



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

**“Factores relacionados con la atención
medica – quirúrgica urgente de casos con abdomen
agudo, Hospital Regional 1º de Octubre, 2011”**

**TESIS QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS
PRESENTA:**

ROCIO MONSERRAT SERRANO PERALTA

DIRECTORES DE TESIS

ESP. JESÚS ALEJANDRO IBARRA GUILLEN
ESP. JOSÉ MARIO HERIBERTO TORRES COSME

MÉXICO DF, MARZO DE 2012

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA**

i.

Factores relacionados con la atención medica – quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.

Este trabajo se realizó en la Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, bajo la dirección del Dr. Jesús Alejandro Ibarra Guillen, Dr. Rubén Morales Salas, Dr. José Mario Heriberto Torres Cosme, M. en C. Guadalupe Cureño Rodríguez y Dr. Eleazar Lara Padilla.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



SIP-14-BIS

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 12:00 horas del día 02 del mes de febrero del 2012 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la Escuela Superior de Medicina para examinar la tesis titulada:

“Factores relacionados con la atención medica-quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011”

Presentada por la alumna:

Serrano

Apellido paterno

Peralta

Apellido materno

Rocío Monserrat

Nombre(s)

Con registro:

A	0	9	0	9	5	8
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

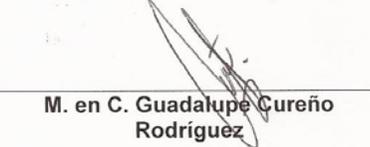
LA COMISIÓN REVISORA

Directores de tesis


Esp. Jesús Alejandro Ibarra
Guillen

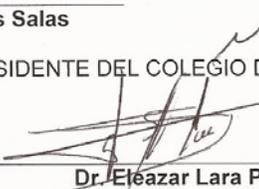

Esp. José Mario Heriberto Torres
Cosme


Dr. Eleazar Lara Padilla


M. en C. Guadalupe Cureño
Rodríguez


Esp. Rubén Morales Salas

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES


Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I. P. N.
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION



*INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO*

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 02 del mes febrero del año 2012, la que suscribe **Rocío Monserrat Serrano Peralta** alumna del Programa de **Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas** con número de registro **A090958**, adscrito a la Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Esp. José Alejandro Ibarra Guillen** y del **Esp. José Mario Heriberto Torres Cosme** y cede los derechos del trabajo intitulado "**Factores relacionados con la atención medica-quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011**", al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección **monserrat180408@hotmail.com**. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Rocío Monserrat Serrano Peralta

Nombre y firma

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



ii. AGRADECIMIENTOS

A mi padre por sus exigencias y a mi madre, por sus desvelos, su entrega hacia mí, su apoyo, tolerancia y comprensión.

Agradezco al H. Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, por haberme otorgado la oportunidad de cursar la especialidad en Urgencias Médicas.

A todos los adscritos del servicio de Urgencias, principalmente a aquellos que me brindaron su confianza y sus conocimientos. Al Dr. Jesús Alejandro Ibarra Guillen (coordinador del curso de posgrado en Urgencias Médicas) por ser un excelente coordinador, un excelente médico y sobre todo por sus enseñanzas. Al Dr. Alfredo Cabrera Rayo (Jefe de Servicio Urgencias Adultos) por sus exigencias que inspiran a ser un mejor médico, por su excelente afán de enseñanza y sobretodo por su entrega hacia los médicos residentes y sus pacientes; de usted aprendí bastante. De manera muy en especial y con gran aprecio y respeto al Dr. Rubén Morales Salas, (coordinador adjunto al curso de posgrado de Urgencias Médicas) quien en todo momento me brindó su apoyo, quien puso en mi su confianza y quien estuvo en todo momento difícil, por inspirarme a ser una mejor persona y sobre todo un mejor médico, por sus enseñanzas, tanto en el aspecto médico, como en mi vida diaria y sobre todo gracias por su amistad. Le estaré inmensamente agradecida.

Al Dr. Vicente Rosas Barrientos (Jefe de Investigación) por su valioso tiempo y orientación dedicados en la realización de ésta tesis. Así mismo al Dr. Álvaro Ibarra Pacheco (Jefe de servicio de Epidemiología) quien me dedico su tiempo y esfuerzo en finalizar ésta tesis, y sobre todo por sus valiosos consejos y amistad brindada.

Agradecimiento muy en especial a todos mis compañeros residentes del servicio de urgencias, a quienes voy a extrañar mucho. No solo fueron compañeros, fueron amigos, y fuimos familia y de quienes aprendí mucho en todos los aspectos. A mis amigos residentes de otras especialidades a quienes conocí a inicios de mi residencia, y quienes se convirtieron en una gran parte de mi formación.

Y con todo mi amor, te lo dedico a ti Mamá Rosa.



iii. ÍNDICE

Páginas

Título	i.
Acta de revisión de tesis	ii.
Carta de cesión de derechos	iii.
Agradecimientos	iv.
Índice.....	v.
Relación de cuadros, tablas, figuras, gráficos	vi.
Glosario	vii.
Resumen	viii.
Summary	ix.
1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	27
4. Justificación	28
5. Objetivos	29
6. Material y métodos	30
7. Resultados	32
8. Discusión	41
9. Conclusiones	45
10. Referencias bibliográficas	47
11. Anexo1	51



iv. RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS

Páginas

Tabla 1:	Patrones diagnósticos del comienzo del dolor	5
Tabla 2:	Causas no digestivas de dolor abdominal	7
Tabla 3:	Estudios diagnósticos oportunos en abdomen agudo	24
Tabla 4:	Laparoscopia en traumatismo abdominal	17
Tabla 5:	Indicaciones para cirugía de urgencia en pacientes con abdomen agudo	19
Tabla 6:	causas de dolor abdominal según diferentes autores	20
Tabla 7:	Causas frecuentes de ingreso Hospitalario por Dolor Abdominal en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	33
Tabla 8:	Principales Diagnósticos Pos- Operatorios de Abdomen Agudo en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	33
Tabla 9:	Tratamiento farmacológico recibido previo al ingreso Hospitalario en el Servicio de Urgencias en pacientes con Abdomen Agudo, en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	36
Tabla 10:	Factores pre-hospitalarios relacionados con la atención medica – quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	37
Tabla 11:	Escala de evaluación del dolor al ingreso Hospitalario Servicio de Urgencias en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	37
Tabla 12:	Principales complicaciones pos- quirúrgicas reportadas en pacientes con Abdomen Agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	38
Tabla 13:	Edad promedio asociado a mayor índice de complicaciones en pacientes con Abdomen Agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	39
Tabla 14:	Tiempo promedio en la atención medica –quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	40

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Tabla 15:	Factores de riesgo relacionados con la atención médica – quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	41
Figura 1:	Algoritmo del paciente con dolor abdominal agudo, de acuerdo a la etiología del padecimiento, su condición hemodinámica y tratamiento médico quirúrgico	23
Gráfico 1:	Frecuencia de Casos con Abdomen Agudo Quirúrgico, según edad, Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	32
Gráfico 2:	Distribución de casos de Abdomen Agudo Quirúrgico, según turno de ingreso, urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011	34
Gráfico 3:	Distribución de casos de Abdomen Agudo Quirúrgico y Atención Médica Pre- hospitalaria, Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, 2011	35
Gráfico 4:	Distribución, Atención Quirúrgica de casos de Abdomen Agudo, según personal médico Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE	38



v. GLOSARIO

- **Abdomen Agudo:** Cuadro caracterizado por la aparición brusca de dolor intenso, localizado o difuso en el abdomen de etiología diversa y patología clínica o quirúrgica.
- **Servicios de urgencias:** centro de asistencia sanitaria en la cual se asiste a toda aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo
- **Atención médica – quirúrgica:** el conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones intervenciones médico y/ o quirúrgicas que correspondan a los programas de prestaciones del Instituto, los cuales deben poner a la disposición del individuo y en consecuencia de la colectividad, los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarios para promover, conservar, mejorar o restaurar el estado de salud, prevenir específicamente las enfermedades



vi. RESUMEN

Introducción: En la unidad hospitalaria, el abordaje del Abdomen Agudo Quirúrgico, el médico de urgencias debe tomar en cuenta la incidencia y los factores asociados a la presencia de complicaciones secundarias a la atención médica y quirúrgica para disminuir el riesgo de mortalidad en los individuos. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue identificar los factores intra y extrahospitalarios relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo quirúrgico. **Material y métodos:** El presente estudio fue realizado en el Hospital Regional 1° de Octubre, Urgencias Adultos, periodo Septiembre a Diciembre del 2011, tamaño de muestra 80 expedientes clínicos de casos que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico. Estudio observacional, transversal, descriptivo. **Resultados:** El 58.8% de los casos fueron mujeres, la edad fue de 47.78 años \pm 20.46, causa de ingreso hospitalario frecuente fue abdomen agudo no identificándose la etiología. El diagnóstico en pacientes post- quirúrgicos fue apendicetomía, 60% de los pacientes recibieron atención médica pre hospitalaria, 75% recibió tratamiento farmacológico previo al ingreso hospitalario y 35% de los pacientes presentaron complicaciones tales como sepsis y peritonitis. **Conclusiones:** El manejo del paciente con abdomen agudo quirúrgico es una entidad en la que se requiere de actualizaciones diagnósticas y tratamientos oportunos. El manejo debe ser rápido, eficaz y requiere de un tratamiento multidisciplinario para disminuir complicaciones asociadas a la atención médica quirúrgica.

Palabras clave: Abdomen Agudo, servicios de urgencias, atención médica – quirúrgica.



vii. SUMMARY:

In a hospital unit, surgical acute abdomen, the emergency physician should take into account the incidence and factors associated with the presence of complications secondary to surgical and medical care to reduce the risk of mortality. **Objectives:** To identify factors related to emergency surgical care of patients with acute surgical abdomen. **Material and methods:** This study was conducted at the Regional Hospital on October 1, Emergency Adults, September to December period of 2011, sample size 80 clinical records of cases admitted to the emergency department with a diagnosis of acute surgical abdomen. An observational, transversal, descriptive. **Results:** 58.8% of cases were women, age was 20.46 ± 47.78 years, frequent cause of hospital admission was not acute abdomen identified etiology. The diagnosis was post-surgical patients appendectomy, 60% of patients received pre-hospital care, 75% received pharmacological treatment prior to hospital admission and 35% of patients had complications such as sepsis and peritonitis. **Conclusions:** The management of patients with acute surgical abdomen is an entity in which diagnostic and treatment require updating. The management must be fast, efficient and requires a multidisciplinary treatment to reduce complications associated with surgical care.

Keywords: Acute Abdomen, emergency services, medical care – surgical.



1. Introducción.

La importancia de este estudio radica en que en ésta unidad hospitalaria se recibe una cantidad considerable de pacientes con abdomen agudo de etiología quirúrgica, para lo cual el médico de primer contacto, es decir el médico de urgencias, es quien debe tomar en cuenta la incidencia y los principales factores asociados a complicaciones secundarias a la atención médica y quirúrgica en pacientes con abdomen agudo, disminuyendo de esta manera la mortalidad. El objetivo del presente estudio es identificar los factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo quirúrgico, determinando de esta manera los principales factores causales que se asociaron a las complicaciones. El presente estudio fue realizado en el Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, en el Servicio de Urgencias Adultos, en el periodo comprendido de Septiembre a Diciembre del 2011 con un tamaño de muestra de 80 expedientes clínicos de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico. El tipo de estudio fue de tipo observacional, transversal, descriptivo. De acuerdo al análisis de los resultados se obtuvo que el 58.8% de los pacientes estudiados fueron mujeres, la edad fue de 47.78 años \pm 20.46, la causa de ingreso hospitalario más frecuente por padecimiento fue el de abdomen agudo no identificándose la causa inicial. El diagnóstico registrado en pacientes post- quirúrgicos fue apendicetomía, el 60% de los pacientes recibieron atención médica prehospitalaria y el 75% de los casos recibió tratamiento farmacológico antes de su ingreso al Hospital, por último el 35% de los pacientes presentaron complicaciones dentro de las cuales destacan sepsis y peritonitis. El manejo del paciente con abdomen agudo quirúrgico es una entidad en la que se debe mantener actualizado en sus diversas modalidades diagnósticas, padecimientos y opciones en su tratamiento. El manejo debe ser rápido, eficaz y requiere de un tratamiento multidisciplinario en el cual se deben emplear medidas preventivas para disminuir complicaciones asociadas a la atención médica quirúrgica disminuyendo la mortalidad.



2. Marco Teórico.

El abdomen agudo se define como “un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración en ciertos casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requieren de un diagnóstico y tratamiento oportuno” ⁽¹⁾.

El abdomen agudo es una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias tanto traumatológicas como no traumatológicas, en donde el dolor abdominal es el síntoma principal del cual parten una serie de procedimientos diagnósticos para llegar a definir de manera inicial, si el cuadro clínico corresponde a un evento quirúrgico de urgencia para lo cual amerite de un tratamiento definitivo.

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal ⁽²⁾.

Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, principalmente aquellas quienes se encuentran en los servicios de urgencias y en el primer nivel de atención, convirtiéndose en un asunto complejo lo que plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas.

En general, 10% a 25% de los pacientes con dolor abdominal presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico, por esta razón, el diagnóstico y el tratamiento del dolor abdominal agudo están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



De los expedientes revisados por (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) CONAMED se ha descrito que el 10 % de las atenciones de urgencia de dolor abdominal, han requerido de laparotomía exploradora de urgencia, los que refieren dolor abdominal indiferenciado y que no ameritan de intervención no es posible identificar de manera temprana el diagnóstico lo cual pudiera corresponder a una patología no quirúrgica. Sin embargo, en algunas situaciones puede ser un síntoma de procesos patológicos severos que ponen en peligro la vida, por lo cual requiere de un análisis multidisciplinario y que en ocasiones requiere de intervención quirúrgica inmediata para así evitar posibles complicaciones que pudieran traer complicaciones graves ⁽³⁾.

Por consecuencia los pacientes con abdomen agudo constituyen una de las causas más frecuentes de hospitalización con repercusiones en los costos de atención, la morbilidad y mortalidad relacionada.

El elemento fundamental para el diagnóstico es la historia clínica cuidadosa y detallada con un adecuado interrogatorio para así poder identificar de manera temprana la etiología del dolor abdominal agudo realizando un diagnóstico oportuno identificando de manera inicial las causas que intervienen en el abordaje diagnóstico, ejemplo de ello son : medicamentos previamente administrados antes de la llegada a urgencias, alteraciones del estado mental inmunosupresión o enfermedades subyacentes que pudieran influir en el abordaje diagnóstico e intervención quirúrgica.

Se debe tomar en cuenta otros rubros que adquieren gran importancia para el diagnóstico del dolor abdominal como lo son: estudios de laboratorio y de imagen, teniendo en cuenta la presencia de hallazgos en las pruebas bioquímicas o en los estudios radiológicos los cuales nos orientan a una sospecha diagnóstica inicial. Dentro de los estudios de laboratorio que deben realizarse rutinariamente son biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, examen

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



general de orina, determinación de enzimas pancreáticas, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación.

La decisión por ende de someter a un paciente a una cirugía dependerá de sospecha diagnóstica y de su estado hemodinámica ⁽⁴⁾.

Así mismo se debe tener en cuenta los diagnósticos que en principio no requieren de tratamiento quirúrgico de manera inicial como son: pancreatitis aguda, hepatitis aguda, enfermedad pélvica inflamatoria, entidades pulmonares, diabetes mellitus descompensada secundario a cetoacidosis diabética, alteraciones hidroelectrolíticas e intoxicaciones entre otras.

Es por esto que el estudio del paciente debe de ser multidisciplinario, de tal manera que el médico de primer contacto, cuente con todos los elementos indispensables para hacer un diagnóstico oportuno, y en conjunto con el servicio de cirugía general determinar un abordaje quirúrgico del abdomen agudo ⁽⁴⁾.

Diagnóstico:

La importancia de una valoración apropiada en el servicio de urgencias se refleja en el resultado de algunos estudios, los cuales llegan a mostrar una mortalidad menor al 8 % de los pacientes que fueron diagnosticados correctamente en el servicio de urgencias. Comparado con el 19 % para aquellos pacientes que fueron mal diagnosticados ⁽⁵⁾.

Indiscutiblemente el síntoma más importante que se presenta en cualquier paciente con emergencia quirúrgica abdominal es el dolor, el cual es un síntoma subjetivo que el médico debe ser capaz de comprender e interpretar, dentro de los patrones del síndrome doloroso abdominal se encuentran los siguientes:



Tabla 1. Patrones diagnósticos del comienzo del dolor. ⁽³⁾

ASPECTOS	SUBITO	GRADUAL	LENTO
comienzo	En segundos a minutos	En minutos a horas, días	Insidioso (días a semanas)
Recuerdos del paciente sobre el comienzo	Exactos; en minutos	Cercanos, en una hora	Vagos; horas a días
Máxima intensidad	Desde un comienzo.	Después de un corto lapso; minutos a horas	Después de un intervalo prolongado horas a días
La descripción típica del paciente relaciona el comienzo con...	Un suceso preciso	Actividad durante el comienzo.	Ha habido un lapso de tiempo.

Para el análisis del síndrome doloroso abdominal se deben de tomar en cuenta nueve factores del análisis del síndrome doloroso abdominal que son las siguientes, tal como se muestra en la tabla 1.

1. Forma de inicio
2. Tiempo de evolución
3. Progresión o evolución del dolor
4. Sitio de localización
5. Intensidad del dolor
6. Carácter del dolor
7. Irradiación o migración del dolor
8. Causas que lo producen o exacerban y causas que lo calman
9. Fenómenos que lo acompañan.

Otro punto relevante que debe ser tomado en cuenta en la evaluación inicial del paciente con dolor abdominal es la edad, la cual constituye un factor importante en la orientación del diagnóstico, ya que la prevalencia de ciertas entidades patológicas varía dependiendo el grupo etario ⁽⁶⁾.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Un ejemplo de lo anterior representa en los adultos mayores la presencia de trombosis mesentérica por lo inespecífico de la sintomatología, por otro lado son los pacientes alcohólicos o inmunodeprimidos.

Se sabe que en el caso de los adultos mayores con dolor abdominal agudo son más propensos a permanecer más tiempo en el servicio de urgencias y en pacientes mayores de 80 años llegan a presentar una mortalidad 70 veces más que en el adulto joven. Se estima que los médicos diagnostican con precisión el dolor abdominal sólo en un 40 a 65% de las personas mayores de 65 años ⁽⁷⁾.

Es importante recordar que el dolor abdominal puede originarse en otros aparatos y sistemas distintos del digestivo, como lo son el sistema cardiovascular, pulmonar, genitourinario y neuromusculoesquelético; a menudo medidas diagnósticas sencillas descartarán o confirmarán su origen en otros aparatos y sistemas. Dentro de las que destacan en la Tabla 2.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Tabla 2: Causas no digestivas de dolor abdominal. ⁽³⁾

CAUSAS NO DIGESTIVAS DE DOLOR ABDOMINAL	
Sistema cardio-pulmonar Angina de pecho Disección aórtica Ruptura de aorta Empiema Prolapso de válvula mitral Infarto miocárdico Miocarditis	Pericarditis Pleuritis Neumonía Neumotórax Embolia pulmonar Infarto pulmonar Cardiopatía reumática (aguda)
Sistema endocrino-metabólico Porfiria intermitente aguda Crisis de la enfermedad de Addison Cetoacidosis diabética Uremia	Hipercalcemia Estado de hiperosmolaridad Hiperlipidemias de tipo I, IV, V
Aparato genito-urinario Embarazo ectópico roto y no roto Endometriosis Dolor intermenstrual Enfermedad pélvica inflamatoria Ruptura de quiste ovárico Torsión o degeneración de fibroma uterino	Pielonefritis Epididimitis Vesiculítis seminal Torsión testicular Absceso perirrenal Endometritis
Sistema neuro-músculo-esquelético Epilepsia con manifestaciones abdominales Hernia de la pared abdominal Espondilitis anquilosante Disco intervertebral herniado Síndrome de Tietze (costocondritis) Hematoma intramuscular	Osteomielitis raquídea Tumores de médula espinal Espondilolistésis Tabes dorsal Herpes zoster Osteoartritis
Diversas Edema angio-neurótico Fiebre mediterránea Picaduras y veneno de insectos Lupus eritematoso generalizado	Periarteritis nodosa Crisis de anemia falciforme Infarto esplénico Intoxicación con plomo

Después de haber evaluado clínicamente al paciente con dolor abdominal, el médico de primer contacto, puede catalogar apropiadamente si la urgencia es verdadera o relativa dependiendo del interrogatorio, exploración física y exámenes de laboratorio y



gabinete. Existen varias clasificaciones para catalogar el dolor abdominal se presenta las siguientes ya que se considera de mayor utilidad para la toma de decisiones.

Clasificación del dolor abdominal agudo no traumático según severidad y conducta inicial ⁽⁸⁾.

Estadio 0:

A. Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo cuyo diagnóstico clínico corresponde a una patología leve de manejo médico, dentro de estas se encuentran aquellos pacientes que:

- No requieren hospitalización
- No requieren de observación
- No requiere evaluación por especialista.

B. Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo que no presenta otra sintomatología significativa a la evaluación, ni hallazgos que sugieran un proceso patológico intraabdominal, estos pacientes:

- No requieren de hospitalización
- Si requieren de observación.

Estadio I:

Pacientes con dolor abdominal agudo, con hallazgos clínicos que sugieran un padecimiento intra-abdominal, pero el diagnóstico no está claro en ese momento, estos pacientes no tienen factores de riesgo y no pertenecen al grupo denominado "Foco Rojo". Ejemplo de éste: Paciente joven con dolor abdominal pero sin hallazgos significativos que sugieran apendicitis, es decir pacientes en estadios iniciales de cuadros de apendicitis aguda, en los cuales es difícil el diagnóstico de entrada. Las conductas para pacientes en estado I son:

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



- Requieren Hospitalización
- Examen Clínico repetido
- Exámenes de laboratorio
- No dar analgésicos
- No dar antibióticos

Estadio II:

- A: Pacientes con hallazgos clínicos muy sugestivos de una patología intraabdominal aguda que requiere procedimiento quirúrgico o médico para resolver su problema
- B: Pacientes con dolor abdominal agudo con factores de riesgo: ancianos, embarazadas, obesos, inmunosuprimidos, con enfermedades sistémicas o con trastornos sensoriales es decir los pacientes que se encuentran en la categoría de “ Foco Rojo”

Las conductas para pacientes en estado II son:

- Monitoreo Hemodinámico Cardiovascular
- Monitoreo Urinario
- Sonda Naso gástrica para disminuir la distensión y evitar la broncoaspiración
- Evaluación y manejo por el Cirujano General

Estado III:

A. Pacientes con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda del diagnóstico que padecen y necesitan una hospitalización urgente para ser estabilizados y ser llevados a un procedimiento quirúrgico como en el caso de la apendicitis

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



B. Pacientes con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda del diagnóstico que padecen y necesitan una hospitalización urgente para ser estabilizados y ser llevados a un manejo médico como en el caso de la Pancreatitis

Las conductas para pacientes en estado III son:

- Hospitalización
- Manejo por el Cirujano de acuerdo al diagnóstico etiológico
- Prevenir complicaciones como broncoaspiración: colocar sonda nasogástrica a pacientes con:
 - a. -hematemesis
 - b. -Vómito intenso
 - c. -Distensión Abdominal
 - d. -Íleo paralítico
 - e. -Con cuadros de “Confusión” , inconscientes o que tienen alteraciones
 - f. mentales
 - g. -Intoxicados
 - h. -Gravemente enfermos
 - i. -Pacientes ancianos
 - j. -Con Trastornos Sensoriales
 - k. -Discapacitados
- Restringir antibióticos y los analgésicos: solo en indicación por el Cirujano responsable del paciente y son de su responsabilidad
- Si se requieren analgésicos: aplicar analgésicos opioides (no aplicar otro tipo de analgésicos) pre diagnóstico y/o preoperatorios solo en casos de dolor severo e intolerable a pacientes no alérgicos y sin compromiso hemodinámico.



- Efectuar Reanimación Preoperatoria, la cual implica:
 - Establecer suficiencia de la Respiración/Ventilación
 - a. Óptimo suministro de O₂ preoperatorio
 - b. Oximetría de pulso y/o Monitoreo de Gases arteriales según el caso
 - c. Ventilación Mecánica en casos seleccionados
 - Establecer el estado Cardiovascular: condición hemodinámica estable
 - d. Monitoreo de los Signos Vitales
 - e. Corregir Hipovolemia, hemoconcentración
 - f. Corregir desequilibrio Hidroelectrolítico
 - Estabilizar Estado “Ácido -Báse”
 - g. Establecer y corregir Acidosis
 - h. Establecer y corregir Hipotermia
 - Establecer y corregir Anemia y/o trastornos de la Coagulación
 - Establecer función Renal y corregir Oliguria
 - Controlar Estados de Desequilibrio Metabólicos previos como:
 - i. Diabéticos

Otra de las clasificaciones que nos permiten determinar los padecimientos intraabdominales que requieren de cirugía inmediata es la clasificación de Bockus (9) en la que se realiza diagnóstico diferencial sobre diversas patologías que no requieran de tratamiento quirúrgico inmediato.

Clasificación de Bockus de las enfermedades que pueden cursar con abdomen agudo ⁽⁹⁾.

Padecimientos intra-abdominales que requieren cirugía inmediata.

- Apendicitis aguda complicada (absceso o perforación)
- Obstrucción intestinal con estrangulación

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



- Perforación de víscera hueca, úlcera péptica perforada, perforación diverticular, perforación de íleon terminal, ciego o sigmoides secundarios a tumor maligno
- Colecistitis aguda complicada
- Aneurisma disecante de la aorta abdominal
- Trombosis mesentérica.
- Ginecológicas: quiste torcido de ovario, embarazo ectópico roto.
- Torsión testicular
- Pancreatitis aguda grave.

Padecimientos extra-abdominales que simulan abdomen agudo.

- Enfermedad ácido péptica no complicada
- Padecimientos hepáticos: hepatitis aguda, absceso hepático
- Padecimientos intestinales: gastroenteritis, ileítis terminal, intoxicación alimentaria
- Infección de vías urinarias, cólico renoureteral.
- Padecimientos ginecológicos: enfermedad pélvico inflamatorio agudo, evolución, dolor inter-menstrual.
- Peritonitis primaria espontánea.
- Hemorragia intramural del intestino grueso secundario a anticoagulantes.
- Causas poco frecuentes : fiebre mediterráneo, epilepsia abdominal, porfiria, saturnismo, vasculitis

Padecimientos extra-abdominales que simulan abdomen agudo

- Infarto agudo al miocardio
- Pericarditis aguda
- Congestión pasiva del hígado
- Neumonía
- Cetoacidosis diabética

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



- Insuficiencia suprarrenal aguda
- Hematológicos: anemia de células falciformes, púrpura de Henoch Shönlein

Herramientas Diagnósticas.

Posteriormente a la evaluación clínica se realizan exámenes de laboratorio y gabinete como son las siguientes: Tabla 3

- Citología hemática con cuenta leucocitaria.
- Enzimas pancreáticas.
- Electrolitos séricos.
- Química sanguínea descartar descontrol glucémico, elevación de azoados, dislipidemia.
- Examen general de orina.
- Estudio coprológico y de amiba en fresco principalmente en pacientes menores de 5 años de edad en quienes no es adecuadamente sugestivo la causa del dolor abdominal.
- Pruebas de función hepática.
- Pruebas de coagulación.
- En el caso de mujeres en edad reproductiva, es necesario incluir la prueba de embarazo.

En cuanto a los estudios de gabinete son de gran utilidad las radiografías simples de abdomen en posición de pie y en decúbito lateral izquierdo para valorar:

- Aire libre en cavidad peritoneal;
- Asas de intestino delgado dilatadas o niveles hidroaéreos;
- Dilatación de colon en porción sigmoidea (signo de grano de café) o de ciego y transversal (vólvulo hemicolon derecho, vólvulo gástrico);

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



- Imagen de vidrio despulido en toda la cavidad peritoneal sin visualizar gas en asas de intestino grueso lo cual es sugestivo de probable cuadro de peritonitis.

Otro estudio que es muy útil es el ultrasonido con el cual se puede identificar la presencia de líquido libre en cavidad peritoneal y guiar la punción del abdomen, así mismo se pueden identificar plastrones de peritoneo y abscesos ⁽³⁾.

Tabla 3: Estudios diagnósticos oportunos en abdomen agudo. ⁽³⁾

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS EN ABDOMEN AGUDO.			
Estudio	Inmediata	Mismo día	Siguiente día
Sangre	Hematocrito, leucocitos, urea, creatinina, pruebas cruzadas*, gases arteriales*	Pruebas de coagulación, amilasa, lipasa, pruebas de función hepática	Pruebas específicas
Orina	Examen general de orina con sonda, cultivo*, prueba de embarazo	Amilasa y lipasa en orina de 2 horas	Pruebas específicas
Evacuaciones	Sangre oculta	Grasa, cultivo,	Coprológico, amiba en fresco
Radiografía y Ultrasonido	Tórax y abdomen	USG o TC, angiografía. La SEGD no tiene lugar como estudio de emergencia y los estudios con bario están contraindicados	Radiografías seriadas de abdomen. En casos muy específicos, usar medios de contraste hidrosolubles
Endoscopia		Endoscopia alta, Rectosigmoidoscopia	CPRE, colonoscopia, laparoscopia diagnóstica
Otros	Lavado peritoneal diagnóstico	Paracentesis, culdocentesis	



Ultrasonografía & Tomografía.

En diversos estudios efectuados se mencionan las ventajas que tiene el ultrasonido sobre la tomografía para evaluar pacientes con abdomen agudo dentro de las cuales destacan ⁽¹⁰⁾:

- No requiere de radiación ionizante, lo cual es importante en paciente jóvenes y mujeres embarazadas.
- La dinámica y la calidad en tiempo real del Ultrasonido es única. Se pueden observar los movimientos fetales, la perístasis y ausencia de la misma (como en un íleo paralítico). Se puede visualizar directamente el flujo sanguíneo, las pulsaciones y casi es posible apreciar los efectos de la respiración mediante la maniobra de Valsalva.
- Permite la correlación precisa del área de máxima sensibilidad o masa palpable con los hallazgos ultrasonográficos.
- El ultrasonido es móvil y flexible. Puede efectuarse en la sala de urgencias, principalmente en pacientes en quienes se sospecha de líquido intraperitoneal por medio del FAST principalmente en pacientes con trauma de abdomen, así mismo puede ser utilizado en la unidad de cuidados intensivos.
- Y en caso de líquido intraperitoneal, la punción guiada por ultrasonido es una vía rápida y segura para determinar las características del líquido intraperitoneal, determinando posible etiología como sangre, colección purulenta, bilis, contenido gástrico y si están libres en la cavidad, teniendo un menor riesgo de complicaciones secundarias a punción intra- abdominal.

Es necesario enfatizar que éste estudio no es siempre aplicable para todas las patologías abdominales.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



En cuanto a la tomografía de abdomen en la evaluación del dolor abdominal agudo continúa extendiéndose. Principalmente cuando la causa de los síntomas del paciente es inicialmente dudosa ya que los hallazgos clínicos pueden no ser específicos, por lo tanto la utilidad de la tomografía es importante para evaluar e identificar en el abdomen o pelvis otros procesos inflamatorios que clínicamente no es posible definirlos ⁽¹¹⁾.

Dentro de los beneficios de éste son que:

- Es extremadamente rápida y su tiempo de realización es a menudo menos que el USG.
- No se desequilibra por gas o hueso y la obesidad es igual una ventaja.
- No depende de un operador y puede ser revisada por otros a distancia.

El exceso de confianza en los hallazgos de laboratorio, radiografías y otros estudios por imagen pueden guiar a los médicos a un mal diagnóstico en presencia o ausencia de enfermedad. La cuenta de leucocitos y las radiografías carecen de sensibilidad, los padecimientos graves pueden estar presentes cuando los exámenes son normales o no específicos. La cuenta leucocitaria también carece de especificidad, la leucocitosis no indica ninguna enfermedad que el paciente pueda tener. La utilidad de las radiografías simples en el diagnóstico de una visera perforada y obstrucción intestinal es evidente en casos donde los hallazgos patognomónicos están presentes. El valor predictivo positivo o negativo de las radiografías simples para otras enfermedades es aún cuestionable.



Laparoscopia diagnóstica.

La laparoscopia diagnóstica es de gran utilidad debido a que determina la causa del dolor en el grupo de pacientes en quienes no ha sido posible aclarar la causa del dolor, luego de practicar los estudios descritos anteriormente. Tiene la gran ventaja de que en muchas ocasiones puede ser terapéutica. Se ha mencionado incluso que un paciente con dolor abdominal agudo que en 24 horas no tiene un diagnóstico definido, debe ser sometido a una laparoscopia diagnóstica. Tiene una utilidad especialmente valiosa en el diagnóstico del dolor abdominal relacionado a traumatismo abdominal ¹². Las principales indicaciones se encuentran en la Tabla 4.

Tabla 4: Laparoscopia en traumatismo abdominal. ⁽³⁾

LAPAROSCOPIA EN TRAUMATISMO ABDOMINAL.	
Indicaciones <ul style="list-style-type: none">• Traumatismo contuso del abdomen.• Duda diagnóstica.• Lesión penetrante sin manifestaciones clínicas.• Traumatismo craneoencefálico (Inestable).• Politraumatismo inestable (alcohol o drogas).	Contraindicaciones <ul style="list-style-type: none">• Evidencia de lesión penetrante.• Necesidad inminente de laparotomía.• Cirugía abdominal múltiple previa*.• Obesidad mórbida*.• Cirrosis hepática*.• Embarazo*.• Edad pediátrica*.• Coagulopatía preexistente*.

El uso de la laparoscopia diagnóstico-terapéutica en nuestro país crece paulatinamente, especialmente en el medio privado, por sus buenos resultados y por su idoneidad para los pacientes. Sin embargo, a pesar de su viabilidad, su uso cotidiano para el diagnóstico en un servicio de urgencias es difícil, por diversas razones: carencia del equipo quirúrgico y tecnológico que se requiere, infraestructura hospitalaria (hospitales públicos) en la que no se cuenta con un área en el servicio de urgencias donde pudiera llevarse a cabo este procedimiento, lo cual ocasiona que exista poca experiencia, generándose así un círculo vicioso de no-realización,

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



inexperiencia, mayor frecuencia de errores, desconfianza en el procedimiento etc. ⁽¹³⁾ . Una situación frecuente es que exista toda la infraestructura en el hospital en cuanto a instalaciones, equipo y personal capacitado, sin embargo en ocasiones la disponibilidad del equipo es limitada en algunos turnos; este es un problema organizacional que debe ser tomado en cuenta por las autoridades médicas y administrativas de la institución.

Datos de alarma.

La habilidad para detectar signos de alarma e impedir desastres en un paciente que se presenta con dolor abdominal a menudo recae en el médico de primer contacto antes de ser valorado por el cirujano u otros especialistas que se requieran en el caso. Ciertos hallazgos al interrogatorio y la exploración física, significan “focos rojos” de procesos abdominales que se están desarrollando y que pueden tener consecuencias graves.

Los “focos rojos” incluyen fiebre, vómito, constipación, síncope y sangrado gastrointestinal. A la exploración física, debe considerarse cualquier anomalía en los signos vitales, cambios en el estado mental, defensa muscular involuntaria, hipersensibilidad abdominal, signo de rebote, ausencia de ruidos intestinales y dolor muy intenso en el examen físico ⁽³⁾. Las principales indicaciones de cirugía de urgencia en pacientes con abdomen agudo se encuentran en la Tabla 5.



Tabla 5: Indicaciones para cirugía de urgencia en pacientes con abdomen agudo. ⁽³⁾

INDICACIONES PARA CIRUGÍA DE URGENCIA EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO.	
Hallazgos físicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia o rigidez involuntaria, especialmente si se ha generalizado. • Incremento en la sensibilidad. • Distensión progresiva. • Presentar masa abdominal o rectal con fiebre alta o hipotensión. • Sangrado rectal con choque o acidosis. • Hallazgos abdominales dudosos sólo con septicemia (fiebre alta, leucocitosis marcada, cambios mentales o hiperglucemia en un paciente diabético). • Sangrado (acidosis o choque inexplicables, descenso del hematócrito). • Sospecha de isquemia (acidosis, fiebre, taquicardia). • Deterioro durante el tratamiento conservador.
Hallazgos radiológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Neumoperitoneo. • Distensión abdominal progresiva. • Extravasación del medio de contraste. • Lesión ocupativa con fiebre. • Trombosis mesentérica en la angiografía.
Hallazgos endoscópicos.	Perforación o lesión con sangrado incoercible.
Hallazgos en la paracentesis	<ul style="list-style-type: none"> • Sangre. • Bilis. • Pus. • Orina. • Contenido intestinal.
Lavado peritoneal diagnóstico (LPD).	<p>Está indicado casi específicamente en traumatismos de abdomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventajas: alta sensibilidad, bajo costo, puede realizarla cualquier médico entrenado. • Desventajas: baja especificidad, invasividad y sobreindicación de laparotomía. • La tasa de falsos negativos del LPD es 5% aprox. De ellos, las lesiones que pasan inadvertidas con mayor frecuencia son: perforación de víscera hueca, lesión retroperitoneal e inadecuada posición del catéter. • La tasa de falsos positivos del LPD es alrededor del 30%. Los falsos positivos llevan de un 15 a 25% de laparotomías negativas. • La única contraindicación absoluta al método, es la indicación formal de laparotomía.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Causas de dolor abdominal agudo quirúrgico:

Los diagnósticos varían con los grupos de edad. En la tabla 6 se resumen las causas de dolor abdominal según diferentes publicaciones y se aprecia que el dolor abdominal inespecífico es una de las más prevalentes, convirtiéndose en un problema de salud puesto que es responsable de 13% a 65% de las admisiones quirúrgicas de urgencia por dolor abdominal agudo, que requieren observación clínica y prolongan la estancia hospitalaria, congestionando los servicios y aumentando los costos para los sistemas de salud ⁽³⁾.

Tabla 6: causas de dolor abdominal según diferentes autores. ⁽¹⁴⁾

Causas de dolor abdominal	Bugliosi ²⁰ (%)	Parra ⁴ (%)	Hendrickson ¹⁰ (%)	Espinoza ¹⁴ (%)	Bejarano (%)
Año	1990	2001	2003	2004	2009
Dolor inespecífico	24	3,3	23	6,4	19,2
Enfermedad biliopancreática	14	22,4	14	17,7	11,0
Infección urinaria	6		4	1,1	8,9
Apendicitis aguda	4		4	38,9	6,2
Enfermedad úlcero-péptica		20,5	8	3,0	6,2
Hernias de pared abdominal		10	4	6,4	2,7
Obstrucción intestinal	12	4,7	12	4,5	1,4
Diverticulitis	6	9	6	1,9	0,7

La apendicitis aguda ocupa el primer lugar entre las causas más frecuentes de urgencias quirúrgicas abdominales (no traumáticas) Algunos estudios han encontrado que las enfermedades de las vías biliares son la principal causa de consulta por dolor abdominal agudo y la primera indicación de cirugía abdominal en el anciano ²; no obstante, en otros estudios estas entidades han ocupado el segundo lugar como causa de abdomen agudo después de la apendicitis aguda. Otras causas frecuentes de dolor abdominal en el anciano son la obstrucción intestinal, la enfermedad diverticular y los defectos de pared abdominal ⁽¹⁴⁾.



Tratamiento:

El tratamiento debe resolver la causa. En una revisión de la literatura se menciona que aún existe controversia en la administración temprana de analgésicos narcóticos para pacientes con dolor abdominal, por el temor a que esto pueda alterar los signos físicos y así dificultar un manejo apropiado. En muchos textos quirúrgicos se apoya la aplicación de analgésicos para aliviar tempranamente el dolor en estos pacientes. La consecuencia real no es acerca del enmascaramiento del diagnóstico en pacientes con dolor abdominal. El resultado es el enmascaramiento del diagnóstico en pacientes con abdomen quirúrgico. Mientras que en otras bibliografías conservan la enseñanza estándar de que es inapropiado administrar analgésicos en forma temprana en pacientes con dolor abdominal. En general aún se establece que cuando existe una posibilidad de urgencia quirúrgica no se debe aplicar analgésicos hasta que el cirujano general ha tenido oportunidad de valorar al paciente ⁽¹⁵⁾.

Posterior a manejo médico es prioritario determinar el tratamiento quirúrgico ideal, después de haberse establecido un diagnóstico definitivo, dentro de las cuales destacan la cirugía laparoscópica, la cual ha presentado un auge importante (video-cirugía, cirugía de invasión mínima) el cual ha traído una gran habilidad y experiencia a muchos grupos quirúrgicos tanto institucionales como privados, con la posibilidad de utilizar la laparoscopia como vía de acceso para la ejecución de otras técnicas quirúrgicas, que permite acceder no sólo a resolver la patología de diversos padecimientos sino reparar incluso la alteración anatómica (ejemplo Hernias inguinales). Su utilidad se manifiesta además de la cavidad abdominal y torácica en otras especialidades como gastroenterología, ginecología, urología, ortopedia, pediatría. Algoritmo del abordaje médico y quirúrgico del dolor abdominal Agudo
Figura 1.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



En los adultos mayores favorece el diagnóstico oportuno y reduce costos, pudiendo evaluar a los pacientes que teniendo síntomas no requieren cirugía formal, reduciendo también los re-internamientos por la misma sintomatología. Dentro de las ventajas destacan las siguientes ⁽¹⁶⁾:

- Cuando se realiza con técnicas adecuadas y cirujanos expertos, la morbilidad y mortalidad se pueden reducir al mínimo.
- El procedimiento tiene un alto grado de sensibilidad y especificidad en comparación con técnicas tradicionales.
- Favorece el diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes por distintos procesos inflamatorios intraperitoneales (quiste de ovario, torsiones de ovario, colecciones intra-abdominales por enfermedad inflamatoria pélvica, divertículos, endometriosis, adherencias, apendicitis). En el caso de patología ginecológica, siempre es conveniente la intervención conjunta de cirujano general y ginecólogo.
- Se ha observado que en apendicetomías laparoscópicas donde la apariencia externa sugiere normalidad, después de la apendicetomía vía laparoscópica, el dolor desaparece y los hallazgos histológicos frecuentemente encontrados incluyen inflamación aguda, parásitos (enterobius oxiuros vermiculares), obliteración fibrosa de la luz con signos de inflamación crónica.
- El 10% de los pacientes mayores de 50 años se encontró con enfermedades malignas gastrointestinales.

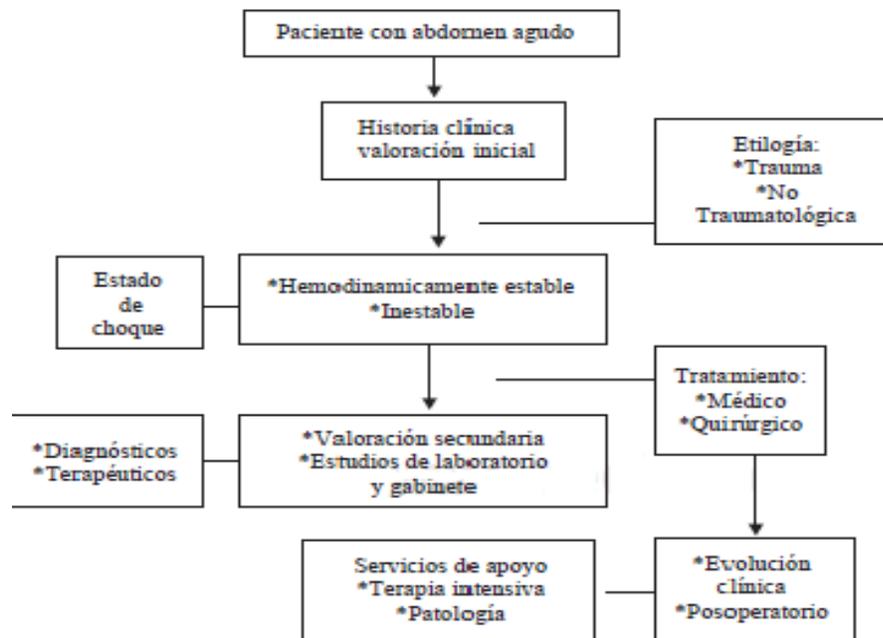


Figura 1: algoritmo del paciente con dolor abdominal agudo, de acuerdo a la etiología del padecimiento, su condición hemodinámica y tratamiento médico quirúrgico ⁽¹⁾.

Análisis histórico en la atención medica de las urgencias quirúrgicas.

De Acuerdo con los datos obtenidos (Sistema de Atención de Quejas Médicas) SAQMED en la cual se realizó una revisión de expedientes del periodo comprendido de periodo 2001 a 2004 y en los cuales se seleccionaron los expedientes que comprendían inconformidades en la atención proporcionada en los servicios de urgencias adultos, cuyo motivo de ingreso fue dolor abdominal agudo, dentro de los cuales se hizo una revisión de 136 quejas; 58.8% de las quejas correspondieron al sexo femenino , el promedio de edad fue de 41.4 ± 15.5 años, por grupos de edad, el grupo que tuvo mayor frecuencia de quejas fue el de 26 a 30 años con 15.4% de quejas ⁽³⁾.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Por entidad federativa el 49.3% de las quejas correspondieron al Distrito Federal, en segundo lugar el Estado de México con 18.4% y en tercero Aguascalientes con 6.6%.

En relación al tipo de institución que prestó la atención médica, la mayor proporción de las quejas correspondió a Instituciones de Servicios Sociales con 115 quejas, en segundo lugar las instituciones privadas con 18 quejas y en tercer lugar las instituciones públicas con 3 quejas.

Se registró que, el número de veces que los pacientes asistieron a la institución fue el siguiente: el 75.5% acudió una sola vez, el 16.22% acudió en 2 ocasiones, 5.2% en tres y el 2.9% 4 ocasiones o más.

La clasificación de las urgencias fue: 27.2% fue urgencia médica, 64.7% urgencia quirúrgica, de estas urgencias que representa 88 pacientes, se intervinieron al 29.4% de manera temprana y el 35.2% restante tuvieron que ser intervenidos en medio particular al ser egresados del servicio institucional ⁽⁷⁾. En el 8.0% de los casos se desconoce el tipo de urgencia. En relación a la valoración de los pacientes, 49.2% recibieron valoración por el especialista, en el resto de los pacientes no se solicitó valoración o el paciente fue egresado antes de poder ser evaluado.

Un aspecto de suma importancia en la atención de los pacientes en los servicios de urgencias es el establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos, en el análisis de las quejas se encontró que en el 52.2% de los casos existió diferimiento en el diagnóstico, debido a que no se contaba con resultados de laboratorio, porque estos no se habían solicitado o fueron extraviados ⁽¹⁷⁾. Algunos de los motivos de diferimientos están relacionados con: sala de quirófano no disponible, deficiencia de personal (cirujano, enfermera, anestesiólogo), días festivos, falta de insumos o cambio de turno.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Es por ello que se necesita un enfoque diagnóstico lógico y minucioso, ya que hasta 10% de todos los casos que ameritaron de intervención quirúrgica, presentaron complicaciones secundarias a un retraso en el abordaje del tratamiento quirúrgico temprano ⁽¹⁸⁾.

Se debe prestar atención cuando se evalúan pacientes con alteraciones neurológicas, como aquellos con enfermedades vasculares cerebrales, lesiones de médula espinal o bajo el efecto de drogas y alcohol, o poblaciones especiales, como mujeres en edad fértil y personas mayores en quienes el abordaje diagnóstico es de difícil identificación.

En la actualidad se describe que hasta una cuarta parte de los pacientes que consultan a urgencias son mayores de 50 años, de los cuales en un 20 a 33% de los pacientes ameritaron de cirugía de urgencia, dicho porcentaje se ve reflejado en mayor proporción comparado con población en edad fértil ⁽¹⁶⁾.

La tasa de mortalidad para cirugía abdominal de urgencia es de 15 a 34%, siendo la principal causa las enfermedades concomitantes que intervinieron en la orientación diagnóstica, los cuales en la población actual es frecuente ⁽¹⁸⁾.

La presentación de un paciente adulto mayor con dolor abdominal puede ser muy diferente de la de un paciente joven, lo que crea un reto diagnóstico. Los adultos mayores tienden a manifestar signos y síntomas tardíos en el curso de la enfermedad, así mismo presentar signos y síntomas menos específicos lo cual repercute en el abordaje diagnóstico.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



El dolor puede ser de difícil localización debido a la disminución en la percepción del mismo por enfermedades concomitantes, cambios fisiológicos del envejecimiento, el consumo de analgésicos entre otros.

Por lo tanto, existe una gama importante de factores causales que se relacionan con la atención médica y quirúrgica, que intervienen en la calidad de atención y que repercuten en las complicaciones del abdomen agudo, es por esto que se debe hacer una adecuada evaluación del abdomen agudo, para mejorar la precisión diagnóstica y seleccionar de manera oportuna el tratamiento adecuado para pacientes que consultan los servicios de urgencias por dolor abdominal agudo ⁽¹⁹⁾.



3. Planteamiento del Problema.

Son numerosas las causas que pueden producir un Abdomen agudo quirúrgico, así como los órganos que pueden ser afectados por este proceso patológico. Haciendo que este síndrome sea uno de los más complejos y sobre todo, de los más interesantes por su evolución clínica, difícil diagnóstico, elevada morbilidad y mortalidad. Por lo que su tratamiento debe ser efectuado lo más rápidamente posible. En la actualidad el dolor abdominal representa aproximadamente el 30% del total de las consultas de los servicios de urgencias en México, y constituye entre el 13 % y 40 % de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas cuando se trata de dolor abdominal agudo no específico. De la misma manera constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización repercutiendo en el costo de su atención, el cual es sumamente elevado. Se describe que 10% de todos los casos que ameritaron de intervención quirúrgica, presentaron complicaciones secundarias al tratamiento oportuno. Por esta razón el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del dolor abdominal agudo están entre, los aspectos más importantes de la atención médica en los servicios de urgencias. En el proceso de atención del abdomen quirúrgico del dolor abdominal agudo intervienen factores intrahospitalarios y extra hospitalarios. Dentro de los factores extra hospitalarios destacan los inherentes al paciente (presencia de enfermedades asociadas) el empleo de fármacos antes de su llegada al servicio de urgencias, no acudir de manera temprana a los servicios médicos para su atención oportuna. Los factores intrahospitalarios incluyen tiempo en la recepción de resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, disponibilidad de recursos materiales y humanos dentro del hospital.

Es necesario identificar todos estos factores con la finalidad de mejorar los procesos de atención de este tipo de pacientes.

Pregunta de investigación

¿Cuales son los factores relacionados con el retraso del tratamiento quirúrgico del abdomen agudo en el Servicio de Urgencias, Hospital Regional 1° de Octubre, Julio – Diciembre 2011?



4. Justificación

La evaluación de los pacientes con dolor abdominal representa siempre un desafío para el médico. Sin embargo, en el proceso de atención de los mismos al igual que en otras patologías que requieren de ingreso al servicio de urgencias, se pueden identificar factores tanto extra hospitalarios como intrahospitalarios.

Dentro de los extra hospitalarios se cuenta con enfermedades que padece ya con anterioridad el paciente, toma de medicamentos previos al acudir a urgencias y los momentos en que se solicita esta valoración. Por otra parte ya dentro del hospital existen procesos de evaluación, captura de resultados y existencia de recursos materiales y humanos en su atención.

La identificación de todos estos factores representa una forma de mejorar los procesos de atención de pacientes con esta patología, por ello se requiere de trabajos que identifiquen los mismos.



5. Objetivos

General

- identificar los factores extra-hospitalarios e intra-hospitalarios que intervienen con la atención del paciente que ingresa al servicio de urgencias con dolor abdominal y que requiere de tratamiento quirúrgico para así adoptar estrategias que reduzcan la morbilidad y mortalidad.

Específicos

- Reportar los factores extra-hospitalarios que intervienen con la atención inicial de los pacientes con dolor abdominal.
- Describir los principales factores determinantes intra-hospitalarios que se identificaron en el proceso de atención del abdomen agudo desde la llegada al servicio de urgencias: hoja de registro SIMEF (Sistema de Información Médico-Financiero) hasta la captura de la hoja anestésica.
- Reportar las principales comorbilidades que influyen en el tratamiento del abdomen agudo así como sus complicaciones.
- Reportar las principales causas de abdomen agudo.



6. Material y métodos.

a) Diseño de estudio

Estudio Observacional, Transversal, Descriptivo.

b) Universo de estudio

El tamaño de muestra está conformado por 80 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de Abdomen Agudo, Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre.

c) Fuentes de información:

Expedientes clínicos de pacientes atendidos en Urgencias Adultos del Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, 2011

d) Criterios de selección:

Criterios de inclusión.

Expedientes clínicos de pacientes catalogados con dolor abdominal que requiere de cirugía con los siguientes criterios:

- Expediente completo (hoja de SIMEF, hoja de ingreso, notas de valoración por servicios, resultados de laboratorio y gabinete, hoja de anestesiología y quirúrgica)
- Hoja de enfermería legible.
- Reporte de exámenes de laboratorio y gabinete completo.
- Ingresados en la sala de urgencias adultos del H. R. 1° de Octubre, ISSSTE.
- Pacientes sometidos a Laparotomía exploradora por abdomen agudo de urgencia.



Criterios de exclusión:

- Expediente clínico de pacientes que a pesar de requerir tratamiento quirúrgico:
 - Solicitaron egreso voluntario
 - Se trasladaron a otras unidades

Criterios de eliminación

- Abdomen agudo de origen no quirúrgico.

El tipo de muestreo fue aleatorizado, calculándose el muestreo de acuerdo a la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.08) (0.7)}{(0.5)^2} = 80$$

e) Plan de análisis estadístico

1. Se realizó un estudio descriptivo.
2. Las medidas estadísticas utilizadas son frecuencias de las principales causas de abdomen agudo, el porcentaje de las mismas, medidas de tendencia central determinando la frecuencia de cada una de las variables utilizadas así como la edad promedio de presentación de dolor abdominal, género, comorbilidades entre otros.
3. Los resultados se presentaron en gráficos, cuadros y tablas.
4. La base de datos para analizar la información se realizó en programa Excel.



7. Resultados

La muestra fue integrada por 80 pacientes, de acuerdo a la fórmula de cálculo de muestra, ingresados al servicio de urgencias, de los cuales el 59% fueron mujeres y el 41 % fueron hombres, con un porcentaje mayor de mujeres sin que esto sesgue el análisis.

La edad promedio de los pacientes fue de 47.78 años \pm 20.46. El paciente de menor edad fue de 18 años y el de mayor edad fue de 97 años. El grupo de 25 - 29 años de edad presentó la mayor frecuencia de casos, lo que traduce que la mayor parte de la población que cursa con Abdomen Agudo es población joven en edad productiva.

Grafico 1

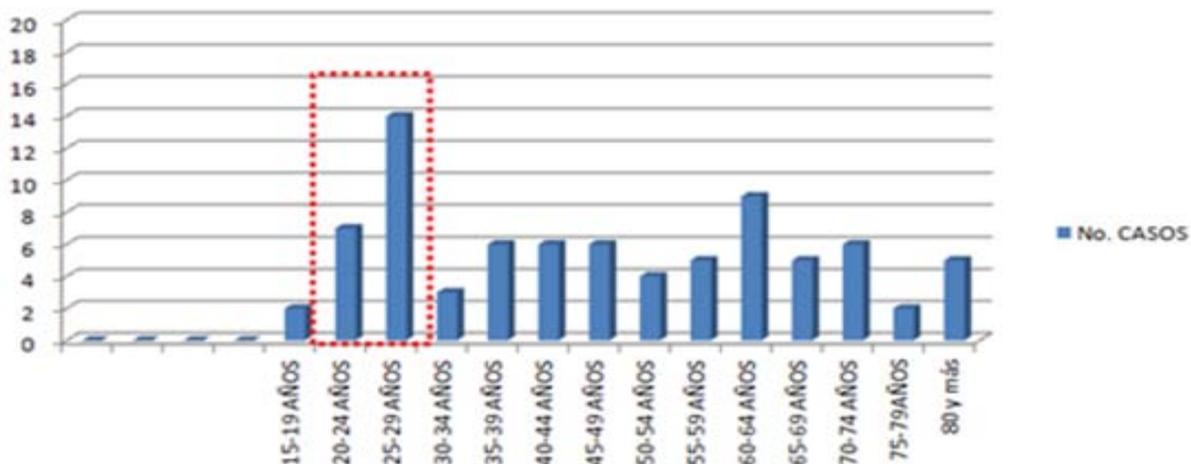


Grafico 1. Frecuencia de Casos con Abdomen Agudo Quirúrgico, según edad, Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

De acuerdo al análisis de los registros, el diagnóstico inicial de ingreso hospitalario más frecuente por padecimiento fue el de abdomen agudo secundario a Apendicitis el

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



cual se reportó hasta en un 85 % de los pacientes, seguido de Colecistitis crónica Litiasica en un 7.5 %. Tabla 7.

Tabla 7. Causas frecuentes de ingreso Hospitalario por Dolor Abdominal en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Diagnóstico	Frecuencia	%
Abdomen Agudo Secundario a Apendicitis	68	85
Abdomen Agudo Secundario a CCL	6	7.5
Otros	6	7.5
Total	80	100

El diagnóstico registrado en los pacientes post - operados con abdomen agudo fue el de apendicetomía en un 41 % de los casos, seguido de la colecistectomía en 12 % y Laparotomía exploradora por oclusión intestinal en un 6.2 %. Tabla 8.

Tabla 8. Principales Diagnósticos Pos- Operatorios de Abdomen Agudo en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Diagnóstico	Frecuencia	%
Apendicetomía	33	41.2
Colecistectomía	10	12.5
LAPE oclusión intestinal	5	6.2
Enfermedad Diverticular complicada	2	2.5
LAPE perforación intestinal	2	2.5
Otras	28	35
Total	80	100

De acuerdo a turno laboral la mayor frecuencia de ingresos de casos con Abdomen Agudo Quirúrgico fue en el turno matutino en un 37.5 % , seguido del turno vespertino en un 36.3 % y nocturno en un 23.3 % . Gráfico 2.

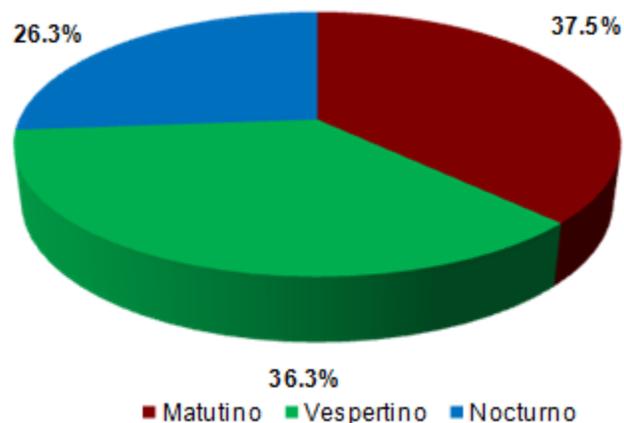


Gráfico 2. . Distribución de casos de Abdomen Agudo Quirúrgico, según turno de ingreso, urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

De acuerdo a los resultados obtenidos de los casos con Abdomen Agudo el 60% de los pacientes recibieron atención médica pre-hospitalaria, distribuyendo de la siguiente forma: No recibieron atención médica en ninguna institución hospitalaria o centro de salud. (40%), Atención médica por facultativo (32.5%), Automedicación (23.8%) y Otros (3.8%). Gráfico 3.

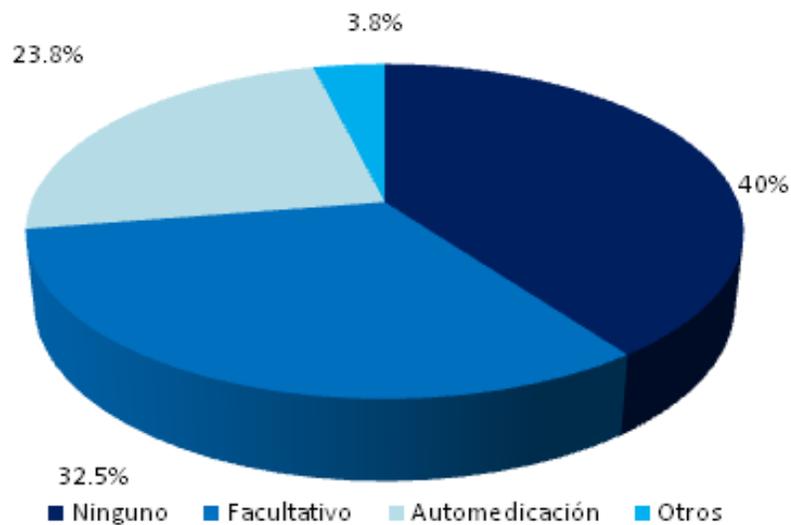


Gráfico 3. Distribución de casos de Abdomen Agudo Quirúrgico y Atención Médica Pre-hospitalaria, Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, 2011.

El 27.5% de los pacientes no presentaron padecimientos. La principal comorbilidad encontrada en los pacientes fue Diabetes Mellitus, seguida de Hipertensión Arterial Sistémica.

Del total de los pacientes, el 75% de los casos recibió de manera previa tratamiento farmacológico en antesala de su ingreso al servicio de urgencias. El principal tratamiento farmacológico administrado a pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico fueron los siguientes: Tabla 9.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Tabla 9. Tratamiento farmacológico recibido previo al ingreso Hospitalario en el Servicio de Urgencias en pacientes con Abdomen Agudo, en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Manejo previo	Frecuencia	%
AINES	29	36
Antiespasmódico	10	12.5
Procinético	3	3.7
Otros	18	22.8
Sin manejo	20	25
Total	80	100

Como se observa en la gráfica anterior, la mayor parte de los pacientes fueron tratados con medicamentos para controlar el dolor lo cual puede enmascarar el diagnóstico y por lo tanto retrasar la atención médica- quirúrgica. Como se observa en la Tabla 9, dentro de los medicamentos mayormente utilizados se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos en un 36 % de los pacientes, seguido de los antiespasmódicos en un 12.5 %.

En cuanto a los Factores pre-hospitalarios que contribuyeron a la atención médica quirúrgica, se puede observar que la mayor parte de los pacientes recibieron atención médica previa ya sea por facultativo o auto medicándose en un 25 % de los casos.

Tabla 10.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Tabla 10. Factores pre-hospitalarios relacionados con la atención médica – quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Factores pre hospitalarios	Frecuencia	%
Atención médica Pre-hospitalaria por Facultativo	20	25%
Ingesta de medicamentos / automedicación	20	25%
Comorbilidades	24	30%
No acude a atención médica por iniciativa propia	16	20%
Total	80	100%

De acuerdo a la escala de evaluación del dolor abdominal agudo se distribuyó de la siguiente manera Tabla 11:

Tabla 11. Escala de evaluación del dolor al ingreso Hospitalario Servicio de Urgencias en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Escala de evaluación de dolor	Frecuencia	%
II	62	77.5
III	10	12.5
I	8	10
Total	80	100

En lo respectivo a la formación del responsable de la cirugía el 65% fue personal en formación (residentes) y el 35% fueron médicos adscritos. Gráfico 4.

La distribución de la atención quirúrgica de los pacientes con Abdomen Agudo de acuerdo a personal médico fue la siguiente:

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.

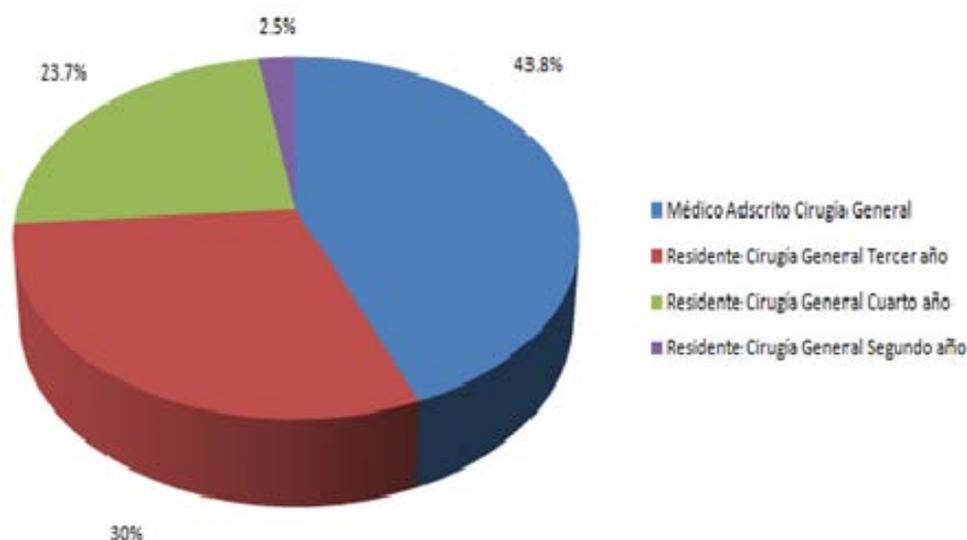


Gráfico 4. Distribución, Atención Quirúrgica de casos de Abdomen Agudo, según personal médico Urgencias Adultos, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.

De los casos de abdomen agudo quirúrgico, el 35% de los pacientes presentaron alguna complicación, Sepsis dentro de la primera complicación con un porcentaje del 32.1 % de los pacientes, teniendo la misma incidencia la peritonitis en misma proporción. Se presentaron 2 defunciones del total de pacientes, lo cual indica el elevado índice de mortalidad secundario a la atención médica – quirúrgica de abdomen agudo. Tabla 12.

Tabla 12. Principales complicaciones pos- quirúrgicas reportadas en pacientes con Abdomen Agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Complicación	Frecuencia	%
Sepsis	9	32.1
Peritonitis	9	32.1
Choque hipovolemico	8	28.7
Defunción	2	7.1
Total	28	100

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



De acuerdo al análisis de los datos, la edad de los pacientes se encontró asociado a complicaciones, se observó que la edad promedio de los pacientes que presentaron alguna complicación fue de 60.3 años y en el caso de los pacientes que no presentaron complicaciones fueron en promedio de 42.7.

Para determinar si la edad se encontraba asociada a la presentación de complicaciones, se observó que la mayor cantidad de pacientes que presentaron complicaciones tenían más edad con respecto al promedio, por lo tanto a menor edad menor riesgo de presentar complicaciones. Tabla 13.

Tabla 13. Edad promedio asociado a mayor índice de complicaciones en pacientes con Abdomen Agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

	Edad Promedio	Desviación estándar
Pacientes complicados	60.3	22.7
Pacientes sin complicaciones	42.7	17.2

En lo concerniente al tiempo que había transcurrido entre el inicio del dolor y la presentación de complicaciones, se observó que las horas promedio en los pacientes con complicaciones fue de 61.9 horas versus 31.7 horas de los pacientes que no presentaron complicaciones. Tabla 14.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Tabla 14. Tiempo promedio en la atención medica –quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

	Tiempo trascurrido desde el inicio del dolor	Desviación estándar
Pacientes complicados	61.9	69.6
Pacientes sin complicaciones	31.7	28.3

Respecto al análisis de los diversos factores de riesgo, se obtuvo que las comorbilidad presentan un mayor riesgo significativo en comparación con el personal médico que intervino quirúrgicamente al paciente (medico adscrito o en formación) y el manejo de tratamiento farmacológico previo. Tabla 15.

Tabla 15. Factores de riesgo relacionados con la atención médica – quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE 2011.

Variable	OR	IC al 95%	
		Inf.	Sup.
Comorbilidades	5.12	1.76	14.88
Tratamiento Previo	2.37	0.81	69
Formación del Cirujano	1.61	0.60	4.27



8. Discusión

El diagnóstico certero de abdomen agudo continúa siendo un reto para el personal médico, principalmente de aquellos que se encuentra en el servicio de urgencias. Es evidente que la intervención quirúrgica temprana, posterior al inicio de los síntomas, reduce el riesgo de complicaciones, lo cual se ve reflejado en el menor tiempo de hospitalización y días de incapacidad laboral. Diversos factores originan retardo en la atención de estos pacientes, entre los que destacan la pre-medicación con analgésicos y antibióticos, las comorbilidades, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, etc., y las edades extremas de la vida, que originan un diagnóstico e intervención quirúrgica tardía.

De acuerdo a CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) ⁽³⁾ se ha descrito que el 10 % de las atenciones de urgencia de dolor abdominal, han requerido de laparotomía exploradora de urgencia asociados a complicaciones relacionadas a los factores en la atención medica – quirúrgica .

En el presente trabajo se encontraron los siguientes factores relacionados:

En los resultados, la muestra de pacientes se encontró integrada por un porcentaje mayor de mujeres sin que esto sesgue el análisis.

En lo respectivo a la edad de los pacientes se observa que se trata de población joven en edad productiva. La edad promedio de los pacientes fue de 47.78 años \pm 20.46. El grupo de 25 - 29 años de edad presentó la mayor frecuencia de casos, lo que traduce que la mayor parte de la población que cursa con Abdomen Agudo es población joven en edad productiva.

El abdomen agudo secundario a Apendicitis Aguda fue el principal diagnóstico de inicio, lo cual fue corroborado por el diagnóstico postoperatorio, seguido de

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



Colecistectomía. Esto concuerda con lo que nos refiere CONAMED (comisión Nacional de Arbitraje Médico) ⁽³⁾ en estadísticas de México en la cual no hay diferencia alguna de las principales causas de Abdomen Agudo.

Los pacientes fueron ingresados de forma más o menos homogénea respecto de los turnos a los que ingresaron, predominando el turno Vespertino.

Respecto de atenciones previas, se puede observar que la mayor parte de los pacientes recibieron atención médica previa, de las cuales la mayor parte de los pacientes fueron manejados con tratamiento farmacológico para controlar el dolor lo cual puede enmascarar el manejo final y retrasar la atención repercutiendo en posibles complicaciones, como menciona el autor Velázquez Mendoza en su Artículo “pre medicación y factores de retraso” ⁽¹⁵⁾ La historia natural de las diversas etiologías del Abdomen Agudo puede ser modificado con la administración de antibióticos, antiespasmódicos o analgésicos los cuales pueden “enmascarar” los signos y síntomas de la apendicitis aguda. Los analgésicos y antibióticos preoperatorios deben utilizarse una vez que se ha tomado la decisión quirúrgica, para evitar demora en la atención quirúrgica.

En lo respectivo a la formación Cirujano General, el 65% fue personal en formación (residentes) y el 35% fueron médicos adscritos. Aun no se encuentra descrito la relación que existe entre el personal responsable de la intervención quirúrgica y sus posibles repercusiones, sin embargo en este estudio se determina que las complicaciones pos – quirúrgicas del Abdomen Agudo se relacionan con el personal médico en formación.

En cuanto a complicaciones, se encontró que un 35 % de la población presentó algún tipo de complicación, reportando además 2 defunciones (2.5 Esto concuerda con lo que respecta al tiempo de atención quirúrgica de pacientes con Abdomen Agudo,

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



reportándose en algunas bibliografías ⁽¹⁸⁾ sobre las principales complicaciones, de las cuales la Sepsis abdominal ocupa dentro de las causas más frecuentes de mortalidad secundario a perforación.

Para determinar si la edad se encontraba asociada a la presentación de complicaciones, observamos que la mayor cantidad de pacientes quienes la presentaron tenían más edad con respecto al promedio, por lo tanto a menor edad menor riesgo de presentar complicaciones y viceversa. ⁽¹⁶⁾ Esto se relaciona de manera estrecha con la presentación de comorbilidades, las cuales tienen gran repercusión en la morbilidad y mortalidad, identificándose además que la magnitud de la asociación con otras variables, observamos que solo las comorbilidades presentaron una asociación de 4.12 veces más riesgo en presentar complicaciones que en aquellos que no tenían comorbilidades, esta asociación fue significativa, y se corrobora con lo que Michael O ⁽¹⁴⁾ quien da a conocer en su artículo, la edad y las comorbilidades las cuales son directamente proporcional al riesgo de complicaciones.

Cabrejos Pita en su artículo “factores causantes y consecuencias en la demora del abdomen agudo” concluye que en un porcentaje significativo de paciente con abdomen agudo, presento retraso en la atención quirúrgica, teniendo como principal agente los factores extra-hospitalarios como lo son aquellos atribuidos al propio paciente, ya sea por iniciativa propia hasta en un 47 %, a diferencia de nuestro estudio en el cual se reporta en un 20 %, lo cual se asocio a la presentación de complicaciones, ya que el valor de p fue menor de 0.05.

Otro de los factores que se presentaron en mayor medida son la automedicación, la cual en el presente trabajo se encontró que en un 25 % de la población se auto medica, lo que repercute en el diagnóstico oportuno y en la toma de decisión quirúrgica, repercutiendo así en los días de hospitalización e incapacidad laboral en los pacientes que recibieron medicación previa al diagnóstico ⁽¹⁸⁾.

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



En lo que respecta al promedio de atención médica quirúrgica se obtuvo que la mayor parte de la población fue atendida en un rango de 61 horas , de los cuales el mayor porcentaje presentó algún tipo de complicación, comparado de igual manera con lo que nos comenta Novoa Espejo ¹⁸, en donde en su estudio reporta un tiempo promedio de +/- 72 horas, de los cuales se complican 2.5 veces más frecuentemente, a diferencia en lo que se observa en nuestro estudio en la cual se reportan complicaciones en un 35 % del total de los pacientes.



9. Conclusión

Del estudio factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011, se concluye lo siguiente:

1. Los factores extra-hospitalarios e intra- hospitalarios que se identificaron en el proceso de atención medica quirúrgica de los pacientes con abdomen agudo fueron Automedicación, Inatención por iniciativa propia del paciente, Atención Médica Previa al ingreso hospitalario, así como Tiempo promedio en la atención quirúrgica, Edad y comorbilidades.
2. En cuanto a la atención medica recibida previa al ingreso Hospitalario, se reportó que en la mayor parte de la población que cursa con dolor abdominal agudo, recibe atención médica pre-hospitalaria ya sea por la misma institución hospitalaria o por médico privado.
3. Otros de los factores que intervienen en la atención medica quirúrgica del abdomen agudo es el tratamiento farmacológico recibido previo al ingreso hospitalario, secundario al alto índice de automedicación, obteniendo que los Antiinflamatorios no esteroideos son los principales fármacos administrados seguidos por antiespasmódicos y procinéticos lo cual repercute en el diagnóstico y tratamiento oportuno del Abdomen Agudo Quirúrgico, para lo cual es importante adoptar programas que permitan prevenir la ingesta de medicamentos, antes de la valoración por un especialista.
4. Las principales causas de abdomen agudo, fueron secundarias a apendicitis Aguda, entidad frecuente, para lo cual el identificar y conocer acerca de esta patología es esencial, para así identificar de manera adecuada el diagnostico, y realizar un oportuno abordaje disminuyendo de esta manera complicaciones pos- quirúrgicas.
5. En cuanto a la edad de los pacientes que presentaron mayor índice de complicaciones fue de 60 años. A mayor edad, mayor índice de complicaciones, dentro de las principales causas reportadas son sepsis y

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



peritonitis. En este rubro debemos de prestar mayor atención a los paciente adultos mayores en quienes se debe identificar los signos y síntomas claves de abdomen agudo, puesto que son la población de mayor riesgo, y quienes sus diversas comorbilidades repercuten en el abordaje diagnóstico y por lo tanto terapéutico, disminuyendo de esta manera las principales complicaciones reportadas. El tiempo promedio de atención médica quirúrgica el cual se asoció a algún tipo de complicación fue de 61 horas. Es por ello que la atención médica de primer contacto se deben adoptar programas que identifiquen de manera temprana el Abdomen Agudo principalmente en aquella población de riesgo, tomando en cuenta todos los factores extra-hospitalarios que repercuten en la identificación de signos clave y por lo tanto en el retraso de la atención quirúrgica.

Finalmente se determina que el manejo del paciente con abdomen agudo quirúrgico es sin duda por su frecuencia de presentación en todo servicio de urgencias médico-quirúrgicas, una entidad en la cual se debe estar actualizado en sus diversas modalidades diagnósticas, padecimientos y opciones en su tratamiento. El manejo del paciente con abdomen agudo debe ser rápido, eficaz y requiere de un tratamiento multidisciplinario, el cual dependerá de la gravedad del padecimiento. El identificar los factores tales como la edad, comorbilidad, tiempo que transcurre la atención médica influye en incrementar el riesgo de presentar una complicación y por lo tanto genera un impacto en la mortalidad y gastos catastróficos para la unidad hospitalaria. Para lo cual se deberán emplear medidas preventivas para disminuir las posibles complicaciones asociadas a la atención médica quirúrgica del abdomen agudo, disminuyendo la mortalidad.



10. Referencias Bibliográficas

1. EM Eduardo, RR Eduardo, Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. Artículo de revisión. Medigraphic. Septiembre-Diciembre 2008; 11 (3): 86-91
2. Mónica B, Cristal X, Julián R. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Revista Colombiana de Cirugía. 2011; (26): 33-41
3. Fernandez RD, Héctor GA. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Servicio de Terapia Intensiva, Hospital General de México. CONAMED, Julio - Septiembre, 2007; 12 (3) 86-91
4. BN Estela. Clínica Hospital ISSSTE Toluca. Epidemiología de la patología abdominal aguda en el servicio de urgencias de la clínica Hospital ISSSTE Toluca. análisis de 1 año. Clínica-Hospital de segundo nivel de atención. ISSSTE Toluca. Julio de 2002.
5. Leonard FM, Guadalupe MA, . Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un Hospital. Medicina de Urgencias de la Academia Mexicana de Cirugía. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cir. 2010;(78):508-514

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



6. Abilene EO, Oscar MG, Analysis of morbidity and mortality in geriatric surgical patients. Servicios de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS y del Hospital Tacuba del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ISSSTE, México, D.F. Cirujano General Abril, Junio – 2005; 2(27)
7. Juárez C, Hurtado D, Escamilla O, Miranda G. Análisis de morbilidad y mortalidad en pacientes quirúrgicos. Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C. Vol. 27 Núm. 2 – 2005 3 (25)
8. SA Myriam, Castañeda Hugo. Guías de práctica clínica basadas en evidencia, Abdomen Agudo. Asociación colombiana de facultades de medicina 2007; (10) 17-67
9. GCh José Antonio. Abdomen Agudo. El Internista. Medicina Interna para el Intensivista. 2008; 3
10. Chris JH, Jonathan LH, Claire RL, Ultrasound in the acute abdomen, British Journal of Hospital Medicine, August 2008; 8 (69)
11. T. A. Salem*, R. G. Molloy* and P. J. O'Dwyer Prospective study on the role of the CT scan in patients with an acute abdomen University Department of Surgery, Western Infirmary, Glasgow, UK November 2004; 460–466
12. William S. Richardson, Lily Chang, David B. Earl, Robert D. Fanelli The role of diagnostic laparoscopy for acute abdominal conditions: an evidence-

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



based review Department of General Surgery, Carolinas Medical Center
September 2009; 16–23

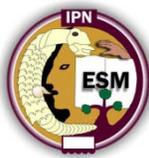
13. Abdulrahman S. Al-Mulhim, Nasser MD, Mohammad MA, Emergency Laparoscopy for Acute Abdominal Conditions, Department of Surgery, Medical College, Saudi Arabia. 2008 4 (18)
14. Michael O, Acute surgical admissions for abdominal pain in adults in Kumasi, Ghana. Department of Surgery, school of medical sciences, University of science and technology, west Africa 2006; 76: 898–903
15. Dolores José VM, Fernandez RS, VM Jesús. Pre medicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. Rev. Cirujano General 2009; 2 (31)
16. Altamirano C, Catán F, Toledo G, Ormazábal J, Lagos C, Bonacic M Et Al. Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. Revista Clínica Chile 2002;(3)
17. Wilkins G, Varela RC, Blasco Y, González JM. Morbidity and mortality in patients presenting with acute abdominal pain. Revisit Gastroenterology 2009; (5)
18. Cabrejos P, Novoa E, Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo de Amazonas entre 1995 y 2000. Hospital de Amazonas 2001; 3-7

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



19. Boudewijn R. Toorenvliet R, Bakker FR, Standard Outpatient Re-Evaluation for Patients Not Admitted to the Hospital After Emergency Department Evaluation for Acute Abdominal Pain. Department of Surgery, Leiden University Medical Center 2010; (34):480–486

Factores relacionados con la atención médica quirúrgica urgente de casos con abdomen agudo, Hospital Regional 1° de Octubre, 2011.



11. Anexos.

Encuesta en la atención del Abdomen Agudo Urgencias Adultos Hospital Regional 1° Octubre ISSSTE.



HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

ENCUESTA EN LA ATENCIÓN DEL ABDOMEN AGUDO

Nº DE REGISTRO:

GÉNERO:

EDAD:

FECHA DE INGRESO:

HORA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO DE URGENCIAS:

HORA DE EGRESO DE URGENCIAS:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

DIAGNÓSTICO POS OPERATORIO:

Variables	Definición operacional
Tiempo en horas de retraso en el tratamiento quirúrgico	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Escolaridad	
Fecha de inicio del dolor	
Hora de inicio del dolor	
Tiempo de duración del dolor	
Hora de ingreso al servicio de urgencias	
Atenciones previas para el diagnóstico actual	
Sitio de atención previas	
Tratamiento previo para el dolor abdominal	
Tipo de tratamiento previo	
Hora de la evaluación inicial	
Médico evaluador inicial	
Comorbilidades	
Intoxicaciones	

Estado neurológico del paciente a su llegada a urgencias.	
Tratamientos crónicos recibidos	
Día de la semana de ingreso al servicio de urgencias.	
Turno de ingreso al servicio de urgencias	
Signos vitales de ingreso.	
Clasificación inicial del dolor abdominal	TA Tº FR FC
Numero de evaluadores en el servicio de urgencias	
Hora de evaluación del cirujano General.	
Hora de recepción de exámenes de laboratorio	
Exámenes de laboratorio solicitados.	
Hora de sometimiento a LAPE	
Disponibilidad de personal de enfermería. (Instrumentista, etc.)	
Disponibilidad de personal médico (cirujano general, anestesiología)	
Disponibilidad de recursos materiales (material quirúrgico, sala de quirófano disponible)	
Otras urgencias médicas de mayor prioridad que impidan intervenir quirúrgicamente: inestabilidad hemodinámica, cardiopatía isquémica (SICA o IAM etc.,) entre otras	
Diagnóstico presuntivo al ingreso a urgencias	
Diagnóstico final	
Evolución satisfactoria	
Evolución no satisfactoria:	
Complicaciones	