



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



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

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

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

**EVOLUCIÓN CLÍNICA ASOCIADA A ESTANCIA PROLONGADA EN EL PACIENTE
CON PATOLOGÍA QUIRÚRGICA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO “DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:
VERONICA SANCHEZ GOMEZ**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ PEREZ**

CIUDAD DE MÉXICO - 2020 -



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.



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.

EVOLUCIÓN CLÍNICA ASOCIADA A ESTANCIA PROLONGADA EN EL PACIENTE
CON PATOLOGÍA QUIRÚRGICA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO “DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ”

Autor: VERONICA SANCHEZ GOMEZ
Residente de tercer año de Medicina de Urgencias

Vo. Bo.


DR. LUIS RODOLFO OLMEDO RIVERA



Profesor titular del curso de especialización en
Medicina de Urgencias

Vo. Bo.

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMIREZ DE ARELLANO



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

EVOLUCIÓN CLÍNICA ASOCIADA A ESTANCIA PROLONGADA EN EL PACIENTE
CON PATOLOGÍA QUIRÚRGICA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO “DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ”

Autor: Verónica Sánchez Gómez

Vo. Bo.

Dr. Francisco Hernandez Pérez



DIRECTOR DE TESIS

Investigador del CIEFD Centro Médico Nacional del Siglo XXI

Médico Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades de la Ciudad de
México “Dr. Belisario Domínguez”

DEDICATORIA

“No importa que tan lejos vayas, la familia no te abandona”

*Para mis padres, cuyo sacrificio y dedicación son un ejemplo día a día en mi vida, no me
alcanzará la vida para agradecerles todo lo que soy.*

Para mi hermana, que siempre está para ser mi ejemplo, mi guía, confidente y amiga.

*Para “bolita” quien me devolvió la fe en la humanidad, recordándome lo maravilloso que
puede ser la vida, si la vez como si fuera la primera vez.*

*A mis asesores y maestros, por apoyarme y guiarme en este tortuoso y maravilloso
camino llamado Urgencias.*

*Con especial agradecimiento al Dr. Hernández Pérez Francisco por su apoyo en este
proyecto desde el primer momento, al Dr. Rodolfo Olmedo Rivera y la Dra. Celna
Hernández Bello por ser mis mentores en los primeros pasos de mi nueva vida.*

1. ÍNDICE

3. INTRODUCCIÓN.....	1
4. MATERIAL Y MÉTODOS.	17
5. RESULTADOS.....	19
6. DISCUSIÓN.....	29
7. CONCLUSIONES.....	30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

2. RESUMEN.

Introducción: El dolor abdominal es una de las patologías que se presenta con mayor frecuencia a consulta en el servicio de urgencias. En muchas ocasiones, los pacientes que acuden a consulta únicamente ameritan manejo analgésico y posteriormente se egresan a su domicilio, sin embargo, en otras ocasiones los pacientes requieren de estudios complementarios tanto bioquímicos como estudios de imagen para determinar el diagnóstico. La realización de estudios diagnósticos complementarios implica que el tiempo de estancia de estos pacientes sea prolongando; secundariamente los pacientes con patologías potencialmente quirúrgicas tiene una estancia prolongada dentro del servicio de Urgencias. Esto conlleva a que los pacientes se enfrenten a un entorno no controlado en cuanto a capacidad, tiempo de espera y en muchas ocasiones falta de recursos condicionando así una evolución clínica tortuosa para poder dar resolución a sus patologías.

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo identificar la estancia prolongada asociada como variable determinante que condicionara la evolución de los pacientes con patología quirúrgica abdominal en el servicio de Urgencias

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 Abril 2019 al 25 de mayo del 2019.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes de los cuales 43 pacientes (43%) fueron de género masculino y 57 pacientes de género femenino (57%). La edad promedio de los pacientes fue de 39.77 para mujeres, y 42.53 para hombres con un promedio general de 40.96 años. Donde el tiempo de estancia promedio fue de 31.01 hrs

Conclusiones: Si bien no se encontró diferencia significativa entre el tiempo de estancia y la evolución clínica, así como no se encuentra una relación de importancia entre genero ni edad, no por eso se refleja un panorama desalentador, únicamente determina que no importa el género, la edad ni la patología, lo único determinante es que tiene una alta posibilidad de permanecer por más de 12 horas en el Servicio de Urgencias

Palabras Clave: Patología quirúrgica abdominal, tiempo de estancia prolongado, evolución clínica.

ABSTRAC

Introduction: Abdominal pain is one of the main pathologies that are the subject of consultation within the emergency department, most of these patients are pathologies that only require analgesic management and that can later be released to their home, however, in some cases Patients require complementary studies, both biochemical and imaging studies, which implies that the length of stay of these patients is prolonged, implying that most of these patients with potentially surgical pathologies have a prolonged stay in the Emergency Department. This leads to patients facing an uncontrolled environment in terms of capacity, waiting time and often lack of resources, thus conditioning a tortuous clinical evolution to be able to resolve their pathologies.

Objective: The present study aims to identify the associated prolonged stay as a determining variable that will condition the evolution of patients with abdominal surgical pathology in the Emergency Department.

Material and Methods: A descriptive, longitudinal, prospective study was carried out with an area of research in Health Services, where all the patients attended in the emergency service of the Specialties Hospital of Mexico City were included. Belisario Domínguez in the period from April 1, 2019 to May 25, 2019.

Results: 100 patients were included of which 43 patients (43%) were male and 57 female patients (57%). The average age of the patients was 39.77 for women, and 42.53 for men with a general average of 40.96 years. Where the average stay time was 31.01 hrs

Conclusions: Although no significant difference was found between the length of stay and the clinical evolution, as well as an important relationship between gender and age is not found, it does not reflect a discouraging panorama, it only determines that gender does not matter, age or pathology, the only determinant is that it has a high chance of staying for more than 12 hours in the Emergency Department

Key words: Abdominal surgical pathology, prolonged stay time, clinical evolution

3. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una de las principales patologías que son motivo de consulta dentro del servicio de urgencias, la mayoría de estos pacientes son patologías que únicamente ameritan manejo analgésico y que posteriormente pueden ser egresados a su domicilio, sin embargo en algunas ocasiones los pacientes requieren de estudios complementarios tanto bioquímicos como estudios de imagen, lo cual implica que el tiempo de estancia de estos pacientes se va prolongando, implicando así que la mayoría de estos pacientes con patologías potencialmente quirúrgicas tiene una estancia prolongada dentro del servicio de Urgencias¹.

El fundamento de un servicio de Urgencias se basa en la atención de los pacientes en patologías en agudo, es un servicio con limitaciones en su campo de acción,^{2,3} dado que existen diversos servicios externos a este, cuya acción y participación como auxiliares en el diagnóstico en los pacientes con dolor abdominal y potencialmente con patología quirúrgica, tiene un peso de gran importancia en cuanto a la evolución clínica del paciente se refiere, dado que en muchas ocasiones, de la participación de estos servicios externos depende el tiempo de estancia que necesitara el paciente para poder tener un diagnóstico y por lo tanto una resolución de la patología que presenta.

Estos factores externos al servicio de urgencias, conllevan a que los pacientes se enfrenten a un entorno no controlado en cuanto a capacidad, tiempo de espera y en muchas ocasiones falta de recursos, estas circunstancias no son las condiciones ideales para la evolución clínica de los pacientes exponiéndolos a situaciones indeseadas para su estancia, condicionando así una evolución clínica tortuosa para poder dar resolución a sus patologías.

La mayoría de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal no son sometidos únicamente a una exploración física

con el fin de determinar cuál es la patología más probable dependiendo del cuadro clínico que muestre el paciente. Si bien los primeros minutos tanto del interrogatorio como de la exploración son fundamentales para el diagnóstico oportuno, las pruebas complementarias son otro punto fundamental dentro de la evolución clínica del paciente en el servicio de urgencias, dado que de estas se determina si la sospecha diagnóstica inicial es la correcta o se deben de revalorar para llegar al diagnóstico certero⁴.

Sin embargo es importante tener en consideración que estas pruebas complementarias son en determinada manera independientes del servicio de urgencias, ya que existen diversos factores a nivel institucional, que determinaran si estas se pueden hacer a la brevedad lo cual implicaría que el diagnóstico se haría en el menor tiempo posible, dando como resultado una atención más efectiva a los pacientes, así como disminuyendo su estancia en el servicio de Urgencias, con una mejor evolución clínica de dichos pacientes. De igual manera si estos auxiliares diagnósticos no están disponibles por el momento o no se cuenta con ellos en muchas ocasiones condicionan que el paciente sufra de una estancia prolongada lo cual compromete la calidad de atención del paciente con todas las consecuencias que esto implica⁵.

Otro de los factores que no se deben de considerar independientes del servicio de Urgencias, es la valoración por parte del servicio de Cirugía General, dado que se ha evidenciado en varias ocasiones como los pacientes pueden llegar a tener varia valoración por distintos médicos con opiniones diferentes o incluso solicitando auxiliares diagnósticos con los que no se cuenta al momento de la valoración, lo cual da como resultado una prolongación en la estancia del paciente en el servicio de urgencias, siendo que en muchas ocasiones son pacientes con patología quirúrgica que pueden llegar a presentar complicaciones secundarias a la estancia prolongada.

ANTECEDENTES

La OMS reportó que el 8.7% de los pacientes hospitalizados pueden desarrollar infecciones. De igual manera se reportó que en Estados Unidos la tercer causa de muerte era asociada al desarrollo de infecciones en los pacientes hospitalizados, con un estimado de 100 000 muertes en un año¹. Sin embargo las complicaciones en un paciente quirúrgico no se basan únicamente en procesos infecciosos, sino son parte de una gama de complicaciones, dependiendo de la patología inicial, lo cual puede desarrollar trombo embolismo, sangrado, complicaciones secundarias a su patología (hidrocolecisto, perforación apendicular, perforación de víscera hueca, etc.) hasta presentar en casos muy extremos sepsis o incluso CID.

La frecuencia de las complicaciones quirúrgicas oscila entre el 3 y 17% en los pacientes hospitalizados. De igual manera se refiere que el 50% de los eventos adversos son prevenibles². Se debe considerar que el tiempo de duración del procedimiento quirúrgico actualmente ya se considera como un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones postoperatorias, entre los cuales se incluyen: infección en el sitio de la inserción (39.3%), sangrado/hematoma (23.1%), lesión por causa mecánica, física o química (22.1%) dentro de las 3 primeras causas². Si bien durante el paso de los años la mortalidad ha disminuido, de igual manera se ha demostrado que las complicaciones y los errores quirúrgicos son más frecuentes en las cirugías de urgencia, determinando así un aumento de complicaciones en los pacientes que tienen una estancia prolongada en el servicio de urgencias.

MARCO TEORICO

El dolor abdominal es una de las principales patologías que son motivo de consulta dentro del servicio de urgencias, la mayoría de estos pacientes son patologías que únicamente ameritan manejo analgésico y que posteriormente pueden ser egresados a su domicilio, sin embargo en algunas ocasiones los pacientes requieren de estudios complementarios tanto bioquímicos como estudios de imagen, lo cual implica que el tiempo de estancia de estos pacientes se va prolongando, implicando así que la mayoría de estos pacientes con patologías potencialmente quirúrgicas tiene una estancia prolongada dentro del servicio de Urgencias

Las complicaciones asociadas a un mayor tiempo de estancia intrahospitalaria representan un gran número de casos dentro de las unidades hospitalarias. Si bien existen muchos factores de riesgo que predisponen a un paciente a presentar procesos infecciosos asociados a su patología de base (Diabetes, obesidad, extremos de la vida), la estancia prolongada es un factor de riesgo para el desarrollo de dichas complicaciones. Esto se hace evidente en un servicio de urgencias donde el tiempo que permanecen los pacientes debería de ser el mínimo, sin embargo por diversos factores, los pacientes son obligados a permanecer en el servicio de urgencias durante más de 12 horas.

El paciente con patología quirúrgica es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica. La mayoría de estos pacientes al presentarse un evento en agudo acuden al servicio de urgencias donde de ser necesario se solicita estudios complementarios para poder determinar tanto la gravedad de su patología, como la necesidad del procedimiento quirúrgico, dado que en este servicio serán valorados por el servicio de cirugía general, de igual manera si dicho servicio considera que son

necesarios otros estudios complementarios, se continuara con protocolo para poder tener un diagnóstico certero.

Dentro de las principales patologías quirúrgicas que se atienden en el servicio de urgencias encontramos: apendicitis aguda, colecistitis crónica (CCL) agudizada, oclusión intestinal, hernia umbilical complicada, así como herida por proyectil de arma de fuego, si bien se pueden encontrar más patologías en el área de urgencias estas suelen ser las de mayor frecuencia.

I. APENDICITIS

La apendicitis se define como el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, la causa más común de dolor abdominal que obedece a múltiples causas y afecta a todas las capas del órgano, incluso la serosa. La apendicitis aguda es una de las más frecuentes afecciones quirúrgicas agudas, tiene incidencias a nivel mundial de 7,5% a 22,71%⁶. La apendicetomía, aunque es un procedimiento quirúrgico de rutina con baja mortalidad, tiene una tasa de complicaciones del 5 al 28%. La sospecha diagnóstica debe de ser clínica, en el servicio de urgencias se utilizan e escalas pronósticas como lo es RIPASA (Tabla I) para determinar si el paciente cuenta con cuadro probable apendicitis. En la Guía de Práctica Clínica (GPC) se hace hincapié en que en el servicio de urgencias, tratándose de un adulto mayor con dolor abdominal agudo o subagudo su evaluación inicial debe incluir examen general de orina, biometría hemática, electrolitos séricos, creatinina, placas simples de abdomen y tórax⁷. De igual manera la GPC establece un aproximado de 1 día como máximo para que el paciente pase a quirófano⁷.

II. COLECISTITIS LITIASICA AGUDIZADA

La colecistitis aguda suele ser una complicación de la litiasis vesicular que se encuentra con mayor frecuencia en aquellos que han cursado con sintomatología asociada a estos litos. Ocurre en el 6 al 11% de los pacientes con

enfermedad litiásica vesicular sintomática. Su tratamiento quirúrgico, se incluye dentro los procedimientos realizados más frecuentemente en México⁸.

TABLA I

Escala RIPASA	
Datos	Puntos
Hombre	1
Mujer	0.5
< 39.9 años	1
> 40 años	0.5
Extranjero NRIC ¹	1
Síntomas	
Dolor en fosa iliaca derecha	0.5
Náusea/vómito	1
Dolor migratorio	0.5
Anorexia	1
Síntomas < 48 h	1
Síntomas > 48 h	0.5
Signos	
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Rebote	1
Rovsing	2
Fiebre > 37° < 39 °C	1
Laboratorio	
Leucocitosis	1
Examen general de orina negativo	1

FUENTE: Diagnostic accuracy of the RIPASA Score for the diagnosis of acute appendicitis: comparative analysis with the modified Alvarado Score Cir. gen vol.34 no.2 México abr./jun. 2012

De acuerdo a la histopatología se clasifican como⁸:

- Colecistitis edematosa: (2-4 días). Vesícula con líquido intersticial y dilatación capilar y linfática. Pared vesicular edematizada.

- Colecistitis Necrotizante: (3-5 días). Vesícula con edema y áreas de hemorragia y necrosis superficial. Hay obstrucción de flujo vascular por aumento de la presión intraluminal.
- Colecistitis supurativa: (7-10 días) Pared vesicular con infiltración por leucocitos, engrosamiento de la pared por proliferación fibrosa, abscesos intramurales y pericolecísticos.
- Colecistitis crónica: La que ocurre después de múltiples cuadros leves de colecistitis. Se caracteriza por atrofia mucosa y fibrosis de la pared.
- Colecistitis crónica agudizada: Infección aguda de la vesícula biliar en el contexto de una colecistitis crónica.

Según marca la Asociación Mexicana de Cirugía La colecistitis aguda leve se puede tratar con colecistectomía laparoscópica temprana (en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas). En colecistitis aguda moderada, se recomienda colecistectomía laparoscópica en centros experimentados. Si existe inflamación local importante, se puede intentar drenaje (percutáneo o abierto), manejo médico y colecistectomía de intervalo (2-3 meses después). La colecistitis aguda grave debe de manejarse con drenaje y colecistectomía de intervalo mientras se trata la disfunción orgánica⁸.

III. OBSTRUCCION INTESTINAL

La obstrucción intestinal es una emergencia quirúrgica común, que representa hasta el 20% de los ingresos con dolor abdominal agudo. De estos, el 80% tendrá obstrucción del intestino delgado, la causa más común son las adherencias. La obstrucción intestinal se puede dividir en mecánica (dinámica) y causas no mecánicas (adinámicas)⁹.

- *Obstrucción mecánica (dinámica)*. En la obstrucción mecánica hay una obstrucción física de la luz del intestino asociada con un aumento de la peristalsis en un intento de superar el bloqueo. Las causas de la

obstrucción mecánica incluyen adherencias, hernias, tumores, vólvulos y estenosis. Si bien estas causas se pueden clasificar como luminarias, probablemente sea más útil considerar dentro de la pared intestinal o fuera de la pared intestinal, cuáles son las presentaciones comunes para cada sitio de obstrucción (intestino delgado o intestino grueso).

- *Obstrucción no mecánica (adinámica)* En la obstrucción adinámica, existe una peristalsis reducida o ausente debido a una alteración de la transmisión neuromuscular de la inervación parasimpática al intestino. La obstrucción adinámica se puede subdividir en íleo paralítico, que afecta al intestino delgado y al intestino grueso y la pseudoobstrucción colónica.

IV. HERNIA UMBILICAL

La hernia umbilical se define como un abultamiento alrededor del ombligo que puede contener epiplón, o partes de intestino delgado o intestino grueso. La hernia umbilical es un problema quirúrgico bastante común. Aproximadamente el 10% de todas las hernias primarias comprenden hernias umbilicales y epigástricas¹⁰.

En general, las hernias umbilicales son más comunes en mujeres que en hombres; sin embargo, hay series en las que los pacientes masculinos son más frecuentes. Típicamente, se observa un bulto alrededor del ombligo. La recurrencia puede desarrollarse incluso en los casos en que se utiliza una malla protésica. Las hernias umbilicales recurrentes a menudo tienden a agrandarse más rápido que las primarias y pueden comportarse como hernias incisionales. Una hernia umbilical tiene una tendencia a asociarse con una alta morbilidad y mortalidad en comparación con una hernia inguinal debido al mayor riesgo de encarcelamiento y estrangulación que requiere una reparación de emergencia¹⁰.

V. HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO

Las heridas por proyectil de arma de fuego constituyen a la fecha un problema de salud pública en el mundo. En los últimos 15 años las lesiones consecutivas a proyectil de arma de fuego se han incrementado en todo el mundo¹¹.

Las lesiones por proyectiles resultan en una transferencia de grandes cantidades de energía cinética, se conocen tres tipos de lesión por arma de fuego¹¹:

1. Laceración: es generada por el paso del proyectil en los órganos y ese es el primer mecanismo de lesión con presencia de material contundente (ropa, grasa, pólvora, etcétera).

2. Ondas de choque: es la segunda lesión por arma de fuego y se debe a la compresión de los tejidos debido a las ondas que se anteponen al proyectil; los huesos son zonas de dispersión de estas ondas por lo que se pueden observar fracturas.

3. Cavitación: se divide en temporal y permanente, la primera es por proyectiles de alta velocidad, cuya cinética se va a los tejidos periféricos en forma radial formando una presión negativa de succión contaminando la trayectoria; puede ser mayor que el proyectil con duración de milisegundos para convertirse en cavitación permanente por la expulsión de los tejidos al paso del proyectil.

El tratamiento de las heridas por proyectil de arma de fuego, en el momento de la lesión, se debe basar en los principios fundamentales del protocolo de Apoyo Vital Avanzado en Traumatismo, inicialmente se debe dirigir la atención a lo que pone en riesgo inmediato a la vida, estabilizando al paciente, recordando que todos los proyectiles pueden, potencialmente, causar la muerte por choque traumático de forma instantánea. Posteriormente se debe valorar con datos de abdomen agudo el paciente ameritara laparotomía exploratoria para reparación de lesiones secundarias al proyectil de arma de fuego¹¹.

Es importante sentar bases fundamentales para comprender que es una Urgencia Médica y de igual manera definir cuál es la función de un Médico especialista en Urgencias Médicas. Según la NOM 027¹². Una Urgencia se define como a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. Podemos definir a una Urgencia Médica como aquella patología que se presenta de manera súbita, que en agudo puede causar alteraciones orgánicas y funcionales que puede poner en riesgo la vida y amerita atención de manera inmediata. Un servicio de Urgencias se define como el conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica. El Médico Especialista en Urgencias es el profesional de la salud que está encargado de la atención del paciente en su patología en agudo y que tiene la capacidad de discernir y priorizar la atención médica según lo requiera el paciente. Si bien la función de un Médico especialista en Urgencias es vital dentro de un equipo multidisciplinario, al ser el eslabón inicial en la atención grave del paciente, su campo de acción tiene limitaciones³.

En este punto es importante hacer hincapié en que si bien el médico de Urgencias cuenta con las habilidades y capacidades suficientes para poder brindar la atención inicial al paciente y estabilizarlo en su evento en agudo; este no podrá resolver por completo la patología del paciente dado que dentro de las instancias hospitalarias la atención del paciente tiene sus bases en el hecho de que la atención conlleva un trabajo multidisciplinario, constituido por médicos de diversas especialidades, enfermeras y servicios de apoyo diagnóstico que deben interactuar armónicamente en beneficio del paciente. Por lo tanto el seguimiento

de los pacientes hasta su resolución no se debería de llevar a cabo en el Servicio de Urgencias.

Es obligación del personal responsable del servicio de Urgencias realizar valoración oportuna a pacientes que presenten dolor abdominal para determinar si estos cursan con una patología de resolución quirúrgica¹³. Sin embargo, una vez realizado el diagnóstico, así como comenzar con tratamiento, se deberá realizar valoración por Cirugía General, esto hecho implica que una vez realizada dicha premisa es responsabilidad del servicio de Cirugía General dar seguimiento a la patología del paciente, lo cual implicaría el cambio de servicio a un entorno más controlado de lo que es el servicio de Urgencias, ya sea que el paciente únicamente amerite seguimiento médico, o más aún si requiere de procedimiento quirúrgico resolutivo. De igual manera aun si el paciente no cumple con criterios de agudización, dependiendo de su patología, dicho servicio debe dar seguimiento para contar con una valoración continua en dado caso de que el paciente presente dichos datos de agudización, o hasta el momento de la resolución del cuadro en agudo, lo cual implicaría que el seguimiento de dichas patologías, no se tendría que hacer dentro del servicio de Urgencias.

Al considerarse todas estas pautas, parece indispensable señalar que un tiempo de estancia prolongada en el servicio de Urgencias dependerá de múltiples factores tanto dependientes como independientes de dicho servicio, lo cual se verá reflejado en un aumento en el servicio de Urgencias.

En el 2011 se realizó un estudio “The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential preventions strategies” en el cual contaba con la participación de 7,926 pacientes para determinar si estos presentarían eventos adversos, en el estudio se encontró que la infecciones representaban el 39.3% de su población².

De igual manera existen diferentes estudios que nos permiten corroborar que un tiempo prolongado de estancia en el servicio de Urgencias puede ser un condicionante para el desarrollo de infecciones. En este punto es fundamental recordar las pautas que marca la Norma Oficial México-027 La cual establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica en el apartado de Generalidades en el apartado 5.6 Se establece que “Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente”¹².

De igual manera se debe considera que la sobrepoblación a la cual se enfrentan los servicios de urgencias conlleva consecuencias, incluyendo un retraso en la atención de los pacientes, que se comentan errores diagnósticos, e incluso se ha documentado que pueden incrementar la mortalidad.

MARCO DE REFERENCIA

En los últimos años se han realizado estudios en donde se corrobora que una estancia prolongada en el servicio de urgencias condiciona al paciente a presentar infecciones asociadas En el 2015 se realizó un estudio con 982 pacientes mayor de 65 años, en el cual el 8.8% desarrollaron infecciones¹⁴. De hecho se ha considerado que el simple hecho de visitar un servicio de Urgencias predispone al paciente a presentar infecciones asociadas. En 2012 Caroline Quach MD MSc et al. Publicó “Risk of infection following a visit to the emergency department: a cohort study” realizado en Canadá, se encontró que el simple hecho de visitar un servicio de Urgencias estaba asociado con un incremento en

el riesgo de presentar infecciones respiratorias e intestinales en una semana posterior a una semana posterior a su visita al área de Urgencias¹.

Si bien es conocido que puede llegar a existir una sobrepoblación en el servicio de urgencias, de igual manera se debe de considerar el abanico de patologías que se encuentran en el mismo. Como ya hemos mencionado la función del médico especialista en urgencias es de vital importancia al tratarse del médico tratante en el evento en agudo, sin embargo el seguimiento de las patologías debería de ser en un servicio tratante, lo cual disminuiría la sobrepoblación y consecuentemente disminuiría los errores que se pueden llegar a cometer favoreciendo así la atención de los pacientes.

Considerando las premisas previas un paciente quirúrgico, al igual que el resto de los pacientes, no debería permanecer por más de 12 horas en el servicio de urgencias. En Reino Unido existe la regla de que los pacientes no deben permanecer en el servicio de Urgencias durante más de 4 horas, esto con la finalidad de reducir la espera y el desarrollo, dentro del servicio de Urgencias¹³. El que estos permanezcan por más tiempo condiciona la evolución clínica que presentan los pacientes en el servicio de Urgencias, lo cual se puede convertir en un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones preoperatorias siendo reflejado en su mortalidad y el tiempo recuperación posterior así como el tiempo de estancia intrahospitalaria.

Sin embargo, como ya se ha mencionado previamente existen factores externos al servicio de urgencias que condicionan el tiempo de estancia de los pacientes. En el 2017 se realizó un estudio en el cual se buscaba encontrar cuales son los determinantes que condicionan una estancia prolongada¹⁴. Se encontró que según la opinión de los integrantes del servicio de urgencias esto era secundario a la poca cooperación de otros departamentos y factores externos al hospital. De igual manera se encontraron factores determinantes para

un estancia prolongada: género femenino, nivel I por Triage, alto número de órdenes para estudios paraclínicos, disposición de tiempo >6 hrs¹⁴.

De igual manera se menciona que idealmente los pacientes deben de pasar lo más oportunamente a tratamiento quirúrgico resolutivo, dado que de esta manera el tiempo de estancia se reduciría¹⁵, sin embargo si un paciente permanece por más tiempo en el servicio de urgencias no solo implicaría exponer al paciente a riesgos sanitarios por la estancia prolongada, sino que determina el sobrecupo de los pacientes al no tener un destino, sobresaturando el servicio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante un día normal en el servicio de urgencias se encontraran al menos más de 10 pacientes que llegan por dolor abdominal, considerando que desde su ingreso no todos estos ameritan una resolución quirúrgica, inicialmente el criterio de urgencia es descartar que la patología del paciente no sea potencialmente quirúrgica. Los paciente con probable patología quirúrgica representan un gran número de consultas en el servicio de urgencias realmente el curso de su evolución clínica en muchas ocasiones es incierto.

No se cuenta con un conocimiento certero respecto a la evolución de dichos pacientes, su tiempo de estancia, si durante su evolución fueron valorados por un especialista en cirugía general, si ameritan estudio paraclínicos o de imagen, si realmente ameritan un procedimiento quirúrgico o incluso si durante su evolución presentaron alguna complicación.

Considerando los antecedentes que se han mostrado previamente, la realización del presente estudio es factible dado que en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” en el servicio de urgencias se da atención a una extensa población, desde alteraciones secundarias a alteraciones

metabólicas, heridas por proyectil de arma de fuego, así como pacientes con dolor abdominal, donde principalmente se debe descartar que se trata de patologías de resolución quirúrgica, permitiéndonos así tener una gran cantidad de población que cumple con criterios para la realización de este estudio.

De esta manera se engloba una serie de problemas que son una realidad en la institución, que van desde el acumulo de pacientes en el servicio de Urgencias, la sobrepoblación que se presenta en el mismo, hasta el desarrollo de infecciones y complicaciones preoperatorias las cuales son fácilmente prevenibles desde el enfoque del que los pacientes se encontrarían en un entorno con mejores condiciones, esto se vería reflejado en disminuir la incidencia de infecciones, siendo reflejado en los días de estancia intrahospitalaria e incluso siendo reflejada en la mortalidad de los pacientes.

Los resultados obtenidos del presente estudio, generarán conocimiento objetivo correspondiente a la evolución clínica de los paciente con probable patología quirúrgica dentro del servicio de urgencias, sentando así las bases para mejorar la calidad de atención con diversas áreas de oportunidad en las que acciones modificables contribuirán a una mejora no únicamente en la atención del paciente, así como en su posterior evolución.

OBJETIVOS

- General

Identificar el tiempo de estancia en el servicio de Urgencias y su asociación con la evolución clínica de los pacientes con patología quirúrgica abdominal en el servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr Belisario Domínguez”.

- Específicos

Identificar el tiempo de estancia en el servicio de Urgencias.

Identificar las principales patologías abdominales en el servicio de Urgencias

Determinar los factores independientes del servicio de Urgencias que son los responsables en el retraso a la atención definitiva del paciente.

HIPOTESIS

La evolución clínica del paciente con patología quirúrgica abdominal tendrá una asociación directa al tiempo de estancia en el servicio de urgencias.

4. 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 Abril 2019 al 25 de mayo del 2019. Se trata de una investigación sin riesgo, a consideración del artículo 18 de la Ley de Protección de datos personales para la Ciudad de México. El protocolo fue revisado y aprobado por el comité institucional de ética en investigación.

Universo: Finito

Tamaño de la muestra:

El cálculo del tamaño de muestra se realizó mediante la fórmula:

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Donde:

N (tamaño de la población)= 273 pacientes en un año con patología quirúrgica en el servicio de urgencias

Nivel de confianza 95%

e (margen de error)= 5%

Significancia estadística= $p < 0.05$

Z= 1.96

Tamaño de muestra: 100 pacientes Se incluyeron en el estudio 57 mujeres y 43 hombres entre los 17 y 83 años.

Criterios de inclusión: • Pacientes en el servicio de Urgencias con patología potencialmente quirúrgica. Ambos géneros. Pacientes que se encontraran en el servicio de urgencias mayores de 17 años.

Programa estadístico: Se utilizó el programa SPSS para realizar la estadística descriptiva, así como la inferencial.

VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	VALOR
GENERO	Cualitativa	Se refiere a la identidad sexual de los seres vivos	Nominal	Masculino Femenino
EDAD	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Continua	Años
ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Cuantitativa	Tiempo que pasa un individuo en el servicio de Urgencias	Discreta	Horas
ESTANCIA PROLONGADA	Cualitativa	Paciente que pasa más de 12 horas en Urgencias	Nominal	SI NO
Estudios de imagen	Cualitativa	Auxiliares diagnósticos	Nominal	SI NO
Interconsulta	Cualitativa	Es el acto de remitir a un paciente, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria	Nominal	SI NO
Número de interconsultas	Cuantitativa	Cantidad de interconsultas que necesito un paciente para su diagnóstico	Discreta	1 2 3 4
Complicaciones en el servicio de Urgencias	Cualitativa	Alteraciones secundarias que presento un paciente	Nominal	SI NO
EVOLUCION	Cualitativa	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.	Ordinal	INGRESO A CIRUGIA GENERAL EGRESO POR MEJORIA EGRESO POR DEFUNCION EGRESO VOLUNTARIO

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

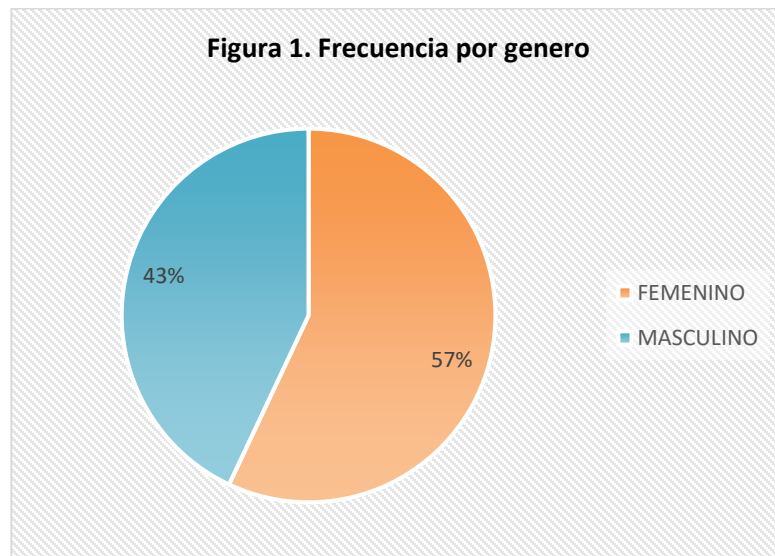
Fuente de información

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.

5. RESULTADOS.

Se incluyeron a los pacientes del servicio de urgencias del 1 de Abril del 2019 hasta el 25 de Mayo del 2019 que inicialmente se ingresaran con diagnóstico de patología quirúrgica, únicamente se consideró dentro del estudio a pacientes con patología abdominal.

Finalmente se incluyeron 100 pacientes de los cuales 43 pacientes (43%) fueron de género masculino y 57 pacientes de género femenino (57%) (Figura 1). La edad promedio de los pacientes fue de 39.77 para mujeres, y 42.53 para hombres con un promedio general de 40.96 años.



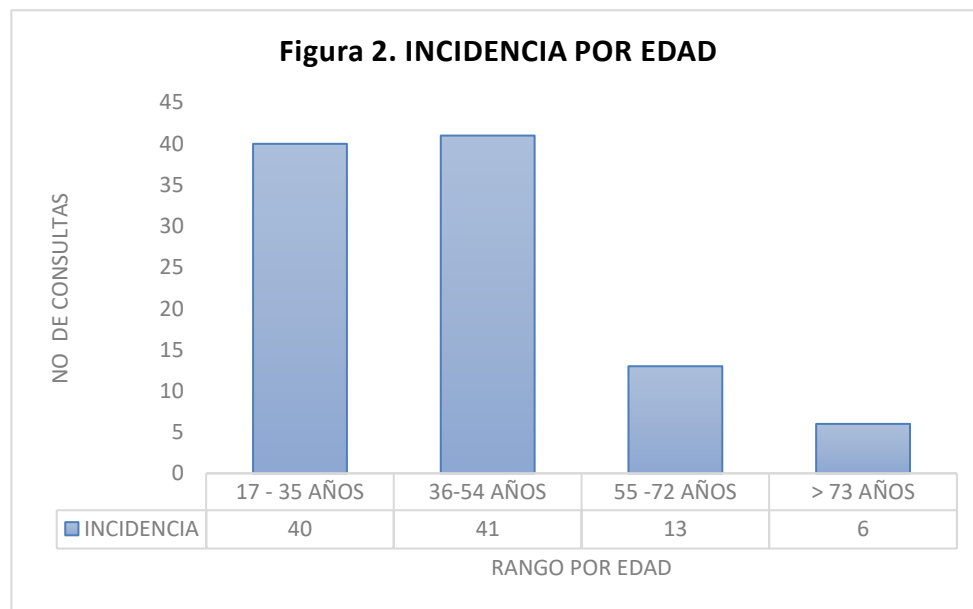
Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en Hospital Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"

TABLA II.

VARIABLE				MEDIA
EDAD				40.96 +/- 15.23
TIEMPO DE ESTANCIA				31.01 +/- 22.20
GENERO				
Femenino	n=57	57%		39.80 +/- 15.51
Masculino	n=43	43%		42.53 +/- 14.44

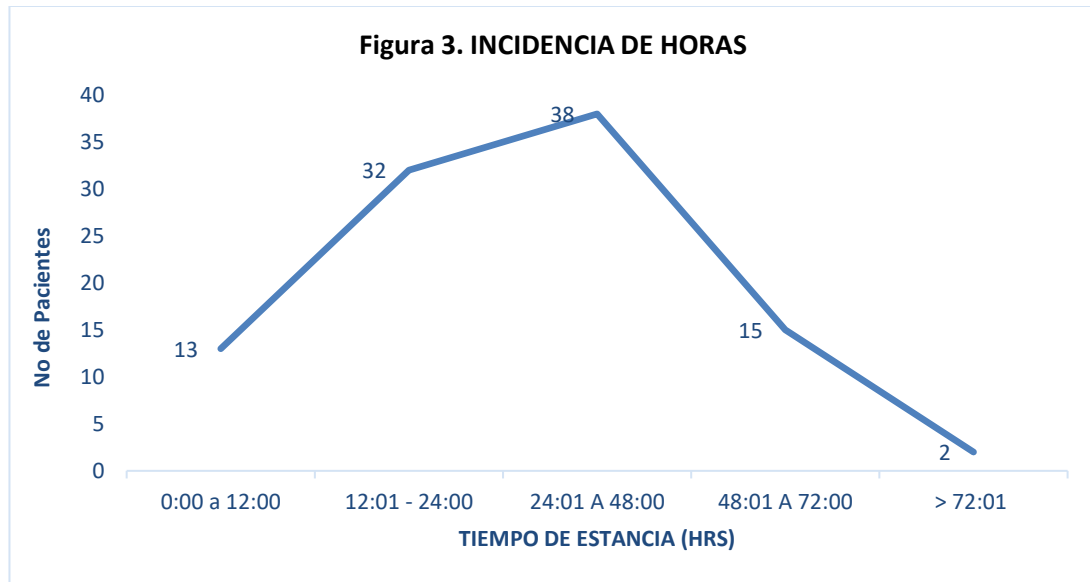
Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en Hospital Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"

En la tabla II se muestra la media para edad, tiempo de estancia y género así como la desviación estándar para cada una de ellas.



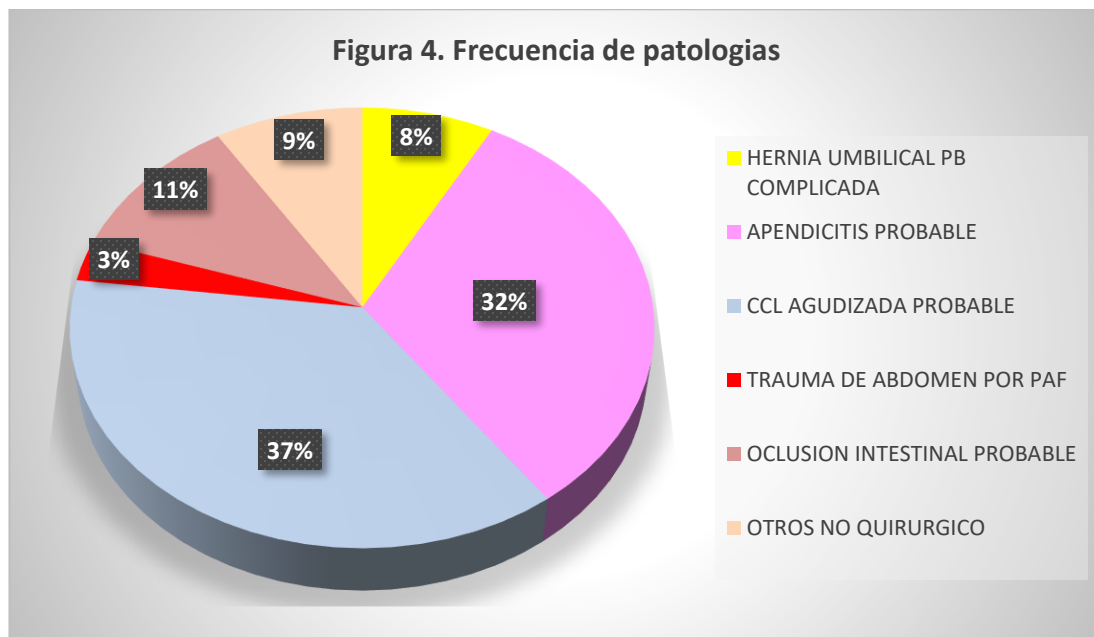
Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en Hospital Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"

En la figura 2 se muestra la frecuencia por edad, en donde el grupo de 17^a a 35 años represento el 40%, de 36 a 54 años representa el 41%, edad de 55 a 72 años representan el 13%, mientras que el restante 6% lo ocupan los individuos mayores de 73 años.



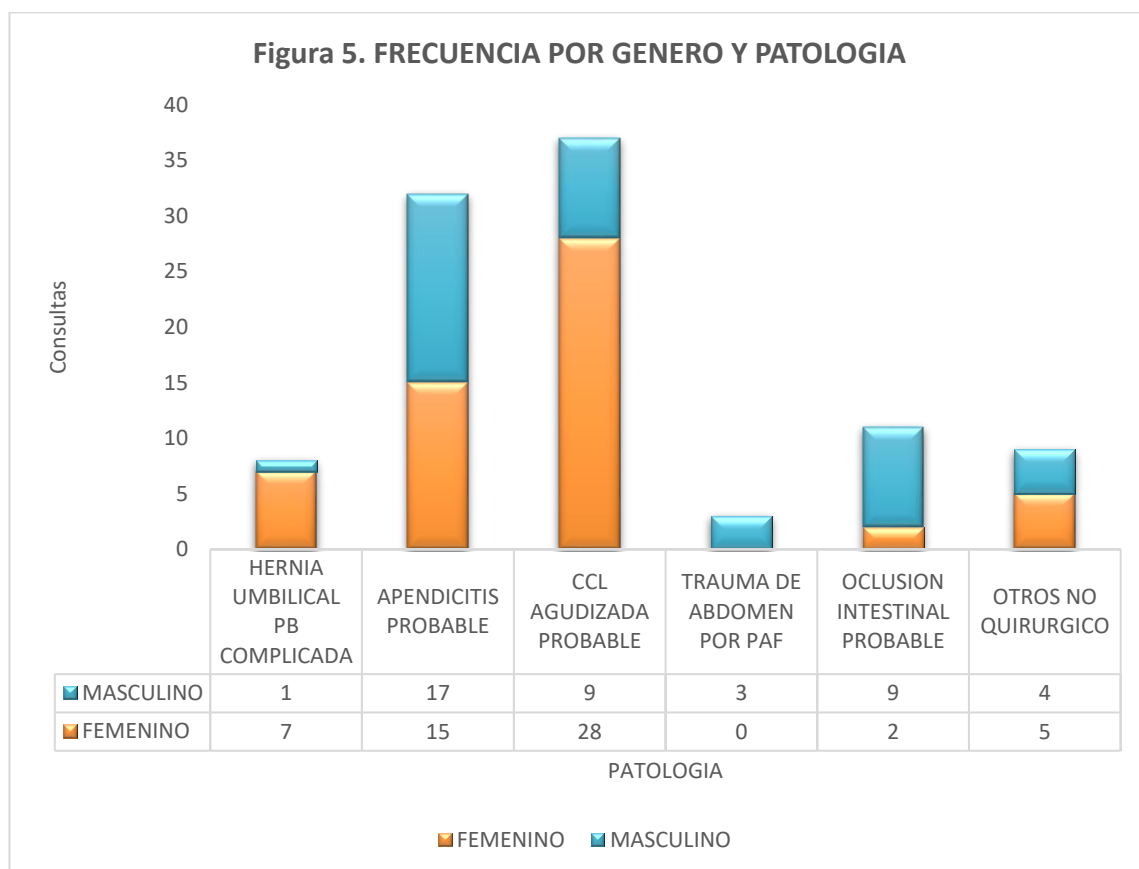
Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en Hospital Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"

El pico de estancia en el servicio de urgencias se encontró entre 24 y 48 horas con el 38%, así como que los extremos del tiempo evaluado representaban un menor porcentaje con el 13% para estancia menor de 12 horas y finalmente con el 2% las estancias mayores de 73 hrs.



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

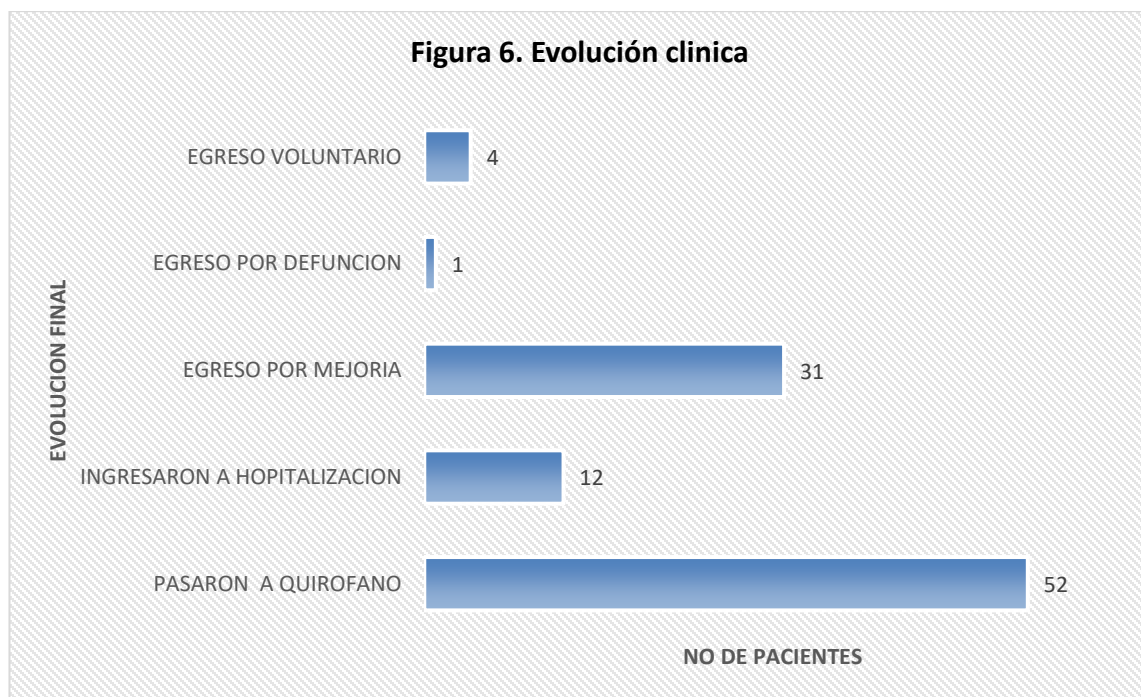
Como la patología con mayor frecuencia se encontró la colecistitis crónica litiasica con el 37%, seguido de la apendicitis con el 32%, la patología de hernia umbilical fue del 8%, se encuentra oclusión intestinal del 11%, trauma de abdomen por PAF encontró únicamente en el 3%, otras patologías que al final no fue quirúrgico se encuentra al 9%, entre estas patologías se incluyeron pancreatitis biliar, tumoración abdominal y sepsis abdominal.



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

En la figura 5 se muestra la frecuencia por género dentro de las 6 patologías que se incluyeron en el estudio, relevantemente se encontró como la única patología en la que solamente los paciente fueron hombres fue en Trauma de Abdomen por PAF, la Colecistitis crónica litiasica continuo con la patología con

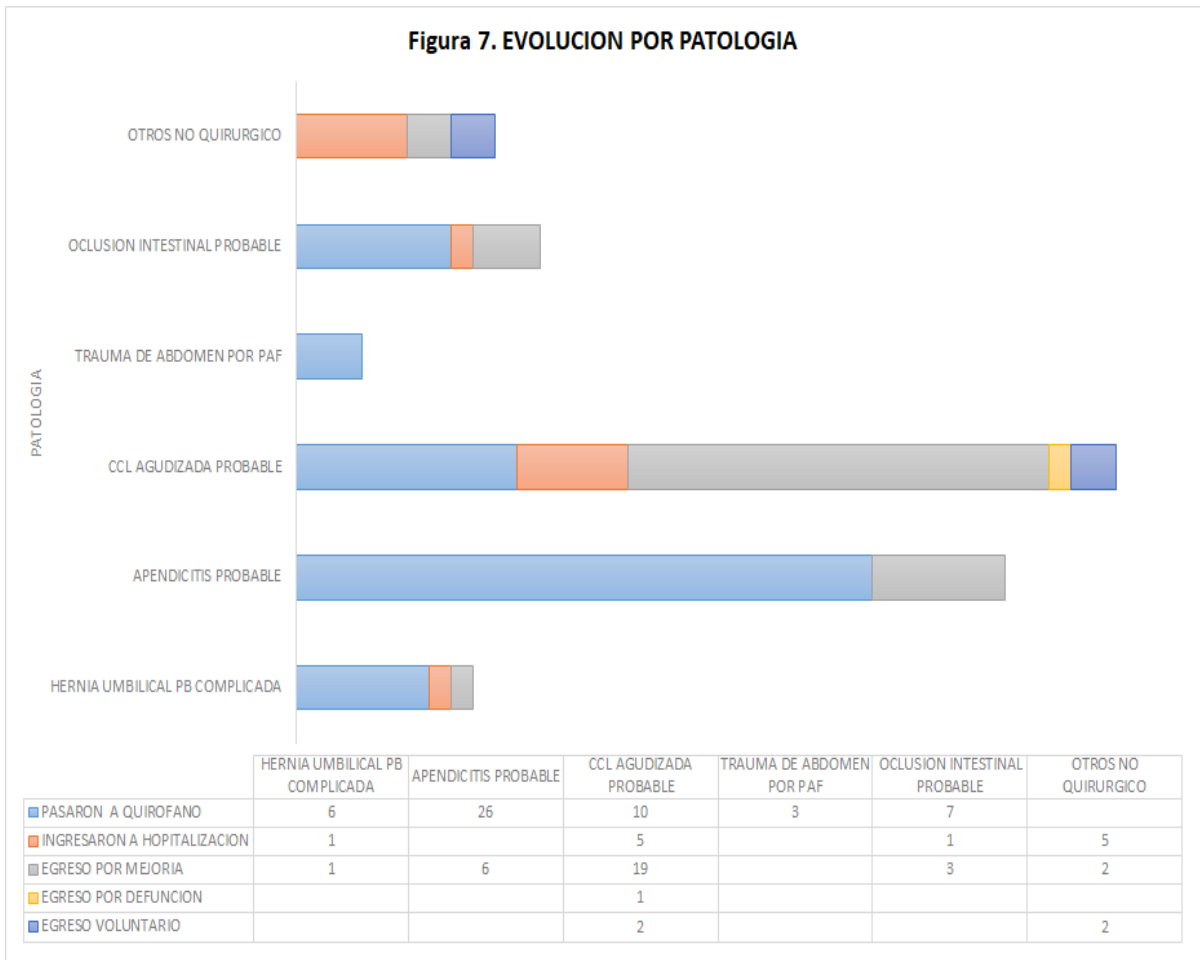
mayor frecuencia , representando de igual manera la mayor incidencia en el género femenino con el 28%, con mayor frecuencia se encuentra el género masculino con apendicitis probable en el 17% y en tercer lugar con el 15% el género femenino con probable apendicitis.



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

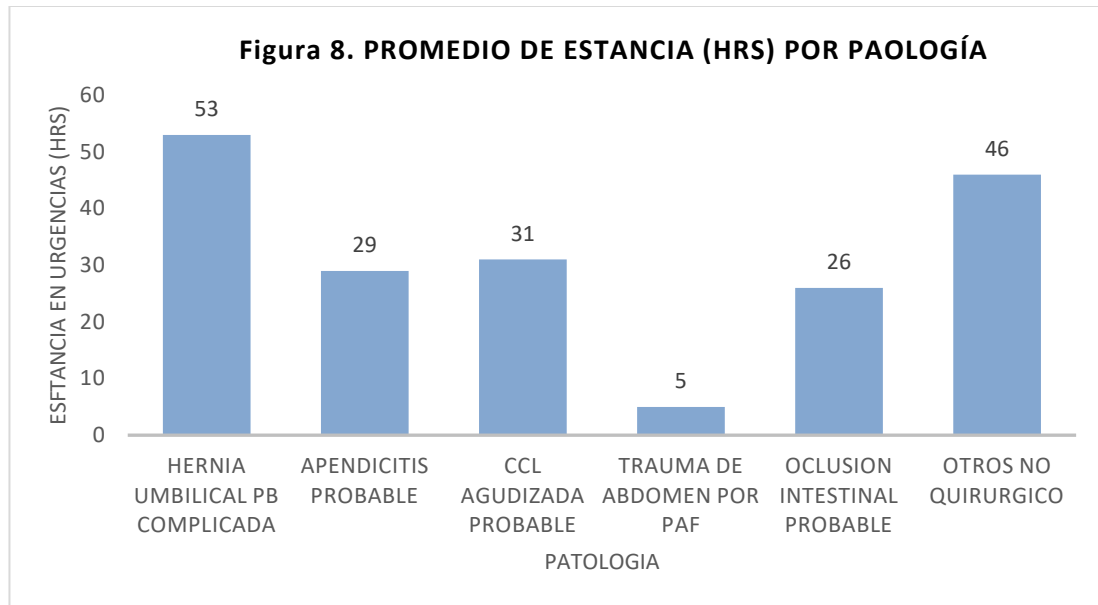
Del 100% de la población la evolución final el 52% pasaron a procedimiento quirúrgico resolutivo, el 31% fueron egresaron por mejoría, mientras que el 12% fueron ingresados a piso de cirugía general, el 4% solicito egreso voluntario y únicamente el 1% presentó defunción

En la figura 7 se encuentra la evolución clínica por patología, en donde se muestra al apendicitis fue la patología que tuvo un mayor porcentaje de resolución quirúrgica con un 26%, así como la colecistitis crónica agudizada



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

como la patología que presento mayor tasa de mejoría con el 29%, de igual manera se observa como segundo lugar de patologías que pasaron a quirófano la colecistitis crónica litiasica con el 10%, en 3er lugar la oclusión intestinal con el 7%, la hernia umbilical complicada con el 6%, finalmente a los pacientes con trauma abdominal por PAF con el 3%.



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

El tiempo de estancia promedio en el servicio de urgencias fue de 31.01 con una desviación estándar de +/- 22.20. En la figura 8 se muestra el promedio de estancia por patología, donde la hernia umbilical probable complicada se encontraba con un promedio de 53 hrs, en segundo lugar de frecuencia las patologías no quirúrgicas con 46 hrs, siendo el promedio más bajo el trauma de abdomen con 5 hrs.

En la tabla III se muestra el promedio de pacientes según su edad, así como el promedio de estancia en el servicio de urgencias, donde se encuentra como promedio de edad para mujeres con apendicitis 37.60, y para hombres 37.06 siendo muy similares en el promedio de edad, sin embargo el promedio del tiempo de estancia es ligeramente mayor en mujeres con 29.53 hrs, a diferencia de 28.41 en hombres donde aparente el tiempo es menor. De igual manera se observa que el tiempo promedio de estancia en el género femenino es mayor con las patologías que no ameritaron tratamiento quirúrgico, con un promedio de

50.75 hrs, posteriormente se encuentran la para hernia umbilical con un promedio de 36.14 hrs, seguido de Colecistitis crónica litiasica de 32.89 hrs, posteriormente apendicitis con un promedio de 28.41, finalmente oclusión intestinal con un promedio de 19 hrs. Por otro lado el género masculino se encuentra en primer lugar la hernia umbilical con el 59 hrs, en segundo lugar las patologías que no ameritan tratamiento quirúrgico en el 35 hrs, la colecistitis crónica litiasica con 32.89 hrs, apendicitis con 28.41 hrs, posteriormente la oclusión intestinal con 27 hrs, finalmente como la patología que tiene una resolución quirúrgica mayor a todas las demás el traumatismo de abdomen por proyectil de arma de fuego con un promedio de estancia en el servicio de urgencias de 5 hrs, convirtiéndose en la patología

TABLA III. Relaciones entre Tiempo de estancia/Genero y Edad

	Promedio de EDAD		Promedio de TIEMPO DE ESTANCIA (HRS)		Total Promedio de EDAD	Total Promedio de TIEMPO DE ESTANCIA (HRS)
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		
APENDICITIS	37.06	37.60	28.41	29.53	37.31	28.94
CCL	45.00	34.90	32.89	32.00	37.29	32.21
HERNIA UMBILICAL	44.00	54.71	59.00	36.14	53.38	39.00
NO QUIRURGICO	49.25	50.50	35.00	50.75	49.88	42.88
OCLUSION INTESTINAL	50.22	54.00	27.00	19.00	50.91	25.55
PAF	33.67		5.00		33.67	5.00
Total general	42.53	39.81	28.74	32.72	40.98	31.01

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

TABLA IV Relación entre el tiempo de estancia en el servicio de Urgencias, la edad y la evolución

Promedio de TIEMPO DE ESTANCIA (HRS)	Etiquetas						Total general
	Etiquetas de fila	17 a 35	30 A 39	40 A 49	50 A 59	60 A 69	
EGRESO POR DEFUNCION						24.00	24.00
EGRESO POR MEJORIA		18.06	26.00	29.71	18.00		38.00
EGRESO VOLUNTARIO		7.00		6.00	64.00		29.60
INGRESO A HOSPITALIZACION CG		84.67	37.00	24.00	45.00	48.50	48.25
PASO A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		28.32	46.00	37.08	27.86	42.33	23.50
Total general		27.38	35.42	32.00	35.09	41.33	25.57

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

En la Tabla IV se muestra el tiempo de estancia promedio según su evolución el grupo etario, donde los pacientes que pasaron a procedimiento quirúrgico el mayor promedio se encuentra entre los 30 a 39 años con un promedio de estancia de 46 horas, siendo en promedio de estancia mayor en los pacientes que solicitaron su egreso voluntario con un promedio de 64 hrs. Sin embargo el promedio mayor de estancia se dio entre los pacientes que ameritan ingreso a piso de cirugía en los pacientes de 17 a 35 años con un promedio de 84.67 hrs

TABLA V. MOTIVO DE NO INTERVENCIONES

		MotivoNoIntervencion			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	19	19.0	19.0	19.0
	Sin tiempo quirúrgico	20	20.0	20.0	39.0
	Sin ameritar cirugía	53	53.0	53.0	92.0
	Personal quirúrgico incompleto	8	8.0	8.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Se encontró como el motivo de no intervención con un mayor porcentaje el que aparentemente no ameritaba procedimiento quirúrgico con el 53%, pese a que de este porcentaje si ameritaba al final procedimiento quirúrgico (Tabla V)

Finalmente se realizó comparación entre género y edad para determinar si alguno de estos implicaría un factor de riesgo para un aumento en el tiempo de estancia en el servicio de urgencias. Se utilizó t-student para dicho análisis.

TABLA VI.						
EDAD	< 35 AÑOS		>36 AÑOS		p*	
	n = 40		n= 60			
	27.38	+/-	33.43	+/-		0.338
	25.79		19.30			
GÉNERO	Masculino		Femenino		P*	
	n = 57		n= 43			
	32.72	+/-	29.74	+/-		0.241
	25.36		17.18			

Fuente: Base de datos, elaboración propia obtenida en Hospital Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" p* T. studnt. Tabla 5 comparación del tiempo de estancia y la edad

En la tabla VI se encuentra la diferencia por promedio entre la edad y el género según su tiempo de estancia en el servicio de Urgencias, tomando como corte de edad menor de 35 años o mayores de 36, donde se obtuvo una p de 0.338 para edad y p de 0.241 para género, por lo cual no se encontró significancia importante, no siendo determinantes para su evolución final.

6. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados nos mostraron varias determinantes importantes, si bien genéricamente no se encuentra una diferencia significativa, en cuanto al grupo etario se tiene una mayor incidencia los pacientes menores de 55 años representan una gran parte de la población que es atendido, de igual manera se encontró con que las dos patologías quirúrgica abdominales que son atendidas en el hospital de especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” son Colecistitis Cónica Litiasica, así como Apendicitis aguda, sin embargo tiene una mayor porcentaje los paciente con apendicitis que pasan a procedimiento quirúrgico, mientras que los pacientes con Colecistitis Crónica Litiasica en su mayoría son egresados por mejoría. Si bien no se pudo corroborar que exista una relación directa entre el género o la edad como determinantes para la evolución quirúrgica, si existe una relación indirecta entre el tiempo de estancia y su evolución final, dado que los pacientes que pasaron procedimiento quirúrgico permanecieron un promedio de 32 horas, los que solicitaron su egreso voluntario tuvieron un promedio de 29.6 hrs, mientras que los pacientes que ingresaron a piso de Cirugía general permanecieron en el servicio de Urgencias un promedio de 48.25 horas, más de 2 días, lo cual no se ajusta a las normas que indican que el paciente no debe permanecer más de 12 horas en el servicio de Urgencias.

Si bien se encontró que la patología que más se atiende es la colecistitis crónica litiasica también es la patología que más tiene evolución a egreso por mejoría, así como la apendicitis tiene un mayor número en pasar a resolución quirúrgica, sin embargo el tiempo de estancia promedio sobrepasa de igual manera el límite de 12 horas marcado por la NOM.

La única patología quirúrgica abdominal que cumplió con lo especificado por dicha norma fue el trauma abdominal por PAF.

7. CONCLUSIONES

Si bien no se encontró diferencia significativa entre el tiempo de estancia y la evolución clínica, así como no se encuentra una relación de importancia entre género ni edad, no por eso se refleja un panorama desalentador, únicamente determina que no importa el género, la edad ni la patología, lo único determinante es que tiene una alta posibilidad de permanecer por más de 12 horas en el Servicio de Urgencias, en un servicio que por el mismo hecho se encontrará sobrepasado de su capacidad en malas condiciones, dado que si bien no se pudieron identificar complicaciones secundarias a una estancia prolongada de la población total una presente defunción, secundario a no pasar a tratamiento quirúrgico resolutivo.

Sería necesario ampliar el seguimiento de los pacientes, dado que si no se presentan complicaciones dentro del servicio de Urgencias esto sería un hecho determinante para aquellos que ameriten estancia en una unidad de cuidado intensivos, o que presenten complicaciones dentro de quirófano, dado que su tiempo de estancia en el servicio de Urgencias, aunque este no sea el ideal, no presente complicaciones en la evolución clínica del paciente, lo cual se evidenció con la disminución de la respuesta leucocitaria o la disminución de los niveles de creatinina.

Dentro de los factores que se determinan como los causantes de aumento del tiempo de estancia en el servicio de Urgencias se encuentra la discordancia con los diagnósticos iniciales de cirugía, esto aunado a una falta de recursos o personal se convierten en determinantes para el aumento del tiempo de estancia.

Se deben realizar acciones que aceleren el proceso de evaluación de los pacientes con patología quirúrgica sin menospreciar las impresiones diagnosticadas iniciales que se realizan en el Servicio de Urgencias, dado que si esto tomará más importancia, el tiempo de estancia se podría disminuir, con lo cual se daría una mayor calidad de atención a los pacientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caroline Quach MD MSc, M. M. (2012). Risk of infection following a visit to the emergency department: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 4(184), 232-239. doi:10.1503 /cmaj.110372
2. Marieke Zegers, M. C. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Safety in Surgery*, 5(13), 2-11
3. R, C.-d. I. (Mayo-Junio de 2017). Medicina de urgencias: una especialidad nueva para el gremio médico militar, pero vital para el servicio de sanidad militar. *Revista Sanidad Militar Mexicana*, 71(3), 290-299
4. Mayumi Toshihiko, The practice guidelines forma primary Care of acute abdomen 2015; journal of general and family medicine, 2016; Vol17No1.p5-52
5. C.Falch, Treatment of Acute Abdominal Pain in the Emergency room: A systematic review of the literatura, *European, Journal of Pain*,2014
6. Ho Ting Poon S, The current management of acute uncomplicated appendicitis: should there be a change in paradigm? A systematic review of the literatures and analysis of treatment performance. *Word Journalof Emergency Surgery*. 2017;(12):2-10
7. GPC Diagnóstico de Apendicitis aguda Evidencias y Recomendaciones Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS03108
8. ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA COLECISTITIS Octubre 2014
9. Griffiths S. Intestinal obstruction. *Surgery (Oxford)*. 2017;(35):157-164
10. Kulaçoğlu H. Current options in umbilical hernia repair in adult patients. *Clinic of General Surgery*. 2015;(31):157-161
- 11.4. García-Valadez L. Epidemiología de las heridas por proyectil de arma de fuego en el Hospital Central Militar de México. *Rev Sanid Milit Mex*. 2015;(69):204-217.
12. Norma Oficial Mexicana NOM- 027-SSA3-2012, Para los Servicios de salud en el área de Urgencias: Diario Oficial de la Federación; 15-10-2012.
13. Seyed Mohammad Hosseininejad, H. A. (Enero de 2017). Determinants of Prolonged Length of Stay in the Emergency Department; a Cross-sectional Study. *Emergency*, 1(5), 1-6
14. S Ackroyd-Stolarz, J. R. (Abril de 2015). The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *British Medical Journal, Quality Safety*(20), 564-569. doi:10.1136/bmjqs.2009.034926

15. SALWAY RJ MD, V. R. (2017). Emergency Department (ED) Overcrowding: Evidence-based answers to Frequently asked questions. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 2(28), 213-219