

Estudio epidemiológico de pacientes con dolor abdominal agudo no traumático egresados del servicio de urgencias

Epidemiological study of patients with acute non-traumatic abdominal pain discharged from the emergency room

Diana Rojas-Valenzuela¹, Martha Quiñonez-Meza²

¹ Médico Pasante del Servicio Social. Universidad Autónoma de Sinaloa, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. México.

² Médico Cirujano. Universidad Autónoma de Sinaloa, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. México.

***Autor de correspondencia: Diana Karely Rojas Valenzuela.**

Calle Paseo San Francisco #1623 Col. Santa Margarita, C.P. 80040, Culiacán Sin. México.

Teléfono (667) 145-83-87. dianakrojasv@gmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n1.004>

Recibido 19 de Noviembre 2019, aceptado 28 de Diciembre 2019

RESUMEN

Objetivo. Determinar las características epidemiológicas y evolución de los pacientes que acuden con dolor abdominal agudo no traumático al servicio de urgencias con seguimiento a 7 días y un mes, de enero a junio de 2019. **Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes mayores de 18 años con dolor abdominal agudo no traumático que fueron ingresados al servicio de urgencias. Se evaluaron las siguientes variables: -Variables demográficas. -Premedicación. -Ingresos previos por dolor abdominal. -Pruebas diagnósticas de laboratorio y gabinete, y costos. -Grado académico del médico tratante. -Horas de hospitalización -Diagnóstico de egreso. Enseguida se llevó a cabo mediante encuesta telefónica, previo consentimiento verbal, el seguimiento de los pacientes a los 7 y 30 días desde su egreso, evaluando las siguientes variables: -Mejoría. -Atención en consulta externa. -Atención en otro hospital. -Requirió cirugía. -Reingreso. -Defunción. -Percepción de la atención médica. -Diagnóstico de egreso. **Resultados.** Se incluyeron 219 pacientes. Las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo fueron apendicitis aguda (13.6%), coledoclitiasis (12.4%) y colitis (10%). En el 36.9% hubo presencia de premedicación. En el seguimiento a los 7 y 30 días hubo mejoría en 34.7% y 62.55% respectivamente. Hubo una correlación del diagnóstico inicial y el definitivo de 59.8%. **Conclusiones.** El diagnóstico del dolor abdominal agudo es un gran reto para los médicos del servicio de urgencias, y es imperativo desarrollar estrategias para mejorar la calidad de la atención de estos pacientes.

Palabras clave. Dolor abdominal agudo, Urgencias, Diagnóstico

ABSTRACT

Objective. To determine the epidemiological characteristics and evolution of patients with acute non-traumatic abdominal pain who come to the emergency room, with a 7 days and 1 month follow-up, from January to June 2019. **Material and Methods.** Observational, prospective, transversal and descriptive study. Clinical records of patients over 18 years old with acute non-traumatic abdominal pain admitted to the emergency room were reviewed. The next variables were evaluated: -Demographic variables. -Premedication. -Previous admissions for abdominal pain. -Laboratory and cabinet diagnostic tests, and costs. -Academic degree of the attending physician. -Hospitalization hours. -Discharge diagnosis. Then, a telephone survey was made, with verbal consent, to follow the patients at 7 and 30 days after their discharge, evaluating the next variables: -Improvement. -Attention in external consultation. -Attention in another hospital. -Required surgery. -Re-admission. -Death. -Perception of medical attention. -Discharge diagnosis. **Results.** 219 patients were included. The most frequent causes of acute abdominal pain were acute appendicitis (13.6%), cholelithiasis (12.4%) and colitis (10%). Premedication was present in 36.9%. In the 7 and 30 days follow-up, there was improvement in 34.7% and 62.55% respectively. There was a 59.8% of correlation between the initial diagnosis and the definitive diagnosis. **Conclusions.** The acute abdominal pain diagnosis is a big challenge for doctors of the emergency service, and it is imperative to develop strategies to improve the attention's quality of these patients.

Key words. Acute abdominal pain, Emergency room, Diagnosis

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una experiencia desagradable subjetiva localizada en abdomen, la cual comúnmente se asocia a lesión de los tejidos, y en la que intervienen factores fisiológicos y psicosociales del individuo¹.

Éste puede clasificarse en agudo y crónico. Se dice que el dolor abdominal agudo es aquél que se origina de un daño tisular bien establecido y termina al detenerse el estímulo nocivo. Se caracteriza por tener aparición repentina y duración máxima de 2-5 días.^{2,3}

Uno de los estudios de imagen más utilizados para el diagnóstico del dolor abdominal agudo, es la tomografía computarizada, la cual se ha incrementado exponencialmente a través de los años. En Estados Unidos el número de tomografías indicadas en pacientes con dolor abdominal agudo incrementó un 141% entre los años de 1996 y 2005. El uso de la tecnología médica en México comenzó a partir del año 1995, extendiéndose hasta 1980. Su uso intensivo, provocó que los costos de la atención médica se elevaran; y aunque ha aportado importantes beneficios al ámbito de la medicina, puede también influir en el juicio del médico.⁴

Es muy importante conocer y estudiar de manera adecuada el dolor abdominal, ya que es un síntoma común que comprende aproximadamente el 30% de las consultas de urgencias en México⁵

De los casos de dolor abdominal agudo, el 50% requiere hospitalización y cirugía en el 30 – 40%. Aproximadamente el 40% obtienen un diagnóstico erróneo a su ingreso.⁶

Solo el 60% de los casos que ingresan son diagnosticados correctamente, por lo que vale la pena decir que es un auténtico desafío clínico.⁷

Debemos siempre tomar en cuenta al dolor abdominal inespecífico, el cual es un reto para el médico, ya que no proporciona signos ni síntomas precisos de ninguna patología en particular. Alrededor del 20 - 40% de los pacientes que

acuden al servicio de urgencias con dolor abdominal no específico serán egresados sin un diagnóstico confirmado, aproximadamente el 35% será hospitalizado y habrá un diagnóstico incorrecto en hasta el 56% de los pacientes,^{8,9,10} quizá pueda ser un factor determinante para determinar los errores que se cometen en el diagnóstico de dolor abdominal agudo.

De los pacientes dados de alta del servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico, la mayoría (80 - 90%) se resuelve sin complicaciones en un periodo de 2 – 3 semanas a partir del egreso.^{10,11}

La importancia de un adecuado diagnóstico en un servicio de urgencias se refleja en resultados de algunos estudios realizados, mostrando una mortalidad del 8% de los pacientes que se diagnosticaron correctamente comparado con el 19% de los que se diagnosticaron después de ser hospitalizados.⁵

Teniendo en cuenta lo que implica el abordaje del dolor abdominal agudo, y la importancia que tiene en la población, se ha propuesto como objetivo principal del estudio, conocer el comportamiento epidemiológico de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Civil de Culiacán con dolor abdominal agudo no traumático con el fin de determinar las posibles causas de morbimortalidad de esta población y sus determinantes, ya que se considera que hay una clara evidencia de la alta vulnerabilidad de esta población a padecer complicaciones por

retrasos en el diagnóstico adecuado y por lo tanto tratamiento retardado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo sobre la evolución de los pacientes con dolor abdominal agudo del servicio de urgencias del Hospital Civil de Culiacán, durante el periodo comprendido de marzo a junio de 2019.

La población o universo de estudio serán todos los pacientes mayores de 18 años con dolor abdominal agudo no traumático, que sean atendidos y egresados del triage del Servicio de Urgencias del Hospital Civil de Culiacán.

El servicio de Urgencias cuenta con un área de Triage, donde se evalúan todos los pacientes a su ingreso, se clasifican en códigos de colores para dar prioridad en la atención según sea la necesidad, desde este servicio son egresados, ya sea a su domicilio, a la consulta externa o si se considera un padecimiento que requiere ingreso hospitalario, se ingresan al servicio de Hospitalización Urgencias. En este servicio se les da la atención necesaria y se valora si son egresados hacia su domicilio o consulta externa por mejoría de los síntomas, o si son ingresados hacia los servicios de Cirugía o Medicina Interna para posterior manejo de su patología.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años que acuden al servicio de urgencias con dolor abdominal agudo (de 2 a 5 días) no traumático
2. De cualquier género
3. Pacientes que acepten responder a la encuesta telefónica previo consentimiento informado verbal.
4. Expedientes que tengan todas las variables a medir
5. Pacientes que sean egresados desde el servicio de urgencias (triage, consulta externa u hospitalización)

Criterios de exclusión:

1. Pacientes obstétricas
2. Pacientes con abdomen agudo postquirúrgico
3. Enfermedades psiquiátricas
4. Dolor de origen traumático
5. Pacientes que no den su consentimiento verbal para responder la encuesta telefónica

Criterios de eliminación:

1. Falta de seguimiento por datos incompletos en el expediente o por pérdida del paciente.
2. Pacientes que soliciten abandonar el estudio voluntariamente

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. En el paciente ingresado a triage se evaluaron las siguientes variables: variables demográficas, premedicación, ingresos previos por dolor abdominal, pruebas diagnósticas de laboratorio y gabinete, y costos, grado académico del médico tratante, diagnóstico de egreso.

En el paciente ingresado al servicio de Hospitalización de Urgencias se investigaron las siguientes variables: pruebas diagnósticas de laboratorio y gabinete y costos, grado académico del médico tratante, horas de hospitalización, diagnóstico de egreso.

Enseguida se llevó a cabo mediante encuesta telefónica, previo consentimiento verbal, el seguimiento de los pacientes a los 7 días y a los 30 días desde su egreso, evaluando las siguientes variables: mejoría, atención en consulta externa, atención en otro hospital, requirió cirugía (en el Hospital Civil o en otro hospital), reingreso, defunción, percepción de la atención médica, diagnóstico de egreso

Se realizó el siguiente cuestionario: ¿Ha habido mejoría del dolor abdominal?, ¿Tuvo necesidad de acudir a la consulta externa?, ¿Acudió a recibir atención a otro hospital? De ser así, ¿Cuál fue el motivo?, ¿Tuvo necesidad de ser intervenido quirúrgicamente?, ¿Reingresó al servicio de urgencias por la misma causa?, ¿Hubo defunción del paciente?, ¿Cómo calificaría la atención médica en el servicio de urgencias? Buena,

regular o mala, ¿Cuál fue el diagnóstico definitivo recibido?

Se calculó una muestra de 219 pacientes. Se requiere $n=219$ pacientes para estimar la frecuencia de premedicación. Se supone una frecuencia del 30% estimada con una muestra piloto de $n=81$. Se utilizó la fórmula para una proporción con corrección para población finita $N=1000$. La precisión se fijó en 5% y la confianza en el 95%.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficas, y se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizaron medidas de concordancia entre variables nominales para relacionar el diagnóstico inicial con el definitivo, utilizando *lambda*, que es una medida de asociación que refleja la reducción proporcional en el error cuando se utilizan los valores de la variable independiente para pronosticar los valores de la variable dependiente.

RESULTADOS

La muestra consistió en un total de 219 pacientes; de éstos 146 fueron mujeres (66.6%) y 73 fueron varones (33.3%), con rangos de edad entre los 18 y 95 años, con un promedio de 43.1 años.

Se determinó la frecuencia de premedicación en los pacientes, obteniéndose un total de 81 pacientes con dicho antecedente (36.9%). Se encontraron 40 pacientes con antecedente de ingresos previos por dolor abdominal, de éstos

hubo 30 con 1 ingreso previo (13.6%), 6 con 2 ingresos previos (2.7%), 3 con 3 ingresos previos (1.3%) y 1 con 4 ingresos previos (0.4%).

En cuanto a las pruebas diagnósticas, se solicitaron pruebas de función hepática en 63 pacientes (28.7%), amilasa y lipasa en 70 pacientes (31.9%), ultrasonido abdominal en 128 (63%) y tomografía abdominal en 42 (19.1%)

Del universo de pacientes incluidos (219) los diagnósticos más frecuentes fueron en primer lugar apendicitis aguda con 13.6%, seguido de coledoclitiasis con 12.4% y colitis con 10%.

Se encontraron causas quirúrgicas de dolor abdominal agudo en 75 pacientes (34.2%) y causas no quirúrgicas en 144 (65.7%)

Referente al análisis de los costos, se encontró que el gasto promedio de los pacientes en el servicio de Triage fue de \$647.5 en estudios de laboratorio y de \$454.5 en estudios de gabinete. Mientras que en Hospitalización de Urgencias fue de \$934.6 en estudios de laboratorio y de \$1591.1 en estudios de gabinete.

En el servicio de Triage, 127 pacientes (57.9%) fueron atendidos por un médico general y 90 (41%) por un médico internista. Por otro lado, en Hospitalización Urgencias, en 100% de los pacientes fue atendido por un médico internista.

Durante el seguimiento a los 7 días posteriores al egreso, hubo mejoría en 76 pacientes (34.7%), 42 acudieron a la consulta externa

(19.1%), 49 requirieron cirugía (22.3%), 20 reingresaron por la misma causa (9.3%) requiriendo cirugía en 2 de los casos, 13 pacientes no tuvieron mejoría (5.9%), 19 acudieron a otro hospital (8.6%) y de éstos 6 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente.

Durante el seguimiento a los 30 días posteriores al egreso, se encontró mejoría en 137 pacientes (62.5%), 41 acudieron a la consulta externa (18.7%), 16 requirieron cirugía (7.3%), 14 reingresaron por la misma causa (6.3%), 2 acudieron a otro hospital y ambos fueron intervenidos quirúrgicamente (0.91%) y hubo defunción en 1 paciente (0.45%).

La percepción de la atención médica por parte de los pacientes fue buena en un 80.8%, regular en 15.9% y mala en 3.1%.

La concordancia entre el diagnóstico inicial en Triage y el diagnóstico definitivo a los 30 días posteriores al egreso fue de 59.8%. Tomando en cuenta los diagnósticos iniciales en Hospitalización Urgencias, la concordancia fue de 65.8%.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal es una causa muy frecuente de atención en el servicio de urgencias, por lo tanto, es necesario conocer al máximo todos los factores que pueden alterar su correcto diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar las fallas en la atención de los pacientes.

Las causas más frecuentes de dolor abdominal según la literatura muestran en primer lugar a la gastroenteritis, seguido de colelitiasis y dolor abdominal inespecífico.¹² Encontramos algunas similitudes con nuestros resultados, al predominar las causas no quirúrgicas de dolor abdominal agudo.

Chavarría, et al. encontró una frecuencia de automedicación en 83.95% de los pacientes antes de acudir a consulta,¹² lo cual contrasta de manera importante con nuestro estudio, donde encontramos una frecuencia de 36.9% de pacientes premedicados, esta diferencia puede ser resultado del nivel socioeconómico y cultural de los pacientes incluidos en cada estudio.

El uso común de este tipo de medicamentos es debido a la automedicación, por el fácil acceso a los fármacos y el bajo nivel de cultura de la sociedad, pero en la actualidad, es también frecuente encontrar su uso indiscriminado por parte de los médicos.¹³

Aunque ha sido condenada, persiste la práctica hospitalaria del uso del analgésico solamente después de que la decisión de operar al paciente haya sido hecha. A pesar de esto, el uso de analgésicos se ha incrementado durante los últimos años. Summant y cols. concluyeron en una revisión sistemática publicada en 2006 que en relación con los opiáceos, su administración puede alterar los hallazgos en el examen físico pero estos cambios no resultan en incrementos significativos de errores de manejo. No ha sido

comprobado este efecto en los antiinflamatorios no esteroideos.¹⁴

Laurel et al. estudiaron pacientes con dolor abdominal agudo y evaluaron los estudios de imagen utilizados para apoyar sus diagnósticos. Se encontró una frecuencia de solicitudes de ultrasonido en el 18% de los pacientes, y de tomografía computarizada en sólo el 3%.¹⁵ En nuestro estudio se reportaron 63% de pacientes con solicitud de ultrasonido y 19.1% con solicitud de tomografía computarizada. Es conveniente precisar algunos resultados dado el año en que se realizó (2006) con el fin de compararlo a la actualidad dada la disponibilidad de herramientas diagnósticas que anteriormente no eran accesibles. Sin embargo, hay que señalar que no se debe confiar ciegamente en los exámenes de laboratorio y gabinete, ya que éstos por sí solos no llevarán al diagnóstico, más bien se deben utilizar como una herramienta de apoyo y para confirmar un diagnóstico previamente sospechado por la clínica del paciente; de igual manera, evitar el uso innecesario de múltiples estudios que pudieran contribuir al retraso en el manejo.

El diagnóstico inicial erróneo se encuentra, según la literatura, en 35 a 41.1% de los pacientes^{6,16}. En nuestro estudio encontramos que el diagnóstico inicial y definitivo no fue concordante en 40.2% de los pacientes. Lo cual nos coloca dentro de las estadísticas esperadas, sin embargo, es alarmante el elevado porcentaje

de error que existe, y esto debe llevarnos a buscar estrategias para mejorar la calidad de la atención.

En cuanto al seguimiento de los pacientes, Koyunku siguió a los pacientes con dolor abdominal inespecífico a los 3 y 90 días, encontrando ausencia de mejoría en 32.5% y reingreso en 8.8%.¹¹ En nuestro centro de atención encontramos similitudes en la frecuencia del reingreso, sin embargo la ausencia de mejoría fue mayor en dicho estudio,¹¹ debido a que sólo se estudiaron los pacientes con dolor abdominal inespecífico, a diferencia de nuestro estudio donde se siguieron a todos los pacientes con dolor abdominal agudo sin importar el diagnóstico definitivo.

Con el presente estudio se concluye que, el establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de urgencia, conlleva grandes dificultades.

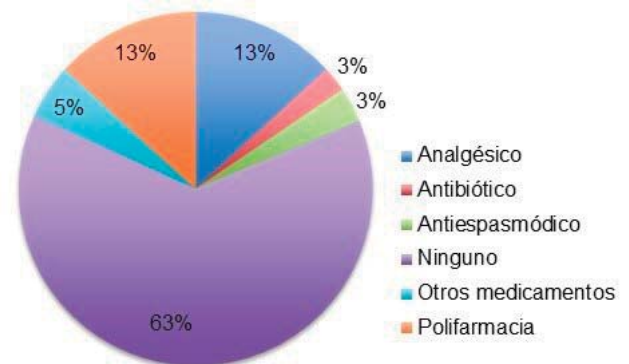
Sobre todo por la gran variedad de factores que con frecuencia conducen a error o retraso en el diagnóstico, como son la edad avanzada, la inmunosupresión, el sexo femenino y el uso de analgésicos y antibióticos.

Esto debe orientar a implementar estrategias y desarrollar las competencias necesarias que permitan al personal de salud adscrito al servicio llevar a cabo un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento para resolución rápida del cuadro de ingreso del paciente.

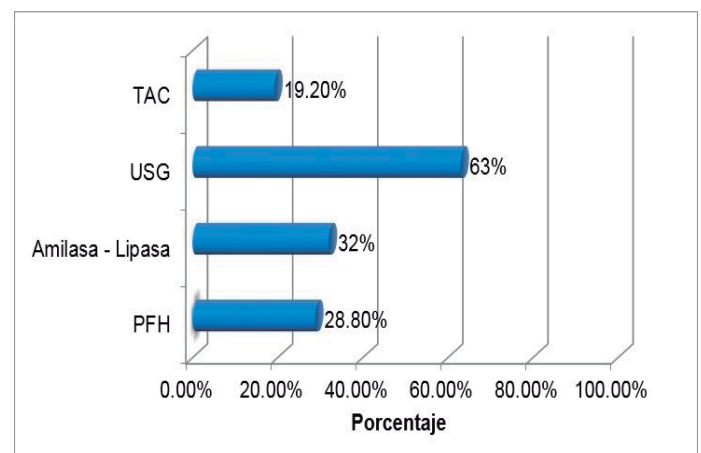
Tabla 1. Variables demográficas de la población incluida en el estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Género	Femenino	146	66.66%
	Masculino	73	33.33%
Edad	Mínima: 18 años		
	Máxima: 95 años		

Gráfica 1. Uso de premedicación

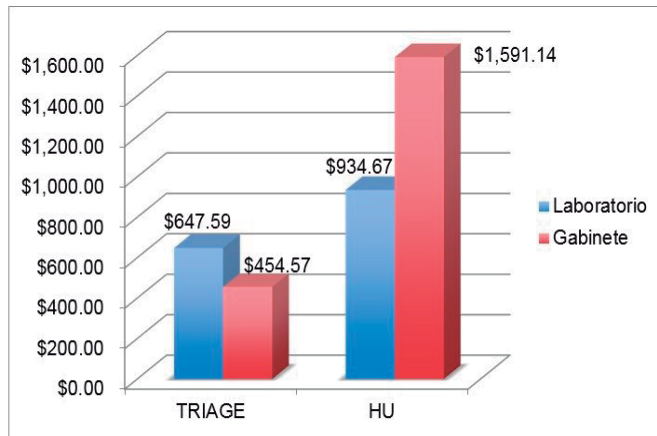


Gráfica 2. Pruebas diagnósticas utilizadas



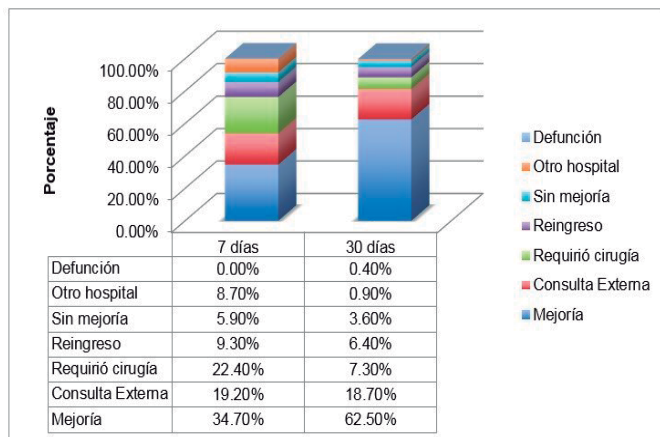
TAC: Tomografía Axial Computarizada; USG: Ultrasonido; PFH: Pruebas de Funcionamiento Hepático

Gráfica 3. Costos de la atención médica.



HU: Hospitalización Urgencias

Gráfica 4. Seguimiento y evolución de los pacientes a los 7 y 30 días posteriores al egreso



REFERENCIAS

1. Feldman M, Fordtran JS, Friedman LS, Sleisenger MH. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento 7ma. Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004:pp 87.
2. Blanco TE, Espinosa J, Marcos H, Rodríguez M. Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento. Madrid: International

- Marketing & Communications SA; 2004:pp 24.
3. Motta-Ramírez GA, Martínez-Luján E. El enfoque diagnóstico por imagen del síndrome doloroso abdominal agudo no traumático en adultos. *An Radiol Mex* 2017;16(3):147-177.
4. Cuevas-Guajardo L, Alonso-Trujillo J. Algunas barreras para el empleo de la tecnología médica en México. *Rev Cuid* 2015;4(8):63-69.
5. Hernández ME, Delgado FR, Gas HG, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los Servicios de Urgencias. *Rev CONAMED* 2007;12(3):1-40.
6. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán JD, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cir Gen* 2017;39(4):203-8.
7. Montoro HM, Casamayor M. Dolor abdominal agudo en: Montoro HM, García PJC (Eds.) *Manual de emergencias en gastroenterología y hepatología*. Jarpuyo Editores SA Madrid, 2010, pp 79-91.
8. Gerhardt RT, Nelson B, Keenan S, Kernan L, MacKersie A, Lane M. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the guideline for abdominal pain in the ED setting (GAPEDS) phase 1 study. *Am J Emerg Med* 2005;23(6):709-17.
9. Maconi G, Obici L, Carmagnola S, Guzzetti S. Autoinflammatory diseases as a cause of

- acute abdominal pain in the emergency department. *Clin Exp Rheumatol* 2018;36(110):39-43.
10. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003;2(1):61-72.
 11. Koyuncu K, Karcioğlu O, Sener S. Nonspecific abdominal pain: a follow-up survey. *Niger J Clin Pract* 2018;21(3):332-336.
 12. Chavarría RA, Estevez S, Loría J, Peláez K. Epidemiología del dolor abdominal en la consulta de un servicio de urgencias. *Arch Med Urogen Mex* 2010;2(3):87-91.
 13. Velázquez MJ, Ramírez F, Vega J. Preme-dicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. *Cir Gen* 2009;31(2):105-109.
 14. Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA* 2006;296(14):1764-74.
 15. Brekke M, Eilertsen RK. Acute abdominal pain in general practice: tentative diagnosis and handling. A descriptive study. *Scand J Prim Health Care* 2009;27(3):137-40
 16. Medford DL, Park E, Shlamovitz G, Suliburk J, Meyer AN, Singh H. Diagnostic errors related to acute abdominal pain in the emergency department. *Emerg Med J* 2016;33(4):253-9.