

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“DOLOR ABDOMINAL: FLUJO DEL
PACIENTE QUE INGRESA
AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN
LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA
Y MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
2006-2010”**

PRESENTADO POR: Flor María de Jesús Ramos Marchand
PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Tacna – Perú
2012

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas especiales en mi vida quienes son parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar donde estén o si alguna vez llegan a leer estos agradecimientos; quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y todas sus bendiciones.

Me gustaría agradecer su apoyo, paciencia y amistad:

A Dios;

A mis padres;

A mis hermanas y hermanos;

A mis sobrinas y sobrinos;

A mis tutores;

Y a mis amigas y amigos.

DEDICATORIA

A mis padres
con mucho amor y cariño
le dedico todo mi esfuerzo
y trabajo puesto para
la realización de esta tesis.

RESUMEN

La finalidad de esta tesis es dar a conocer el flujo del paciente que presenta dolor abdominal al ingresar al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2006 al 2010. Se realizó un estudio retrospectivo transversal y observacional donde la población fue de 1630 pacientes atendidos. La muestra obtenida por una distribución proporcional sistemática fue de 130 pacientes y los datos fueron recolectados de las historias clínicas del servicio de emergencia. Se concluyó que del total de pacientes el 10% fueron abdomen agudo quirúrgico y el 90% no quirúrgico; 68 pacientes tuvieron una primera interconsulta y 10 una segunda interconsulta. El sexo predominante fue el femenino (60.8%) y el grupo etáreo predominante fue el adulto (82%). Además que el síntoma acompañante de mayor frecuencia fueron los vómitos seguidos de las náuseas. El diagnóstico más común en la especialidad de primera consulta fue el síndrome doloroso abdominal (74.6%) el tratamiento de primera instancia fue el médico (85.4%). Realizada la primera interconsulta el diagnóstico predominante fueron las de patología vesicular (42.6%). Dentro del tratamiento médico el más empleado fue la fluidoterapia. Además que los pacientes que ingresaron a sala de operaciones fue antes de las 8 horas posterior a su ingreso tanto los de la especialidad de cirugía como los de la especialidad de medicina que interconsultaron a la especialidad de cirugía.

Palabras clave: dolor abdominal; emergencia; tratamiento médico; tratamiento quirúrgico; tiempo de permanencia.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to show the flow of patient with abdominal pain on admission to the emergency in the specialties of surgery and medicine at the Hospital Hipolito Unanue of Tacna from 2006 to 2010. We performed a retrospective cross-sectional and observational study where the population was of 1630 patients treated. The sample obtained by a systematic proportional distribution was 130 patients and data were collected from medical records of emergency service. It was concluded that of all patients 10% were acute abdomen and 90% non-surgical, 68 patients had a first interconsultation and 10 a second consultation. The female sex was predominant (60.8%) and the predominant age group was the adult (82%). Besides the most frequent accompanying symptom was vomiting followed by nausea. The most common diagnosis in the specialty of first consultation was abdominal pain syndrome (74.6%) the treatment of first instance was the doctor (85.4%). Once the first interconsultation predominant diagnosis of gallbladder disease were (42.6%). Within the medical treatment was the most commonly used fluid. In addition to the patients who entered the operating room was before the 8 hours after admission both surgical specialty as a medical specialty that interconsultaron to the specialty of surgery.

Keywords: abdominal pain, emergency, medical treatment, surgical treatment, residence time.

ÍNDICE		Pág.
INTRODUCCIÓN		01
CAPÍTULO I	EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	02
1.1	Fundamentación del Problema	02
1.2	Formulación del Problema	02
1.3	Objetivos de la Investigación	03
1.3.1.	Objetivo General	03
1.3.2.	Objetivos Específicos	03
1.4	Justificación	03
CAPÍTULO II	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	05
2.1	Antecedentes de la investigación	05
2.2	Marco teórico	11
2.2.1	DOLOR ABDOMINAL	11
2.2.1.1.	Definición	11
2.2.1.2.	Tipos	12
2.2.1.3.	Etiología	14
2.2.1.4.	Clínica	23
2.2.1.5.	Síntomas Concomitantes	26
2.2.1.7.	Anamnesis y Examen Físico	28
2.2.1.8.	Diagnóstico	36
2.2.2.6.	Tratamiento	42
CAPÍTULO III	VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	46
3.1	Operacionalización de las variables	46
CAPÍTULO IV	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	50
4.1	Diseño	50

4.2	Ámbito de estudio	50
4.3	Población y muestra	51
4.3.1	Criterios de Inclusión	52
4.3.2	Criterios de Exclusión	52
4.4	Instrumento de recolección de datos	52
CAPÍTULO V	RESULTADOS	54
	DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	77
	CONCLUSIONES	82
	RECOMENDACIONES	84
	BIBLIOGRAFÍA	85
	ANEXOS	88

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal no es una entidad nosológica, sino un síntoma de presentación muy frecuente por el crecido número de desórdenes capaces de provocarlo, sólo como síntoma o formando parte principal de una serie de síndromes.

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en el servicio de emergencia, y compete a todo médico conocer a fondo sus características para determinar rápidamente la conducta que se debe seguir, dado que de su oportuna decisión puede depender el desenlace del paciente. De acuerdo al historial clínico y al examen físico, el médico podrá tener una idea más clara sobre la causa del dolor. En ciertas ocasiones, se establece un diagnóstico y se inicia el tratamiento. Cabe mencionar que el tratamiento médico es utilizado con mayor frecuencia donde la fluidoterapia abarca uno de los tratamientos principales coadyuvantes que se administran con los analgésicos y/o espasmódicos.

Una vez que la persona decide acudir a un profesional de salud, se pasa a la atención de salud, donde el tiempo de permanencia y sus características de la atención dependerá la satisfacción o no de la necesidad de salud. Además que el tiempo de ingreso a sala de operaciones, hospitalización y al dar el alta médica fue el ideal para el paciente.

En el presente estudio vamos a ver el flujo del paciente que presenta dolor abdominal al acudir al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina, desde el ingreso del paciente su primera atención, las interconsultas, su tratamiento sea médico o quirúrgico y las horas de permanencia en el servicio de emergencia.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Fundamentación del Problema

Existen escasos datos relacionados con las características y el manejo de individuos que consultan a emergencia por presentar dolor abdominal.

La interpretación exacta del dolor abdominal constituye un verdadero problema y un desafío para el médico. La necesidad de aplicar un tratamiento apropiado para los pacientes con dolor abdominal resulta ser difícil dada su diversa etiología. Son pocas las situaciones clínicas que exigen más discernimiento, porque el más catastrófico de los fenómenos patológicos puede ir precedido de síntomas y signos más sutiles.¹

Aun no se ha realizado un estudio sobre el flujo del paciente que presenta dolor abdominal que ingresa al servicio de emergencia en el Hospital Hipólito Unanue, dando a conocer la estadía del paciente desde su primera atención, la interconsulta si la requiere y su tratamiento sea médico o quirúrgico; además de las horas de permanencia en el servicio.

1.2.Formulación del problema

¿Cuál es el flujo del paciente que presenta dolor abdominal a su ingreso al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2006-2010?.

¹HARRISON, Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Colaboradores. "PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA", 2006, 16Ta Edición, España.

1.3.Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar el flujo del paciente que presenta dolor abdominal al ingresar en el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2006 al 2010.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar los diagnósticos más frecuentes de los pacientes con dolor abdominal que fueron atendidos en las especialidades de cirugía y medicina del servicio de emergencia desde 2006 al 2010.
- Determinar los tratamientos dados según la especialidad de atención en las especialidades de cirugía y medicina del servicio de emergencia desde 2006 al 2010.
- Identificar el tiempo de permanencia del paciente con dolor abdominal que ingresa al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina desde 2006 al 2010.

1.4.Justificación

El flujo que realiza el paciente que ingresa al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina ayudara a conocer que de todos los pacientes que presentan dolor abdominal como síntoma principal cuantos resultan ser quirúrgicos y no quirúrgicos.

Además de conocer las características de la estadía del paciente en el servicio de emergencia como las horas de permanencia, si requiere o no

interconsulta, su tratamiento sea médico o quirúrgico. Para así poder tener una mejor estadística del correcto manejo que se les da a este tipo de pacientes.

Para lograr un diagnóstico seguro es necesario que todo paciente con dolor abdominal de aparición reciente se someta inmediatamente a una evaluación completa.¹

El dolor abdominal constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de emergencia, y aunque muchos pacientes son portadores de una patología puede expresar una situación patológica grave que, con frecuencia requiere tratamiento quirúrgico urgente y puede poner en peligro la vida del paciente si no se establece un diagnóstico precoz. Este puede ser muy difícil, incluso para clínicos muy experimentados, especialmente en ancianos.²

Si bien durante la última década se ha prestado más atención al tratamiento del dolor agudo, el tratamiento insuficiente del dolor es demasiado habitual en muchos lugares.³

¹HARRISON, Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Colaboradores. "PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA", 2006, 16Ta Edición, España

²P. FARRERAS, C. ROZMAN; "MEDICINA INTERNA" 2009, 16ta Edición. Madrid

³"PRINCIPIOS DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA PACIENTES CON AFECIONES MÉDICAS CON DOLOR AGUDO". Octubre 2010 – Octubre 2011 http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13083

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la Investigación

Bejarano Mónica; y colaboradores. Buscó determinar las características del dolor abdominal y la frecuencia del abdomen agudo quirúrgico, en pacientes que consultaron al servicio de urgencias de la Clínica Rafael Uribe de Cali, en el periodo de enero a julio de 2009. Se hizo un estudio descriptivo observacional de corte transversal o de prevalencia, en el que se seleccionaron todos los pacientes mayores de quince años que consultaron por dolor abdominal. Se tomaron los datos de las historias clínicas y se calcularon medidas de tendencia central. Se evaluaron 146 pacientes que consultaron entre enero y julio de 2009 y se encontró que el dolor abdominal causó el 5,1% de las consultas de urgencias y que el 23,3% de esos pacientes presentaron abdomen agudo quirúrgico. Por el tipo de población que se atiende en la clínica, la mitad de los pacientes fueron mayores de 50 años. Predominaron el sexo femenino y el antecedente de hipertensión arterial; el 48% consultó en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas. Las principales causas de cirugía fueron las enfermedades biliares (35,3%), la apendicitis aguda (26,5%) y las hernias de pared abdominal (11,8%).

La conclusión fue que el dolor abdominal es una causa frecuente de consulta y es muy importante que todo médico, y en particular el médico general, detecte durante la evaluación inicial los pacientes que requieren evaluación prioritaria por el cirujano general por presentar abdomen agudo quirúrgico.⁴

⁴ BEJARANO Mónica; GALLEGOS Cristal; GÓMEZ Julián. "FRECUENCIA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN PACIENTES QUE CONSULTAN AL SERVICIO DE URGENCIAS". Rev. colomb. cir;26(1):33-41, ene.-mar. 2011. ilus. tab. <http://www.ascocirugia.org/revista/revistaenero-marzo2011/4-ABDOMEN%20AGUDO.pdf>

Espinoza G. Ricardo; y colaboradores. Identificó las principales causas de abdomen agudo que motivaron la hospitalización de una población mayor de 65 años y comparar evolución, morbilidad y mortalidad con un grupo de menor edad. Se efectuó un estudio prospectivo, con seguimiento intrahospitalario, de todos los pacientes adultos que ingresaran a través del Servicio de Urgencia por un cuadro catalogado como abdomen agudo. Se consideró como patología bilio-pancreática a la patología litiásica aguda, excluyéndose los cánceres de vesícula y vía biliar. Se agruparon como obstrucción intestinal los casos producidos por bridas. Este estudio se realizó en el Hospital Parroquial de San Bernardo, entre julio y diciembre del año 2002. El diseño incluyó el registro de variables demográficas como sexo y edad y la presencia de patología asociada. Se registró el número de consultas previas por el mismo cuadro y la proporción de pacientes que requirió tratamiento quirúrgico. Para el análisis se comparó el subgrupo de pacientes mayores de 65 años con los menores de dicha edad. Para fines estadísticos se aplicó el test de chi cuadrado, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$. Los resultados obtenidos durante el período señalado 30.089 pacientes adultos consultaron en el Servicio de Urgencia del Hospital Parroquial de San Bernardo. De ese total fueron ingresados 1.442 (4,8%), y de ellos, 266 por un cuadro de abdomen agudo (18,4%). De éstos últimos, 221 eran de hasta 64 años de edad (Grupo A) y los 45 restantes tenían 65 o más años (Grupo B). En el primero, la edad promedio fue de $36,7 \pm 14,0$ años y se elevó a $75,7 \pm 7,7$ en el segundo. En ambos, la proporción por sexo fue similar: para el grupo A hubo 105 pacientes de sexo masculino y 116 de sexo femenino. Las principales patologías asociadas fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades neoplásicas, en la población mayor de 65 años. Destaca que en el Grupo A, casi la mitad de los pacientes presentó un cuadro apendicular agudo, patología que fue la causa del AA en sólo 6,7% de los pacientes de mayor edad. En ambos grupos la patología bilio-pancreática fue frecuente. En el grupo B fue significativamente más frecuente la patología derivada de una hernia

complicada y los cuadros de obstrucción intestinal. Así, sobre 70% de los diagnósticos en la población menor de 65 años estuvo dado sólo por dos patologías: apendicular y bilio-pancreática. En el Grupo B, 71% de las causas de abdomen agudo estuvo dado por patología bilio-pancreática, obstrucción intestinal, hernia complicada y complicaciones de una úlcera péptica. Para cada grupo, en una proporción similar, el diagnóstico de egreso fue diferente al inicial, 18,1% para Grupo A y 15,6% para B (p: NS). El tratamiento fue quirúrgico en 181 pacientes del grupo A (81,9%) y en 64,4% de aquellos del grupo B, (29 de los 45).⁵

Adamu A; y colaboradores. Evaluó el tiempo de espera entre la presentación en el hospital del paciente con el dolor abdominal agudo y la intervención quirúrgica. Se realizó un estudio prospectivo donde se estudió a los pacientes adultos con enfermedades abdominales que requieren cirugía de emergencia. El intervalo entre la presentación y primera toma de contacto con los médicos de las salas de emergencia se define como T1, el tiempo de contacto para decisión de operar como T2; tiempo necesario para resucitar al paciente T3 y T4 de la operación. Las causas de la demora y su impacto en los resultados del tratamiento se observaron. Los resultados obtenidos de los 488 pacientes, la edad promedio fue de 32 ± 1.7 años. Tiempo Total oscilaron entre 0,8 y 79,0 horas, la media de $22,3 \pm 10,0$ hora. En 81,6% la intervención quirúrgica se demoró más de 6 horas de las cuales las limitaciones financieras representan el 53,8%. T3 representó el retardo más largo (0,5 53,0 horas). Los pacientes de bajo nivel socio-económico de clase tenía ya T3 (p <0,005). La espera para las investigaciones complementarias causó un retraso en el 22,1%. Las complicaciones postoperatorias (p = 0,0001) y su gravedad se mayor en los pacientes con mayor TT. Prolongada TT (p <0,001), grado ASA (0,005) y el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de ingreso (p = 0,009) se asociaron con la mortalidad. Los pacientes cuyas operaciones se retrasaron más de 24 horas ya tenía una estancia en el hospital. La

⁵Ricardo Espinoza G, Paulina Balbontín M, Sebastián Feuerhake L, Cecilia Piñera M. "ABDOMEN AGUDO EN EL ADULTO MAYOR". <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n12/art08.pdf>

conclusión fue que las operaciones de emergencia abdominales se retrasaron en nuestros pacientes, principalmente debido a la escasez de recursos financieros. Intervenciones retrasadas estaban asociadas con una mayor morbilidad y mortalidad.⁶

Duclos H, Jaime; presentó un caso clínico en abril de 2006 me tocó enfrentar la siguiente situación clínica en mi turno de Residencia: un hombre de 52 años había ingresado por dolor abdominal, iniciado siete días antes, luego de una celebración. El dolor se situaba en el hipocondrio derecho, con carácter cólico, intenso y de preferencia postprandial. Había concurrido en dos ocasiones al servicio de urgencia, recibiendo antiespasmódicos e indicación de realizarse una tomografía abdominal la que no se había logrado hacer. El día anterior lo había visto en policlínico con un becado de medicina interna. El paciente seguía con mucho dolor y se había agregado resistencia muscular. No estaba icterico ni relataba coluria. «Caso fácil, pensé: envíalo al Servicio de Urgencia con diagnóstico presuntivo de cólico biliar complicado y ¡ya está!». A las 20:00h del día de mi turno me llamaron por el paciente: estaba con dolor muy intenso, había resistencia muscular involuntaria y Blumberg esbozado en todo el hemiabdomen superior. Estaba, además, sudoroso, hipotenso y con sensación nauseosa. «Fácil, pensé, abdomen quirúrgico». En su magnífica conferencia de incorporación a la Academia Chilena de Medicina, en octubre de 2005, el Dr. José Adolfo Rodríguez Portales hizo un periplo epistemológico del desarrollo del pensar en medicina y presentó casos clínicos vividos por él, muy interesantes y dramáticos. Afirmó que la medicina se ha ido complicando mucho más allá que la mera descripción de casos clínicos singulares y la «ciencia» se ha ido incorporando a la medicina de manera vertiginosa. Cuando enferme gravemente, que Dios me otorgué en su bondad «algo bueno», quiero que me escuchen y conversen, no que me «apretujen» en algún «Trial» para ofrecerme alguna

⁶ Adamu A; Maigatari M, Lawal K, Iliyasu M. "WAITING TIME FOR EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN ZARIA, NIGERIA"
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895802/pdf/AFHS1001-0046.pdf>

alternativa terapéutica. Quiero a mi lado a un médico que crea lo que siento, aunque fuese la primera vez que le toque experimentarlo.⁷

Vásquez V. marcial. Investigó de 2,918 casos de entidades nosológicas que necesitaron intervención quirúrgica de urgencia que corresponden al 10.58% de 27,570 casos. No fue necesario cirugía en el 89.42% (24,652). Se hizo un estudio retrospectivo y prospectivo en el Hospital Militar Central de los pacientes comprendidos en "Abdomen Agudo Quirúrgico". En 1,987 para las diferentes entidades nosológicas que causaron abdomen agudo quirúrgico propuse una clasificación en cinco grupos importantes que están bien delimitados en los 2,918 casos reportados en este trabajo, son en orden de frecuencia: Inflamatorias: 2,517 casos (86.26%), Obstructivas: 218 casos (7.47%), Traumáticas: 163 casos (5.59%), Hemoperitoneo: 14 casos (0.48%) y Vasculares: 6 casos (0.20%). Encontramos que los procesos inflamatorios son los más comunes y de ellos la apendicitis aguda ocupa un alto porcentaje. Las conclusiones obtenidas fueron: 1) Que el Abdomen Agudo Quirúrgico se define como un síndrome abdominal agudo, causado por una serie de entidades nosológicas, cuyo pronóstico está ligado al diagnóstico temprano y acertado, básica y fundamentalmente clínico que conduce a una intervención quirúrgica igualmente precoz de urgencia. 2) En 1987 propuse la siguiente clasificación para todas las entidades nosológicas que causaron Abdomen agudo quirúrgico en cinco grandes grupos que son: Inflamatorias, obstructivas, traumáticas, hemoperitoneo, y vasculares. 3) Las causas inflamatorias son las más comunes y de ellas la apendicitis aguda ocupa un alto porcentaje, siguen la colecistitis aguda, tifoidea perforada, úlcera gastroduodenal perforada, absceso hepático, diverticulitis complicada, pancreatitis aguda, salpingitis aguda. 4) Las causas obstructivas ocupan el segundo lugar siendo las causas más relevantes las obstrucciones externas (hernias complicadas), siguen las adherencias y bridas. 5) Las causas traumáticas ocupan el tercer lugar más

⁷ Duclos H. Jaime "Abdomen agudo ni médico ni quirúrgico. Reflexiones sobre la medicina basada en evidencias" <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n9/art17.pdf>

frecuentemente originado por el abdomen agudo traumático abierto por arma de fuego (lesiones de vísceras huecas), seguido por el abdomen agudo cerrado (vísceras sólidas). 6) En el hemoperitoneo que ocupa el cuarto lugar la entidad más importante es el embarazo ectópico roto. 7) Por último las causas vasculares ocupan el quinto lugar, encontramos que la trombosis de la mesentérica superior es la más frecuente y grave, los casos más raros el infarto de órganos macizos (bazo). 8) Los síntomas predominantes que están presentes en los procesos patológicos que causan Abdomen Agudo Quirúrgico y que nos sirven como parámetros para el diagnóstico son: Dolor abdominal agudo, síntoma capital, le siguen anorexia, náuseas y vómitos, fiebre, estreñimiento, diarreas. 9) Los signos que indican cirugía de urgencia son: rebote, hipersensibilidad, rigidez. 10) Los exámenes de laboratorio: hematológicos y bioquímicos en sangre y orina indispensables para el diagnóstico y manejo de Abdomen Agudo Quirúrgico son: numeración y fórmula, hemoglobina, hematocrito, amilasa en sangre y orina, bilirrubinas, transaminasas, aglutinaciones, pueden confirmar el diagnóstico de los procesos que causan abdomen agudo quirúrgico pero jamás descartarlos. 11) La radiografía simple de abdomen, ayuda al diagnóstico en las siguientes causas inflamatorias: en perforación de víscera hueca, el neumoperitoneo, hallazgo importante en úlcera gastroduodenal perforada y niveles hidroaéreos en los procesos obstructivos. 12) El tratamiento quirúrgico selectivo demuestra que debe ser precoz una vez realizado el diagnóstico definitivo, obteniéndose buenos resultados con menor morbi-mortalidad.⁸

⁸ Vasquez V. marcial "ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO" http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v01_n1/a08.htm

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1. DOLOR ABDOMINAL

2.2.1.1. Definición:

El dolor abdominal es un síntoma guía en clínica gastroenterológica. Dado su carácter subjetivo, en su valoración deben tenerse en cuenta factores como el nivel cultural, la personalidad del paciente y su estado de conciencia. El conocimiento fisiopatológico y la interpretación clínica del dolor abdominal constituyen las bases fundamentales para su diagnóstico etiológico, de suma importancia en pacientes con clínica de abdomen agudo.²

El dolor abdominal, como todo dolor, es una manifestación subjetiva, experiencia sensorial y emocional, sentida en forma única por cada persona, timbre de alarma, como expresión de daño orgánico y/o funcional provocado por algún agente físico, químico, biológico o psicológico cuya fisiopatología, mecanismos de producción y patogenia se realizan a través del sistema nervioso nociceptivo, neuropático o psicopático actualmente casi esclarecidos.³

El dolor abdominal no es una entidad nosológica, sino un síntoma de presentación muy frecuente por el crecido número de desórdenes capaces de provocarlo, sólo como síntoma o formando parte principal de una serie de síndromes, cada uno de ellos conocidos y que

²P. FARRERAS, C ROZMAN; "MEDICINA INTERNA" 2009, 16ta Edición. Madrid.

³"PRINCIPIOS DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA PACIENTES CON AFECIONES MÉDICAS CON DOLOR AGUDO"
http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13083

relacionados con una víscera o tejido intra o extraabdominal advierten su compromiso como causa del dolor en el abdomen. Agrupar los síntomas para construir el o los síndromes, demanda sobre todo, cuando se está frente a un cuadro agudo, una interpretación rápida de su origen, hacer el diagnóstico y proceder a tiempo con un tratamiento oportuno para evitar así complicaciones graves y hasta letales.⁹

El dolor en emergencias; en los últimos debates y congresos de urgencias se ha llegado a la conclusión que el dolor es la causa más frecuente de consulta médica, constituyendo al menos el 50% de los motivos de emergencia hospitalaria.¹⁰

2.2.1.2 Tipos:

Se consideran tres formas de dolor: visceral, parietal (somático), y el referido; aunque las diferencias neurofisiológicas entre ellos son ligeras, sus distinciones poseen valor para los patrones de evaluación y de diagnóstico clínico.

A. Dolor visceral:

Se dice que el dolor en el abdomen es visceral cuando el estímulo afecta una víscera intraabdominal; este dolor suele ser sordo y de pobre localización en el epigastrio y en la región periumbilical y en menor grado en el abdomen bajo debido a que el peritoneo pélvico no tiene mucha respuesta al dolor. El dolor visceral se siente cerca de la línea media, porque con pocas excepciones, los órganos abdominales

⁹ ALHALEL GABAY Benjamín. "DOLOR ABDOMINAL". http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>

reciben aferentes sensoriales de ambos lados del cordón espinal.

El lugar donde procede el dolor corresponde en forma básica a los dermatoma, de los cuales el órgano afectado recibe su inervación. La dispersión del lugar de referencia deriva de la inervación multisegmentaria de la mayoría de las vísceras, que es diferente de la inervación de la piel.

El dolor se siente como un calambre, quemadura o como una opresión; además se presentan efectos secundarios debido a la acción de los neurotransmisores, como intranquilidad, taquicardia o bradicardia, náuseas, transpiración y palidez, los que casi siempre acompañan a este tipo de dolor.¹¹

También puede ser de tipo cólico (como un retortijón), acompañándose de náuseas, vómitos, palidez y sudoración.¹⁰

B. Dolor parietal:

Se origina en las estructuras que forman la pared abdominal, principalmente en el peritoneo parietal. Se produce por irritación química (jugo gástrico, jugo pancreático etc.) o por contaminación bacteriana. Se transmite a través de nervios espinales, refiriéndose al dermatoma correspondiente. Puede ser localizado o difuso.¹²

Es la sensación que causa el estímulo del peritoneo parietal y casi siempre es más intenso y con localización más precisa que el dolor visceral. Un ejemplo de dolor localizado es el de la apendicitis aguda que se produce por

¹¹ ROMERO TORRES, Raúl. "TRATADO DE CIRUGÍA", 2006, 3era Edición, Perú.

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. Año 2007 "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/download/dolorabdominal.pdf>

¹² PRIETO MARTÍNEZ Carlos, OQUIÑENA LEGAZ Susana. Servicio de Digestivo del Hospital de Navarra. Año 2007. "DOLOR ABDOMINAL". <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirurgicas/Dolor%20abdominal.pdf>

inflamación del peritoneo parietal en el punto de Mc Burney. El dolor parietal se agrava con la tos, los esfuerzos, y los movimientos del paciente.¹¹ Además que aumentan con la palpación al realizar el examen físico.¹⁰

C. Dolor referido:

Es el que se produce en una víscera intraabdominal y que se siente en una zona de la piel del abdomen por la convergencia de axones de tejidos somáticos con los provenientes de las vísceras. Suele ser un dolor que sigue al mismo dolor visceral, pero cuando este es muy intenso o se intensifica poco a poco, como sucede con el cólico vesicular, lo que acusa el paciente no solo es el dolor en el hipocondrio derecho sino también en la región lumbar y en la escapula derecha.

La hiperestesia de la piel y la hiperalgesia del musculo subyacente pueden presentarse como un dolor referido. Cuando la hiperestesia y la hiperalgesia ocurren, la infiltración anestésica del nervio periférico en esa área anula su sensibilidad y también elimina el dolor mismo.¹¹

2.2.1.3 Etiología:

A. Inflamación del peritoneo parietal

El dolor del peritoneo parietal de origen inflamatorio es sordo, constante y se localiza justamente en la zona inflamada; como se transmite por las fibras somáticas que inervan al peritoneo parietal, su localización se puede precisar con gran exactitud. La intensidad del dolor depende de la clase y de la cantidad de sustancias extrañas que se ponen en contacto con la superficie

¹¹ ROMERO TORRES, Raúl. "TRATADO DE CIRUGÍA", 2006, 3era Edición, Perú

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. Año 2007. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/download/dolorabdominal.pdf>

¹¹ ROMERO TORRES, Raúl. "TRATADO DE CIRUGÍA", 2006, 3era Edición, Perú

peritoneal en un periodo determinado. Por ejemplo, la liberación repentina en la cavidad peritoneal de una pequeña cantidad de jugo gástrico estéril ácido produce un dolor mucho más intenso que la misma cantidad de heces neutras fuertemente contaminadas. El jugo pancreático, con sus enzimas activas, provoca más dolor e inflamación que la misma cantidad de bilis estéril, que no contiene enzimas potentes. La sangre y la orina suelen ser tan poco irritantes que pueden pasar inadvertidas salvo que su contacto con el peritoneo haya sido brusco y masivo. En el caso de las contaminaciones bacterianas, como ocurre en la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor suele ser poco intenso al principio hasta que la multiplicación bacteriana da lugar a la formación de sustancias irritantes. La velocidad con que una sustancia nociva irrita al peritoneo es tan importante que la perforación de una úlcera péptica puede causar cuadros clínicos totalmente distintos, dependiendo únicamente de la rapidez con la que el jugo gástrico entra en la cavidad abdominal. Constantemente se observa que el dolor de la inflamación peritoneal se acentúa con la compresión o los cambios de tensión del peritoneo, tanto si están provocados por la palpación o por los movimientos del paciente, como si lo están por la tos o el estornudo. El paciente con peritonitis permanece quieto en la cama, evitando en lo posible todo movimiento, a diferencia del paciente con un cólico que puede estar retorciéndose continuamente.

Otro fenómeno característico de la irritación peritoneal es el espasmo tónico reflejo de la musculatura abdominal, y que se localiza en el segmento corporal afectado. La intensidad de este espasmo muscular tónico vinculado a la inflamación peritoneal depende de la localización del proceso inflamatorio, de la velocidad con que aparece, y de la integridad del sistema nervioso. Así, el espasmo que acompaña a la perforación de un

apéndice retrocecal o de una úlcera en la transcavidad de los epiplones puede ser mínimo o nulo gracias a la acción protectora de las vísceras situadas por encima. También es frecuente que el espasmo muscular disminuya de intensidad cuando el proceso afectado evoluciona lentamente. Las urgencias abdominales catastróficas, como la úlcera perforada, pueden producir dolores o espasmos musculares mínimos e incluso indetectables en los pacientes psicóticos o en los ancianos obnubilados, debilitados o gravemente enfermos.

B. Obstrucción de las vísceras huecas

El dolor causado por la obstrucción de las vísceras abdominales huecas se describe clásicamente como un dolor intermitente, o de carácter cólico. Pero la ausencia de un auténtico espasmo no debe inducir a error, porque la distensión de una víscera hueca puede producir un dolor constante acompañado de exacerbaciones ocasionales. Los dolores cólicos no muestran una localización tan precisa como el dolor de la inflamación peritoneal.

El dolor cólico tras una obstrucción del intestino delgado suele ser periumbilical o supraumbilical y está mal delimitado. A medida que el intestino se dilata progresivamente y pierde su tono muscular, el carácter cólico del dolor tiende a disminuir. Cuando a la obstrucción se sobreañade la estrangulación, el dolor puede extenderse hacia la región lumbar baja si hay tracción de la raíz del mesenterio. El dolor cólico de una obstrucción del colon es menos intenso que el del intestino delgado y suele localizarse en la zona infraumbilical. Es frecuente que el dolor de la obstrucción del colon se irradie a la región lumbar.

La distensión repentina de las vías biliares produce un dolor más bien constante que cólico; por eso, el término cólico biliar

es engañoso. La distensión aguda de la vesícula biliar suele producir dolor en el hipocondrio derecho que se irradia hacia atrás, por el lado derecho de la espalda hasta la punta de la escápula derecha, y la distensión del colédoco suele acompañarse de dolor en el epigastrio con irradiación a la región lumbar alta. Pero las variaciones de estas clases de dolor son tan frecuentes que puede resultar imposible distinguirlos. Así, muchas veces falta el dolor subescapular típico o la irradiación hacia la región lumbar. La dilatación paulatina de las vías biliares, como ocurre en el carcinoma de la cabeza del páncreas, puede ser indolora o producir únicamente un dolor sordo y poco intenso en el epigastrio o el hipocondrio derecho. El dolor debido a la distensión de los conductos pancreáticos es similar al de la dilatación del colédoco pero, además, es muy frecuente que se acentúe al acostarse y se alivie en bipedestación.

La obstrucción de la vejiga urinaria produce dolor suprapúbico sordo y en general poco intenso. La inquietud o agitación puede ser el único signo de distensión de la vejiga urinaria en un paciente obnubilado que no se queja de dolor. En cambio, la obstrucción aguda de la porción intravesical del uréter se caracteriza por un intenso dolor suprapúbico y del flanco abdominal que se irradia al pene, al escroto y a la parte superointerna del muslo. La obstrucción a nivel de la unión pelviureteral produce dolor en el ángulo costovertebral, mientras que la obstrucción del resto del uréter conlleva dolor en un flanco que a menudo se extiende hacia el mismo lado del abdomen.

C. Trastornos vasculares

A pesar de la amplia experiencia que afirma lo contrario, existe la idea errónea de que el dolor propio de los trastornos

vasculares intraabdominales es de carácter repentino y catastrófico. Es cierto que el dolor de una embolia o una trombosis de la arteria mesentérica superior o el de la rotura inminente de un aneurisma de la aorta abdominal puede ser intenso y difuso; pero con la misma frecuencia, el paciente que sufre una oclusión de la arteria mesentérica superior se queja solamente de un dolor leve, continuo y difuso dos o tres días antes de que aparezca el colapso vascular o los signos de inflamación peritoneal. Las molestias iniciales y aparentemente insignificantes se deben al hiperperistaltismo más que a la inflamación del peritoneo. En efecto, la ausencia de dolor provocado y de rigidez al explorar a un paciente con dolor abdominal continuo y difuso, y que probablemente padece una enfermedad vascular, es un dato bastante característico de la oclusión de la arteria mesentérica superior. El dolor abdominal irradiado a la región sacra, a los flancos del abdomen o a los genitales siempre debe hacer pensar en la posible rotura de un aneurisma de la aorta abdominal. El dolor puede persistir varios días antes de que sobrevenga la rotura y el colapso vascular.

D. La pared abdominal

El dolor que se origina en la pared abdominal suele ser sordo y continuo. Los movimientos, la permanencia prolongada en pie y la compresión acentúan el malestar y el espasmo muscular. Cuando se forma un hematoma en la fascia de recto, molestia más frecuente ahora en los pacientes que toman anticoagulantes, puede encontrarse una tumefacción en los cuadrantes inferiores del abdomen.

Para distinguir una miositis de la pared abdominal de un proceso intraabdominal, que puede producir dolor en el mismo lugar, puede resultar útil el dato de afección simultánea de otros músculos del cuerpo.

E. El dolor irradiado en las enfermedades abdominales

El dolor que se irradia al abdomen a partir de un trastorno en el tórax, en la columna vertebral o los genitales, puede constituir un problema diagnóstico incómodo, porque las enfermedades de la parte superior del abdomen, como la colecistitis aguda o la úlcera perforada, muchas veces concurren con complicaciones intratorácicas. Una máxima de gran importancia pero olvidada con frecuencia afirma que se debe pensar en un proceso intratorácico en todo paciente con dolor abdominal, ante todo si el dolor está ubicado en la parte superior del abdomen. El interrogatorio y la exploración sistemática dirigidos a descubrir un infarto pulmonar o de miocardio, una neumonía, una pericarditis o un problema esofágico (las enfermedades intratorácicas que con mayor frecuencia simulan urgencias abdominales) casi siempre proporcionarán pistas suficientes para establecer el diagnóstico exacto. La pleuritis diafragmática secundaria a una neumonía o a un infarto pulmonar puede producir dolor en el hipocondrio derecho y en la región supraclavicular, debiendo distinguirse esta última irradiación del dolor subescapular referido debido a la distensión aguda del árbol biliar extrahepático. En último término, para averiguar si el dolor es de origen abdominal puede requerirse mantener al paciente en observación varias horas y repetir el interrogatorio y la exploración durante ese tiempo hasta conseguir el diagnóstico o decidir los estudios apropiados.

En el dolor irradiado de origen torácico, el paciente suele inmovilizar el hemitórax enfermo, además de contener la respiración y de reducir la amplitud de las oscilaciones respiratorias mucho más que cuando padece una enfermedad intraabdominal. Asimismo, la contractura de la musculatura abdominal causada por el dolor irradiado disminuye claramente

durante la inspiración, mientras que en el dolor de origen abdominal esa contractura se mantiene durante las dos fases de la respiración. La palpación del abdomen en la zona a la que se irradia el dolor tampoco exagera el dolor y en muchos casos más bien parece aliviarlo.

Como no es raro que las enfermedades torácicas y abdominales coexistan en un mismo paciente, a veces es difícil o imposible distinguirlas. Por ejemplo, es frecuente que un paciente con diagnóstico de enfermedad de las vías biliares se queje de dolor epigástrico cuando sufre un infarto del miocardio, o que un cólico biliar produzca un dolor que se irradia a la región precordial o al hombro izquierdo en un paciente que anteriormente padecía angina de pecho.

El dolor irradiado procedente de la columna vertebral, que suele deberse a la compresión o irritación de las raíces nerviosas, se acentúa de forma característica con ciertos movimientos como la tos, los estornudos, o los esfuerzos, y conlleva hiperestesia en los dermatomas afectados. El dolor que se irradia al abdomen desde los testículos o las vesículas seminales se exagera en general con la más mínima presión que se aplique a cualquiera de estos órganos. En estos casos, el malestar abdominal es sordo, continuo y mal delimitado.

F. Crisis abdominales metabólicas

El dolor de origen metabólico puede confundirse casi con cualquier enfermedad intraabdominal. Los mecanismos que intervienen pueden ser diversos. En algunos casos, como en la hiperlipidemia, la misma alteración metabólica puede ir acompañada de un proceso intraabdominal, como la pancreatitis, que si no se diagnostica puede acabar en una laparotomía innecesaria. El déficit de esterasa de C'1 vinculado al edema angioneurótico suele acompañarse de accesos de

dolor abdominal. Siempre que no esté clara la causa de un dolor abdominal hay que pensar en su posible origen metabólico. El dolor abdominal también es un rasgo característico de la fiebre mediterránea familiar.

El problema del diagnóstico diferencial no es fácil de resolver. El dolor de la porfiria y del cólico saturnino suelen ser difíciles de distinguir del de una obstrucción intestinal, porque ambos conllevan peristaltismo intenso. El dolor de la diabetes o la hiperazoemia es inespecífico, y tanto el dolor espontáneo como el provocado por la exploración cambian de localización e intensidad. A veces, la acidosis diabética es desencadenada por una apendicitis aguda o una obstrucción intestinal, de modo que si la corrección de las alteraciones metabólicas no va seguida de una rápida desaparición del dolor abdominal hay que sospechar la existencia de un problema orgánico subyacente. Las picaduras de la araña viuda negra producen dolor y rigidez intensos de los músculos del abdomen y la espalda, una región que en los procesos intraabdominales pocas veces se afecta.

G. Causas neurógenas

A veces aparecen dolores de causalgia en las enfermedades que lesionan los nervios sensoriales. Tienen un carácter quemante y suelen circunscribirse al territorio de distribución de cada nervio periférico. Los estímulos normales, como los roces y los cambios de temperatura, pueden convertirse en dolores causálgicos que se perciben incluso con el paciente en reposo. El dato de zonas dolorosas irregularmente distribuidas por la piel puede ser el único signo de que la causa subyacente del dolor causálgico es una antigua lesión nerviosa. Aunque el dolor se puede desencadenar con la palpación suave, no hay rigidez de la musculatura abdominal ni alteraciones de los movimientos respiratorios. La aparición de distensión

abdominal es poco frecuente y el dolor no tiene relación con la ingestión de alimentos.

El dolor que se origina en las raíces o los nervios raquídeos aparece y desaparece con gran rapidez y es de tipo lancinante. Puede deberse al herpes zoster, a compresiones causadas por artropatías, tumores, hernias del núcleo pulposo, diabetes o sífilis. No tiene relación con la ingestión de alimentos ni se acompaña de distensión abdominal o cambios de la respiración. Es frecuente la contractura muscular intensa, como en las crisis gástricas de la tabes dorsal, pero la palpación abdominal lo alivia o no lo acentúa. El dolor empeora con los movimientos de la columna y suele afectar al territorio de unos pocos dermatomas. La hiperestesia es muy frecuente.

El dolor por causas funcionales no se ajusta a ninguno de los perfiles mencionados. Es difícil definir sus mecanismos. El síndrome de colon irritable (irritable bowel syndrome, IBS) es un trastorno gastrointestinal funcional que se caracteriza por dolor en el vientre y alteración en los hábitos de defecación. El diagnóstico se hace con base en los criterios clínicos y después de descartar anomalías estructurales demostrables.

Los accesos de dolor abdominal suelen ser desencadenados por estrés, y su tipo y situación varían en grado considerable. En ciertos casos surgen náusea y vómito.

El dolor bien delimitado a la palpación y el espasmo muscular son inconstantes o no aparecen.

Se desconocen las causas del síndrome de colon irritable o cuadros funcionales similares.¹

¹HARRISON, Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Colaboradores. Traducción: Dra. Martha Elena Araiza Martínez; Dr. José Rafael Blengio Pinto; Dr. Germán Arias Rebatet; Dr. José Luis González Hernández "PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA", 2009, 17ma Edición, España.

2.2.1.4 Clínica:

Como en todo acto médico, el clínico en su relación con cualquier paciente que presenta dolor abdominal afronta gran dificultad para la valoración y precisión de su diagnóstico. Esta dificultad se debe al gran número de desordenes o entidades nosológicas intra o extraabdominales que lo originan; a la variedad de características en su forma de inicio o duración, si es agudo, subagudo o crónico; si merece atención médica o quirúrgica; si es localizado o difuso; o por su intensidad: si es leve, moderado o intenso; o por su patogenia si es como consecuencia de una reacción inflamatoria, mecánica por distensión o contracción, o por isquemia.⁹

- A. Inicio. Se califica como súbito, brusco o repentino y gradual refiriéndose al tiempo de aparición, minutos, horas o días.
- B. Localización. Puede ser difuso o localizado haciendo referencia a la topografía abdominal en relación con los órganos subyacentes.
Como existe gran diferencia de persona a persona en la distribución de las fibras nerviosas, desde su origen embrionario, con la posición de los órganos, su relación no es absoluta.
- C. Irradiación. Tres causas son las que con frecuencia producen dolor irradiado característico para identificarlas. El infarto agudo del miocardio con dolor retroesternal, epigástrico y con irradiación al cuello, hombro y brazo izquierdo; la patología de vesícula y vías biliares que es localizada en el hipocondrio

⁹ ALHALEL GABAY Benjamin. "DOLOR ABDOMINAL". http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf

derecho y epigastrio e irradia al dorso a la altura de la escápula derecha; y el dolor por patología obstructiva pieloureteral por litiasis o coágulo sanguíneo que, localizado en la región lumbar, irradia por el flanco a la región inguinal o testicular del mismo lado.

D. Carácter o tipo. Es muy variado y difícil de ser reconocido por el paciente ya que para ello se necesita experiencia vivida y muchas veces se le relaciona con la intensidad. Sin embargo dependiendo del factor patogénico, se puede referir como dolor tipo calambre, retortijón o cólico cuando la afección se encuentra en víscera hueca. El dolor puede ser por contracción o distensión.

El dolor sólo por distensiones de tipo gravativo, de pesadez, como puede suceder en víscera sólida: hígado, bazo o páncreas. Cuando el dolor es producido por isquemia, sobre todo, por rotura de aneurisma de la aorta abdominal es fulgurante y se confunde por su forma de inicio, por lo súbito y muy intenso, al describirse como muy vivo. Cuando el dolor es por inflamación o irritación, como sucede en la peritonitis, se califica como difuso y sordo.

E. Intensidad o severidad. Es también una característica del dolor difícil de calificar, en la práctica la pregunta de cómo calificaría la intensidad del dolor sobre una escala del 1 al 10 puede proporcionar una mejor apreciación si consideramos el 1 y 2 como muy leve, 3 y 4 leve, 5 a 6 moderado, 7 a 8 intenso y al 9 y 10 como muy intenso. Es importante hacer una apreciación global del comportamiento del paciente para aceptar el calificativo que expresa.

Además de las características señaladas debe investigarse otros factores como son los siguientes:⁹

- F. Desencadenantes. Así el dolor abdominal que aparece tras una comida abundante y grasosa hace sospechar en una colecistitis aguda calculosa o no; o igual, si ha habido ingesta de comida copiosa con exceso de bebida alcohólica y aparece dolor agudo pensar en pancreatitis; o en el dolor que aparece con sacudidas en carro o trotando, debe pensarse en litiasis ureteral.
- G. Agravantes. La ingesta de determinados alimentos, cambios posturales, algunos medicamentos, el roce o la presión de la zona adolorida, por agentes traumáticos, etc.
- H. Atenuantes. Sucede a veces en la pancreatitis aguda que el paciente adopta la posición mahometana para aliviar el dolor. El uso de medicación antiespasmódica, analgésica y antiinflamatoria u opioide son factores atenuantes que pueden disimular el dolor y confundir el diagnóstico.
- I. Concomitantes. Su exploración es de gran importancia. La presencia de vómitos con o sin náuseas, de hecho sugiere un desorden funcional u orgánico. Un análisis de las características del material vomitado, dependiendo de si es alimentario, hemático, bilioso, acuoso y ácido, purulento, porraceo o fecaloide pueden inferir compromiso gastrointestinal. La constipación que aparece con dolor abdominal pensar en obstrucción intestinal mecánica (bridas, adherencias, vólvulos, cuerpo extraño, tumor, etc.), o por paresia intestinal secundaria a peritonitis.

⁹ ALHALEL GABAY Benjamin. "DOLOR ABDOMINAL". http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf

En personas adultos mayores no dejar de descartar impacto fecal, etc.; fiebre cuya presencia generalmente induce a pensar en proceso inflamatorio infeccioso viral, bacteriano o tumoral.

- J. Concurrentes. Analizando bien la coexistencia de enfermedades subyacentes.⁹

2.2.1.5 Síntomas Concomitantes:

A. Digestivos:

El dolor abdominal no suele ser presentarse como único síntoma en un paciente sino acompañado por otra sintomatología que nos ayuda a disminuir su carácter inespecífico.

- Náuseas y Vómitos:

Unas veces, como ocurre en la apendicitis aguda, el cólico biliar o el cólico ureteral, los síntomas y signos acompañantes son de carácter reflejo y se presentan al poco tiempo de comenzar el dolor, aunque siempre después de este.²

Los vómitos suelen ser síntoma frecuente en las enfermedades abdominales acompañados por náuseas, dependiendo de la causa de los mismos. Podemos reconocer tres mecanismos principales: a) irritación intensa de los nervios del peritoneo o mesenterio (perforación de víscera hueca, apendicitis, etc.). b) obstrucción de conducto dotado de musculatura lisa (intestino, colédoco, etc.). c) acción de toxinas sobre centros bulbares. Es también importante valorar las materias vomitadas (vómito alimentario, bilioso,

⁹ ALHALEL GABAY Benjamín. Año 2007 "DOLOR ABDOMINAL". http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf

² P. FARRERAS, C ROZMAN; "MEDICINA INTERNA" 2009, 16ta Edición. Madrid.

fecaloide, etc.). También hay que ver la relación del vómito con el dolor (aparece rápidamente en la estrangulación y es más tardío en la oclusión, alivia el dolor en las retenciones gástricas, etc.)

- Ritmo intestinal: Los cambios en el hábito intestinal nos ayudan a valorar los cuadros oclusivos, pudiendo aparecer falta de emisión de gases y heces antes de instaurarse el proceso doloroso. Un cuadro de diarrea con dolor abdominal cólico, vómitos y febrícula nos encamina hacia un diagnóstico de gastroenteritis. Además de características de las heces.
- Anorexia.¹⁰

B. Extraabdominales:

- Fiebre: está en relación con el estado séptico del paciente. Generalmente se acepta que la presencia de fiebre mayor de 39°C ante un dolor abdominal agudo haría pensar en un origen extraabdominal del mismo, con sepsis urinaria, neumonía o meningitis.
- Sintomatología urinaria: Puede aparecer tanto en procesos urológicos como intestinales: apendicitis retrocecal, diverticulitis o neoplasias perforadas.
- Trastornos ginecológicos: Es importante conocer la historia ginecológica previa en las mujeres, fecha teórica de ovulación, anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos, etc.

¹⁰CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/download/dolorabdominal.pdf>

- Tos y/o disnea
- Dolor torácico
- Mareo, síncope
- Muchas veces trastornos de esta esfera provocan cuadros de dolor abdominal (es importante la historia menstrual, posibilidad de embarazo, antecedentes de infecciones urinarias, prostatismo, etc.¹⁰

2.2.1.6. Anamnesis y Examen Físico:

La anamnesis se debe realizar minuciosamente; preguntándole al paciente todas las características posibles del dolor abdominal, otro aspecto fundamental en la valoración del dolor abdominal es la exploración física. Esta debe incluir, además de los aspectos generales del paciente: exploración del tórax, exploración del abdomen, y exploración genital; ya que muchos dolores abdominales son dolores referidos de otro tipo de patologías.

El examen iniciará con determinar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura y pulsos arteriales (amplitud y frecuencia).¹³

A. Presión Arterial: Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Resultante del volumen minuto cardíaco (volumen de sangre que bombea el corazón hacia el cuerpo en un minuto) por la resistencia

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/download/dolorabdominal.pdf>

¹³ Semiología de Signos Vitales. OMS <http://www.gastromerida.com/pdf/semio/signos/signosvitales.pdf>

arteriolar periférica, esta última determinada por el tono y estado de las arteriolas.

En la medida que el tono muscular de estas pequeñas arterias aumenta, eleva la presión arterial como consecuencia del aumento de la resistencia periférica.

En condiciones normales, los factores que determinan la presión arterial se mantienen en conjunción armónica, controlados por sistemas de autorregulación que determinan el tono arteriolar, el volumen de sangre intravascular y su distribución.

Estos sistemas de regulación actúan de acuerdo con las necesidades del organismo, tanto de manera inmediata como tardía; cuando se modifica o altera uno o varios de los factores que determinan o regulan la presión arterial, las cifras tensionales se apartan de lo normal, provocando estados de hipertensión (elevación por sobre el nivel normal) o hipotensión (disminución por debajo del nivel normal).

El instrumento a utilizar para tomar la presión arterial es el esfigmomanómetro (del gr. sphygmós, pulso; manós, no denso y metron, medida) o también denominado tensiómetro y un estetoscopio (la campana).¹³

La clasificación "prehipertensión", introducida en la siguiente clasificación, reconoce esta relación y señala la necesidad de incrementar la educación para la salud por los profesionales de la salud y la población para reducir los niveles de PA y prevenir el desarrollo de HTA en la población general.¹⁴

¹³ Semiología de Signos Vitales. OMS <http://www.gastromerida.com/pdf/semio/signos/signosvitales.pdf>

¹⁴ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg
Normal	<120	Y < 80
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89
HTA: Estadio 1	140- 159	ó 90- 99
HTA: Estadio 2	>160	ó >100

B. Pulso:

Latidos percibidos por los dedos del examinador al palpar una arteria, este es producido por la onda de presión debida al bolo de sangre que del ventrículo izquierdo se precipita hacia la aorta en el momento de la sístole. (Es fácil palpar el pulso radial). El término «pulso» también se usa, aunque incorrectamente, para referirse al latido del corazón, medido habitualmente en pulsos por minuto. En la mayoría de las personas, el pulso es una medida correcta de la frecuencia cardíaca, aunque bajo ciertas circunstancias tales como la fibrilación auricular, las arritmias, la frecuencia central suele ser mayor que la frecuencia periférico. En este caso, el ritmo cardíaco sería determinado por auscultación del ápice cardíaco, en cuyo caso no es el pulso. El pulso arterial refleja básicamente los acontecimientos hemodinámicos del ventrículo izquierdo; su característica depende del volumen sistólico, de la velocidad de eyección sanguínea, de la elasticidad y capacidad del árbol arterial y de la onda de presión que resulta del flujo sanguíneo anterógrado.

La palpación del pulso permite conocer las condiciones de la pared arterial, tales como la superficie (lisa o irregular), consistencia (elástica o dura), así como la

frecuencia, forma y amplitud. Además es conveniente comparar la amplitud del pulso de la arteria derecha con su homóloga la izquierda para determinar diferencias en el flujo arterial. Si los pulsos radiales tienen la misma amplitud se dice que son simétricos si uno es más débil que el otro son asimétricos.¹³

El rango normal está entre 60 y 100 latidos por minuto, por debajo de 60 se habla de bradicardia y por arriba de 100 latidos por minuto taquicardia.

C. Temperatura:

El mantenimiento de la temperatura es fundamental para la realización de los procesos biológicos. Oscila con variaciones no mayores de 0.8°C, registrándose los niveles más bajos alrededor de las 3am y los más altos aproximadamente a las 8pm.

La temperatura rectal normalmente es mayor que la axilar en 0.5°C esta diferencia se hace mayor de 1°C en ciertas patologías como apendicitis aguda , anexitis aguda, de allí que cuando se sospeche estos padecimientos es recomendable tomar la temperatura axilar y rectal. La escala más usada para catalogar la fiebre es la siguiente:

Hipotermia < 36.3°C, Normotermia 36.4°C a 37.3°C e Hipertermia >37.4°C.¹⁵

Además de valorar capacidad del sujeto para responder a las preguntas y el nivel de conciencia. Su grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis). Su posición adoptada por el sujeto, su actitud y la sensación de enfermedad. En un abdomen agudo lo habitual es encontrar a un paciente

¹³ Semiología de Signos Vitales. OMS. Año 2008. <http://www.gastromerida.com/pdf/semio/signos/signosvitales.pdf>

¹⁵ SANZ MÁLAGA, Guillermo, SEMIOLOGÍA MÉDICA. 2003 Editorial UNSA. Arequipa.

con el estado general afectado, que guarda una posición antálgica que mantiene el abdomen inmóvil para intentar aliviar el dolor. Puede ocurrir que se encuentre agitado, inquieto e hipercinético, lo que nos debe orientar hacia un dolor cólico en relación con obstrucción de víscera hueca.¹⁶

Sin prescindir del examen físico general, el clínico debe practicar el examen ordenado del abdomen valiéndose de la inspección, palpación, percusión y auscultación en decúbito dorsal, en algunos casos cambiando al decúbito lateral derecho e izquierdo, haciendo que el paciente respire profundo, en posición de pie, o con movimientos que provoquen contracción de la pared abdominal, y realizar los exámenes rectal y pélvico. Antes de comenzar es conveniente solicitar al paciente que señale el lugar donde siente el dolor y su irradiación.¹⁰

A. Inspección

Debe hacerse con buena iluminación que permita apreciar la piel y la conformación abdominal; si se muestra simétrico con irregularidades, ondulaciones o distendido o excavado, cicatrices, petequias, equimosis, vesículas, deformación inguinal (hernias), circulación venosa colateral, etc., signos todos que inducen a reconocer alteraciones de la pared o del contenido.

B. Palpación

La palpación debe realizarse de una forma suave para evitar provocar en el paciente una contracción

¹⁶ JIMÉNEZ ARANDA, Luciana y Colaboradores. <http://www.medvnet.com/usuarios/raguiljar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>

voluntaria de la musculatura abdominal. También es recomendable llevar una rutina exploratoria colocándose siempre al mismo lado del paciente y palpar el abdomen por cuadrantes siguiendo la misma dirección dejando para el final la zona dolorosa. Se identificará la topografía del dolor. La palpación es la maniobra exploratoria más rentable, siendo en ocasiones lo único en que nos podemos basar para realizar una exploración quirúrgica a un enfermo. Se valorarán los siguientes aspectos: *Palpación superficial*: se apreciará la existencia de zonas de hiperestesia cutánea. *Palpación profunda*: Buscamos la existencia de organomegalias (hígado, bazo, riñón) y de masas (hidrops vesicular, pseudoquistes pancreáticos, plastrones inflamatorios, neoplasias, aneurismas, hernias). *Contractura abdominal*: refleja la existencia de una irritación peritoneal y aparece en cuadros que suelen requerir cirugía urgente. Es de suma importancia diferenciarla de la contractura voluntaria, que se modifica durante la exploración, a veces es difícil diferenciarla sobre todo en niños, personas con un estado de ansiedad, dementes, etc. *Signo de Murphy*: Valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan las puntas de los dedos en el hipocondrio derecho y se manda al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada. *Signo de Blumberg*: Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca

derecha es muy indicativo de apendicitis aguda. *Signo de Rovsing*: Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda. También es indicativo de apendicitis aguda. *Signo del Psoas*. Se coloca la mano del explorador en la fosa ilíaca y se ordena al paciente que flexione el muslo oponiéndose a dicha flexión con la otra mano. Se considera positivo si se produce dolor intenso en dicha zona. Es positivo en la apendicitis retrocecal, abscesos del psoas, algunas pancreatitis, etc. Se produce por irritación del músculo psoas en procesos retroperitoneales. *Signo del obturador*: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapélvicos, etc.¹⁰

C. Percusión

La sensación acústica y táctil de la percusión del abdomen (cuando la condición del paciente lo permite) puede ser de utilidad si se tiene la experiencia en reconocer la sonoridad y la sensación táctil normal, en relación a la que se recoge cuando hablamos de hipersonoridad, timpanismo, submacicez y macicez. En decúbito dorsal y/o de pie la percusión del espacio de Traube aumentado y con hipersonoridad debe hacer pensar en problema gástrico como consecuencia del hábito de comer rápido, masticar mal o el tener aerofagia (dolor de estómago por distensión). La presencia de sonoridad aumentada en el hipocondrio derecho más evidente en posición de pie puede hacer pensar, si hay signos

¹⁰CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/download/dolorabdominal.pdf>

peritoneales, en perforación de víscera hueca exceptuando el síndrome de Chiloiditi(interposición del colon entre el hígado y la pared abdominal), Se describe en las peritonitis el vientre en tabla donde la percusión permite recoger zonas mates alternando con sonoridad normal o aumentada. Generalmente por causas intraabdominales se puede encontrar disminución de la sonoridad del Traube por crecimiento del lóbulo izquierdo del hígado o por esplenomegalia, y por causa extraabdominal en el derrame pleural izquierdo al producir descenso del diafragma. Es un método de gran ayuda en la distinción entre un abdomen distendido por la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal o una formación quística, masas sólidas o por distensión vesical, tumor uterino, etc. La puño percusión lumbar y de la columna vertebral de D5 a L2 puede permitirnos apoyar la posibilidad de compromiso de riñón o de columna dorso lumbar respectivamente (dolor abdominal referido).

D. Auscultación

Es útil para reconocer frotos generalmente detectables en los hipocondrios por el roce de la serosa de órganos sólidos como hígado (hipocondrio derecho) o bazo en (hipocondrio izquierdo) con el peritoneo parietal; esto sucede en patología inflamatoria, infecciosa, traumática o tumoral. Aumento o disminución de ruidos hidroaéreos como expresión de alteración del peristaltismo intestinal con contenido líquido y/o gas (suboclusión) o por parálisis intestinal, (íleo funcional); presencia de soplo como

se puede encontrar en caso del aneurisma de la aorta abdominal, de la arteria esplénica, o de la mesentérica.⁹

- Tacto rectal: Es una maniobra imprescindible en el estudio de un dolor abdominal. Se explora la próstata y vesículas seminales, útero; se buscarán masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la presión. Es importante observar al retirar el guante las características de las heces y si existe sangre, moco o pus en las mismas.¹⁰

2.2.1.7. Diagnóstico:

Con una buena historia clínica y con el conocimiento de las manifestaciones: síntomas y signos, de la patología abdominal y extraabdominal, el médico podrá lograr en alto porcentaje el o los diagnósticos adecuados, sin embargo, considerando la complejidad del comportamiento y la respuesta al dolor en los pacientes, debe, de acuerdo a sus posibilidades de diagnóstico solicitar los exámenes pertinentes para alcanzar con su ayuda el diagnóstico más seguro y así, poder ofrecer el tratamiento más oportuno, adecuado y preciso.

En la práctica, de acuerdo con las posibilidades diagnósticas el clínico puede encontrar un mayor acierto a un diagnóstico buscando entre el arsenal de métodos o de procedimientos de ayuda al diagnóstico aquellos de respuesta rápida, de mayor sensibilidad y seguridad para corroborar y concretar su presunción.¹¹

⁹ ALHALEL GABAY Benjamín. "DOLOR ABDOMINAL". http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>

¹¹ ALHALEL GABAY Benjamín. "DOLOR ABDOMINAL". http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf

Los más utilizados, por ser los más adecuados, cuando son bien elegidos e interpretados y que ayudan a definir un diagnóstico, son los siguientes:

A. Exámenes de laboratorio:

a. Hemograma; que forma parte del estudio rutinario en prácticamente cualquier estudio diagnóstico.

En el dolor abdominal agudo es importante valorar el descenso del hematocrito y de la concentración de hemoglobina que sugiere pérdidas hemáticas por lesión de vasos sanguíneos, bien traumática o espontánea (aneurisma disecante de aorta, embarazo extrauterino, etc.), pudiendo la hemorragia localizarse a nivel peritoneal o retroperitoneal, siendo raro que una hemorragia digestiva sea causa de un cuadro doloroso agudo. Hay que tener en cuenta que en las primeras horas, el valor del hematocrito no varía en los cuadros hemorrágicos agudos. La determinación del hematocrito en situaciones no hemorrágicas, es útil para valorar el grado de deshidratación (pérdida de líquido extracelular) motivado por vómitos, atrapamiento de líquido en asas intestinales dilatadas o por falta de aporte (sobre todo en niños y ancianos).

En ciertos cuadros hematológicos específicos que cursan con cuadros de dolor abdominal agudo, el estudio de las características de los glóbulos rojos puede ser diagnóstico (punteado basófilo en Saturnismo, esferocitosis, etc.).

El recuento de leucocitos está alterado en los procesos inflamatorios, presentando leucocitosis con neutrofilia, pero este es un dato inespecífico y tiene un valor muy limitado, debiendo ser valorado junto con el cuadro clínico y otras exploraciones. Hay que recordar que un recuento

leucocitario normal no excluye una infección activa y que en pacientes inmunodeprimidos, ancianos, en déficits nutricionales, etc., la respuesta leucocitaria a la inflamación puede retrasarse o no presentarse. La intensidad de la leucocitosis tampoco tiene relación con la gravedad del proceso, aunque es común encontrar recuentos elevados en procesos graves como isquemia intestinal, peritonitis, etc.

La neutropenia tampoco es específica de ningún proceso, aunque cuando aparece en procesos abdominales que cursan con sepsis, es signo de mal pronóstico. La eosinofilia aparece en ciertos procesos digestivos como linfomas, gastritis eosinófila, hidatidosis complicada, etc. la eosinopenia junto con un cuadro clínico compatible aparece en la fiebre tifoidea.

Las pruebas de coagulación tienen su utilidad cara a una intervención quirúrgica para la valoración del riesgo hemorrágico, también nos proporcionan un índice de la funcionalidad hepática estando alteradas en procesos tales como cirrosis hepática, hepatopatías agudas graves, estadios finales del shock, etc.¹⁰

- b. Bioquímica; tiene especial importancia la determinación de amilasa que, aunque puede estar alterada en múltiples procesos abdominales y extraabdominales, con cifras superiores a 300 UI es sugestiva de pancreatitis aguda. Otras determinaciones como Glucosa, Urea y Creatinina nos ayudan a valorar el estado general del paciente, su función renal y estado de hidratación. La CPK es importante realizarla en el diagnóstico diferencial con dolores abdominales referidos provocados por infarto de miocardio. El estudio del ionograma debe realizarse siempre en

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>

pacientes que han vomitado; nos informan del estado general del paciente y de las posibles causas de un íleo paralítico.

- b. Análisis de orina, sobre todo si sospechamos patología renal o de vías urinaria. La presencia de hematuria junto con un cuadro clínico compatible sugiere una litiasis renoureteral. También puede aparecer hematuria y dolor abdominal en tumores, vasculitis, infecciones, etc. La leucocituria o la presencia de nitritos en la orina nos sugiere la presencia de un cuadro infeccioso urinario.
- c. Test de embarazo en mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de embarazo ectópico.
- d. Electrocardiograma: Se debe realizar un ECG ante cualquier enfermo con dolor abdominal en hemiabdomen superior de manera rutinaria para descartar patología isquémica cardíaca como causante de dolor referido y como estudio preoperatorio, sobre todo en pacientes añosos o con factores de riesgo.¹⁰

B. Radiología:

- Radiografía de Tórax postero-anterior y lateral: neumoperitoneo (perforación de víscera hueca), deformidad diafragmática (traumatismo abdominal), elevación diafragmática (absceso subfrénico, pancreatitis).
- Radiografía simple de abdomen: ausencia de la línea del psoas derecha (apendicitis aguda), imagen en “grano de café” (vólvulo), ausencia de aire en determinados tramos

¹⁰CELADA CAJAL Francisco José. “DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO” <http://remi.uninet.edu/download/dolorabdominal.pdf>

intestinales (obstrucción intestinal), dilatación de asas (obstrucción intestinal), cuerpos extraños.

- Radiografía simple en bipedestación: se realiza sobre todo para confirmar obstrucción intestinal, mediante la visualización de niveles hidroaéreos.
- Radiografía simple en decúbito lateral izquierdo: detecta niveles hidroaéreos o neumoperitoneo en hipocondrio derecho.¹⁶

C. Ecografía: Es un método diagnóstico inocuo y fiable. Tiene su principal utilidad en la identificación de patología en el ámbito de hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo e hipogastrio; siendo su gran enemigo la presencia de gas. Otro problema es que al tratarse de una prueba dinámica depende de la interpretación y experiencia del ecografista.

Sus indicaciones más importantes son la identificación de patología hepática y biliar (colecistitis, colangitis, ictericia obstructiva, procesos intrahepáticos), pancreática (aunque dificultado por la presencia de asas intestinales superpuestas), patología a nivel pélvico (tumores, abscesos, embarazo ectópico, etc.); Patología urológica (litiasis renal, Hidronefrosis, absceso perirrenal, etc.), identificación de colecciones líquidas (abscesos, hematomas, quistes, etc.); Identificación de líquido libre en el ámbito de espacios subfrénicos, subhepático, gotieras parietocólicas y fondo de saco de Douglas.

La patología del tubo digestivo es la gran laguna que presenta esta técnica diagnóstica en cuanto al estudio del dolor abdominal, presentando una muy baja sensibilidad diagnóstica aunque en algunas patologías como la apendicitis aguda (sobre todo en niños) o la diverticulitis pueda tener una especificidad aceptable.

¹⁶ JIMÉNEZ ARANDA, Luciana y Colaboradores. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilan/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>

- D. Tomografía axial computarizada. (T.A.C.): Es la exploración complementaria más útil considerado individualmente; proporciona la evaluación más sensible de gas extraluminal y sobretodo del retroperitoneo. Es exacta en la localización de colecciones y nos da la opción de realizar su drenaje, también localiza las lesiones inflamatorias y lesiones ocupantes de espacio. Todo paciente con sospecha de patología retroperitoneal y aquellos con enfermedad progresiva con diagnóstico oscuro deben ser candidatos a estudio con T.A.C.
- E. Estudios con contraste: Ante la sospecha de obstrucción debe comenzarse el estudio con la realización de un enema opaco, que localizará o descartará el nivel de obstrucción colónica. El tránsito esofagogastroduodenal no tiene demasiada aplicación en el abordaje inicial del dolor abdominal teniendo más aplicación en el dolor abdominal no urgente o crónico.
- F. Endoscopia digestiva: No tiene un papel importante en el estudio en el estudio de los enfermos con dolor abdominal agudo. Sin embargo es una prueba diagnóstica fundamental en el estudio de gran cantidad de patología digestiva; permite la valoración directa y facilita el estudio histológico de multitud de procesos (patología esofágica, enfermedad péptica, tumores, patología infamatoria del colon, patología bilio-pancreática - CPRE -, etc.) y en algunas ocasiones proporciona un abordaje terapéutico (esclerosis y ligadura de lesiones sangrantes, papilotomía, dilataciones, realización de gastrotomía, etc.).
- G. Arteriografía: Debe realizarse en un cuadro agudo, fundamentalmente ante la sospecha de patología isquémica intestinal (trombosis o embolia de la arteria mesentérica

superior). También es útil en traumatismos hepáticos, aneurismas aórticos, etc.

H. Paracentesis y punción lavado peritoneal: Debe realizarse una paracentesis diagnóstica en la valoración del dolor abdominal en enfermos con ascitis crónica y ascitis de comienzo brusco. El lavado peritoneal se realiza fundamentalmente en aquellos pacientes con traumatismo abdominal clínicamente inestables o de difícil traslado a otras salas, para descartar la existencia de hemoperitoneo. También puede tener su utilidad en cuadros de abdomen agudo con sospecha de perforación de víscera hueca. La técnica se realiza previo sondaje vesical con anestesia local, mediante una incisión por debajo del ombligo, introduciendo el trocar de lavado hasta atravesar el peritoneo. El lavado se efectúa con 500cc de suero fisiológico, comprobando el aspecto del líquido de lavado que si sale intensamente teñido es indicativo de hemorragia intraperitoneal. Si existen dudas puede analizarse cuantitativamente los hematíes (si $> 50.000/\text{ml}$ o hematocrito $>$ de 1% indica hemorragia importante que precisa intervención quirúrgica) y los leucocitos (si $> 700/\text{ml}$ indica peritonitis); También pueden realizarse determinaciones de proteínas, amilasa, tinción de Gram, cultivos, etc. Las principales contraindicaciones de la punción lavado peritoneal son: la existencia de intervenciones abdominales previas, embarazo y distensión vesical (globo vesical).¹⁰

2.2.1.8. Tratamiento:

Una vez que se establece un diagnóstico, se puede proseguir con el tratamiento para esa enfermedad. En ocasiones, se usan medicamentos para reducir la inflamación o afectar la función de

¹⁰ CELADA CAJAL Francisco José. "DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO" <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>

un órgano y así aliviar el dolor. Por ejemplo, las úlceras pueden tratarse con medicamentos que reducen la secreción de ácido estomacal, y conforme la úlcera cicatriza, el dolor disminuye. A veces, es necesario realizar una cirugía para corregir el problema: el dolor causado por la colecistitis generalmente se trata mediante la colecistectomía.

Rara vez es preciso tratar el dolor con analgésicos. Normalmente, no debe usarse analgésicos simples, como la aspirina y el ibuprofeno, para dolores abdominales no diagnosticados porque podrían ocasionar otros problemas, como úlceras. De vez en cuando los médicos recetan narcóticos para el dolor abdominal, pero su uso puede conducir al estreñimiento y otros síntomas abdominales. Otro abordaje consiste en usar medicamentos modificantes del dolor que cambian la manera en que las señales de éste se procesan en la médula espinal y cerebro. Entre los medicamentos más comúnmente utilizados para este fin están los antidepresivos, como la amitriptilina o trazodona, que pueden tomarse en dosis muy bajas para reducir los efectos colaterales al mínimo y presentar poco o nada de efecto antidepresivo. En algunos casos, los médicos que manejan el dolor emplean bloqueos nerviosos para identificar y tratar el mecanismo del dolor.¹⁷

El tratamiento para la enfermedad péptica ha presentado gran evolución en las últimas décadas, inicialmente con el surgimiento de los inhibidores de la bomba de protones, seguida de la identificación y tratamiento del *Helicobacter pylori* y sus consecuencias.

El dolor del cólico biliar es causado por el espasmo del conducto cístico, desencadenado por el estímulo de la colecistoquinina durante la alimentación. Es típicamente del tipo cólico en el epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos de menor duración de 6 horas. El tratamiento definitivo de la

¹⁷ SCHILLER, Lawrence R. Centro Médico de la Universidad de Baylor Dallas, Texas. 2010. "DOLOR ABDOMINAL." http://www.medicinenet.com/abdominal_pain/article.htm

colecistitis aguda es la colecistectomía. Está discusión sobre el mejor momento para realizar la cirugía y la vía de acceso a ser utilizada. La antibioticoterapia debe ser direccionada para gérmenes gram negativos y anaerobios. El tratamiento quirúrgico debe ser realizado preferencialmente en las primeras 24 a 48 horas de internación, si no es una situación de emergencia. La cirugía laparoscópica es el gold estándar para las colecistectomías electivas.

En la apendicitis aguda que es la principal causa de cirugías abdominales en el servicio de emergencia, en los casos no complicados el tratamiento consiste en la intervención quirúrgica y resección del apéndice, no requiriendo tratamiento adyuvante. En los casos complicados como necrosis y perforación de apéndice, peritonitis, abscesos es necesario el tratamiento con antibióticos después de la resección del apéndice que puede durar algunos días. No existe consenso sobre la duración de la antibioticoterapia postquirúrgica.

En la pancreatitis aguda el tratamiento es eminentemente clínico, con reposición hídrica vigorosa, analgesia, reposición alimentaria y medidas de soporte. La antibioticoprofilaxis de amplio espectro, como el imipenem, deberá ser introducido en casos de pancreatitis con necrosis pancreática. La necrosis sin repercusión clínica puede ser tratada con quinolonas asociadas a metronidazol. La intervención quirúrgica solo deberá ser realizada en situaciones específicas como necrosis infectada, comprobada a través de cultivo de la colección peri pancreática. El procedimiento quirúrgico consiste en necrosectomía y drenaje de todas las colecciones peri pancreáticas.

En los pacientes con el diagnóstico de obstrucción intestinal el tratamiento es reposición hídrica vigorosa y restablecimiento hidroelectrolítico, descompresión del tránsito intestinal por sonda nasogástrica, durante 24 a 48 horas. Se espera la resolución de

espontanea del cuadro. En los pacientes sin mejora progresiva, se debe evaluar la necesidad de tratamiento quirúrgico para la lisis de adherencias. La obstrucción intestinal causada por hernias, vólvulo de sigmoides, isquemia intestinal, intususcepción y neoplasias deben ser tratadas lo más rápido posible por medio quirúrgico.¹⁸

¹⁸ BRUNETTI Adriano, ABDÓMEN AGUDO. Simpósio: CIRURGÍA DE URGÊNCIA E TRAUMA 2007; 40 (3): 358-67, jul./set. Ribeirão Preto http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/7_abdomen_agudo.pdf

CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR		CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
Edad	Grupo Etéreo	adolescente	14 – 20 años	Intervalo
		Adulto	21 – 59 años	
		Adulto mayor	>60 años	
Sexo	Características sexuales		Masculino Femenino	Nominal
Funciones Vitales	Cifras de presión arterial según The seventh report of the Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.		<120/ <80 mmHg Normal 120 – 139/ 80 – 89 mmHg Prehipertensión 140 – 159/ 90 – 99 mmHg HTA: Estadío 1 >160/>100 mmHg HTA: Estadío 2	Intervalo
	Pulso (frecuencia)		Normal: 60 – 100 x´ Bradicardia: <60 x´ Taquicardia: >101 x´	Intervalo
	Grados de temperatura (Axilar)		Normal: 36,4 a 37,3 °C Hipotermia: <36.3 °C Hipertermia: >37.4°C	Intervalo
Síntoma concomitante del motivo de consulta	Síntoma y/o signo		Naúseas Vómitos Constipación Diarrea Pirosis	Nominal

		Distensión abdominal Cefalea Sensación de alza térmica Escalosfríos	
Examen físico preferencial	Hallazgos del examen clínico	Signos clínicos	Nominal
Especialidad de la atención		Medicina Cirugía	Nominal
Diagnostico 1	Según etiología de dolor abdominal	Síndrome doloroso abdominal Patología vesicular Apendicitis aguda Gastritis aguda y otras gastritis Patología herniaria Obstrucción Intestinal Pancreatitis Otros	Nominal
Plan de trabajo 1		Médico Quirúrgico Ninguno	Nominal
Tratamiento médico 1	Medicamentos	Fluidoterapia Analgésicos Antipiréticos Antiespasmódicos Antieméticos Inhibidor de la bomba de protones Otros	Nominal
Indicación 1		Queda en observación Pasa a sala de operaciones Hospitalización Alta y control	Nominal
Interconsulta 1	Especialidad	Medicina Cirugía	Nominal
Diagnostico 2	Según etiología del	Síndrome doloroso abdominal Patología vesicular	Nominal

	dolor abdominal	Apendicitis aguda Gastritis aguda y otras gastritis Patología herniaria Obstrucción Intestinal Pancreatitis Otros	
Plan de trabajo 2		Médico Quirúrgico Ninguno	Nominal
Tratamiento médico 2		Fluidoterapia Analgésicos Antipiréticos Antiespasmódicos Antieméticos Inhibidor de la bomba de protones Otros	Nominal
Indicación 2		Queda en observación Pasa a sala de operaciones Hospitalización Alta y control	Nominal
Interconsulta 2	Especialidad	Medicina Cirugía	Nominal
Diagnostico 3	Según etiología de dolor abdominal	Síndrome doloroso abdominal Patología vesicular Apendicitis aguda Gastritis aguda y otras gastritis Patología herniaria Obstrucción Intestinal Pancreatitis Otros	Nominal
Plan de trabajo		Médico Quirúrgico Ninguno	Nominal
Tratamiento		Fluidoterapia	Nominal

médico 3		Analgésicos Antipiréticos Antiespasmódicos Antieméticos Inhibidor de la bomba de protones Otros	
Indicación 3		Queda en observación Pasa a sala de operaciones Hospitalización Alta y control	Nominal
Horas de permanencia en el servicio de emergencia	Tiempo de observación en el servicio de emergencia en horas	00.00 – 08.00horas 08.01 – 16.00horas 16.01 – 24.00horas 24.01 – 32.00horas > 32.01 horas	Intervalo

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El presente trabajo de investigación es de tipo retrospectivo, transversal y observacional, porque recolectamos la información de casos de pacientes con dolor abdominal en el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina del 2006 al 2010.

4.2 Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en el Hospital MINSA "Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna –Perú. Hospital Nivel II-2 del 2006 al 2010, durante este periodo se incluyó en el estudio Historias Clínicas de pacientes que ingresan al servicio de emergencia con dolor abdominal, además se adicionaron datos de los libros de emergencia.

El Hospital brinda cobertura en salud completa a los pacientes coberturados por el Seguro Integral de Salud y brinda atención al público en general que abonen las tarifas para atención estipuladas. Dicho nosocomio es el centro de referencia para todo paciente, que no puedan ser solucionadas en Centros de Salud y Postas de Salud de menor resolución en la ciudad de Tacna y que requieren un manejo especializado, control o evaluación permanente.

4.3 Población y muestra.

La población fue el total de pacientes que ingresaron al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal.

Población Total: 1630 pacientes del año 2006 al 2010.

Muestreo aleatorio simple

Medicina: 999 pacientes (61%)

Cirugía: 631 pacientes (39%)

Distribución Proporcional Sistemática

$$n = \frac{N(z^2)(p)(1-p)}{d^2(N-1) + z^2(p)(1-p)}$$

N: 1630

d²: 5%

p: 10%

z: 1.96%

J.C: 95%

n= 130

Medicina: 80 pacientes

Cirugía: 50 pacientes

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 14 años de edad.
- Pacientes que acuden al servicio de emergencia a la especialidad de cirugía por presentar dolor abdominal.
- Pacientes que acuden al servicio de emergencia a la especialidad de medicina por presentar dolor abdominal.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 14 años de edad.
- Pacientes que ingresan por presentar traumatismo abdominal.
- Pacientes que solicitan su alta voluntaria con/sin tratamiento.
- Pacientes que son previamente atendidos.
- Pacientes gineco-obstétricas.
- Pacientes interconsultadas a la especialidad de gineco-obstetricia.

4.4 Instrumentos de Recolección de datos

Para poder realizar esta recolección de datos se utilizaron las historias clínicas del servicio de emergencia y sus libros de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina, la recolección de datos se hizo mediante una ficha de recolección de datos, (Ver anexo).

a) Ficha de recolección de datos: servirá para poder ordenar y clasificar la información de los pacientes que ingresaron al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina del Hospital Hipólito Unanue.

b) Historia clínica: fuente de información diagnóstica de los pacientes con dolor abdominal atendidos en el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2006 al 2010.

La recolección de datos se obtuvo en primer lugar de la oficina de estadística del Hospital Regional de Tacna según los diagnósticos del CIE-10 del servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina desde el año 2006 al año 2010.

Luego se realizó una solicitud de Formulario único de trámite que pasa a mesa de partes para dar la autorización a la recolección de datos.

Tras la recolección de datos mediante un muestreo aleatorio simple y la distribución proporcional sistemática se realizaron tablas simples y complejas asociando el flujo que realiza el paciente que presenta dolor abdominal cuando ingresa al servicio de emergencia; los cuales se contrastó mediante la prueba de Chi cuadrado y se utilizó el paquete SPSS versión 15 para el análisis estadístico descriptivo, Excel para la presentación de tablas, los cuales permitieron detallar con mayor precisión los porcentajes de frecuencia de atención del servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Tabla N°01

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA Y MEDICINA SEGÚN AÑO DE ATENCIÓN.

		Servicio					
		Cirugía		Medicina		Total	
		n	%	n	%	n	%
Año de atención	2,006	10	20.0%	16	20.0%	26	20.0%
	2,007	10	20.0%	16	20.0%	26	20.0%
	2,008	10	20.0%	16	20.0%	26	20.0%
	2,009	10	20.0%	16	20.0%	26	20.0%
	2,010	10	20.0%	16	20.0%	26	20.0%
	Total	50	100.0%	80	100.0%	130	100.0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna.

La Tabla 01 nos muestra de un total de 1630 pacientes atendidos en el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina se muestreó un total de 130 pacientes siendo la distribución proporcional de 10 pacientes por año para la especialidad de cirugía y 16 pacientes por año para la especialidad medicina.

Tabla N°02

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA Y MEDICINA SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO.

Grupo Etáreo	Especialidad												Total			
	Cirugía						Medicina						Masculino		Femenino	
	Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			Sexo		Sexo	
	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	%	Masculino	Femenino	n	%
Adolescente	3	1	16.7%	5	4	3.1%	15.2%	8.5%	8	5	15.7%	6.3%	13	10		
Adulto	12	29	66.7%	24	42	90.6%	72.7%	89.4%	36	71	70.6%	89.9%	107	82		
Adulto mayor	3	2	16.7%	4	1	6.3%	12.1%	2.1%	7	3	13.7%	3.8%	10	8		
Total	18	32	100.0%	33	47	100.0%	100.0%	100.0%	51	79	100.0%	100.0%	130	100		

- Adolescente: 14-20 años
- Adulto: 21-59 años
- Adulto mayor: >60 años

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N°02 nos muestra que de un total de 130 pacientes con dolor abdominal atendidos en el servicio de emergencia el 82% son adultos, seguidos del 10% de adolescentes y el 8% de adulto mayor.

Donde, del total de mujeres el 89.9% fue adultos y del total de varones el 70.6% son adultos, seguido del grupo etáreo de los adolescentes donde el sexo masculino fue el predominante (15.7%) sobre el sexo femenino (6.3%).

Asimismo, de los pacientes atendidos en la especialidad de cirugía el 90.6% es adultas femeninas y el 66.7% son adultos masculinos.

De los pacientes atendidos en la especialidad de medicina el 89.4% son adultas femeninas y el 72.7% son adultos masculinos.

Tabla N°03

SÍNTOMA CONCOMITANTE DEL MOTIVO DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL

		n	%
Síntoma concomitante de motivo de consulta	Vómitos	72	55.4%
	Naúseas	67	51.5%
	Deposiciones líquidas	9	6.9%
	No realiza deposiciones	6	4.6%
	Cefalea	4	3.1%
	Sensación de alza térmica	3	2.3%
	Distensión abdominal	3	2.3%
	Otros síntomas	2	1.6%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°03 muestra que del total de pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina que tuvieron como motivo de consulta el dolor abdominal, el síntoma concomitante que ocupa el primer lugar (55.4%) fueron los vómitos, en segundo lugar las náuseas (51.5%), en tercer lugar (6.9%) las deposiciones líquidas, en cuarto lugar (4.6%) los pacientes que no realizan deposiciones, en quinto lugar la cefalea (3.1%), en sexto lugar sensación de alza térmica y distensión abdominal (2.3%) y otros síntomas como escalofríos y eructos (0.8%).

Tabla N°04

REFERENCIAS DEL TIPO DE DOLOR E IRRADIACION DEL DOLOR ABDOMINAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

		n	%
Tipo de dolor	Cólico y/o Retortijón	52	40.0%
	Urente	18	13.8%
	Opresivo	9	6.9%
	Punzante	5	3.8%
	No especifica	46	35.5%
	Total	130	100.0%
Irradiación	Sin irradiación	100	76.9%
	Con Irradiación	30	23.1%
	total	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°04 nos muestra que del total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina; según el tipo de dolor referido el principal fue el de tipo cólico y/o retortijón (40%), en segundo lugar el de tipo urente (13.8%), en tercer lugar el de tipo opresivo (6.9%) y en cuarto lugar de tipo punzante (3.8%). Además que el 35.5% no especifican el tipo de dolor durante el interrogatorio.

Con respecto a la irradiación del dolor el 76.9% de los pacientes atendidos no refieren irradiación del dolor y un 23.1% si refieren irradiación del dolor al realizar el interrogatorio.

Tabla N°05

FUNCIONES VITALES DE LOS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA Y MEDICINA

		n	%
Presión arterial	Normal	107	82.3%
	Hipertensión Estadio 1	19	14.6%
	Hipertensión Estadio 2	4	3.1%
	Total	130	100.0%
Pulso	Bradicardia	5	3.8%
	Normal	112	86.2%
	Taquicardia	1	10.0%
	Total	130	100.0%
Temperatura	Hipotermia	20	15.4%
	Normal	95	73.1%
	Hipertermia	15	11.5%
	Total	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°05 muestra de un total de 130 pacientes que acudieron al servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina; el 82.3% presentan presión arterial normal, el 14.6% presentan hipertensión en estadio 1 y el 3.1% Hipertensión en estadio 2.

Del total de pacientes el 86.2% presentan pulso dentro de los valores normales, el 10% con taquicardia y con el 3.8% con bradicardia.

Además que el 73.1% presentaron temperatura en rangos normales, el 15.4% presentó hipotermia y el 11.5% con hipertermia.

Tabla N°06

CARACTERÍSTICAS DEL EXAMEN FÍSICO ABDOMINAL DE LOS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LAS ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA Y MEDICINA

		n	%
Examen Físico Abdominal	Doloroso a la palpación	126	96.9%
	Blando/depresible	97	74.6%
	RHA presentes	56	43.1%
	No se especifica	33	25.4%
	RHA disminuidos	22	16.9%
	Blumberg positivo	14	10.8%
	Murphy positivo	11	8.5%
	Masa palpable	6	4.6%
	Mc Burney positivo	4	3.1%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla N°06 muestra del total de pacientes 130 pacientes atendidos al realizar el examen físico abdominal el 96.9% presentan dolor a la palpación, el 74.6% presentan abdomen blando/depresible. El 25.4% no se especifica en la historia clínica. El 10.8% presentaron signo de Blumberg positivo, el 8.5% presentan el signo de Murphy positivo, y el 3.1% presentaron signo de Mc Burney positivo. Además que el 4.6% de los pacientes atendidos a la palpación se evidencia una masa palpable. Y con respecto a la auscultación el 43.1% tienen ruidos hidroaéreos presentes. El 16.9% presentan ruidos hidroaéreos disminuídos.

Tabla N°07

**DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS SEGÚN ESPECIALIDAD DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS PACIENTES CON DOLOR
ABDOMINAL**

		Servicio de primera atención					
		Cirugía		Medicina		Total	
		n	%	n	%	n	%
Diagnósticos Presuntivos	Síndrome doloroso abdominal	24	48.0%	73	91.3%	97	74.6%
	Patología vesicular	46	92.0%	45	56.3%	91	70.0%
	Apendicitis aguda	7	14.0%	19	23.8%	26	20.0%
	Gastritis aguda	1	2.0%	16	20.0%	17	13.1%
	Pancreatitis	2	4.0%	12	15.0%	14	10.8%
	Obstrucción intestinal	3	6.0%	6	7.5%	9	6.9%
	Patología herniaria	3	6.0%	2	2.5%	5	3.9%
	Infección del tracto urinario	2	4.0%	2	2.5%	4	3.1%
	Gastroenteritis	0	0.0%	3	3.8%	3	2.3%
	Otras gastritis	0	0.0%	2	2.5%	2	1.5%
	Patología hepática	0	0.0%	2	2.5%	2	1.5%
	EDA acuosa	0	0.0%	1	1.3%	1	0.8%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°07 de un total de 130 pacientes atendidos en el servicio de emergencia el diagnóstico más frecuente tanto para la especialidad de cirugía y la especialidad de medicina es el síndrome doloroso abdominal en un 74.6% como primer diagnóstico. En segundo lugar con un 70% la patología vesicular, en tercer lugar con un 20% el diagnóstico de apendicitis aguda, seguido en cuarto lugar con un 15,1% el diagnóstico de gastritis aguda. En quinto lugar está el diagnóstico de pancreatitis con un 10.8%.

Con respecto a la especialidad de cirugía el diagnóstico más frecuente y en primer lugar tenemos a la patología vesicular con un 92%, seguido por el síndrome doloroso abdominal en segundo lugar con un 48%, en tercer lugar el diagnóstico de apendicitis aguda en un 14%, el diagnóstico de pancreatitis, infección del tracto urinario y otras hernias tienen el 4% cada una de ellas.

En la especialidad de medicina el diagnóstico más frecuente fue el de síndrome doloroso abdominal ocupando el primer lugar con un 91.5%, seguido en segundo lugar con 56.3% la patología vesicular, en tercer lugar el diagnóstico de apendicitis aguda con un 20%, en cuarto lugar el diagnóstico de gastritis aguda con un 13.1% y en quinto lugar con un 10.8% el diagnóstico de pancreatitis.

Tabla N°08

PLAN DE TRABAJO SEGÚN ESPECIALIDAD CONSULTADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

		Especialidad de 1era consulta				Total	
		Cirugía		Medicina			
		n	%	n	%	n	%
Plan de trabajo	Médico	44	88.0%	67	83.8%	111	85.4%
	Quirúrgico	3	6.0%	0	0.0%	3	2.3%
	Observación	3	6.0%	13	16.3%	16	12.3%
	Total	50	100.0%	80	100.0%	130	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto al plan de trabajo según médico tratante después de dar a conocer el los diagnósticos presuntivos tenemos que el tratamiento médico ocupa el primer lugar con un 85.4% en ambas especialidades, en un 12.3% ocupa el segundo lugar los pacientes que solo quedan en observación sin la aplicación de ningún tratamiento y en un 2.3% el tratamiento quirúrgico.

Con respecto a la especialidad de cirugía; en un 88% se aplica el tratamiento médico seguido del tratamiento quirúrgico en un 6% y que el paciente continúe en observación sin tratamiento también en un 6%.

En la especialidad de medicina el 83.8% de los pacientes atendidos reciben tratamiento médico, el 16.3% no reciben tratamiento.

Tabla N°09

TRATAMIENTOS MÉDICOS MÁS FRECUENTES SEGÚN ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

		Especialidad de Primera consulta				Total	
		Cirugía		Medicina			
		n	%	n	%	n	%
Tratamiento Médico	Fluidoterapia	32	64.0%	57	71.3%	89	68.5%
	Ranitidina	31	62.0%	58	72.5%	89	68.5%
	Analgesia	36	72.0%	50	62.5%	86	66.2%
	Antiemético	7	14.0%	32	40.0%	39	30.0%
	Antiespasmódicos	18	36.0%	14	17.5%	32	24.6%
	Antibióticos	4	8.0%	4	5.0%	8	6.2%
	Atropina	1	2.0%	4	5.0%	5	3.8%
	Antiinflamatorios	3	6.0%	1	1.3%	4	3.1%
	Diazepam	1	2.0%	2	2.5%	3	2.3%
	Vitaminas	2	4.0%	1	1.3%	3	2.3%
	Sondaje	1	2.0%	0	0.0%	1	0.8%
	Enema	1	2.0%	0	0.0%	1	0.8%
	Dexametasona	1	2.0%	0	0.0%	1	0.8%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Después de establecido el tratamiento médico tenemos que en un 68.5% de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia reciben fluidoterapia y ranitidina ambos en un mismo porcentaje. Seguido con un 66.2% el tratamiento analgésico, en tercer lugar el tratamiento antiemético con un 30% en cuarto lugar el tratamiento con antiespasmódicos en un 24.6%.

En la especialidad de cirugía el 72% de los pacientes atendidos reciben tratamiento analgésico ocupando así este el primer lugar. Con un 64% lo ocupa en segundo lugar la fluidoterapia, en tercer lugar el tratamiento con ranitidina con un 62%, en cuarto lugar el tratamiento con antiespasmódicos con un 36%, y en quinto lugar con un 14% el tratamiento con antieméticos.

En la especialidad de medicina en primer lugar tenemos el tratamiento con ranitidina con un 72.5%, en segundo lugar el tratamiento con fluidoterapia con un 71.3%, en tercer lugar el tratamiento analgésico con un 62.5%, en cuarto lugar el tratamiento con antieméticos con un 40%, y en quinto lugar con un 17.5% el tratamiento con antiespasmódicos.

Tabla N°10

INDICACIÓN DE ESTANCIA SEGÚN ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

		Especialidad Primera consulta				Total		p:
		Cirugía		Medicina		n	%	
		n	%	n	%			
Indicación de estancia	Queda en observación	7	14.0%	61	76.3%	68	52.3%	Chi cuadrado 49.491 p: 0.000
	Pasa a sala de operaciones	3	6.0%	0	0.0%	3	2.3%	
	Hospitalización	1	2.0%	0	0.0%	1	0.8%	
	Alta Médica y Control	39	78.0%	19	23.8%	58	44.6%	
	Total	50	100.0%	80	100.0%	130	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Ingreso a SOP: 4-8Hrs.

Recibido el tratamiento el paso a seguir es la indicación de la estancia del paciente donde el 52.3% de los pacientes atendidos en ambas especialidades queda en observación, el 44.6% se les indica alta médica y control por consultorio externo. El 2.3% pasa a sala de operaciones; cabe mencionar que el ingreso del paciente a sala de operaciones desde la especialidad de cirugía se realizó dentro de las 10 horas posterior a su ingreso; y el 0.8% se hospitaliza.

En la especialidad de cirugía el 78% se le da de alta médica y control, el 14% queda en observación, el 6% pasa a sala de operaciones y el 2% se hospitaliza.

En la especialidad de medicina el 76.3% queda en observación y el 23.8% es dado de alta médica y control.

Encontrándose una diferencia significativa entre la indicación de estancia y especialidades interconsultadas.

Tabla N°11

**DIAGNÓSTICO DE LA PRIMERA INTERCONSULTA DE PACIENTES
EN OBSERVACIÓN SEGÚN ESPECIALIDAD**

		Especialidad				Total	
		Medicina		Cirugía			
		n	%	n	%	n	%
Diagnóstico de Primera Interconsulta	Patología Vesicular	31	50.8%	6	85.7%	37	54.4%
	Síndrome Doloroso abdominal	27	44.3%	2	28.6%	29	42.6%
	Apendicitis aguda	11	18.0%	1	14.3%	12	17.6%
	Gastritis aguda	9	14.8%	0	0.0%	9	13.2%
	Obstrucción intestinal	3	4.9%	1	14.3%	4	5.9%
	Pancreatitis	4	6.6%	0	0.0%	4	5.9%
	Infección de tracto urinario	2	3.3%	2	28.6%	4	5.9%
	Gastroenteritis	3	4.9%	0	0.0%	3	4.4%
	Patología herniaria	2	3.3%	0	0.0%	2	2.9%
	Otras gastritis	2	3.3%	0	0.0%	2	2.9%
	Patología renal	2	3.3%	0	0.0%	2	2.9%
	EDA acuosa	1	1.6%	0	0.0%	1	1.5%
	Abdomen agudo quirúrgico	1	1.6%	0	0.0%	1	1.5%
	Disbalance Hidroelectrolítico	0	0.0%	1	14.3%	1	1.5%
	Proceso infeccioso generalizado	1	1.6%	0	0.0%	1	1.5%

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los pacientes atendidos que se encuentran en observación, se pide interconsulta dando como diagnóstico en primer lugar con un 54.4% la patología vesicular en segundo lugar común 42.6% el síndrome doloroso abdominal, en un tercer lugar con 17.6% el diagnóstico de apendicitis aguda. en cuarto lugar 13.2% el de gastritis aguda y en quinto lugar con un 5.9% los diagnósticos de obstrucción intestinal, pancreatitis e infección del tracto urinario.

De los pacientes atendidos en la especialidad de cirugía que interconsultaron a la especialidad de medicina el 50.8% se da el diagnóstico de patología vesicular, seguido del 44.3% con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, en tercer lugar con el 18% el diagnóstico de apendicitis aguda, en cuarto lugar con un 14.8% los pacientes diagnosticadas con gastritis aguda y en quinto lugar con un 4.9% el diagnóstico de obstrucción intestinal.

Y de los pacientes atendidos en la especialidad de medicina que interconsultaron a la especialidad de cirugía el 85.7% obtuvieron el diagnóstico de patología vesicular, seguido de un 28.6% los diagnósticos de síndrome doloroso abdominal y la infección del tracto urinario. Y con un 14.3% los diagnósticos de apendicitis aguda, obstrucción intestinal y desbalance hidroelectrolítico.

Tabla N°12

PLAN DE TRABAJO A LA INTERCONSULTA DE LOS PACIENTES EN OBSERVACIÓN SEGÚN ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

		Especialidad de Interconsulta				Total	
		Medicina		Cirugía			
		n	%	n	%	n	%
Plan de trabajo	Médico	57	93.4%	6	85.7%	63	92.6%
	Quirúrgico	3	4.9%	0	0.0%	3	4.4%
	Observación	1	1.6%	1	14.3%	2	2.9%
	Total	61	100.0%	7	100.0%	68	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Dado los diagnósticos después de la interconsulta, siendo 61 pacientes que se encuentran en observación en la especialidad de medicina que interconsultaron cirugía; y 7 pacientes de la especialidad de cirugía que interconsultaron medicina. El plan de trabajo indicado con un 92.6% lo ocupa en primer lugar el tratamiento médico, seguido con n 4.4% el tratamiento quirúrgico y el 2.9% sigue en observación.

Tabla N°13

**TRATAMIENTO MÉDICO DE PACIENTES EN OBSERVACIÓN
DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE INTERCONSULTA SEGÚN
ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**

		Especialidad				Total	
		Medicina		Cirugía			
		n	%	n	%	n	%
Tratamiento médico	Fluidoterapia	48	78.7%	4	57.1%	52	76.5%
	Ranitidina	46	75.4%	4	57.1%	50	73.5%
	Analgesia	42	68.9%	4	57.1%	46	67.6%
	Antiemético	26	42.6%	0	0.0%	26	38.2%
	Antiespasmódicos	15	24.6%	1	14.3%	16	23.5%
	Antibióticos	8	13.1%	5	71.4%	13	19.1%
	Vitaminas	1	1.6%	2	28.6%	3	4.4%
	Antiinflamatorios	2	3.3%	0	0.0%	2	2.9%
	Atropina	2	3.3%	0	0.0%	2	2.9%
	Diazepam	1	1.6%	0	0.0%	1	1.5%
Fenazopiridina	0	0.0%	1	14.3%	1	1.5%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los 68 pacientes que siguen en observación recibieron tratamiento médico el 76.5% reciben tratamiento con fluidoterapia ocupando el primer lugar, seguido con un 73.5% el tratamiento con ranitidina/omeprazol, en tercer lugar con un 67.6% el tratamiento analgésico, en cuarto lugar con un 38.2% el tratamiento antiemético. Y en quinto lugar con un 23.5% el tratamiento antiespasmódico.

Tabla N°14

INDICACIÓN DE LA PRIMERA INTERCONSULTA SEGÚN ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

		Especialidad de Interconsulta				Total	
		Medicina		Cirugía			
		n	%	n	%	n	%
Indicación de Estancia	Queda en observación	9	14.8%	1	14.3%	10	14.7%
	Pasa a sala de operaciones	3	4.9%	0	0.0%	3	4.4%
	Hospitalización	6	9.8%	3	42.9%	9	13.2%
	Alta Médica y Control	43	70.5%	3	42.9%	46	67.6%
	Total	61	100.0%	7	100.0%	68	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Ingreso a Sala de Operaciones: 2.30-6Hrs.

La tabla N°14 muestra los 68 pacientes que se encuentran en observación y después de recibido su tratamiento al realizarse la primera interconsulta. Se indicó en un 67.6% alta médica y control por consultorio externo. Con un 14.7% continúan en observación, el 13.2% se hospitaliza y un 4.4% pasa a sala de operaciones; cabe mencionar que el ingreso a sala de operaciones se realizó dentro de las 6 horas posterior a su ingreso.

Tabla N°15

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE QUEDAN OBSERVADOS A LA SEGUNDA INTERCONSULTA

		n	%
Especialidad	Cirugía	0	0.0%
	Medicina	10	100.0%
	Total	10	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°15 nos muestra que de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia que se encuentran en observación después de la segunda interconsulta todos son de la especialidad de medicina.

Tabla N°16

DIAGNÓSTICO DE LA SEGUNDA INTERCONSULTA DE PACIENTES EN OBSERVACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA

		n	%
Diagnóstico a la Segunda Interconsulta	Patología vesicular	4	40.0%
	Síndrome doloroso abdominal	3	30.0%
	Obstrucción intestinal	1	10.0%
	Gastritis aguda	1	10.0%
	Otras gastritis	1	10.0%
	Gastroenteritis	1	10.0%
	EDA acuosa	1	10.0%
	Infección del Tracto Urinario	1	10.0%
	Hipertensión Arterial	1	10.0%
	Proceso Infeccioso Generalizado	1	10.0%
	Patología renal	1	10.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los 10 pacientes que se encuentran en observación en la especialidad de medicina después de la segunda interconsulta el 40% tiene el diagnóstico de patología vesicular y 30% el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y con un 10% los diagnósticos de obstrucción intestinal, gastritis aguda, otras gastritis, EDA acuosa, infección del tracto urinario, hipertensión arterial, proceso infeccioso generalizado y patología renal.

Tabla N°17

TRATAMIENTO MEDICO DE PACIENTES EN OBSERVACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE SEGUNDAINTERCONSULTA

		Medicina	
		n	%
Tratamiento médico	Analgesia	6	60%
	Fluidoterapia	3	30%
	Antibioticos	3	30%
	Ranitidina	3	30%
	Antiespasmódicos	1	10%
	Enema	1	10%
	Vitaminas	1	10%
	Captopril	1	10%
	Fenazopiridina	1	10%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Dado el diagnóstico en los 10 pacientes que se encuentran en observación se indica el tratamiento médico donde el 60% recibe tratamiento analgésico, en segundo lugar el 30% recibe tratamiento con fluidoterapia, antibióticos y con ranitidina todos con el mismo porcentaje. Seguidos con un 10% los tratamientos médicos con antiespasmódicos, enema, vitaminas, captopril, fenazopiridina.

Tabla N°18

INDICACION FINAL DE LOS PACIENTES EN OBSERVACION EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

		n	%
Indicación Final	Queda en observación	0	0.0%
	Pasa a sala de operaciones	0	0.0%
	Hospitalización	0	0.0%
	Alta Médica y Control	10	100.0%
	Total	10	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los 10 pacientes que ya recibieron su tratamiento médico la indicación final en estos pacientes atendidos con un 100% es el alta médica y control por consultorio externo.

Tabla N°19

HORAS DE PERMANENCIA DE LOS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Horas de Permanencia en Emergencia	< 8 Hrs.	n	114
		%	87.7%
	9 - 16 Hrs.	n	12
		%	9.2%
	17- 24	n	3
		%	2.3%
	25 - 32 Hrs.	n	1
		%	0.8%
	Total	n	130
		%	100.0%
Media		4.36	
Máximo		26.00	
Mínimo		0.30	
Desviación típica		4.36	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia en las especialidades de cirugía y medicina el 87.7% estuvieron menos de 8 horas de permanencia en emergencia, el 9.2% de 9 a 16 horas de permanencia en emergencia, el 2.3% de 17 a 24 horas de permanencia en emergencia y 0.8% de 25 a 32 horas de permanencia en el servicio de emergencia.

Además que los pacientes que ingresaron a sala de operaciones fue antes de las 8 horas posterior a su ingreso tanto los de la especialidad de cirugía como los de la especialidad de medicina que interconsultaron a la especialidad de cirugía.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El dolor abdominal representa la principal causa de consulta en el servicio de emergencia tanto en la especialidad de cirugía como la de medicina. Asimismo en el estudio descriptivo observacional de corte transversal que realizó Bejarano y colaboradores obtuvo como resultados con respecto al sexo predominante fue el sexo femenino; en el presente estudio el 89.9% de pacientes atendidos en el servicio de emergencia tanto en la especialidad de cirugía como de medicina fue de sexo femenino y el 70.6% fue de sexo masculino. Asimismo según el grupo etáreo el 82% fueron adultos, el 10% adolescente y el 8% adulto mayor a diferencia del estudio de Bejarano donde su grupo etáreo predominante fueron los mayores de 50 años de edad. Además que el antecedente de hipertensión arterial no fue muy relevante en nuestro estudio a diferencia del estudio de Bejarano; cabe mencionar que en el estudio de Bejarano el 5.1% de consultas de urgencias fueron causados por el dolor abdominal y que el 23.3% de estos pacientes presentaron abdomen agudo quirúrgico. En nuestro estudio del total de la población que acudieron al servicio de emergencia por presentar como síntoma principal dolor abdominal basándose como recurso para clasificar las historias clínicas de emergencia a la par con los diagnósticos del CIE-10 obtuvimos que el 4.6% de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia ingresaron a sala de operaciones. El 7.7% fueron hospitalizados donde el 5.4% fueron hospitalizados en el servicio de cirugía para su posterior intervención quirúrgica, debido a motivos económicos, familiares entre otros.

Asimismo en el estudio de Vásquez de tipo retrospectivo y prospectivo que se realizó en Hospital Militar en la ciudad de Lima; de 2,918 casos de entidades nosológicas que necesitaron intervención quirúrgica de urgencia que corresponden al 10.58% de 27,570 casos. No fue necesario cirugía en el 89.42% (24,652); estos resultados tiene similitud al del presente estudio.

El dolor es el aspecto central en la evaluación del paciente con sospecha de abdomen agudo. Su duración es importante, aunque no hay consenso, pero su inicio, características y los factores agravantes y atenuantes, ayudan al diagnóstico. Aunque la localización, irradiación y migración de dolor abdominal orientan la evaluación inicial, los síntomas y signos asociados pueden predecir ciertas causas del dolor abdominal y ayudan a disminuir la lista de diagnósticos diferenciales. En el presente estudio con respecto al motivo de consulta principal que fue el dolor abdominal los vómitos ocuparon el segundo lugar (55.4%) seguido de náuseas (51.5%). El tipo de dolor tipo cólico abarca el 40%, seguido del de tipo urente (13.8%), en tercer lugar de tipo opresivo (6.9%) en cuarto lugar el de tipo punzante (3.8%) y el 35.5% no especifica el tipo de dolor al realizar el interrogatorio. Similar al estudio de Bejarano donde se obtuvo que la sintomatología asociada al abdomen agudo quirúrgico el vómito fue el síntoma más prevalente. Este síntoma también fue el que más se presentó en los pacientes intervenidos quirúrgicamente (50%) y, como se ha descrito en otras publicaciones, el vómito que precede al dolor abdominal aumenta la probabilidad de que se trate de una enfermedad que requiere manejo quirúrgico. Con respecto al tipo de dolor en el estudio de Bejarano el dolor tipo cólico abarcó el primer lugar (75.3%), en segundo lugar el de tipo urente (4.7%), en tercer lugar de tipo punzante (2%) en cuarto lugar de tipo opresivo (2%) y en el 14.4% no hay datos. Por esta razón, se considera que el dolor abdominal es un síntoma al que el médico general le debe dar más importancia y tenerlo muy en cuenta durante la evaluación de los pacientes que consultan a urgencias, al decidir si requieren valoración por el cirujano general.

Cabe mencionar que según el marco teórico un gran porcentaje de pacientes que presentan signos peritoneales a la palpación como el signo de Blumberg positivo que indica apendicitis aguda así como el punto de Mc. Burney positivo; y el signo de Murphy positivo que indica patología vesicular. En nuestro estudio el 10.8% presentó signo de blumberg positivo, 3.1% presentó punto de Mc Burney y 8.5% presentó signo de

Murphy positivo al realizar el examen abdominal a la palpación; lo que nos indica en comparación con el 4.6% de pacientes que ingresaron a sala de operaciones sumados al 5.4% de pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de cirugía que se cumple la relación de signos peritoneales con los pacientes que ingresan a sala de operaciones como está en el marco teórico.

En la historia clínica los diagnósticos presuntivos son varios donde el síndrome doloroso abdominal ocupó el primer lugar (74.6%) seguido de la patología vesicular (70%) el cual abarca los diagnósticos como colecistitis aguda, colangitis, colecistopatía litiásica y alitiásica, coledocolitiasis, entre otros. Y en tercer lugar apendicitis aguda (20%).

Con el paciente anciano, el personal de salud se enfrenta a algunas barreras como las dificultades en la comunicación y el tiempo que requiere su atención y, al ser las emergencias quirúrgicas abdominales más frecuentes en el anciano, el médico general debe tener un umbral más bajo para solicitar valoración por el cirujano general en estos paciente por lo que a diferencia del presente estudio; en el estudio de Espinoza; la causa del abdomen agudo en 71,4% de los casos de la población menor de 65 años responde sólo a dos etiologías: apendicular (47,9%) y biliopancreática(23,5%). Para los pacientes de más de 65 años los diagnósticos de Abdomen agudo cambian significativamente. El 71% de los casos está dado por cuatro causas: patología bilio-pancreática (31,1%), obstrucción intestinal (17,7%), hernia complicada de la pared abdominal (13,3%) y enfermedad ulcerosa péptica (8,9%). La apendicitis aguda fue significativamente menos frecuente en este grupo etáreo y sólo representó el 6,7% de los cuadros. Los diagnósticos planteados condujeron a un tratamiento quirúrgico en 64,4% de los casos, incluyendo dos pacientes (4,4%) que se resolvieron exclusivamente por medio de cirugía endoscópica.

Tras ingresar el paciente al servicio de emergencia tanto a la especialidad de cirugía como el de medicina después de ser atendida por el especialista y dado el diagnóstico, el tratamiento médico (85.4%)

predominó sobre el quirúrgico (2.3%) en primera instancia; luego la indicación dada predominante fue quedarse en observación (52.3%) seguida de alta médica (44.6%).

Al realizar la primera interconsulta se demuestra una inversión en los 2 diagnósticos predominantes. El tratamiento indicado predominante fue el médico (92.6%) y en segundo lugar el quirúrgico (4.4%). La indicación dada a los pacientes que se encontraban en observación tras la primera interconsulta en primer lugar fue el alta médica (67.6%) en segundo lugar que sigan en observación (14.7%) en tercer lugar la hospitalización (13.2%) y por último el ingreso a sala de operaciones (4.4%). Obteniéndose 10 pacientes en observación todos de la especialidad de medicina quienes luego de administrado su tratamiento son dados de alta.

Cabe mencionar que los diagnósticos de egreso son diferentes en algunos casos al diagnóstico de ingreso; al igual que el estudio de Espinoza. Se necesita un enfoque diagnóstico lógico y minucioso, ya que hasta 10% de los pacientes que consultan a urgencias requieren cirugía según el estudio de Bejarano. Se debe prestar mucha 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.

Con respecto al tiempo de permanencia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el estudio que se realizó en Nigeria evaluó el tiempo de espera entre la presentación en el hospital con el dolor abdominal y la intervención quirúrgica. El tiempo total osciló entre 0,8 y 79,0 horas, la media de $22,3 \pm 10,0$ hora. En 81,6% la intervención quirúrgica se demoró más de 6 horas de las cuales las limitaciones financieras representan el 53,8%. Los pacientes de bajo nivel socio-económico de clase (p <0,005). Tuvieron una gran significancia, además de la espera para las investigaciones complementarias causado retraso en el 22,1%.

Con respecto a la estancia de los pacientes en el servicio de emergencia; en la especialidad de cirugía de 50 pacientes atendidos 7 pacientes son interconsultados a la especialidad de medicina por primera vez, de los cuales 1 paciente es interconsultado por segunda vez a la especialidad de cirugía. En la especialidad de medicina de 80 pacientes atendidos 61 pacientes son interconsultados a la especialidad de cirugía de los cuales 9 son interconsultados por segunda vez a la especialidad de medicina.

En el presente estudio del total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia desde que ingresa hasta que egresa del servicio; el tiempo máximo fue de 26 horas, el tiempo mínimo fue de 0.30 horas. Y la media fue de 26 horas con una desviación típica de 4.36 horas. Además que los pacientes que ingresaron a sala de operaciones fue antes de las 8 horas posterior a su ingreso tanto los de la especialidad de cirugía como los de especialidad de medicina que interconsultaron a la especialidad de cirugía.

CONCLUSIONES

- Se concluyó que de la población que acudió al servicio de emergencia el 4.6% ingresaron a sala de operaciones, se hospitalizó el 10% de los cuales el 7.7% en el servicio de cirugía 5.4% para su posterior intervención quirúrgica y en el servicio de medicina 2.3%; se les dio alta médica al 80% y el 7.7% permanecieron en observación. Con respecto a la estancia de los pacientes; 7 pacientes de cirugía son interconsultados medicina por primera vez, de los cuales 1 paciente es interconsultado por segunda vez a cirugía. Y de 80 pacientes atendidos por medicina 61 pacientes son interconsultados a cirugía de los cuales 9 son interconsultados por segunda vez a medicina. Además que el 60.8% de los pacientes atendidos fueron de sexo femenino. Y el grupo etáreo predominante fue el de adulto con el 82%. El síntoma concomitante más común fueron los vómitos, seguidos de las náuseas. Y que el tipo de dolor más frecuente fue el visceral y sin irradiación el 6.9%.
- El diagnóstico predominante en la especialidad de primera consulta fue el síndrome doloroso abdominal en el 74.6% seguido de la patología vesicular en un 70% y por último la apendicitis aguda en un 20%. Dado ya el diagnóstico el tratamiento de primera instancia fue el tratamiento médico en un 85.4% seguido del quirúrgico en un 2.3%. Ahora dentro del tratamiento médico indicado la fluidoterapia abarcó el primer lugar con un 68.5% luego la administración de la ranitidina y la analgesia. Asimismo la indicación siguiente en un 52.3% fue quedar en observación, el 44.6% es dado de alta, el 2.3% ingresaron a sala de operaciones y el 0.8% se hospitalizó.
- Realizada la primera interconsulta el primer diagnóstico en un 54.4% son los de patología vesicular seguido del 42.6% con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y el 17.6% el de apendicitis aguda. El tratamiento indicado más frecuente fue el tratamiento médico en un 92.6%

seguido el quirúrgico 4.4%. Dentro del tratamiento médico la fluidoterapia ocupó el primer lugar en un 76.5%, seguido de la administración de ranitidina y de la analgesia. La indicación después de aplicado el tratamiento en un 67.6% son dados de alta, el 14.7% continuó en observación, el 13.2% se hospitalizó, y el 4.4% ingresó a sala de operaciones. De los pacientes que continúan en observación y se realizó una segunda interconsulta el diagnóstico dado en primer lugar son los de patología vesicular en un 40%, seguido del síndrome doloroso abdominal en un 30% y luego los de obstrucción intestinal, gastritis entre otros. El tiempo de permanencia de los pacientes que ingresaron al servicio de emergencia fue menor de 26 horas. Además que los pacientes que ingresaron a sala de operaciones fue antes de las 8 horas posterior a su ingreso tanto los de la especialidad de cirugía como los de especialidad de medicina que interconsultaron a la especialidad de cirugía.

RECOMENDACIONES

- Realizar protocolos de atención para pacientes que ingresan con dolor abdominal para así decidir el manejo quirúrgico o no del paciente que ingresa al servicio de emergencia como trata el presente estudio, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio.
- Evaluar y especificar funciones sobre el área de recepción y su personal encargado al momento que el paciente ingresa al servicio de emergencia.
- Realizar un estudio sobre los factores que intervienen en el tiempo de permanencia del paciente que se encuentra en observación en el servicio de emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. HARRISON, Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Colaboradores. Traducción: Dra. Martha Elena Araiza Martínez; Dr. José Rafael Blengio Pinto; Dr. Germán Arias Rebatet; Dr. José Luis González Hernández "PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA", 2009, 17ma Edición, España.
2. P. FARRERAS, C ROZMAN; "MEDICINA INTERNA" 2009, 16ta Edición. Madrid.
3. "PRINCIPIOS DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA PACIENTES CON AFECCIONES MÉDICAS CON DOLOR AGUDO". Octubre 2010 – Octubre 2011. http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13083
4. BEJARANOMónica; GALLEGO Cristal; GÓMEZ Julián. "FRECUENCIA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN PACIENTES QUE CONSULTAN AL SERVICIO DE URGENCIAS". Rev. colomb. cir;26(1):33-41, ene.-mar. 2011. ilus, tab. <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2011/4-ABDOMEN%20AGUDO.pdf>
5. Ricardo Espinoza G, Paulina Balbontín M, Sebastián Feuerhake L, Cecilia Piñera M. 2004, 132: 1505-1512. "ABDOMEN AGUDO EN EL ADULTO MAYOR". <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n12/art08.pdf>
6. Adamu A; Maigatari M, Lawal K, Iliyasu M. Año 2010; 10(1): 46 - 53 "WAITING TIME FOR EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN ZARIA,

- NIGERIA".<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895802/pdf/AFHS1001-0046.pdf>
7. Duclos H. Jaime. RevMéd Chile. Año 2006; 134"ABDOMEN AGUDO NI MÉDICO NI QUIRÚRGICO". Reflexiones sobre la medicina basada en evidencias" <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n9/art17.pdf>
 8. Vasquez V. marcial. Año 1999 ; 1 (1) : 29-33 "ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO".http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v01_n1/a08.hm
 9. ALHALEL GABAY Benjamín. Año 2007."DOLOR ABDOMINAL".http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap3_Dolor_abdominal.pdf
 10. CELADA CAJAL Francisco José. Año 2007"DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO"<http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>
 11. ROMERO TORRES, Raúl. "TRATADO DE CIRUGÍA", 2006, 3era Edición, Perú.
 12. PRIETO MARTÍNEZ Carlos,OQUÍÑENA LEGAZ Susana. Servicio de Digestivo del Hospital de Navarra. Año 2007."DOLOR ABDOMINAL".
<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirurgicas/Dolor%20abdominal.pdf>
 13. Semiología de Signos Vitales.OMS. Año 2008.<http://www.gastromerida.com/pdf/semio/signos/signosvital.pdf>
 14. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Año 2007.<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>

15. SANZ MÁLAGA, Guillermo, SEMIOLOGÍA MÉDICA. 2003 Editorial UNSA. Arequipa.
16. JIMÉNES, Luciana y Colaboradores. Málaga. España. Año 2006 <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>
17. SCHILLER, Lawrence R. Centro Médico de la Universidad de Baylor Dallas, Texas. Año 2010. "DOLOR ABDOMINAL" http://www.medicinenet.com/abdominal_pain/article.htm
18. BRUNETTI Adriano, ABDÔMEN AGUDO. Simpósio: CIRUGÍA DE URGÊNCIA E TRAUMA 2007; 40 (3): 358-67, jul./set Ribeirão Preto http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/7_abdomen_agudo.pdf

ANEXOS

ANEXO 01:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. NUMERO DE FICHA: _____

2. APELLIDOS Y NOMBRE:

3. EDAD: _____

4. SEXO

a. MASCULINO

b. FEMENINO

5. FUNCIONES VITALES

a. PRESION ARTERIAL: _____

b. PULSO: _____

c. TEMPERATURA: _____

d. FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____

6. MOTIVO DE

CONSULTA: _____

—

7. EXAMEN FISICO

PREFERENCIAL: _____

—

8. SERVICIO QUE LO

ATENDIÓ: _____

9. DIAGNOSTICO 1:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

10. TRATAMIENTO 1:

- a. MÉDICO, _____

- b. QUIRÚRGICO
- c. EN OBSERVACIÓN

11. INDICACIÓN 1:

- a. QUEDA EN OBSERVACIÓN
- b. PASA A SALA DE OPERACIONES
- c. HOSPITALIZACIÓN,
ESPECIALIDAD: _____
- d. ALTA Y CONTROL,
ESPECIALIDAD: _____

12. INTERCONSULTA 1

- a. SI;
ESPECIALIDAD: _____
- b. NO

13. DIAGNOSTICO 2:

- a. _____
- b. _____

19. INDICACION:

- a. QUEDA EN OBSERVACIÓN
- b. PASA A SALA DE OPERACIONES

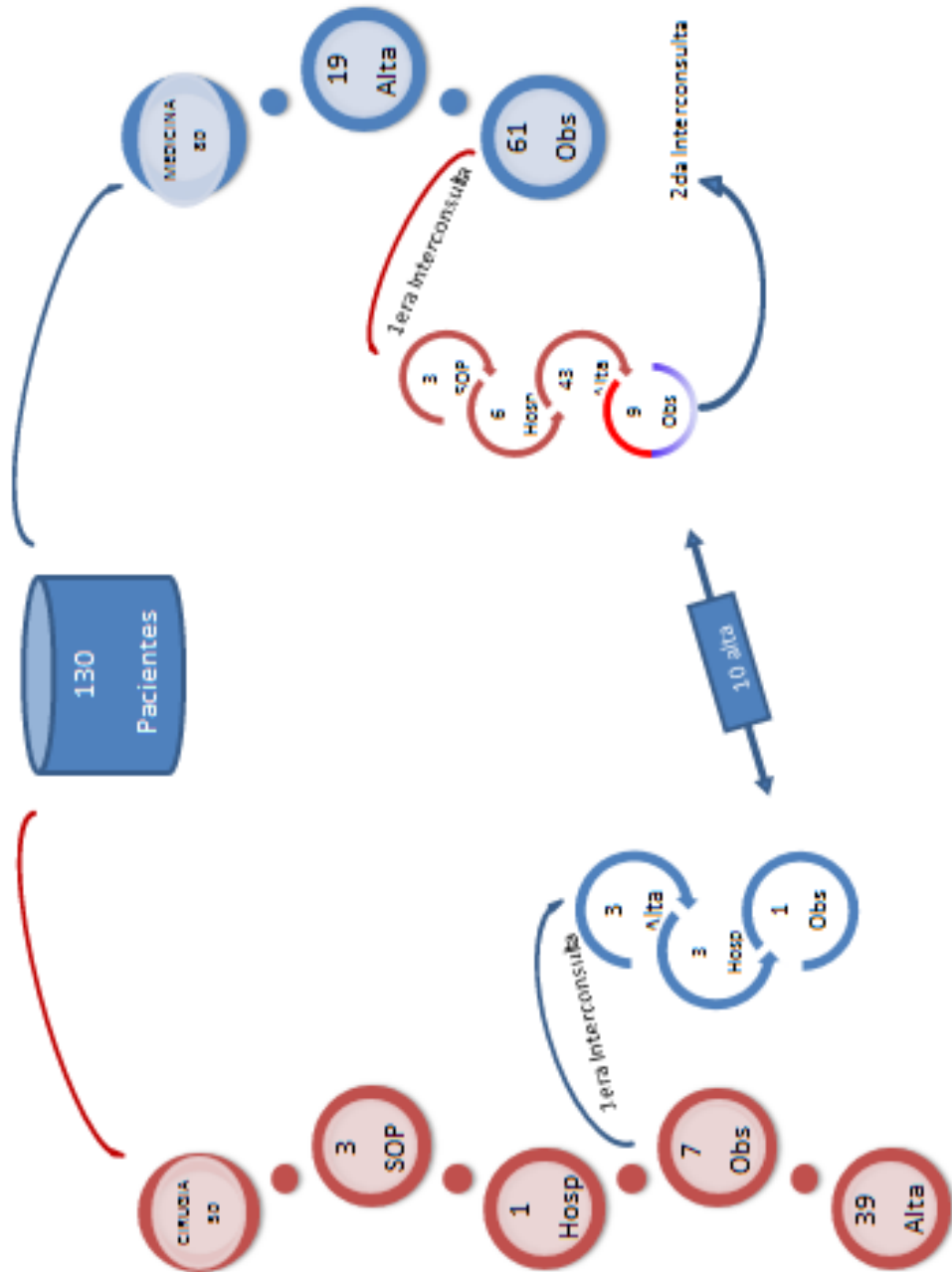
c. HOSPITALIZACIÓN,
ESPECIALIDAD: _____

d. ALTA Y CONTROL,

20. HORAS DE PERMANENCIA EN EMERGENCIA: _____

(Hrs/Min)

ANEXO 02



ANEXO 03

MODELO DE ASPLIN

