

**Artículo original**

Epidemiología del dolor abdominal en la consulta de un Servicio de Urgencias

Rafael Alejandro Chavarría-Islas, *^{***} Sergio Bulmaro Estevez-Abascal,*
Jorge Loría-Castellanos, *^{****} Karina Peláez-Méndez^{****}

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal constituye la principal patología dolorosa que ingresa a los Servicios de Urgencias y que de manera inicial no es manejada con analgesia. Se ha observado que la gravedad y percepción individual son muy variables, de ahí que la evaluación y decisiones en el tratamiento son difíciles. El objetivo fue determinar la epidemiología del dolor abdominal en los pacientes atendidos por esta patología en el Servicio de Urgencias Adultos del HGR No 25. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, recuperándose datos de los expedientes clínicos de pacientes que acudieron con dolor abdominal al Servicio de Urgencias durante un periodo de tres meses. **Resultados:** Un total de 3,184 pacientes con dolor abdominal fueron atendidos en la consulta de urgencias adultos; la patología predominante fue no-quirúrgica, correspondiente a la gastroenteritis; el turno matutino tuvo el mayor número de ingresos, siendo la diabetes e hipertensión las comorbilidades más asociadas. **Conclusión:** El dolor abdominal de origen no-quirúrgico es la principal causa de atención en el Servicio de Urgencias.

Palabras clave: Urgencias, dolor abdominal, epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: Abdominal pain is the main painful condition that enters the Emergency Department and not be initially managed with analgesia. It was observed that the severity and individual perception are highly variable, hence the evaluation and treatment decisions are difficult objective was to determine the epidemiology of abdominal pain in patients treated for this disease in the Adult Emergency Department HGR No. 25. **Material and methods:** An observational, retrospective, descriptive, recovering data from clinical records of patients who presented with abdominal pain to the Emergency Department over a period of three months. **Results:** A total of 3,184 patients with abdominal pain were seen in the adult emergency consultation, the disease was not surgically for gastroenteritis, the morning shift had the highest number of admissions, diabetes and hypertension being the most associated comorbidities. **Conclusion:** Abdominal pain source is the principle nonsurgical cause of attention in the Emergency Department.

Key words: Emergency, abdominal pain, epidemiology.

* Especialista en Urgencias Medico-Quirúrgicas.
** Profesor adjunto en la Especialidad de Urgencias Medico-Quirúrgicas. Coordinador Médicos Internos de Pregrado Módulo de Urgencias.
*** Profesor Titular en la Especialidad de Urgencias Medico-Quirúrgicas.
**** Médico Cirujano. Profesora Instituto Cultural Helénico.

Correspondencia:

Dr. Rafael A. Chavarría Islas.

Manuel Álvarez Núm. 111, Edif. 7 A int. 204, Col. Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, 09100 México, D. F. Teléfono: 2633 1635. E-mail: ralexi@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 01 de septiembre de 2010

Aceptado: 15 de noviembre de 2010

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define a éste como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial». ¹⁻⁵

El dolor es parte de una respuesta generalizada al estrés, que comprende una serie de cambios neurofisiológicos que resultan en una actividad aumentada de la hipófisis, glándula suprarrenal y páncreas que pueden alterar el metabolismo proteínico y de carbohidratos; el dolor intenso puede provocar arritmias, alteraciones de la perfusión tisular, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, así como complicaciones trombóticas y neurológicas. Por eso, el tratamiento del dolor debe ser rápido y eficaz, a fin de limitar complicaciones.⁶⁻⁸

Los principales estímulos que producen dolor en las vísceras abdominales son originados por tracción, distensión y estiramiento, mientras que la sección, aplastamiento o desgarro no producen dolor. La inflamación y la isquemia, a través de las sustancias químicas liberadas, producen una estimulación y sensibilización de las terminaciones nerviosas, de modo que disminuyen el umbral doloroso. Por eso las vísceras inflamadas, congestivas, edematosas o isquémicas son sensibles a estímulos que no serían dolorosos en estado normal; esto puede explicarse por la distribución de las terminales nerviosas en las paredes musculares de las vísceras huecas y en las cápsulas de las vísceras macizas. También son sensibles al dolor el mesenterio y el peritoneo parietal, mientras que no lo son el peritoneo visceral y el epiplón mayor.^{9,10}

La realización de una historia clínica y examen físico adecuados, son las herramientas esenciales para un correcto diagnóstico, debiendo indagarse la forma de aparición, localización, intensidad, carácter, irradiación, factores precipitantes, maniobras que lo modifican y síntomas asociados.^{7,10}

Se ha observado que la gravedad y percepción individual son muy variables, de ahí que la evaluación y decisiones en el tratamiento son difíciles. A pesar de que «el dolor es el síntoma más común que presentan los pacientes en las emergencias», ¹¹ continuamos otorgando poca analgesia a este tipo de pacientes. Se encuentra con mucha frecuencia que pacientes con el mismo problema tienen diferentes grados de intensidad de dolor y requieren diferentes tipos de fármacos.^{12,13}

Muchos factores pueden contribuir a un escaso control del dolor, entre los que se señalan los siguientes:¹⁴⁻¹⁶

1. Inherentes al comportamiento del médico: temor a las complicaciones (dependencia física, depresión respiratoria, disfunción aparato gastrointestinal, ines-

tabilidad hemodinámica), temor a enmascarar diagnósticos, incapacidad para precisar y medir el dolor.

2. Fallas en la enseñanza y poca información bibliográfica acerca del dolor y su tratamiento.
3. Experiencia previa negativa en el uso de sedación y analgesia.
4. Inapropiadas dosis y administración de analgésicos.

De esto derivan los lineamientos necesarios para el éxito del control del dolor.¹⁷

1. El tratamiento de la analgesia debe ser considerada como una prioridad y derecho de adultos y niños.
2. Seguridad y eficacia como objetivos importantes en los regímenes analgésicos.
3. Desarrollo de protocolos que lleven a producir una norma consistente del tratamiento analgésico.
4. Educación a médicos y enfermeras acerca de la sedación y analgesia, ya que ellos deben tener la capacidad de evaluar el dolor y diagnosticar efectos colaterales.

Existen algunos artículos en relación a manejo del dolor en urgencias y en la terapia intensiva; estas series de estudio muestran que el 78% de los pacientes ha experimentado dolor durante la hospitalización; de éstos, el 45% presentó dolor insoportable; sin embargo, únicamente el 49% de las notas de enfermería mencionan que existe una mejoría de la sintomatología dolorosa.¹⁸

El 74% de los pacientes con trauma múltiple, incluido el abdominal, atendidos en el Servicio de Urgencias, reportaron su dolor de moderado a severo.¹⁹⁻²¹

Al momento no existen estudios acerca de este tema en nuestro medio, por lo que a través del siguiente trabajo se pretende identificar las características de los pacientes que por dolor abdominal ingresan al Servicio de Urgencias. Un conocimiento adecuado de las mismas nos permitirá mejorar la atención de estos pacientes.

MÉTODOS

El estudio se realizó en el Hospital General Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Servicio de Urgencias, en el área de consulta. El diseño del estudio fue observacional de tipo descriptivo, retrospectivo.

Se incluyeron todos los pacientes que acudieron por dolor abdominal al Servicio procedentes de su domicilio, trasladados por paramédicos y referidos de las Unidades de Medicina Familiar y que fueron atendidos en la consulta de urgencias, durante un periodo de 3 meses.

Las variables del estudio fueron: edad, género, patología de ingreso, turno de ingreso, tratamiento, remisión del dolor, comorbilidades y automedicación.

Se recuperaron los datos en los expedientes clínicos así como de las hojas de atención médica de la consulta de urgencias. El análisis estadístico se realizó con la modalidad de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se incluyeron 3,184 pacientes adultos en un periodo de 3 meses, los cuales se distribuyeron en base a edad, sexo, diagnóstico, turno de atención, remisión del dolor, comorbilidad y automedicación.

Durante el trimestre evaluado se observó un predominio de dolor abdominal y diagnóstico de gastroenteritis, con 1,504 pacientes (47%), rango de edad entre 20 y 59 años, seguido en frecuencia por el diagnóstico de colelitiasis con 357 pacientes (11%), rango de edad entre los 20 y 59 años, el dolor pélvico de causa no especificada con 335 pacientes (10%), la hernia inguinal 333 pacientes (10%), gastritis y duodenitis con 220 pacientes, otras enfermedades del estómago y duodeno 208 pacientes (7%), trastornos del sistema urinario con 141 pacientes (4%), apendicitis 86 pacientes (3%) y trauma abdominal con 19 pacientes (1%) (*Cuadro I*).

En la distribución por diagnóstico y sexo se observó del total de consultas una mayoría de pacientes del sexo femenino con 1,745 (54.80%), mientras para el sexo masculino fueron 1,439 pacientes (45.19%), destacando para el sexo femenino un predominio en patologías como gastroenteritis, colelitiasis, trastorno del sistema urinario y dolor abdominopélvico, mientras para el masculino predominaron patologías de estómago y duodeno, así como trauma abdominal (*Cuadro I*).

En la distribución por diagnóstico y turno de ingreso, el mayor número de pacientes atendidos fue

en el turno matutino con un total de 1,395 pacientes (43.81%), seguido del vespertino con 1,007 pacientes (31.62%) y el nocturno con 782 pacientes (24.56%) (*Cuadro II*).

En la distribución por diagnóstico y tratamiento, de los 3,184 sólo 2,422 requirieron manejo analgésico del tipo no esteroideo (AINE) y un paciente requirió manejo con narcótico, predominando el uso de los mismos en los pacientes con patologías por gastroenteritis (1,374 pacientes), colelitiasis (343 pacientes) y hernia inguinal (323 pacientes) (*Cuadro III*).

En cuanto a la distribución por diagnóstico y comorbilidad, se encontró que del total de pacientes (1,714), 909 (53.03%) padecen diabetes mellitus y 736 (42.94%) hipertensión arterial (34.74%) (*Cuadro IV*).

La distribución por diagnóstico y automedicación reveló que 2,673 pacientes se automedicaron antes de acudir a consulta (83.95%) y 511 (16.04%) no recibieron medicación alguna antes de acudir a consulta (*Cuadro V*).

DISCUSIÓN

La patología predominante en el trimestre estudiado fue la no quirúrgica que correspondió a la gastroenteritis probablemente infecciosa con un total de 1,473 pacientes, de los cuales el 55.32% pertenecía al sexo femenino con una incidencia alta en los mayores de 60 años, y 44.67% correspondieron al sexo masculino, también con mayor incidencia en los mayores de 60 años. Deducimos que la mayor parte de la población atendida en el Servicio de Urgencias es geriátrica; se realizó una distribución por turno y se concluyó que donde se observa mayor número de ingresos con dicha patología es en el matutino; esto probablemente debido a que se encuentra con mayor personal,

Cuadro I.
Distribución de pacientes por diagnóstico, edad y sexo.

Diagnóstico y edad	< 18 años		59 años		> 60 años	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Colelitiasis	0	0	56	169	59	73
Hernia inguinal	1	5	95	29	116	87
Trast. del sistema urinario	3	5	22	61	17	33
Apendicitis	3	6	12	12	21	32
GEPI	47	97	233	274	378	475
Dolor abdominal y pélvico	40	28	68	57	39	103
Otras enf. del estómago y del duodeno	4	0	46	59	59	40
Gastritis y duodenitis	11	10	43	48	55	53
Trauma abdominal	3	0	7	3	4	2
Total	112	151	582	543	748	898

Fuente: Hoja de recopilación de datos.

en comparación con el vespertino y el nocturno. La gastroenteritis, probablemente de etiología infecciosa, obtuvo además un número alto de pacientes tratados con analgésicos (AINES). No se obtienen datos de remisión del dolor debido a que tales pacientes acudieron con dolor abdominal y no se reporta en las notas de valoración médica de la consulta de urgencias que se hayan egresado posterior a la valoración inicial sin dolor. En cuanto a comorbilidad, se concluye que la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, seguida de la hipertensión arterial; esto es sólo un reflejo de la problemática social de nuestro país.

La mayor parte de los pacientes que cursan con gastroenteritis probablemente infecciosa se automedican, principalmente con AINES, antes de acudir a un Servicio de Urgencias; esto puede ser resultado de que existe una amplia variedad de medicamentos analgésicos comprados sin receta médica.

Con lo expuesto anteriormente, podemos concluir que el dolor abdominal es una de las principales causas de demanda de atención en nuestro Servicio de Urgencias, destacando su origen no quirúrgico y sobre todo su mayor incidencia en la población adulta mayor y una tendencia importante a la automedicación por parte de la población atendida; esto nos orienta a implementar estrategias que permitan, en primera instancia, capacitar al personal de salud adscrito al Servicio para una rápida detección clínica de las características del mismo, pero sobre todo el desarrollo de las competencias necesarias para su adecuado tratamiento y resolución pronta del cuadro por el cual acude el paciente, lo que contribuiría a disminuir los tiempos de estancia y dedicar tiempo a la educación del paciente, para abatir estos índices de automedicación que pueden incluso redundar en complicaciones posteriores.

Cuadro II.
Distribución de pacientes por diagnóstico y turno.

Diagnóstico y turno	Matutino	Vespertino	Nocturno
Colelitasis	203	106	48
Hernia inguinal	117	137	79
Trast. del sistema urinario	65	63	13
Apendicitis	44	17	23
GEPI	609	434	430
Dolor abdominal y pélvico	135	104	110
Otras enf. del estómago y del duodeno	132	40	36
Gastritis y duodenitis	83	106	31
Trauma abdominal	7	0	12
Total	1,395	1,007	782

Fuente: Hoja de recopilación de datos.

Cuadro III.
Distribución de pacientes por diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico y tratamiento	AINE	Narcótico	Sedante	Anestésico
Colelitasis	343	1	0	0
Hernia inguinal	323	0	0	0
Trast. del sistema urinario	127	0	0	0
Apendicitis	0	0	0	0
GEPI	1,374	0	0	0
Dolor abdominal y pélvico	188	0	0	0
Otras enf. del estómago y del duodeno	67	0	0	0
Gastritis y duodenitis	0	0	0	0
Trauma abdominal	0	0	0	0
Total	2,422	1	0	0

Fuente: Hoja de recopilación de datos.

Cuadro IV.
Distribución de pacientes por diagnóstico y comorbilidad.

Diagnóstico y comorbilidad	DM2	HAS	Otros
Colelitiasis	105	55	2
Hernia inguinal	93	106	10
Trast. del sistema urinario	81	46	3
Apendicitis	5	12	51
GEPI	481	334	0
Dolor abdominal y pélvico	57	85	2
Otras enf. del estómago y del duodeno	25	54	1
Gastritis y duodenitis	59	43	0
Trauma abdominal	3	1	0
Total	909	736	69

Fuente: Hoja de recopilación de datos.

Cuadro V.
Distribución de pacientes por diagnóstico y automedicación.

Diagnóstico y automedicación	Sí	No
Colelitiasis	333	24
Hernia inguinal	305	28
Trast. del sistema urinario	129	5
Apendicitis	35	49
GEPI	1,256	224
Dolor abdominal y pélvico	245	104
Otras enf. del estómago y del duodeno	150	58
Gastritis y duodenitis	220	0
Trauma abdominal	0	19
Total	2,673	511

Fuente: Hoja de recopilación de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silka P, Roht M, Geiderman J. Patterns of analgesic use in trauma patients in the ED. *Am J Emerg Med* 2002; 20: 298-302.
2. Merino R, Bravo R. Manejo del dolor en atención primaria. *Sal Rural* 1998; 25: 21-44.
3. Vidal T, Terrasa A, Gallego G. Paciente con dolor agudo. *Revisa Rol de Enfermería* 1995; 198: 75-8.
4. Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojaania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA* 2006; 296 (14): 1764-1774.
5. Sánchez J. Aspectos psicosociales del dolor en los pacientes críticos. *Enfermería Científica* 1997; 184-185: 23-5.
6. Davis MP. Management of cancer pain: Focus on new opioid analgesic formulations. *American Journal of Cancer* 2006; 5 (3): 171-182.
7. Knox H, Edward P, Chen C, Stephen E, Kyle W. Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban Emergency Departments. *Can J Emerg Med* 2002; 4: 244-52.
8. Edwards JM, Sloan EP, Eder S, Chan S. Abdominal pain patient management in the Emergency Department: 186. *Annals of Emergency Medicine* 2004; 44 (Supplement 4): S58.
9. Jones JB. Pathophysiology of acute pain: Implications for clinical management. *Emergency Medicine* 2001; 13 (3): 288-292.
10. Van Handel D, Fass R. The pathophysiology of non-cardiac chest pain. *Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2005; 20 (Supplement 3): S6-S13.
11. Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management: Programs in the US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology* 1995; 83: 1090-1094.
12. Baker K. Chronic pain syndromes in the Emergency Department: Identifying guidelines for management. *Emergency Medicine Australasia* 2005; 17 (1): 57-64.
13. Reznikova S, Iserson K, Rousseau E, Palestrant S, Yarnish A. Pain in the Emergency Department: 293. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 46 Supplement (3): S82.
14. Donovan M, Dillon P, McGuire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *MG Revista Mexicana de Anestesiología Pain* 1987; 30: 69-87.
15. Cohen SP, Christo PJ, Moroz L. Pain management in trauma patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83: 142-161.
16. Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S. Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* 2006; 32 (3): 219-224.
17. Knopp RK, Dries D. Analgesia in acute abdominal pain: What's next? *Annals of Emergency Medicine* 2006; 48 (2): 161-163.
18. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *American Journal of Emergency Medicine* 2002; 20 (3): 165-169.
19. Karwowski-Soulie FA, Lessenot-Tcherny SB, Lamarche-Vadel AB, Bineau SB, Ginsburg CA, Meyniard OA, Mendoza BA, Fodella PA, Vidal-Trecan GB, Brunet F. Pain in an Emergency Department: an audit. *European Journal of Emergency Medicine* 2006; 13 (4): 218-224.
20. Hayes K, Huckstadt A, Daggett D. Acute low back. Pain in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2006; 28 (3): 234-247.
21. Svensson I, Sjöstrom B, Haljamae H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain* 2001; 5: 125-133.