

## EPIDEMIOLOGIA Y RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON MOTIVO DE CONSULTA : DOLOR ABDOMINAL

Inés Álvarez de Linares Felgueroso, Reyes García de Diego, M<sup>a</sup> Teresa Arias Miranda  
Servicio de Urgencias. Hospital de Jove

### RESUMEN

Objetivos: Analizar el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra y que presentan como motivo principal de consulta dolor abdominal.

Determinar si a estos pacientes se les aplica correctamente el protocolo de R.A.C. vigente en nuestro hospital.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por este motivo de consulta durante los tres primeros meses del año 2005.

Resultados: El porcentaje de los pacientes que acuden a nuestro servicio por este motivo de consulta es cercano al 5,5 % de todas las Urgencias.

La distribución por tramos de edades de estos pacientes es muy dispersa, afecta a casi todos los tramos, aunque es algo más frecuente entre el intervalo de 30 y 40 años.

El nivel de gravedad más frecuentemente asignado a estos pacientes del Nivel III de nuestro protocolo de RAC, lo que confirma que se realiza con corrección

El destino de estos pacientes supone el ingreso de casi el 25 % de todos los motivos de consulta citados, lo que supone casi 7 puntos porcentuales respecto a los ingresos desde urgencias de todas las patologías.

Conclusiones: Dentro de este estudio podemos concluir que la incidencia del dolor abdominal es importante dentro de los motivos de asistencia del Servicio de Urgencias.

Que se trata de un proceso complejo que genera bastantes asistencias y produce un número de ingresos más elevado que el general.

Dentro de la edad se puede hablar de una dispersión importante.

Podemos concluir también que la asignación de los niveles de gravedad relacionados con el dolor abdominal es el apropiado en función del protocolo de RAC y se realiza correctamente.

PALABRAS CLAVE: Dolor abdominal, Protocolo de Recepción Acogida y Clasificación (RAC), Nivel de Gravedad, Motivo de Consulta, Destino al alta.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos debates y congresos de urgencias se ha llegado a la conclusión que el dolor es la causa más frecuente de consulta dentro de los Servicio de Urgencias Hospitalarios, constituyendo por lo menos la mitad de los motivos para acudir a la urgencia hospitalaria.

Los tres principales motivos de consulta relacionados con el dolor serían el dolor causado por un traumatismo, que supondría cerca del 30 % de los casos, después se situaría el dolor abdominal con el 8- 10 % de los casos y el dolor torácico con porcentajes cercanos al 4-5 %, más bajos serían los motivos de consulta referidos a cefaleas, dolor lumbar, odontalgias etc.

El dolor abdominal ocuparía este segundo lugar de motivos frecuentes de consulta constituyendo un porcentaje cercano al 10% dentro del ámbito hospitalario y subiendo hasta un 15% en la atención urgente prehospitalaria.

Se trata de un proceso frecuente pero es una entidad difícil de definir y de clasificar, no solo en los primeros momentos de la RAC, si no incluso después de una exhaustiva exploración y de la realización de numerosas pruebas complementarias, una cantidad importante de estos procesos quedan definidos como dolores abdominales sin filiación.

Dentro de nuestro protocolo de RAC, este proceso se encuentra definido en varios niveles de gravedad:

- NIVEL II: Dolor Abdominal intenso con cortejo vegetativo e hipotensión

- NIVEL III: Dolor Epigástrico con ardor o nauseas.
- NIVEL III: Dolor Abdominal sin datos de gravedad.

Mientras que en modelos de 5 Niveles de gravedad del tipo de modelo Canadiense se encuentra definido así:

Nivel II: Dolores viscerales con síntomas asociados (náuseas, vómitos, sudor, irradiación etc.) con anomalías de los signos vitales (hipotensión, taquicardia, fiebre) .La severidad de dolor, no puede por si sola predecir si existirán repercusiones graves a nivel quirúrgico o médico.

Nivel 4: Dolor agudo de intensidad moderada (4-7/10). Los Signos vitales deberían ser normales. El estreñimiento puede causar dolor intenso y en ocasiones puede ser confundido con otros problemas más serios.

El dolor abdominal suele casi siempre estar asociado a Sintomatología acompañante del tipo de vómitos náuseas, falta de emisión de gases y heces, cuadros de diarrea, anorexia, fiebre, tos y/o disnea, dolor torácico, mareo, síncope y en otros procesos a sintomatología urinaria, trastornos ginecológicos etc.

## OBJETIVO

Con este trabajo queremos conocer las características de los pacientes que acuden a nuestro servicio por este motivo:

- su numero en relación al numero total de urgencias
- su distribución por edades
- como especifican el tipo de dolor: abdominal, epigastro etc.
- El nivel de gravedad asignado a estos pacientes dentro del protocolo de la R.A.C.
- Su destino final ya sea el alta domiciliaria o el ingreso.

## METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo retrospectivo realizado durante los 3 primeros meses del año 2005 de los pacientes que acuden a nuestro Servicio con el motivo de consulta dolor abdominal, estos datos han sido extraídos de las Historias clínicas Informatizadas de nuestro centro.

Criterios de Inclusión: exclusivamente

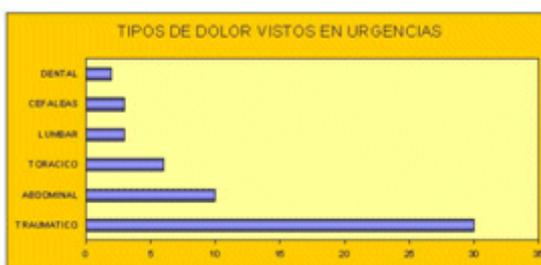
- DOLOR ABDOMINAL
- DOLOR EPIGASTRICO
- DOLOR FOSA ILIACA

Criterio de exclusión : no incluyen cualquier otra localización en la zona abdominal como por ejemplo : Dolor fosa renal o dolor o bultoma en zona inguinal.

## RESULTADOS

A nivel general podemos significar que de todos los tipos de dolores que acuden a cualquier servicio de urgencias encontramos que el dolor abdominal se sitúa en 2º lugar como motivo mas frecuente con un 7-10 % de los casos.

Traumático	25-30%
Abdominal	7-10%
Torácico	6%
Lumbar	2-3%
Cefaleas	2-3%
Dental	2%



Tipos de dolor vistos en urgencias

En nuestro hospital el numero de urgencias recibidas en el periodo de tiempo estudiado es de :

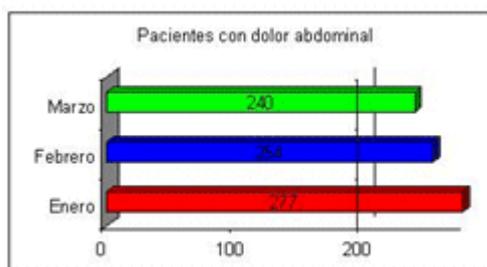
Enero	4913
Febrero	4337
Marzo	4908



Número de urgencias en el Hospital de Navarra

Durante este mismo periodo vemos que el número de pacientes que presentan el motivo de consulta de dolor abdominal distribuido por meses es :

Enero	277
Febrero	254
Marzo	240



Pacientes con motivo de consulta Dolor Abdominal

De este número podemos deducir que el dolor abdominal representa entre el 4 y el 5 % de todas las patologías en Urgencias de nuestro Hospital.

Enero	5,63%
Febrero	5,85%
Marzo	4,88%
Promedio	5,45%



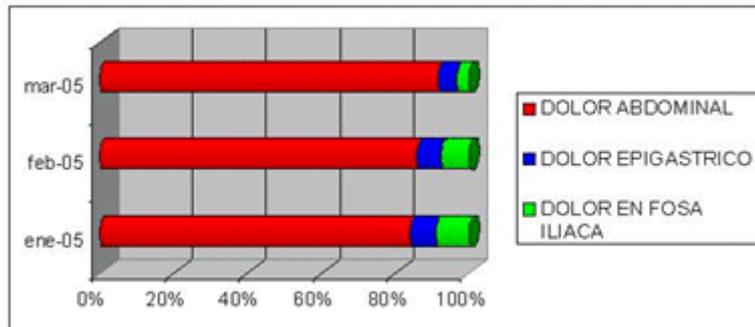
Porcentaje de dolor abdominal en relación con las urgencias totales

Dentro de nuestro estudio del dolor abdominal y dentro del protocolo de de R.A.C. podemos encontrar tres motivos de consulta diferenciados que hemos incluido dentro del epígrafe general de Dolor Abdominal, serian el citado dolor abdominal, el dolor epigástrico y los dolores en ambas fosas iliacas.

Su distribución estadística define con claridad que el motivo mas frecuente es el primero de los citados.

	Enero	Febrero	Marzo	Total	Porcentaje
Dolor abdominal	233	218	220	671	87,02%
Dolor epigástrico	19	17	12	48	6,22%
Dolor en fosa ilíaca	25	19	8	52	6,74%

Tipos de motivos de consulta

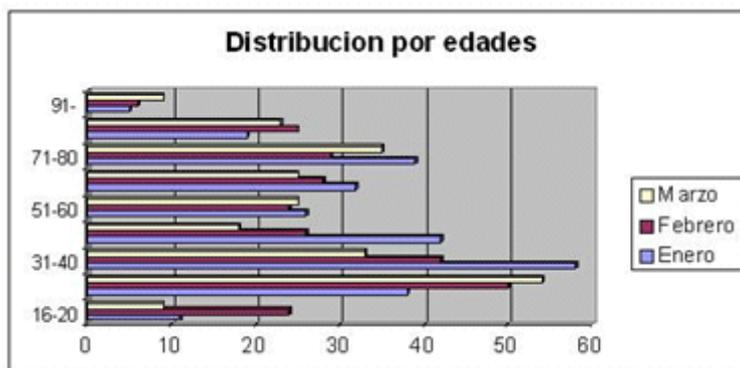


Tipos de motivos de consulta

La distribución por edades muestra en marcada dispersión en los tramos centrales, lo que indica que este tipo de patología afecta a amplios sectores de la población, no siendo la edad un motivo de definición de este motivo de consulta. También es de señalar que como se aprecia en la distribución, no hay población infantil menor de 15 años, ello se debe a que nuestro hospital no es Pediátrico y no hay urgencias infantiles.

Edad	Enero	Febrero	Marzo	
16-20	11	24	9	14,66
21-30	38	50	54	29,33
31-40	58	42	33	44,33
41-50	42	26	18	28,66
51-60	26	24	25	25
61-70	32	28	25	28,33
71-80	39	29	35	34,33
81-90	19	25	23	22,33
> 91	5	6	9	6,667

Edades



Edades

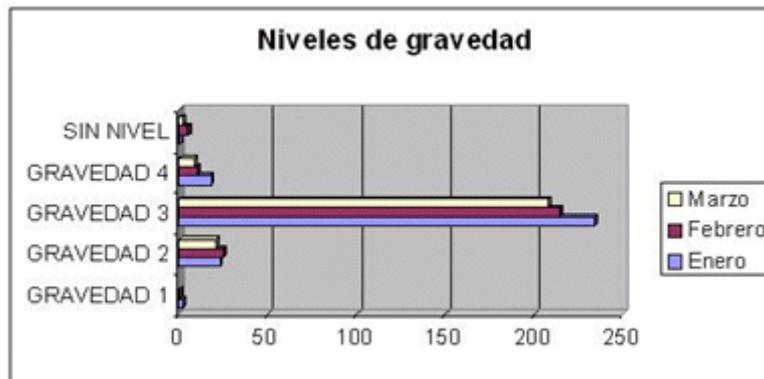
En cuanto al nivel de gravedad asignado en la R.A. C. por enfermería vemos que la gran mayoría de estos procesos son encuadrados en el Nivel III, casi el 78 %, mientras que al Nivel II se le asigna cerca del 8 %, siendo el nivel 1 casi inexistentes.

Dentro del protocolo de la R.A.C. vemos que el cumplimiento se realiza prácticamente en mas de un 86 % de los casos, los casos de no cumplimiento en la asignación al indicar un nivel 4 pueden deberse a pacientes que acuden con procesos de larga duración, en los que no se aprecia signos de gravedad etc.

Enero	Febrero	Marzo
-------	---------	-------

Gravedad 1	2	0	
Gravedad 2	23	25	21
Gravedad 3	234	214	208
Gravedad 4	18	10	9
Sin nivel	0	5	2

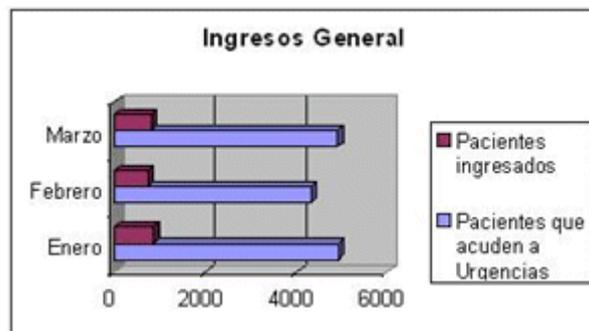
Niveles de Gravedad



Niveles de Gravedad

Como parte final nos vamos a referir al destino de los pacientes, en la tabla siguiente podemos ver el numero de ingresados en estos tres meses en relación porcentual con el numero de pacientes vistos, la media sitúa para los ingresos en un 17 %,

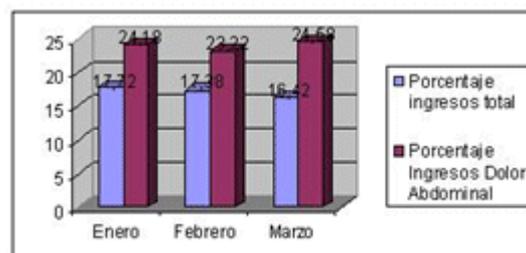
Enero	4913	871	17,72
Febrero	4337	754	17,38
Marzo	4908	806	16,42



Porcentaje de ingresos general

Para comparar vamos a ver el número de ingresos que se produce en relación al motivo de consulta citado.

Enero	277	67	24,18
Febrero	254	59	23,22
Marzo	240	59	24,58



Ingresos por dolor abdominal

Como vemos el porcentaje es mayor cercano al 8 %, y no es puntual ya que se mantiene durante todos los meses como vemos en este grafico de Comparativa Porcentual.

**CONCLUSIONES**

Dentro de este estudio podemos concluir que:

- la incidencia del dolor abdominal es importante dentro de los motivos de consulta y asistencia en el Servicio de Urgencias.
- Se trata de un proceso complejo que genera bastantes asistencias y produce un número de ingresos más elevado que el general.
- Afecta a toda la población general sin poder indicar que exista una población diana de este proceso.

Podemos concluir también que la asignación de los niveles de gravedad relacionados con el dolor abdominal es el apropiado en función del protocolo de RAC y que se realiza correctamente casi en el 90 % de los casos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agustín Julián Jiménez Coordinado Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes Capítulos 28,29 y 30 Complejo Hospitalario de Toledo. 2001
- Marisol Carrasco Jiménez, José Antonio de Paz Cruz. Tratado de emergencias médicas. Ed. Arán. 2000.
- Baily Raffensperger, Mary Lloyd Zusy, Lynn Claire. Manual de la enfermería. Grupo editorial Océano, S.A. 2000.
- Varios autores. Manual Práctico de Enfermería en Urgencias. Servicio de Urgencias Complejo Hospitalario de Albacete. Aula Médica ediciones. 1999.
- Judy Selfridge- Thomas. Actuación de enfermería en urgencias. Ed. Harcourt Brace. 1988.
- Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Et al. Alteraciones de la función gastrointestinal. Harrison. Principios de Medicina Interna, 2 Vols. 16º Ed. 2005
- Beveridge R. The Canadian Triage and acuity scale: A new and critical element in health care reform. J Emerg Med 1998; 16: 507-511
- Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Servicio de Urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Principat D' Andorra. Emergencies 2003; 15: 165-174
- E. Aranguren, J. A. Capel, M. Solano, C. Jean Louis, J. C. Larumbe J. I. Elejalde Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario [anales/textos/vol28/n2/orig1a.html](#)
- A. S. Olivan. M. A. Pinillos. J. Agorreta. T. Rubio. Guía de Urgencias. Hospital de Navarra. 1999.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001.
- Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería Médico-Quirúrgica de Brunner y Suddarth. 8ª edición. México: Mc Graw-Hill interamericana, 1998.
- L. J. Carpenito. Planes de Cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos en enfermería y problemas asociados. Interamericana. McGRAW-HILL.