

PRIORIZACIÓN EN URGENCIAS

El motivo de la consulta en Urgencias puede ser muy variable y la clasificación se realizará atendiendo al criterio de gravedad y tipo de proceso en cuatro niveles:

- **Nivel 1:** Todo enfermo que precise *asistencia inmediata* por la gravedad de su proceso o por compromiso vital (parada cardiorrespiratoria, bajo nivel de conciencia, hemorragia digestiva evidente con signos de gravedad, disnea intensa y de reposo, etc.). Estos pacientes son atendidos en el circuito de emergencias.
- **Nivel 2:** Todo paciente que, sin presentar un compromiso vital inmediato, debe ser evaluado con la *menor demora posible*, siempre inferior a 15 minutos (hemorragia digestiva evidente pero sin afectación del estado general o de las constantes vitales, dolor intenso de cualquier localización, fiebre elevada con afectación del estado general, etc.). Estos pacientes, junto con los de nivel 3, serán atendidos en los circuitos asistenciales ordinarios.
- **Nivel 3:** Paciente con patología no de nivel 4 pero que admite cierta demora para su atención en Urgencias (dolor abdominal tolerable, sin signos de gravedad o compromiso vital; disnea de esfuerzo; diarrea sin afectación del estado general; sospecha de hemorragia digestiva en paciente asintomático y sin afectación de constantes, etc.). La espera de estos pacientes para recibir asistencia médica no debería superar los 30 minutos.
- **Nivel 4:** El paciente presenta un proceso con escasa o nula gravedad clínica, mínima complejidad diagnóstica y terapéutica y con el alta al domicilio como destino final más previsible. Estos pacientes serán atendidos en el circuito de atención básica.

Procesos Nivel 1

Dolor torácico en el momento de la consulta (sobre todo si es sugestivo de ser isquémico), o pacientes que en ese momento ya no presenten dicho síntoma, pero que presenten alguno de estos datos: palidez cutánea, hipo o hipertensión arterial, alteración en la frecuencia o en el ritmo cardíaco, o incremento en la frecuencia respiratoria).

Hemorragia digestiva objetivada por el personal de clasificación, o con alteración de las constantes vitales (hipotensión arterial, taquicardia, bajo nivel de conciencia, palidez cutánea, etc.), o con antecedentes de cirrosis hepática.

Patología trasladada por Equipo de Emergencias (061/SAMU).

Dolor abdominal intolerable o con afectación del estado general o hipotensión arterial, palidez cutánea, taquicardia (FC > 100 lpm) o disminución del nivel de conciencia.

Procesos Nivel 4

Los grupos de patología incluidos en esta categoría son:

C. Digestivo

- Diarrea de corta evolución (inferior a 48 horas), de escasa cuantía (menos de 4 deposiciones diarias sin productos patológicos) sin afectación del estado general y/o signos de deshidratación.
- Síndrome hemorroidal.
- Cambio de sonda nasogástrica justificado (por intento fallido en el domicilio o en su Centro de Atención Primaria).

D. Cirugía

- Dolor anal (trombosis hemorroidal, absceso perianal, fisura anal).
- Hernias abdominales no complicadas.

INDICACIONES DE ALGUNAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. Endoscopia digestiva alta

A. Indicaciones

1. Disfagia y odinofagia
 - a. Causa orgánica
 - b. Trastorno motor
2. Reflujo gastroesofágico
 - a. Disfagia u odinofagia
 - b. Síntomas que persisten o progresan a pesar de tratamiento
 - c. Síntomas extraesofágicos o manifestaciones atípicas
 - d. Pacientes inmunodeprimidos
 - e. Anemia o hemorragia digestiva
 - f. Presencia de masas, estenosis o úlceras en esofagograma
3. Dispepsia
 - a. Edad
 - b. Síntomas de alarma
4. Hemorragia digestiva alta
 - a. Diagnóstico
 - b. Terapéutica
5. Anemia ferropénica
6. Valoración de la hipertensión portal
 - a. Varices esófago-gástricas
 - b. Gastropatía de la hipertensión portal
7. Ingesta de cáusticos
 - a. Diagnóstico
 - b. Pronóstico
8. Seguimiento de lesiones premalignas
9. Toma de muestras
 - a. Biopsias
 - b. Sondaje biliar
10. Enfermedades sistémicas
11. Complemento de estudios radiológicos

B. Contraindicaciones

Absolutas

1. Sospecha/certeza de perforación de víscera hueca
2. Inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar que implique riesgo vital
3. Pacientes en estado terminal
4. Imposibilidad de realizar maniobras de reanimación en caso de ser necesarias

Relativas

1. Infarto agudo de miocardio reciente
2. Aneurisma de aorta torácica
3. Cirugía tóraco-abdominal reciente (< 7 días)
4. Falta de colaboración del paciente.

2. Ecografía abdominal

1. Abdomen agudo no filiado
2. Ascitis
3. Patología biliar
 - a. Cólico biliar
 - b. Colecistitis aguda
4. Patología hepática
 - a. Hepatitis aguda grave
 - b. Hipertransaminasemia persistente
 - c. Hepatopatía crónica
 - d. Cirrosis hepática
5. Patología pancreática
 - a. Pancreatitis aguda
 - b. Pancreatitis crónica
6. Elevación de marcadores tumorales
 - a. Alfafetoproteína
 - b. Otros marcadores
7. Evaluación de trasplante hepático
8. Extensión de neoplasias
 - a. Digestivas
 - b. Mama
 - c. Ginecológicas
 - d. Otras
9. Ictericia
10. Masa abdominal
11. Control de patologías diagnosticadas

3. Colonoscopia

A. Indicaciones

1. Hemorragia digestiva
 - a. Rectorragia/hematoquecia
 - b. Melenas con endoscopia alta normal
2. Anemia ferropénica
3. Sangre oculta en heces positiva
4. Diarrea crónica no filiada
 - a. Sanguinolenta
 - a. No sanguinolenta
5. Evaluación imagen radiológica
6. Localización intraoperatoria de lesiones que no puede detectar el cirujano
7. Alteración del ritmo intestinal
8. Dolor abdominal
 - a. Crisis suboclusivas
9. Hígado metastásico
10. Masa abdominal
11. Endocarditis por *estreptococo faecalis*
12. Evaluación trasplante hepático
 - a. Pólipos/neoplasias
 - b. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
13. Evaluación extensión neoplasias ginecológicas
 - a. Ovario
14. Enfermedad inflamatoria intestinal
15. Lesiones sincrónicas en pacientes con:
 - a. Pólipo
 - b. Cáncer
16. Seguimiento:
 - a. Pólipos
 - b. Tras resección de cáncer colorrectal (metacrónicos)
 - c. Anastomosis íleorrectal en poliposis
17. Programas de despistaje de carcinoma colorrectal

B. Contraindicaciones

Absolutas

1. Perforación de víscera hueca
2. Peritonitis aguda
3. Diverticulitis aguda
4. Colitis aguda fulminante
5. Postoperatorio inmediato de cirugía de colon

Relativas

1. Insuficiencia respiratoria aguda
2. Embolia pulmonar
3. Insuficiencia cardíaca aguda
4. Infarto agudo de miocardio reciente
5. Aneurisma aórtico de gran tamaño
6. Segundo-tercer trimestre embarazo
7. Falta de colaboración del paciente

ANALGESIA EN EL DOLOR ABDOMINAL

El dolor abdominal será tratado en función de la causa que lo origine. Una de las situaciones que se suelen producir es el retraso entre la aparición del dolor y el inicio del tratamiento del mismo. Frecuentemente, se olvida en los protocolos establecidos el alivio del dolor a pesar de que es la principal causa de consulta por el paciente.

La respuesta a esta cuestión está fundamentada por haberse aceptado que el conocer la evolución del dolor ayuda a seguir la historia natural de la enfermedad que lo causa. El alivio del dolor debe ser parte de la responsabilidad del médico que atiende el proceso. A los pacientes les importa estar libres de dolor.

En estudios prospectivos consultados, el tiempo de espera desde que acude al paciente demandando asistencia por dolor abdominal hasta la administración de un analgésico fue de 2,3 horas en casos de dolor intenso y de 6,3 horas en casos de dolor moderado¹. Sólo el 57% de los pacientes recibió analgesia en el Centro de Atención Primaria sin que el diagnóstico influyese en el tiempo de espera².

En una revisión de los estudios prospectivos realizados, McHale y LoVecchio no encontraron consecuencias adversas ni retrasos en el diagnóstico atribuibles a la administración de analgesia con narcóticos en los Servicios de Urgencias³.

El manejo efectivo de la analgesia es necesario para conseguir una buena calidad asistencial. Las herramientas existentes son útiles si los profesionales implicados en el proceso se responsabilizan de ofrecer un buen control. Es preciso aceptar que este control del dolor puede acelerar la recuperación del paciente, pues retrasa el *shock*, tranquiliza y facilita la historia y exploración física del paciente, aumentando el grado de confianza de éste en las personas que lo tratan.

Autores como Attard comprueban que la administración de un opioide en casos de dolor abdominal disminuye el dolor espontáneo a la palpación, facilitando el diagnóstico al permitir una mejor exploración física pues, aunque disminuye el dolor, no se modifica la contractura muscular⁴.

Los fármacos no opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos y actualmente los inhibidores de la COX₂, son adecuados para conseguir analgesia en el dolor abdominal de bajo a moderado grado.

La eficacia analgésica se expresa como el número de pacientes que necesitan recibir un fármaco activo para conseguir al menos alivio del dolor en el 50% de ellos comparado con

¹ Tait IS, Ionescu MW, Cuschieri A. Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia? J Rcoll Sutg Edinb 1999; 44:181-4.

² Juárez Alonsos. Dolor como motivo de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Ponencia. IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges. 1997.

³ McHale PM, LoVecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen-a review of prospective trials. Eur J Emerg Med 2001; 8:131-6.

⁴ Attar AR, Corlett MJ, Kidner Nj, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. Br Med J 1992; 305:554-6.

un placebo durante un periodo de 6 horas. La combinación de paracetamol 650 mg con dextropropoxifeno de 65 mg ha mostrado eficacia analgésica en el tratamiento del dolor abdominal, superior al paracetamol de 1g, aunque inferior a la del ibuprofeno que sólo precisa de 3 pacientes para mostrar su eficacia, siendo de 2,5 para el caso del diclofenaco.

La conclusión para este tipo de fármacos es que, de entre los analgésicos orales, los antiinflamatorios no esteroideos son los que mejor actúan, y que el paracetamol solo o en combinaciones también es efectivo.

La idea de no administrar analgesia opiode en el dolor abdominal parece que surge en 1921 cuando Coope describe en su comunicación del “diagnóstico temprano del abdomen agudo” la idea de que la morfina podría facilitar la muerte del paciente al dar la sensación de que el proceso estaba mejorando al desaparecer el dolor y retrasar así el correcto diagnóstico que favoreciera la instauración del adecuado tratamiento⁵. Esta idea se mantuvo en siguientes publicaciones del autor, aunque es rebatida por autores como Fales⁶ que no comparten esta actitud ante el dolor abdominal.

Los opiáceos constituyen la primera línea de tratamiento en algunos dolores agudos y está demostrado que el uso parenteral de opioides intermitentes puede ofrecer un alivio efectivo del dolor abdominal agudo. El principio fundamental es conseguir la dosis adecuada para aliviar el dolor. Se ha visto que este tipo de tratamiento no genera adicción⁷, existiendo estudios de seguimiento a más de once mil pacientes que recibieron opioides para el tratamiento de su dolor abdominal que comunican la no adicción a estos fármacos con posterioridad al tratamiento.

Basados en minimizar los riesgos, se recomienda utilizar un opiáceo del que se conozca por protocolo la dosificación, los efectos y los problemas que puedan inducir. Las vías de administración con objeto de mejorar la analgesia y reducir los posibles efectos adversos incluyen la administración transdérmica e inhalatoria. Éstas pueden ofrecer alguna ventaja sobre las vías convencionales, tener diferentes perfiles cinéticos o mayor conveniencia.

En general, para un correcto manejo de la analgesia en el dolor abdominal debe darse la dosis más apropiada de cada medicamento cuando se necesite a través de la vía y método de administración adecuados. Los esquemas deben ser flexibles para que se adecuen a las necesidades de cada paciente y situación.

No hay razones que justifiquen la ausencia de administración precoz de la analgesia precisa en casos de dolor abdominal, independientemente de que se haya llegado o no al diagnóstico y a la decisión terapéutica.

⁵ Cope Z. The early diagnosis of the acute abdomen. 14ª ed. London, Oxford University Press. 1972.

⁶ Fales Wd, Overton D T. Abdominal Pain. En Tintinalli JR, Ruiz E, Krome RL. Emergency Medicine. A Comprehensive study guide. 4ª Ed. New York. McGraw-Hill, 1996; 217-21.

⁷ Porter J, Jick H. Addiction rate in patients treated with narcotics. New Engl J Med. 1980; 302:123.