

Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias

MÓNICA BEJARANO¹, CRISTAL XIMENA GALLEGO², JULIÁN RICARDO GÓMEZ²

Palabras clave: dolor abdominal; abdomen agudo; servicios médicos de urgencia; diagnóstico; evaluación.

Resumen

Introducción. El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias, 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.

Objetivo. 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 Uribe de Cali, en el periodo de enero a julio de 2009.

Materiales y métodos. 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.

Resultados. 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 con-

sultas 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%).

Conclusión. 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.

Introducción

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal.¹⁻⁶ Según estadísticas de la Secretaría de Salud Departamental, en el año 2005 el dolor abdominal y pélvico ocupó el tercer puesto (correspondiente a 4,2%) entre las causas de consulta de urgencias en el departamento del Valle del Cauca.⁷

De manera sencilla, se ha definido el abdomen agudo como “todo dolor abdominal que obliga al

1 Cirujano general Clínica Rafael Uribe Uribe; magíster en Epidemiología; docente de Cirugía General, Universidad Libre, Seccional Cali.

2 Médico general, Universidad Libre, Seccional Cali.

Fecha de recibido: 3 de enero de 2011

Fecha de aprobación: 14 de enero de 2011

paciente a consultar de manera urgente".⁸ Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas.^{9,10} En general, 10% a 25% de los pacientes con dolor abdominal presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico.^{2,3,6,8} Por esta razón, el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del dolor abdominal agudo están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias.¹

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia del abdomen agudo quirúrgico entre los pacientes que consultaron al servicio de urgencias de la Clínica Rafael Uribe Uribe, en Cali, Colombia, en el periodo de enero a julio del 2009.

Materiales y métodos

Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, o de prevalencia, en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años que consultaron por cuadro de dolor abdominal, entre enero y julio del 2009, al servicio de Urgencias de la Clínica Rafael Uribe Uribe. Esta es una clínica de nivel III de atención que es sitio de referencia no sólo para los pacientes residentes en Cali, sino para aquellos provenientes de todo el departamento del Valle del Cauca y el suroccidente colombiano, que requieren atención en un centro de salud de mayor complejidad. El servicio de urgencias cuenta con un área de *triage*, donde se evalúan todos los pacientes a su ingreso, se clasifican para darles prioridad en la atención según sea la necesidad y se les asigna el consultorio donde se va a continuar la prestación del servicio. Los casos que no se consideraron de urgencia (*triage* IV) fueron devueltos a su institución primaria de salud para ser atendidos por consulta externa.

Según los informes estadísticos de la clínica, se calculó el promedio mensual de consultas con

médico general en urgencias y se buscaron los diagnósticos de ingreso relacionados (según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10: R100 a R104) de los pacientes atendidos.

Utilizando la aplicación *Statcalc* del programa de Epi-Info, se calculó un tamaño de muestra de 136 pacientes, para un promedio de 8.000 a 9.000 consultas mensuales al servicio de urgencias, una prevalencia de dolor abdominal de 5% y un nivel de confianza de 95%. Se hizo una selección aleatoria de 200 historias y de ellas se registraron los datos de 163; 37 historias no se encontraron en los archivos de la clínica, por lo que no se incluyeron esos pacientes en el estudio. Después de revisar las historias clínicas, se excluyeron las pacientes embarazadas y aquellos con información insuficiente para el análisis.

Se recolectó la información en un formato diseñado para tal fin, en el que se incluyeron las variables edad, sexo, tiempo de evolución, tipo y localización del dolor, síntomas asociados, hallazgos en el examen físico abdominal, antecedentes personales, diagnósticos de ingreso y egreso, y tratamiento.

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa Stata 8.0®. Se calcularon promedio, mediana y desviación estándar para las variables continuas, y frecuencia y porcentaje para las variables categóricas; la comparación entre estas últimas se hizo mediante la prueba de ji al cuadrado; el valor de p inferior a 0,05 se consideró como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos: de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el Decreto 2164 de 1992 y la Ley 10 de 1990 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, dado que el estudio era de tipo descriptivo observacional de corte transversal en el que la información sería obtenida de las historias clínicas, sin ninguna intervención directa sobre el paciente, se consideró que no ofrecía ningún riesgo para la integridad de los pacientes y, por lo tanto, no se solicitó consentimiento informado por escrito.

Resultados

Entre enero y julio de 2009 consultaron al servicio de urgencias 60.567 pacientes, de los cuales, 3.124 fueron registrados con diagnóstico de dolor abdominal (según el CIE-10, códigos R100 a R104), lo que equivale al 5,1% del total de las consultas.

De acuerdo con el tamaño de muestra calculado y la selección aleatoria, se incluyeron en el análisis 146 historias clínicas de pacientes que ingresaron a urgencias con diagnóstico de dolor abdominal en ese periodo. De ellos, 34 (23,3%) fueron intervenidos quirúrgicamente. En la tabla 1 se presentan las características generales de los pacientes incluidos en el estudio.

Fue más frecuente el sexo femenino entre los pacientes que consultaron por dolor abdominal (67,8%) y los que fueron operados (64,7%). El rango de edad fue de 16 a 96 años, con un promedio de

54,9 años, con una desviación estándar de 18,48 y una mediana de 56 años. Entre los que recibieron tratamiento quirúrgico, la edad promedio fue de 53,1 años, con una desviación estándar de 16,07 y una mediana de 53,5 años. En la figura 1 se observa que el grupo etario más frecuente fue el de 50 a 59 años.

Los antecedentes patológicos personales más frecuentes fueron la hipertensión arterial (36,5%), la diabetes mellitus (10,3%), la gastritis y las enfermedades tiroideas (9,6%, cada una). Los síntomas más frecuentemente asociados al dolor abdominal y al abdomen agudo quirúrgico, fueron el vómito (39% y 50%, respectivamente) y la diarrea (19,9% y 17,6%).

En la figura 2 se aprecia que el tiempo de evolución más prevalente fue de 12 a 24 horas (28,4%), tanto para los que fueron operados como para los que recibieron manejo médico exclusivamente. Se observó que el tipo de dolor abdominal que refirieron

TABLA 1
Características de los pacientes que consultaron con dolor abdominal

Variable	Característica	Pacientes con dolor abdominal	Manejo médico	Manejo quirúrgico	p
		n=146	n=112	n=34	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo	Femenino	99 (67,8)	77 (68,7)	22 (64,7)	0,65
	Masculino	47 (32,2)	35 (31,2)	12 (35,3)	
Edad (años)	Media	54,9	55,4	53,1	
	Mediana	56	56	53,5	
Antecedentes	Hipertensión arterial	53 (36,5)	42 (37,8)	11 (32,5)	0,56
	Diabetes mellitus	15 (10,3)	11 (9,8)	4 (11,7)	0,74
	Gastritis	14 (9,6)	8 (7,1)	6 (17,6)	0,06
	Enfermedad tiroidea	14 (9,6)	10 (8,9)	4 (11,7)	0,62
	Cáncer	9 (6,2)	9 (8,0)	0 0,08	
	Infarto de miocardio	8 (5,6)	7 (6,2)	1 (3,1)	0,49
	Falla renal	4 (2,7)	4 (3,6)	0 0,26	
Síntomas asociados	Vómito	57 (39,0)	40 (35,7)	17 (50,0)	0,13
	Diarrea	29 (19,9)	23 (20,5)	6 (17,6)	0,71
	Fiebre	26 (17,8)	23 (20,5)	3 (8,8)	0,11
	Distensión	23 (15,7)	14 (12,5)	9 (26,5)	0,07
	Náuseas	19 (12,8)	14 (12,5)	5 (14,7)	0,73
	Estreñimiento	13 (8,9)	10 (8,9)	3 (8,8)	0,98
	Adinamia	9 (6,2)	9 (8,0)	0 0,08	
	Cefalea	6 (4,1)	5 (4,5)	1 (2,9)	0,69
	Disuria	8 (5,5)	8 (7,1)	0 0,10	
	Hematoquecia	7 (4,8)	4 (3,6)	3 (8,8)	0,20
	Hiporexia	6 (4,1)	4 (3,6)	2 (5,9)	0,55

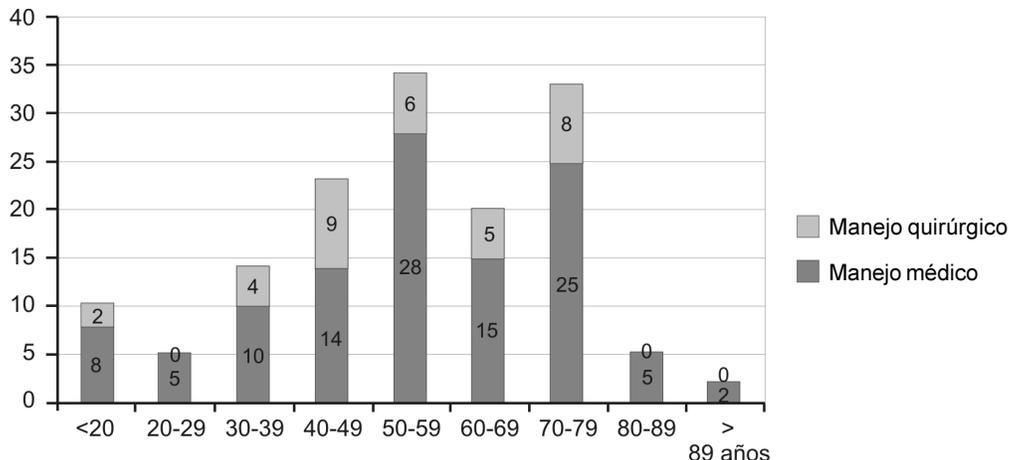


FIGURA 1. Grupos etarios de los pacientes que consultaron con dolor abdominal a urgencias entre enero y julio de 2009

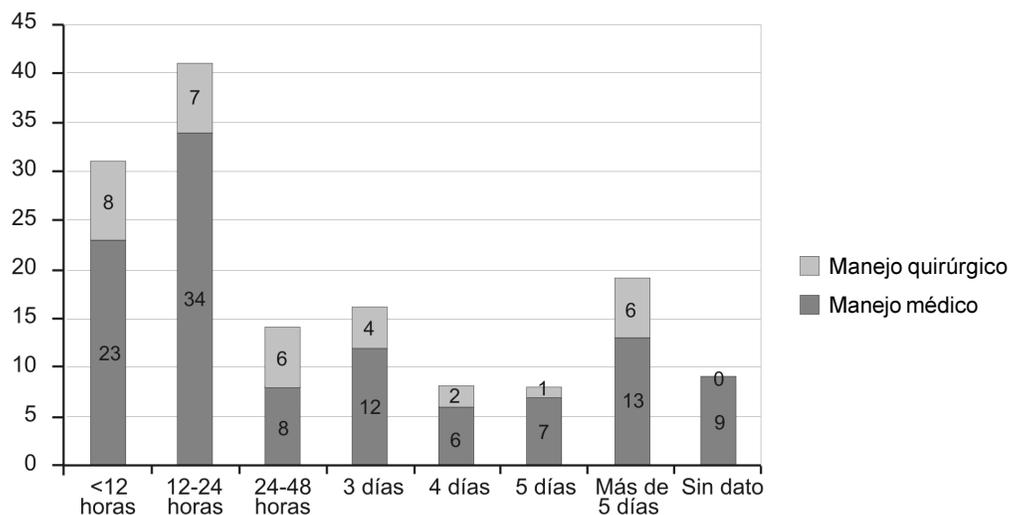


FIGURA 2. Tiempo de evolución de los síntomas al momento de la consulta a urgencias entre enero y julio de 2009

ron con mayor frecuencia (tabla 2) fue el cólico (75,3%), seguido del dolor urente (4,7%). La localización más frecuente del dolor fue en el epigastrio (15,1%), seguido del hipocondrio derecho (9,6%) y la fosa iliaca derecha (8,2%).

En el examen físico descrito en las historias clínicas, el hallazgo más común fue el dolor a la palpación en el epigastrio (7,5%), el hipocondrio derecho (6,8%) y la fosa iliaca derecha (6,2%). De manera similar, los signos semiológicos más frecuentes fueron el signo de Murphy (6,2%), el signo de Blumberg (4,1%) y el signo de McBurney (2,0%). Entre los pacientes operados, la defensa

abdominal voluntaria (11,8%), y el dolor a la palpación en hipocondrio derecho (5,9%) y en fosa iliaca derecha (5,9%), fueron los hallazgos más prevalentes. Asimismo, los signos semiológicos más comunes fueron el signo de Murphy (14,7%), el signo de Blumberg (8,8%) y el signo de McBurney (5,9%).

Del total de pacientes evaluados, los principales diagnósticos de egreso fueron dolor abdominal inespecífico (19,2%), coleditis con colecistitis aguda o sin ella (11,0%) e infección de las vías urinarias (8,9%), seguidos de apendicitis aguda (7,5%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen

TABLA 2
Tipo y localización del dolor abdominal

Variable	Característica	Pacientes con dolor abdominal n=146 n (%)	Manejo médico n=112 n (%)	Manejo quirúrgico n=34 n (%)
Tipo de dolor	Cólico	110 (75,3)	78 (69,6)	32 (94,1)
	Difuso	2 (1,3)	2 (1,8)	0
	Urente	7 (4,7)	7 (6,2)	0
	Punzada	3 (2,0)	2 (1,8)	1 (2,9)
	Opresivo	3 (2,0)	2 (1,8)	1 (2,9)
	Otro	1 (0,7)	1 (0,9)	0
	Sin dato	21 (14,4)	20 (17,8)	1 (2,9)
	Localización del dolor	Epigastrio	22 (15,1)	18 (16,1)
Generalizado		15 (10,3)	12 (10,7)	3 (8,8)
Hipocondrio derecho		14 (9,6)	8 (7,1)	6 (17,6)
Fosa ilíaca derecha		12 (8,2)	7 (6,2)	5 (14,7)
Hipogastrio		8 (5,5)	6 (5,3)	2 (5,9)
Fosa ilíaca izquierda		5 (3,4)	5 (4,5)	0
Hipocondrio izquierdo		3 (2,0)	2 (1,8%)	1 (2,9%)
Flanco derecho		3 (2,0)	2 (1,8)	1 (2,9)
Mesogastrio		3 (2,0)	3 (2,7)	0
Lumbar		2 (13,0)	2 (1,8)	0

infeccioso y gastritis inespecífica (6,2%, cada una). Entre los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por dolor abdominal en la misma hospitalización, la causa que ocupó el primer lugar fue la enfermedad biliar (colelitiasis y colecistitis) (35,3%), seguida en frecuencia por apendicitis aguda (26,5%), hernias de la pared abdominal (11,8%) y obstrucción intestinal (5,9%).

Discusión

El dolor abdominal representa 5% a 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias, así como 1,5% de las consultas de atención primaria^{1-3,6,11-14}, que coincide con lo encontrado en el estudio. Asimismo, la distribución por sexo, la edad y las enfermedades asociadas son similares a las encontradas en otras publicaciones.^{4,15} En general, se observó que los pacientes consultaron de manera temprana, ya que 48% lo hizo en las primeras 24 horas de evolución de la enfermedad, de manera más oportuna que lo descrito por otros autores.⁴

El “abdomen agudo” es un síndrome caracterizado por dolor abdominal intenso.¹⁶ El abdomen

agudo quirúrgico ha sido definido como “toda perturbación orgánica del contenido abdominal, de iniciación brusca, cuya sintomatología predominante es el dolor y que requiere tratamiento operatorio mediato o inmediato”.^{1,5,8,17} Las causas de dolor abdominal son muchas; debido a esto, el diagnóstico de la causa es un difícil desafío para el clínico. Por esta razón, una historia clínica detallada y un examen físico minucioso son muy importantes para establecer la aproximación correcta.¹⁶

El dolor es el aspecto central en la evaluación del paciente con sospecha de abdomen agudo.¹ Su duración es importante, aunque no hay consenso, pero su inicio, características y los factores agravantes y atenuantes, ayudan al diagnóstico.^{1,6,16} Aunque la localización, irradiación y migración del 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.⁶

Respecto a la sintomatología asociada al abdomen agudo quirúrgico en este estudio, se encontró que el vómito fue el síntoma más prevalente.^{4,18} 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.^{8,12} Por esta razón, se considera que 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.

Varios elementos del examen físico deben resaltarse; entre ellos, están la evaluación de la piel, para descartar herpes zóster, y las equimosis, que expliquen el dolor abdominal.¹⁹ Se ha descrito que no se encuentran signos positivos en el examen físico en 44% de los pacientes (42% del grupo de tratamiento médico y 19% del grupo de manejo quirúrgico)⁴, lo cual es similar a lo hallado en el presente estudio. Se encontró que los signos de Blumberg y de Murphy ocuparon el primer lugar en los hallazgos al examen abdominal (aunque con baja frecuencia); esto puede deberse a que la enfermedad biliar fue la causa de consulta más frecuente entre los pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

Los diagnósticos varían con los grupos de edad.¹ En la tabla 3 se resumen las causas de dolor abdominal según diferentes publicaciones y se aprecia que el dolor abdominal inespecífico es una de las más prevalentes, convirtiéndose en un problema de salud puesto que es responsable de 13% a 65% de las admisiones quirúrgicas de urgencia por

dolor abdominal agudo, que requieren observación clínica y prolongan la estancia hospitalaria, congestionando los servicios y aumentando los costos para los sistemas de salud.^{13,14,19-24}

En nuestro estudio, el dolor abdominal inespecífico fue la causa más común de dolor abdominal no quirúrgico y, si bien es cierto que existen pacientes en quienes no se logra dilucidar una causa que explique el dolor abdominal, se debe insistir en la realización de una historia clínica completa, un examen físico minucioso y la práctica de exámenes complementarios pertinentes, para disminuir la frecuencia de pacientes que se quedan sin diagnóstico.

La apendicitis aguda ocupa el primer lugar entre las causas más frecuentes de urgencias quirúrgicas abdominales (no traumáticas).^{1,5,8,9,14,17,25,26} Algunos estudios han encontrado que las enfermedades de las vías biliares son la principal causa de consulta por dolor abdominal agudo y la primera indicación de cirugía abdominal en el anciano^{4,8,18,19,27}; no obstante, en otros estudios estas entidades han ocupado el segundo lugar como causa de abdomen agudo después de la apendicitis aguda. Otras causas frecuentes de dolor abdominal en el anciano son la obstrucción intestinal, la diverticulitis y los defectos de pared, similar a lo encontrado en el estudio, además de la enfermedad tumoral y la vascular.^{1,8,14,15,20}

Se necesita un enfoque diagnóstico lógico y minucioso, ya que hasta 10% de los pacientes que consultan a urgencias requieren cirugía.^{1,6} Se debe

TABLA 3
Causas de dolor abdominal según diferentes autores

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

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.^{1,2,6}

El envejecimiento de la población es global y se ha descrito que una cuarta parte de los pacientes que consultan a urgencias son mayores de 50 años.^{4,8,11,15,28} Sin embargo, en este grupo, la mitad de los pacientes eran mayores de 50 años. Entre los pacientes mayores, 20% a 33% requiere cirugía de urgencia, un porcentaje más alto que en personas jóvenes.^{4,8,19,28} La tasa de mortalidad para cirugía abdominal de urgencia es de 15% a 34%, siendo la principal causa las enfermedades concomitantes, que son frecuentes.^{8,14,15,19,24,25,28} Las enfermedades asociadas que se encontraron en los pacientes evaluados concuerdan con las de otras publicaciones.^{4,14}

La presentación de un paciente mayor con dolor abdominal puede ser muy diferente de la de un paciente más joven, lo que crea un reto diagnóstico particular.^{6,8,15,28} Los mayores tienden a presentarse más tarde en el curso de la enfermedad, y tener síntomas menos intensos y más inespecíficos.^{4,6,8,14,15,19,28} El dolor puede ser de difícil localización debido a la disminución en la percepción del mismo, como resultado de los cambios fisiológicos del envejecimiento, las enfermedades concomitantes, y el consumo de analgésicos y corticoesteroides; los signos clásicos de peritonitis, como el dolor de rebote y el abdomen en tabla, pueden estar ausentes. Es posible que los ancianos no desarrollen taquicardia ni fiebre, por las enfermedades de base y los medicamentos que consumen.^{8,19}

La lista de diagnósticos diferenciales en el anciano es más extensa; algunos problemas que se pueden presentar con dolor abdominal agudo y no requieren manejo quirúrgico, son la infección urinaria y la pielonefritis, la retención urinaria, el infarto del miocardio, la falla cardiaca congestiva con congestión hepática, la embolia pulmonar, la neumonía, el estreñimiento, la cetoacidosis diabética y las lesiones musculares.^{16,28}

El diagnóstico de abdomen agudo depende de la capacidad del médico de interpretar los síntomas y

signos en forma correcta.¹⁶ El abdomen agudo es una situación grave para el equipo médico que la afronta, porque saben que de la rapidez y certeza de sus acciones depende el pronóstico del paciente, evitando complicaciones y eventualmente la muerte.⁶ 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^{8,19} 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 pacientes.¹⁹

Por tratarse de un estudio retrospectivo, tiene varias limitaciones, como la falta de algunos datos objeto de análisis en las historias clínicas. No se tiene información sobre el tiempo de permanencia de los pacientes en urgencias ni la estancia hospitalaria, o el número de evaluadores ni estudios diagnósticos por paciente, lo que no permite inferir cálculos de costos, que podría ser un hallazgo interesante para estudios posteriores. No se hizo seguimiento posterior a los pacientes para evaluar el desenlace, las complicaciones o la necesidad de reingreso a urgencias o de nuevas intervenciones quirúrgicas.

Los sistemas de puntajes simples basados en la presencia o ausencia de ciertos síntomas y signos, y el recuento de leucocitos (como la escala de Alvarado, entre otras)²⁹⁻³¹, han mostrado mejorar significativamente la exactitud diagnóstica, pero esta precisión se puede mejorar aún más con la combinación de imágenes diagnósticas como la ecografía.²³ Existen ciertas indicaciones de manejo quirúrgico, por ejemplo, signos de peritonitis como sensibilidad, defensa y rebote, o dolor abdominal localizado serio o creciente, así como hallazgos radiológicos que incluyen neumoperitoneo y niveles hidroaéreos, y leucocitosis.^{6,12,28}

Por todo lo anterior, es muy importante que el médico que evalúa inicialmente el paciente con dolor abdominal en urgencias, utilice de manera adecuada todas las herramientas clínicas, puesto que no existen “exámenes de rutina” para diferenciar los pacientes que requieren valoración prioritaria por el cirujano general, con el fin de prevenir las complicaciones del manejo inoportuno de los que requieren tratamiento quirúrgico urgente.^{1,3,8,19,32}

Frequency of acute surgical abdomen in patients consulting the emergency service

Abstract

Introduction. Abdominal pain is a frequent cause of consultation in the emergency services, and it is the responsibility of every physician to fully know its characteristics in order to take prompt clinical decisions, for the final result will depend on the opportune diagnosis.

Objective. To determine the characteristics of the abdominal pain and the frequency of acute surgical abdomen in patients that consulted the emergency service of Clínica Rafael Uribe Uribe in Cali, Colombia, during the period January to July 2009.

Materials and methods. Descriptive observational transverse study or prevalence study selecting patients older than fifteen years that consulted because of abdominal pain. Data taken from the medical records were submitted for central trend calculations.

Results. 146 patients that consulted between January and July 2009 were evaluated, finding that they represented 5.1% of the emergency service consultations and that 23.3% of them presented an acute surgical abdomen. Because of the type of patients that consulted our institution, half of the patients were older than 50 years. The female gender was predominant, as well as the history of arterial hypertension; 48% consulted during the first 48 hours after the onset of symptoms. Main causes for operation were biliary diseases (35.3%), acute appendicitis (26.5%) and abdominal wall hernias (11.8%).

Conclusion. Abdominal pain is a frequent cause of emergency service consultation and it appears most important that the general practitioner identifies during the initial clinical evaluation those patients that demand priority evaluation by the general surgeon because of the probability of an acute surgical abdomen.

Key words: abdominal pain; abdomen, acute; emergency medical services; diagnosis; evaluation.

Referencias

- Jones RS, Claridge J. Abdomen agudo. En: Townsend C, Beauchamp RD, Evers BM, editores. Sabiston, Tratado de cirugía. 17ª edición. Génova, Madrid: Editorial Elsevier Iberoamericana; 2004. p. 1221-38.
- 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;21:61-72.
- Graff LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. Emerg Med Clin North Am. 2001;19:123-36.
- Parra G, Marulanda F, Santacoloma M, Osorio M, Chacón J. Dolor abdominal agudo en el anciano en el Hospital de Caldas. Rev Colomb Gastroenterol. 2003;18:146-52.
- Baldera C, Grullón M, Estévez AE, Estévez CE, Pichardo E. Incidencia de apendicitis aguda en el hospital Padre Billini. Rev Med Dominicana. 2005;66:234-6.
- Cartwright S, Knudson M. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008;77:971-8.
- Secretaría de Salud Departamental del Valle. Primeras causas de consulta en urgencias, red pública, años 2002-2005. Fecha de consulta: 12 de noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php>.
- Ocampo M, González A. Abdomen agudo en el anciano. Rev Colomb Cir. 2006;21:266-82.
- Patiño JF. Dolor abdominal agudo. En: Patiño JF. Lecciones de cirugía. Bogotá: Editorial Panamericana y Médica Internacional, Ltda.; 2000. p. 8-14.
- Filen W. Dolor abdominal. En: Kasper D, Fauci A, editores. Harrison's Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Santiago de Chile: Editorial McGraw Hill; 2006. p. 95-8.
- Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: Projections from a multicenter data base. Ann Emerg Med. 1992;21:819-24.
- Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency room. Am J Surg. 1976;131:219-23.

13. López S, Lazcano IH, Albaladejo C, Hernández A. Dolor abdominal agudo, Servicio de Medicina Interna. *Medicine*. 2007;9:5657-64.
14. Espinoza R, Balbonti P, Feuerhake S, Pinera C. Abdomen agudo en el adulto mayor. *Rev Méd Chile*. 2004;132:1505-12.
15. Valdés J, Mederos N, Barrera J, Cantero R, Pedroso Y, Jémbere B. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. *Rev Cubana Cir*. 2002;41:23-7.
16. Silva V, Astudillo J, Navarro F, Ordenes O. Abdomen agudo. Universidad del Mar; 2008. Fecha de consulta: 22 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/pablongonius/monografia-abdomen-agudo-dra-silva>.
17. Banegas V. Abdomen agudo quirúrgico no traumático. *Rev Med Hon*. 1962;30:23-4.
18. Castro F, Galindo J, Bejarano M, Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. *Rev Colomb Cir*. 2008;23:16-21.
19. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am*. 2003;21:937-69.
20. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med*. 1990;19:1383-6.
21. Jiménez L, Ivos F, Leiva J, Buforn A, Toscano R. Dolor abdominal en urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria, Málaga. Fecha de consulta: 22 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/underwear69/219-dolor-abdominal-agudo>.
22. Morino M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E, Mao P, Rodolfo A. Dolor abdominal inespecífico. *Ann Surg*. 2006;244:881-6.
23. Sheridan WG, White AT, Havard T, Crosby DL. Non-specific abdominal pain: The resource implications. *Ann R Coll Surg Engl*. 1992;74:181-5.
24. Irvin TT. Abdominal pain: A surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg*. 1989;76:1121-5.
25. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients. *Arch Surg*. 2004;139:67-72.
26. Arístides R, Fortines Y, Javier J, Mercedes ME, Luciano JR. Frecuencia de apendicitis en adolescentes en el hospital Dr. Luis Eduardo Aybar (Morgan). *Rev Med Dom*. 2003;64:104-6.
27. Bejarano M. Utilidad de los factores predictores de coledocolitiasis en pacientes operados en la Clínica Rafael Uribe Uribe. *Rev Colomb Cir*. 2003;18:73-83.
28. Lyon C, Clark D. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician*. 2006;74:1537-44.
29. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med*. 1986;15:557-64.
30. Sanabria A, Mora M, Domínguez LC, Vega V, Osorio C. Validación de la escala diagnóstica de Alvarado en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis en un centro de segundo nivel de complejidad. *Rev Colomb Cir*. 2010;25:195-201.
31. Shirakabe A, Hata N, Yokoyama S, Shinada T, Suzuki Y, Kobayashi N, *et al*. Diagnostic score to differentiate acute aortic dissection in the emergency room. *Circ J*. 2008;72:986-90.
32. Grol R. Improving the quality of medical care: Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001;286:2578-85.

Correspondencia: MÓNICA BEJARANO, MD
 Correo electrónico: monicirugia@gmail.com
 Cali, Colombia: