicas.

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

OBJETIVOS :

General

- Determinar los factores que intervienen en el tiempo de atraso en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con abdomen agudo en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"

Específicos

- Identificar el número de pacientes por edad y sexo con abdomen agudo que ingresaron al servicio de urgencias.
- Identificar el número de pacientes en los que se realizó adecuada semiología del dolor y en los que se identificó signos clínicos característicos en la valoración inicial.
- Identificar el número de pacientes a los que se les realizó triaje en la valoración inicial.
- Identificar el número de pacientes a los que se les 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 abdomen agudo.
- Determinar el abordaje correcto que debe llevarse a cabo en pacientes con abdomen agudo en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.
- Determinar cómo disminuir el tiempo para la resolución quirúrgica en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

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

Universo: Finito.

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años que sean valorados e ingresados al servicio de urgencias con diagnóstico de abdomen agudo, atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez comprendido del 1 de febrero de 2018 al 15 mayo de 2018.

Criterios de no inclusión:

Pacientes embarazadas o complicaciones de este, pacientes con más de 5 días de dolor abdominal, pacientes clasificados con color rojo en triage, con dolor abdominal secundario a trauma.

Criterios de eliminación:

Pacientes que soliciten egreso voluntario en los que no pueda concluirse el estudio.

CUADRO I: VARIABLES

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Sexo	Contexto	Características biológicas del paciente	Nominal	1.-Hombre 2.-Mujer
Edad	Contexto	Tiempo en años del paciente registrada en el expediente clínico	Cuantitativa Continua	Años cumplidos
Inicio de dolor	Contexto	Tiempo de evolución desde que se instaura el cuadro clínico registrado en el expediente	Continua	Minutos Horas Días Semanas
Clasificación de Triage	Contexto	Grado de prioridad de atención según características clínicas del paciente al ingreso	Ordinal	1.-Rojo 2.-Anaranjado 3.-Amarillo 4.-Verde 5.-Azul.
Auxiliares de diagnóstico	Contexto	Estudio de laboratorio o de imagen que oriente al diagnóstico de dolor abdominal agudo	Nominal Dicotómica	No Si
Interconsulta al servicio de cirugía general	Contexto	Valoración clínica por el servicio registrado en expediente clínico	Nominal Dicotómica	No Si
Estancia hospitalaria prolongada	Contexto	Tiempo de permanencia del paciente en el servicio de urgencias mayor a 12 horas.	Nominal Dicotómica	No Si.

Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en el Hospital de 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 estandarizado que incluyó las variables: datos generales del paciente, inicio del dolor a su ingreso al servicio de urgencias, clasificación de Triage, semiología del dolor, uso de auxiliar diagnóstico, interconsulta a cirugía general, número de interconsultas al servicio de cirugía general y estancia hospitalaria prolongada .

Inicio de dolor: se registrará el tiempo de evolución de la sintomatología a su ingreso al servicio de urgencias, se tomara en cuenta un rango de menos de 12 horas, de 13 a 24 horas y de +24 horas.

Clasificación de Triage: Se registrará 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.

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 selecciona la palabra si, de lo contrario se seleccionara la palabra no.

Auxiliar de diagnóstico: Este apartado divide estudios de imagen y estudios de laboratorio. Dentro de los estudios de imagen se seleccionara la palabra si, puesto que el expediente cuente con estudio radiográfico, ultrasonográfico o topográfico, de lo contrario se seleccionara la palabra no.

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 seleccionará la respuesta si 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 la respuesta no.

Numero de interconsultas a cirugía general se seleccionará el número dependiendo a lo referido en el expediente clínico.

Estancia intrahospitalaria: se seleccionara las opciones en los apartados subsiguientes si los pacientes presentaron un tiempo de hospitalización menor a 12 horas, hasta 24 horas o más de 24 horas.

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 “no” cuando la variable no esté presente y “si” 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.

El análisis consistirá en verificar si hay evidencia documental del cumplimiento de la variable o no, 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 I : FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS.

Hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez

Servicio de urgencias.

Nombre del paciente : ----- edad-----

Genero..... NHC.....

Factores determinantes del retraso en la resolución del abdomen agudo quirúrgico en el servicio de urgencias

VARIBLE	CARACTERISTICA PRESENTE
INICIO DEL DOLOR A SU LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS	A) -12 HORAS. B) 12-24 HORAS. C) +24 HORAS.
PROCEDENCIA	A) DOMICILIO B) OTRO HOSPITAL C) CONSULTA EXTERNA
CLASIFICACION DE TRIAGE	A) ROJO B) ANARANJADO C) AMARILLO D) VERDE E) <u>NO SE REALIZO TRIAGE.</u>
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	A)SI B) NO
INTERCONSULTA A CIRUGIA GENERAL	A)SI B)NO
NUMERO DE INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL	A)1 B)2 C)3 D)4
ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA	A)HASTA 12 HORAS B) HASTA 24 HORAS. C) <u>MAS DE 24 HORAS.</u>

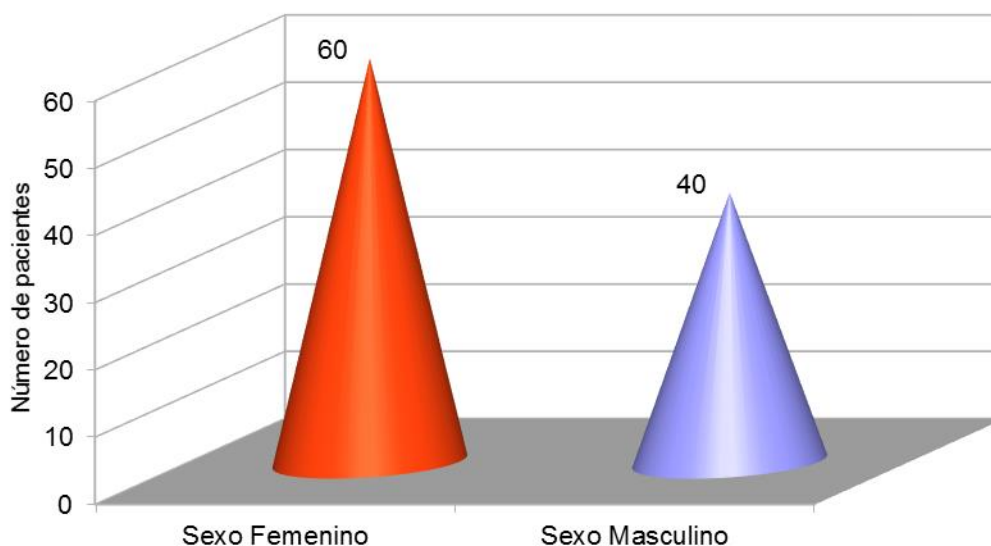
Fuente formato para recolección de datos. Elaborado por Norma Isela Sereno García. Residente de urgencias..

4. RESULTADOS

Desde el 1 de febrero al 15 de mayo de 2018 se detectaron 110 pacientes con el diagnóstico de abdomen agudo de los cuales fueron excluidos 8 pacientes puesto que solicitaron egreso voluntario y en 2 pacientes la causa del dolor abdominal fue de origen traumático por lo cual no cumplió los criterios de inclusión

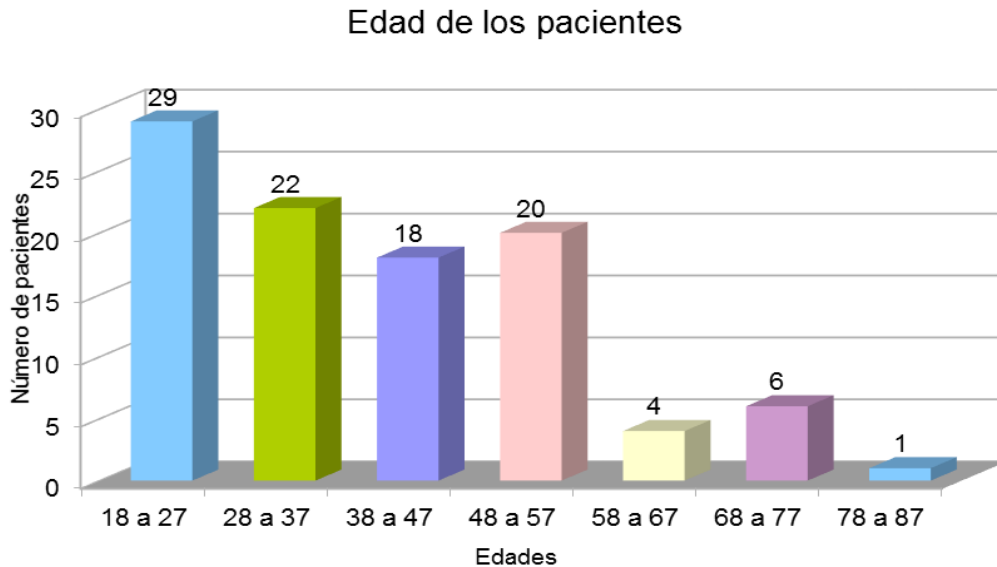
Se incluyeron en este estudio 100 pacientes de los cuales 60 pacientes (60%) son del género femenino y 40 pacientes (40%) son del género masculino. La distribución por grupos de sexo se muestran en la siguientes figuras.

Figura 2 . total de pacientes evaluados por sexo



Fuente: Base de datos. Elaboración propia obtenida en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

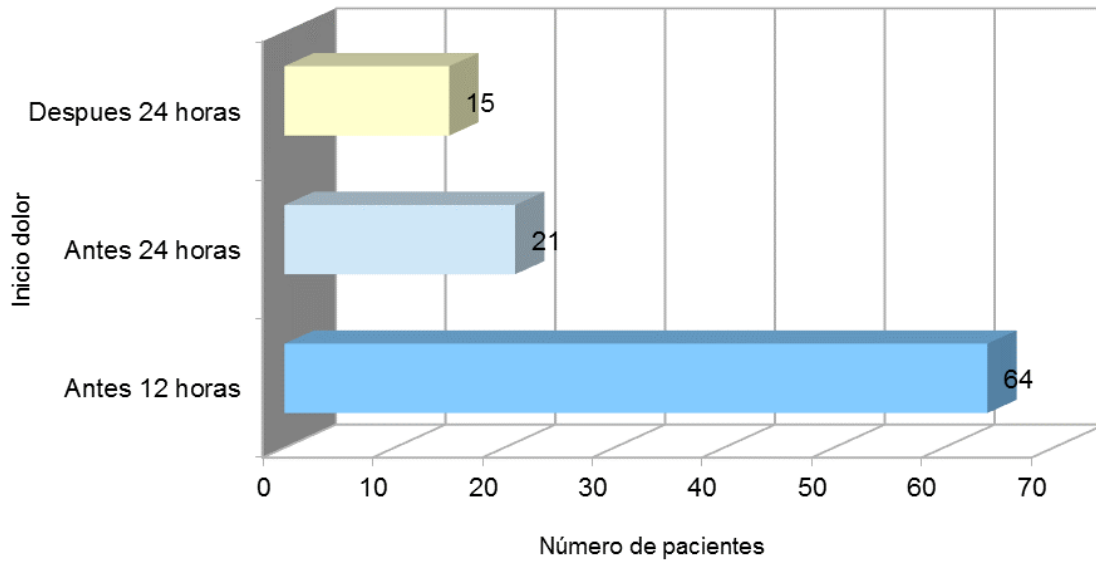
En la figura 3 se muestra como del 29% de los pacientes en nuestro estudio oscilan entre la edad de 18 a 27 años, el 22% de nuestros pacientes se encuentran entre los 28 y 37 años, el 20% corresponde a pacientes entre 48 y 57 años, el 18% entre las edades de 38ª 47años, el 6% entre 68 a 77 años, el 4% entre los 58 a 67 años y el 1% entre los 78 a 87 años.



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

En la figura 4: podemos apreciar como en el 64% de nuestros pacientes el inicio del dolor fue hasta de 12 horas mientras que en 21% de la población el inicio del dolor tenía hasta 24 horas y más de 24 horas en el 15% de la población a su llegada al servicio de urgencias de nuestro hospital.

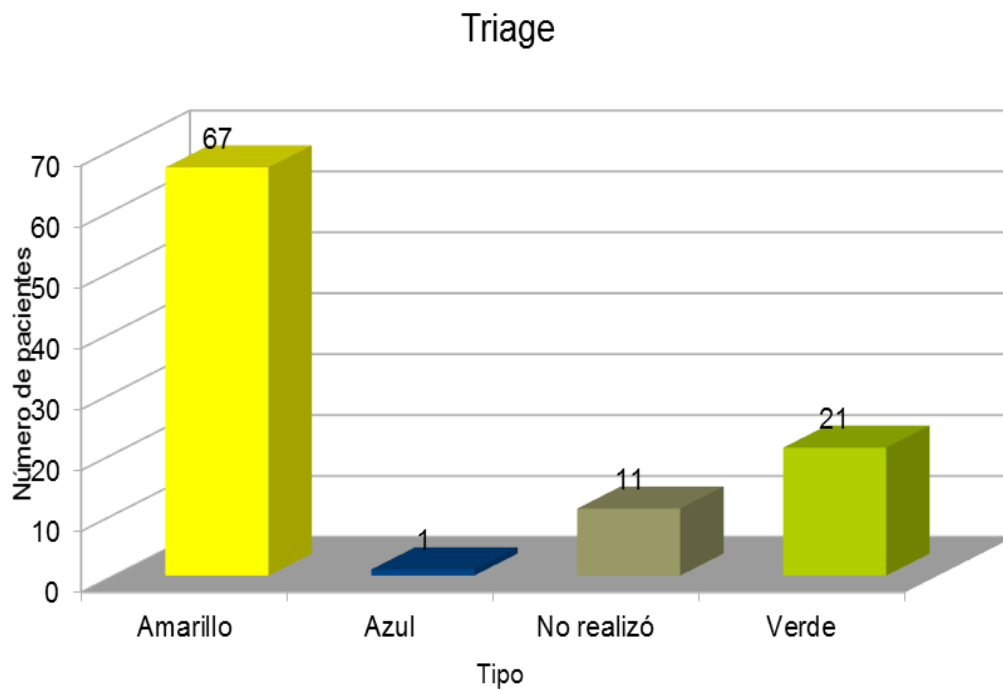
Figura 4: Inicio del dolor en pacientes con abdomen agudo



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez. .

Durante la evaluación inicial del servicio de urgencias se consideró el color proporcionado en el servicio de triage a su llegada a urgencias obteniendo que al 67% de nuestra población se le otorgó color amarillo lo que significa que tendrán atención médica en menos de 30 minutos desde su arribó a nuestra unidad, a 21% de la población estudiada se clasificó con color verde por lo tanto su atención varió hasta una hora, mientras a 11% no se le realizó triage y a 1% se clasificó en color azul.

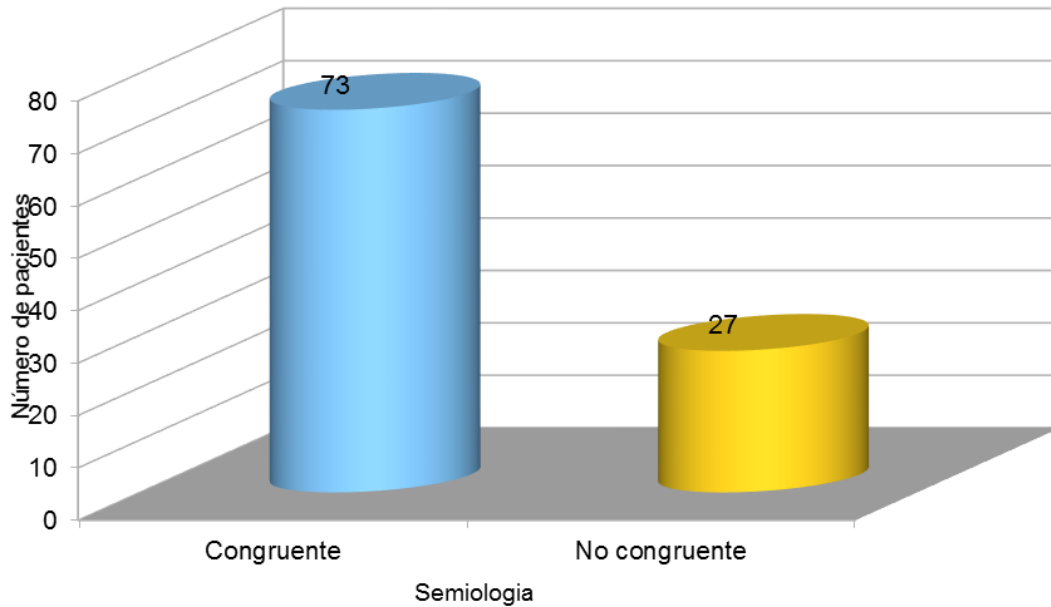
Figura 5. CLASIFICACION DE TRIAGE



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez. .

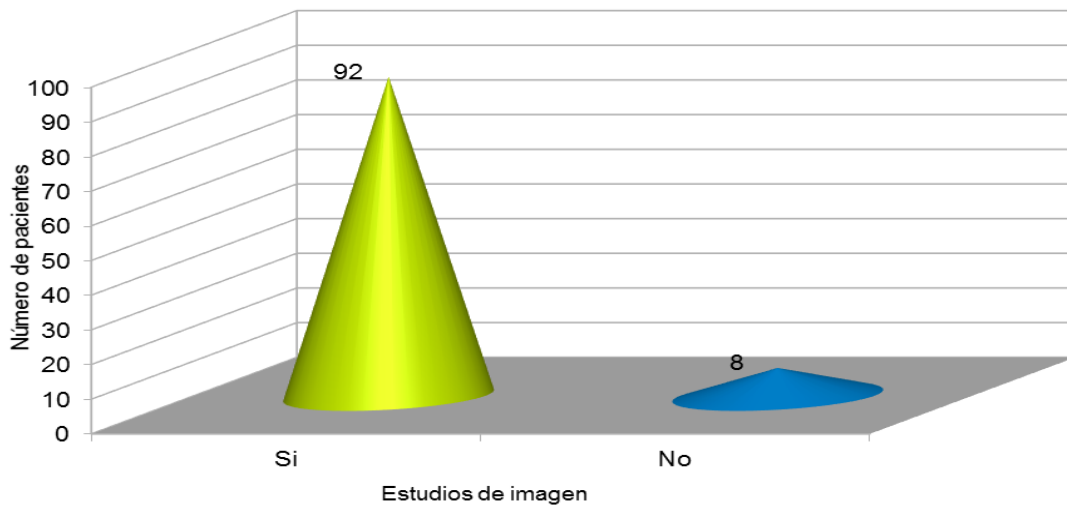
En la figura 6: El 73% de los pacientes evaluados presentaban semiología clínica del dolor teniendo congruencia diagnóstica y 27% de los pacientes no presentaron registro de signo clínico característico.

Figura 6: Pacientes con semiología clínica



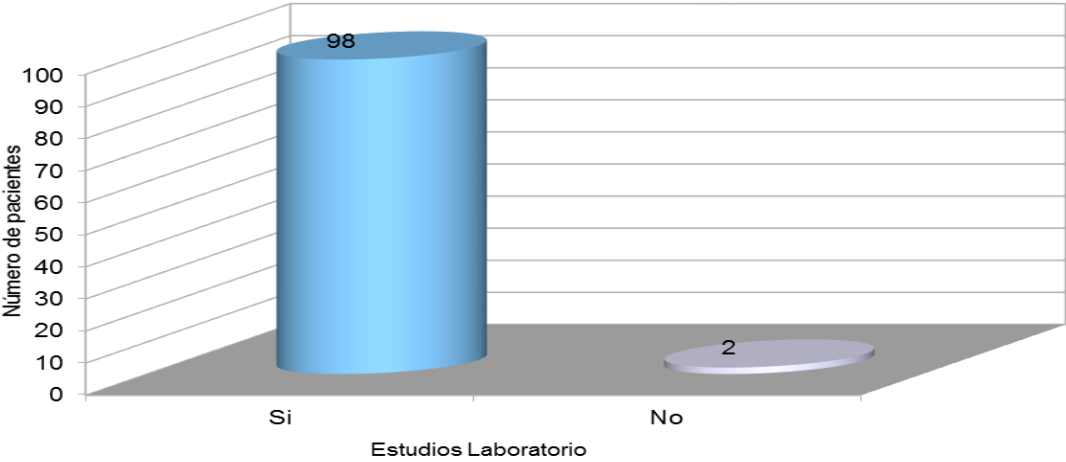
Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

En la figura 7: Podemos apreciar que a 92% de nuestra población se le realizaron estudios de imagen y aproximadamente el 8% de esta población no se realizaron dichos estudios.



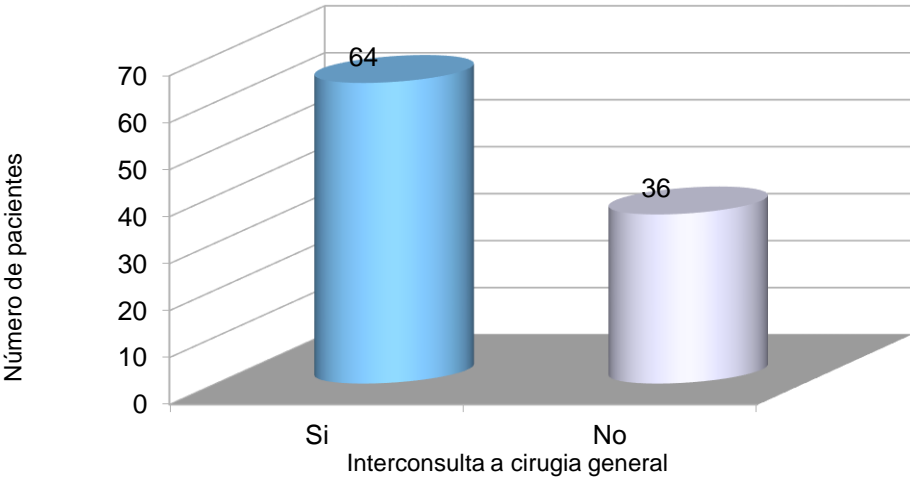
Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

En la figura 8: De los 100 pacientes que se tomaron en cuenta en nuestro estudio 98% de ellos contaban con estudios completos de laboratorio y en el 2% de ellos no se realizaron estudios de laboratorio.



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

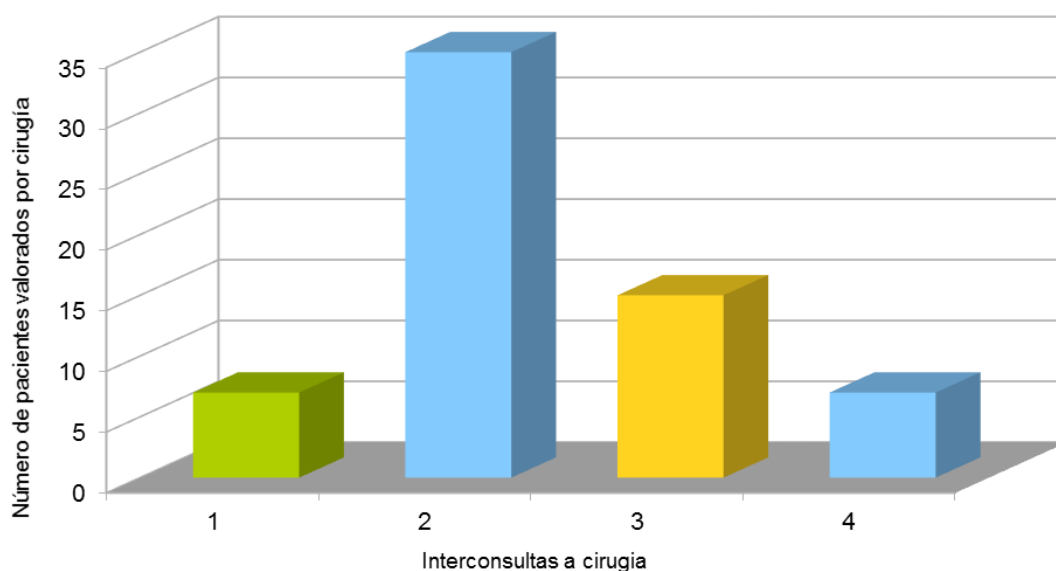
En la figura 9: En el 64% los pacientes evaluados presentan interconsulta al servicio de cirugía general para realización de evento quirúrgico y 36% de los pacientes no fueron valorados por el servicio de cirugía.



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

En la figura 10: De los 64 pacientes que se interconsultaron al servicio de cirugía general 7% de estos tuvieron solamente una valoración por parte del servicio de cirugía general y 35% de ellos requirieron de dos valoraciones para considerarlos para intervención quirúrgica, 15% de ellos requirieron 3 valoraciones por parte de cirugía general para considerarlos de intervención quirúrgica y 7% de ellos cuatro valoraciones.

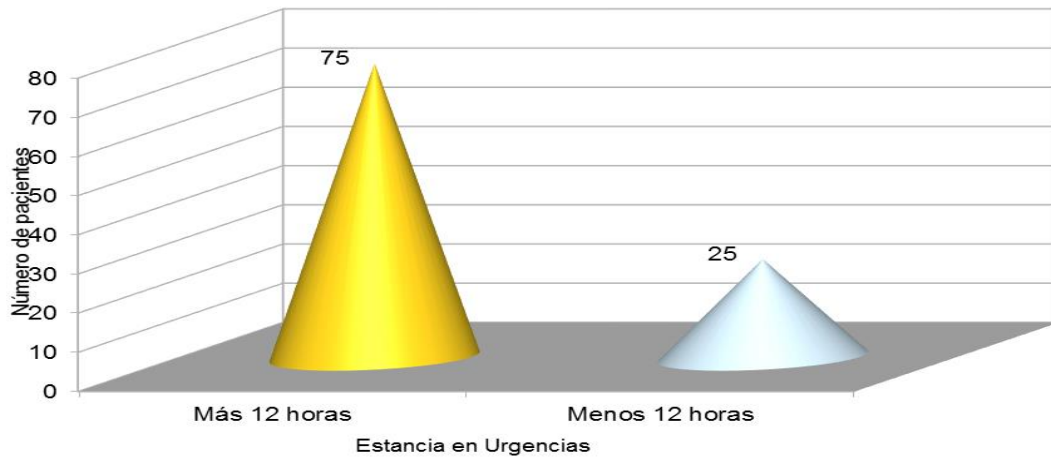
Figura 10:



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Figura 11: evaluamos cual era el periodo aproximado de estancia de cada uno de los pacientes registrados en nuestro estudio obteniendo que el 75% permaneció mas de 12 horas en el servicio de urgencias mientras que solo el 25% de estos permaneció menos de 12 horas.

Figura 11: Estancia intrahospitalaria prolongada



Fuente: Base de datos. Archivo clínico del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

5. DISCUSIÓN

Dentro de lo analizado en nuestro estudio la mayor parte de los pacientes fue del género femenino abarcando el 60%, presentando una edad promedio de 39 años lo cual es congruente con la epidemiología internacional sobre estadísticas de abdomen agudo, además cerca del 64% de los pacientes al momento de presentarse en el área de urgencias para su valoración tenían 12 horas aproximadamente de inicio de su sintomatología, de estos al 67% se les brindo color amarillo en traige lo cual equivale a una atención aproximada de 30 minutos, al 21% de la población se le otorgo color verde por lo cual su atención fue posterior a 1 hora y al 11% de nuestra población no se le brindo triage. Al 73% de nuestra población tenia semiología clínica congruente de abdomen agudo de estos el 98% de estos presentaron estudios completos, al 64 % de la población se le realizo interconsulta al servicio de cirugía general de estos aproximadamente el 35% de ellos requirió de 2 valoraciones, 15% 3 valoraciones, 7% 1 valoración y 7% 4 valoraciones, por lo tanto serian por lo menos dos turnos los cuales hace que la estancia intrahospitalaria sea prolongada como pudimos percatarnos atraves de este estudio ya que el 78 por ciento de nuestra población amerito permanecer más de 12 horas en nuestro servicio. Posteriormente a permanecer más de 12 horas de estancia intrahospitalaria fue que se les brindo atención quirúrgica.

6. CONCLUSIONES

La importancia de evaluar la calidad en la atención y el desempeño en el servicio de urgencias es un factor que también determina el desenlace quirúrgico en nuestros pacientes, conociendo que cerca del 64 % de nuestra población acude con un tiempo de evolución mayor de 12 horas, por lo tanto si a su llegada al triage presenta sintomatología típica y sugestiva de abdomen agudo la atención debería ser menor a 30 minutos como se realizó en cerca del 67% de los pacientes, sin embargo a los pacientes que se les proporciono color verde tuvieron que esperar más de una hora para su atención por lo cual es conveniente agilizar la atención en estos pacientes, nos percatamos que cerca del 100% de los pacientes presentaron estudios complementarios tanto de laboratorio como de imagen por lo cual al presentar datos clínicos es una indicación para realizar interconsulta al servicio de cirugía general sin embargo al tener estos solo descartamos patologías y damos más valor a nuestra revisión clínica, si nuestros pacientes cuentan con semiología clínica que oriento en un 73% al diagnóstico de primera instancia y a pesar de ello se tuvieron que realizar en un 35% de los casos 2 valoraciones por lo menos, 15% de estos pacientes amerito tres valoraciones, por lo cual podemos constatar que si se realizan variadas valoraciones por el servicio de cirugía general prolongan la estancia del paciente las cuales llegan a ser mayores a 12 horas, contrario a lo que dice la norma oficial sobre la estancia en urgencias la cual no debe ser más de 8-12 horas, por lo tanto las estancias prolongadas de los pacientes incrementan el costo diario en la atención del paciente el incremento en el número de pacientes en el servicio por que no se define si el paciente pasara a quirófano o no , ocasionando mayor consumo tanto de material, equipo, medicamentos, así como recursos humanos, que se utilizan con el paciente, por lo tanto muchos de estos pacientes terminan complicándose por que no pasan a tiempo a quirófano, por lo que denotamos que la estancia prolongada en nuestro servicio influye mayormente el servicio de cirugía general debido a que aunque se encuentran con los estudios de laboratorio y se solicita más de una interconsulta se perpetua la estancia y se retrasa la atención del paciente.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshid, *The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen*, J Radiol (2016) 34:80–115
2. Sarah L. Gans, Margreet A. Pols, Jaap Stoker, Marja A. Boermeester, *Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain*, Dig Surg 2015;32:23–31
3. Murdani Abdullah, M. Adi Firmansyah, *Diagnostic Approach and Management of Acute Abdominal Pain*, The Indonesian Journal of Internal Medicine, Vol 44, Number 4, October 2013, 344-350
4. Hardy Ashley, Butler Bennet, Crandall Marie, *The Evaluation of the Acute Abdomen, Common Problems in Acute Care Surgery*, New York 2013, 19-31
5. *Commissionig guide 2014: Emergency general surgery (acute abdominal pain)*, March 2017, 1-32.
6. M.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García y J.M. Vázquez Gallego, *Abdomen agudo*, Medicine. 2016;12(7):363-79
7. C. Falch, D. Vicente², H. Häberle, A. Kirschniak, S. Müller, *Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: A systematic review of the literatura*, Eur J Pain 18 (2014) 902–913
8. Ergun Kaya, Guven Kuvandik, Ali Karakus, *Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service*, MIDDLE east journal of internal medicine volume 6 issue 2, march 2013, 3-8.
9. CM Bates, JN Plevris, *Clinical evaluation of abdominal pain in adults*, Elsevier, 2013, 81-86
10. Lee-Cervantes Denisse Eugenia, Sánchez-Jiménez Beatriz Alejandra, *Efecto clínico de la obesidad en el tratamiento del dolor abdominal en el servicio de urgencias*, Med Int Méx 2014;30:546-553

11. Glancy Damian G, *Intestinal obstruction*, ClinicalKey, septiembre 04, 2016.204-211.
12. 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.
13. *Triage Hospitalario de Primer Contacto en los servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel*, Guía de Práctica CI
14. *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.
15. Kessner Rivka, MD, Barnes Sophie, *CT for Acute Nontraumatic Abdominal Pain—Is Oral Contrast Really Required?*, Acad Radiol 2017; 24:840–845
16. *Guía de practica clínica basada en la evidencia, diagnostico y manejo del dolor abdominal agudo* 22.04.2016.
17. FitzGerald Gerard, A. Jelinek George, Scott Deborah. *Emergency department triage revisited*. Emerg Med J 2017;27:86 - 92.
18. Cartwright sarah I., knudson mark, *Diagnostic imaging of acute abdominal pain in adults*, *American Family Physician*, April 1, 2015, Volume 91, Number 7, 452-460.
19. Pichel Loureiro Ángel, *Abordaje del dolor abdominal*, FMC.2016; 23(10):568-74.

