

70-44.19

PROTOCOLO DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL

INDICE

- 1. Definición**
- 2. Objetivos**
- 3. Población objeto**
- 4. Alcance**
- 5. Epidemiología**
- 6. Clasificación**
- 7. Etiología**
- 8. Fisiopatología**
- 9. Evaluación del paciente con dolor abdominal**
- 10. Exploración física**
- 11. Criterios de gravedad en la exploración**
- 12. Exploraciones complementarias**
- 13. Diagnóstico diferencial**
- 14. Complicaciones habituales**
- 15. Actitud y tratamiento**
- 16. Recomendaciones al egreso**
- 17. Bibliografía**
- 18. Control de Cambios**

70-44.19

1-DEFINICIÓN:

La expresión abdomen agudo, se refiere a una condición clínica caracterizada por dolor abdominal, de comienzo rápido, usualmente mayor a 6 horas y menor a 7 días, generalmente acompañado de síntomas gastrointestinales y/o sistémicos, de compromiso variable del estado general, que requiere un diagnóstico preciso y oportuno, con el fin de determinar la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico de urgencia. La esencia del abdomen agudo como síndrome clínico es el dolor, y en la patología quirúrgica suele ser el primer síntoma. En la evaluación del abdomen agudo se persiguen básicamente tres objetivos:

1. Establecer un diagnóstico diferencial y un plan de evaluación clínica e imagenológica.
2. Determinar si existe indicación para un tratamiento quirúrgico.
3. Preparar el paciente para un tratamiento quirúrgico de forma tal que se minimice la morbilidad y la mortalidad.

En la evaluación de un paciente con dolor abdominal debe seguirse un método diagnóstico que incluya un interrogatorio preciso dirigido a establecer su forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban; en segundo término, debe determinarse la presencia de síntomas asociados, su secuencia de aparición y relación con el dolor, especialmente aquellos pertinentes al tracto gastrointestinal y genitourinario.

El examen físico detallado incluye evaluación del estado general, registro de los signos vitales, inspección, auscultación, percusión y palpación abdominal, búsqueda de signos específicos, y finalmente el examen genital y rectal. En esta condición clínica se cumple especialmente el aforismo médico de “si al terminar el interrogatorio no tiene un diagnóstico, muy probablemente tampoco lo tendrá al concluir el examen físico y menos aún con exámenes paraclínicos”.

2. OBJETIVOS:

1. Proporcionar una guía práctica del enfoque de urgencias del dolor abdominal.
2. Identificar oportunamente los pacientes con dolor abdominal que requieren remisión urgente.
3. Identificar de forma clara los pacientes con dolor abdominal que se benefician de manejo ambulatorio y los que requieren ingreso hospitalario

3. POBLACIÓN OBJETO

Esta guía está diseñada para ser aplicada sobre toda la población infantil y adulta que presenten cuadro clínico compatible con dolor abdominal.

4. ALCANCE:

Personal médico de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa del Hospital Santa Margarita.

5. EPIDEMIOLOGÍA:

70-44.19

La Asociación colombiana Contra el dolor dio a conocer el octavo Estudio Nacional de dolor, realizado en 11 ciudades del país. De las 1583 personas encuestadas el 76% respondió que sí ha sufrido algún tipo de dolor en los últimos seis meses y tan sólo el 24% dijo que no. Los dolores más frecuentes en los colombianos son osteomusculares (64.5%), cráneo-facial (23,3%), abdomen (7.8%) y, pecho y tórax (3.3%).

En los niveles de intensidad del dolor, el 41% de los encuestados aseguraron sentir dolor severo, el 39% moderado y el 20% leve. Las características del dolor fueron clasificadas como somático, neuropático y visceral. De los somáticos el 63.7% respondió que se incrementa al moverse o realizar actividad física, seguido de los punzantes (52.5%), presión (50.5%) y pulsátil (41.1%). Los neuropáticos están encabezados por algún tipo de corrientazo con un 39.5%, sensación de alfileres o agujas (34.5%), ardor o quemazón (27.9%) y con el roce (22%). En los viscerales el 14% respondieron que el principal causante es por cólicos.

Cuando se les pregunto si han recibido tratamiento para controlar el dolor, el 70% dijo si y el 30% no. La mayoría fueron tratados con medicamentos (94.5%), seguido por lo que optaron por remedios caseros (46.6%), fisioterapia (40.9%), medicina alternativa (29.7%), cirugía (17%) y bloqueos (12.6%).

Según los encuestados estas dolencias han afectado en varios aspectos de la vida, la mayoría de los pacientes respondieron que fueron afectados en su trabajo (36%), seguido de las emociones (34.1%), sueño (33.3%), vida social (27.3%) y vida sexual (21.9%).

En las estadísticas de la E.S.E. Hospital Santa Margarita, la morbilidad general está liderada por la HTA seguida del Dolor abdominal con un 4.5% de los casos, en los hombres es la tercera causa de morbilidad con un 3.7% mientras que en las mujeres es la segunda causa de morbilidad con un 5%. Por servicios en la consulta externa fue la segunda causa de morbilidad, mientras que en urgencias fue la primera causa.

Entre los factores de riesgo encontrados: Edad, sexo, cirugías previas, constipación, hábitos sexuales, hábitos alimentarios, medicación actual, consumo de tóxicos, patología de base (infección respiratoria aguda, diabetes mellitus, HTA, fibrilación auricular).

Entre las causas podemos encontrar: Apendicitis aguda, Cólico biliar, pancreatitis, cólico renal, enfermedad ácido péptica, obstrucción intestinal, peritonitis, ruptura de embarazo ectópico, enfermedad diverticular, neoplasias, infecciones urinarias entre otros. En todo caso se dice que alrededor del 30-40% terminan en intervención quirúrgica.

6. CLASIFICACIÓN

DOLOR ABDOMINAL AGUDO:

Clínicamente cursa con dolor súbito, agudo, urgente, evoluciona con rapidez, acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave. No debemos olvidar que el dolor abdominal agudo puede tener distintos orígenes:

70-44.19

- Origen ginecológico ⇒ salpingitis, embarazo ectópico, rotura uterina.
- Origen urinario ⇒ Absceso del tracto urinario, pielonefritis, neoplasia renal, rotura renal o vesical, cólico nefrítico.
- Origen vascular ⇒ infección de prótesis, rotura de aneurisma, trombosis/ isquemia mesentérica.
- Origen abdominal ⇒ Apendicitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc.

El dolor abdominal agudo constituye una etapa evolutiva de múltiples procesos. Será fundamental distinguir entre:

Dolor abdominal agudo quirúrgico:

También denominado Abdomen Agudo. La aparición rápida de dolor, dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en la Historia Clínica.

Los signos de Peritonitis (dolor a la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman las impresiones de la Historia clínica.

Recordar que todos estos signos y síntomas pueden no darse en determinados grupos de edad.

Dolor abdominal agudo no quirúrgico:

En este tipo de pacientes, la presencia de dolor a la palpación, localizado o con defensa, evolución lenta (> 48 horas) y con historia de misma sintomatología anterior, sugiere estudio y seguimiento ambulatorio. Se puede realizar hemograma, radiografía de tórax y abdomen, sobre todo para comprobar su normalidad.

En la fase inicial de la enfermedad péptica los antiácidos son muy eficaces. Pacientes ancianos ó con enfermedades crónicas pueden presentar una clínica atípica, por ejemplo, los pacientes sometidos a tratamiento con corticoides durante largo tiempo, pueden presentar una perforación intestinal sin signos detectables a la exploración física.

No olvidar en todo paciente con dolor abdominal el posible origen torácico (Osteocondritis, Herpes, Neuropatía, distensiones musculares, etc.). En el paciente con dolor abdominal bajo, el sedimento de orina tiene un papel importante.

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO:

Clínicamente cursa con dolor subagudo, no urgente, con poca sintomatología, no precisando actitud inmediata, permitiendo actuar con más tranquilidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Podemos distinguir:

Dolor abdominal crónico:

Es importante establecer una orientación diagnóstica provisional, probable, a partir de la historia clínica y la exploración física. El que exista un diagnóstico probable, ayuda a un

70-44.19

diagnóstico dirigido y evita exploraciones complementarias que no se relacionen con dicha patología.

Dolor abdominal crónico idiopático: Este tipo de dolor constituye un gran reto para el clínico. Es habitual que estos Pacientes:

- Tengan rechazo hacia el Médico.
- Hayan sido visitados por múltiples profesionales.
- Dependencia a analgésicos.

Si el dolor dura más de seis meses y ha sido evaluado el paciente en múltiples ocasiones, la probabilidad de encontrar una enfermedad orgánica estructural específica es muy baja.

7. ETIOLOGÍA:

CAUSAS POR GRUPO DE EDAD

NIÑOS:

- Infección urinaria.
- Infección intestinal.
- Obstrucción intestinal.
- Neumonía.
- Apendicitis

JOVENES Y ADULTOS MUJERES

- Causas ginecológicas y obstétricas.
- Infección urinaria.
- Colecistitis, Colelitiasis.
- Enfermedad ácido-péptica.
- Esofagitis.
- Apendicitis.
- IAM.
- Neumonía.
- Cetoacidosis diabética.

HOMBRES

- Apendicitis.
- Enfermedad ácido-péptica.
- Esofagitis.
- Urolitiasis.
- Pancreatitis
- IAM
- Neumonía.

ANCIANOS

- Diverticulitis.
- Apendicitis.
- Colelitiasis y colecistitis
- Neumonía, derrame pleural.

70-44.19

- Trombosis mesentérica.
- Obstrucción intestinal
- Infarto agudo de miocardio (IAM).
- Infección urinaria.
- Uremia.
- Trauma costal.
- Cetoacidosis diabética.
- Tromboembolismo pulmonar.

8. FISIOPATOLOGÍA:

La agresión producida por el agente causal del abdomen agudo determina una respuesta por parte del organismo donde se ponen en juego los distintos sistemas defensivos que son los de barrera, la inmunidad celular y la inmunidad humoral

Esto se traduce en un cuadro que siempre es el mismo, no importando la causa aunque pueden existir pequeñas diferencias. Es el Síndrome de Respuesta Aguda Sistémica conocido por las siglas del idioma inglés SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome). En el transcurso de este síndrome se liberan mediadores, especies reactivas de oxígeno, eicosanoides y se producen fenómenos de isquemia/reperfusión, que de perpetuarse pueden llevar a daño tisular y Disfunción Múltiple de Órganos (DMO) que de no ser reversible lleva a la muerte.

9: EVALUACION DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

ANAMNESIS:

Ante un paciente que acude por dolor abdominal es fundamental realizar una buena Historia Clínica de urgencias. Si no nos es posible realizarla correctamente a través del paciente recurriremos a los familiares o acompañantes.

Antecedentes patológicos: Existencia de cirugía previa, episodios similares previos, enfermedades previas, hernias, ulcus, colelitiasis, ingesta de fármacos y alimentos, alcohol, diabetes, ciclo menstrual, fecha de la última regla (FUR), posibilidad de embarazo.

Localización del dolor: La localización del dolor tiene una gran importancia. El dolor vago y difuso, en la línea media, casi siempre es de origen visceral. La progresión de este tipo de dolor hacia la localización sugiere afectación del peritoneo parietal.

70-44.19

Hipocondrio derecho	Colecistitis aguda, cólico biliar, úlcera duodenal, neumonía con reacción pleural, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda, hepatomegalia congestiva, herpes zoster, angor, absceso hepático, IAM, cólico nefrítico.
Epigastrio	Úlcera péptica, IAM, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis.
Hipocondrio izquierdo	Vólvulo gástrico, úlcera péptica, neumonía con reacción pleural, pancreatitis, pielonefritis, IAM, perforación gástrica, cólico nefrítico.
Fosa iliaca derecha	Apendicitis, hernia incarcerada, litiasis renal. Diverticulitis de Meckel, adenitis mesentérica, salpingitis aguda, embarazo ectópico, cólico nefrítico.
Periumbilical	Trombosis mesentérica, pseudoobstrucción intestinal, obstrucción intestinal, aneurisma de aorta, apendicitis aguda, divertículo de Meckel.
Hipogastrio	Pseudoobstrucción intestinal, patología urogenital.
Fosa iliaca izquierda	Diverticulitis, hernia incarcerada, litiasis renal.
Espalda	Aneurisma aorta abdominal, cólico nefrítico.
Sin localización concreta	Obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, vólvulo colónico, porfirias, gastroenteritis, intoxicación alimentaria, intoxicación por plomo, alcohol metílico.

Forma de instauración del dolor:

Para la valoración del dolor abdominal es fundamental conocer las horas de evolución del mismo, el comienzo del mismo, su relación con la comidas (ulcus péptico, pancreatitis, etc.), y la existencia de factores que agraven o mejoren el mismo.

70-44.19

Instauración Brusca	Embolia mesentérica, vólvulo colónico o gástrico, perforación de úlcera péptica, infarto de algún órgano abdominal, IAM, TEP, aneurisma aórtico disecante, rotura de embarazo ectópico, neumotórax espontáneo.
Instauración rápida	Trombosis arterial mesentérica, trombosis venosa mesentérica, perforación de viscera hueca, estrangulación de viscera hueca, pancreatitis, colecistitis aguda, cólico biliar y renal, diverticulitis, apendicitis, obstrucción intestinal alta.
Instauración gradual	Obstrucción intestinal, apendicitis, hernia abdominal estrangulada, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, perforación tumor digestivo, isquemia intestinal, gastroenteritis, retención urinaria, obstrucción intestinal baja, salpingitis.

Características del dolor:

Constante: en general debemos pensar en aquellos procesos que se acompañan de irritación peritoneal, Colecistitis, pancreatitis, isquemia mesentérica.

El dolor abdominal más intenso, que no cede con ninguna maniobra y que se acompaña de un estado general grave, isquemia intestinal, disección aórtica o pancreatitis.

Cólico: pensaremos fundamentalmente en afectación de vísceras huecas, trombosis mesentérica, obstrucción intestinal u otras patologías relacionadas con vísceras huecas.

Irradiación del dolor:

Patología del tracto biliar ⇒ Escápula derecha.

Patología pancreática ⇒ Directamente a espalda “en cinturón”.

Patología hepatobiliar ⇒ Hombro derecho.

Patología renoureteral ⇒ Fosa ilíaca y genitales.

Otros síntomas acompañantes:

70-44.19

Escalofríos	Peritonitis, colangitis.
Náuseas, vómitos	Colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, ulcus péptico.
Diarrea	Isquemia mesentérica, pseudoobstrucción intestinal.
Estreñimiento	Pseudoobstrucción intestinal.
Pérdida de peso	Trombosis mesentérica, ulcus péptico.
Cuadro confusional	Aneurisma, colecistitis, colangitis.
Disnea, tos y fiebre	Neumonía.
Fibrilación auricular	Trombosis mesentérica.
Síntomas miccionales	Cólico renoureteral, pielonefritis.
Flujo vaginal	Embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria.

10. EXPLORACIÓN FÍSICA

Además de la anamnesis, otro aspecto fundamental en la valoración del dolor abdominal es la exploración física. Esta debe incluir, además de los aspectos generales del paciente: Exploración del tórax, exploración del abdomen, y exploración genital; ya que muchos dolores abdominales son dolores referidos de otro tipo de patologías.

Estado general: Determinar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, y pulsos arteriales (amplitud y frecuencia). Valorar capacidad del sujeto para responder a las preguntas y el nivel de conciencia.

Grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis). Posición adoptada por el sujeto, su actitud y la sensación de enfermedad. En un abdomen agudo lo habitual es encontrar a un paciente con el estado general afectado, que guarda una posición antiálgica que mantiene el abdomen inmóvil para intentar aliviar el dolor. Puede ocurrir que se encuentre agitado, inquieto e hipercinético, lo que nos debe orientar hacia un dolor cólico en relación con obstrucción de víscera hueca.

Normotermia y bradicardia ⇒ Necrosis intestinal

Hipotensión + taquicardia ⇒ Shock + hemorragia

Ausencia de fiebre y taquicardia ⇒ Apendicitis, colecistitis, obstrucción de intestino delgado.

Hipotensión + obnubilación + dolor de espalda ⇒ Aneurisma de la aorta abdominal.

Hipotensión + fiebre + ictericia ⇒ Colangitis

70-44.19

Exploración torácica:

Realizaremos una exploración completa y sistemática que incluya la auscultación (descartar la fibrilación auricular, neumonía, etc.), la inspección y la palpación.

Exploración abdominal:

Inspección: Mediante la inspección podremos valorar la actitud del paciente, la inmovilidad y la respiración superficial, típicos del abdomen agudo. La existencia de cicatrices de laparotomías previas, que nos pueden orientar a la existencia de bridas postoperatorias, como responsables del dolor.

Signos externos de procesos infecciosos y traumáticos ⇒ Fístulas, abscesos, hematomas.

Distensión abdominal ⇒ Obstrucción intestinal, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea.

Peristaltismo visible o de lucha ⇒ Obstrucción intestinal

Lesiones ó erupciones cutáneas ⇒ Herpes zoster

Circulación colateral ⇒ Hipertensión portal

Asimetrías ó tumores abdominales.

Auscultación abdominal: Para que ésta sea valorable debemos efectuarla antes de la palpación para no alterar la frecuencia de los ruidos intestinales, y se prolongará más de tres minutos.

La auscultación nos permite detectar anomalías de los movimientos peristálticos intestinales y de los pulsos arteriales:

Peristaltismo ausente ⇒ íleo intestinal, peritonitis, pancreatitis

Peristaltismo aumentado ⇒ Gastroenteritis aguda o inicio de obstrucción intestinal.

Ruidos hidroaéreos o borborigmos ⇒ Son ruidos de lucha cuando hay aire y líquidos abundantes en la luz intestinal

Ruidos metálicos ⇒ Obstrucción intestinal avanzada

Soplos arteriales ⇒ Estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre

Palpación abdominal:

La palpación abdominal (superficial y profunda) debemos realizarla de forma Sistemática, con suavidad y con las manos calientes, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, para evitar el componente de contracción muscular voluntaria y espontánea del paciente, que tiende a defenderse de algo que le va provocar dolor. Esta circunstancia es mucho más evidente en el niño y muy débil en el paciente anciano.

Valoraremos la tensión del abdomen (ascitis a tensión), y la presencia de masas u organomegalias.

70-44.19

Mediante la palpación abdominal podemos obtener una serie de hallazgos de gran utilidad para el diagnóstico:

Signo de Blumberg o signo del rebote: el dolor selectivo a la descompresión abdominal es un dato esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal. Este signo puede estar ausente en el paciente anciano. La contractura involuntaria es un signo fidedigno de peritonitis. Suele ser una Contractura parcial y cercana a la zona afectada.

En la peritonitis generalizada, el dolor es difuso y el abdomen puede estar rígido con una gran contractura muscular; esto es lo que denominamos abdomen o vientre en tabla. Este dato puede estar ausente en muchos pacientes ancianos o en los pacientes a los que se les han administrado analgésicos. Recordar que hay órganos abdominales que no producen irritación peritoneal, como son riñón, páncreas y la mayor parte del duodeno; de ahí la dificultad para diagnosticar procesos retroperitoneales.

El signo de Murphy: dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración; es característico de la colecistitis aguda.

Signo de McBurney: compresión dolorosa en el punto de McBurney (trazando una línea desde el ombligo a la espina iliaca antero superior derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores) ⇒ Apendicitis aguda

Signo de Rovsing: dolor en el punto de McBurney al comprimir el colon descendente ⇒ Apendicitis aguda

Signo de Courvoisier-Terrier: palpación de la vesícula biliar ⇒ Colecistitis aguda, ictericia obstructiva baja.

Signo de Klein: dolor que cambia al colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo ⇒ Apendicitis aguda, adenitis mesentérica

Signo de Kehr: consiste en la aparición de dolor referido a los hombros, especialmente el izquierdo cuando se palpa la región superior del abdomen, y caracteriza clásicamente a la ruptura esplénica. Este signo se hace más evidente en posición de Trendelenburg.

En ocasiones puede palparse una masa abdominal, sobre todo en el paciente anciano debido a su delgadez y a la menor contractura muscular en presencia de irritación peritoneal ⇒ Colecistitis aguda, diverticulitis, absceso pericólico, acúmulo de heces en colon.

Es fundamental la exploración genital y de los orificios herniarios sistemáticamente. No olvidar la búsqueda de los pulsos femorales. La palpación de una masa abdominal pulsátil dolorosa debe hacer pensar en un aneurisma de aorta abdominal.

La presencia de globo vesical suele ser muy doloroso y de fácil resolución mediante sondaje vesical.

70-44.19

Percusión abdominal:

Nos permite detectar variaciones de la normalidad. Lo habitual es la matidez hepática y lapresencia de aire de forma discreta en el resto del abdomen. En la obstrucción intestinal lapercusión va a ser fundamentalmente timpánica. No debemos olvidar la puño percusión renal bilateral.

Tacto rectal y vaginal:

No puede faltar en los pacientes con dolor abdominal agudo y puede aportar información importante. El primer paso es explicar al paciente la importancia del examen y que no habrá dolor sino tan solo una molestia pasajera.

Se emplean guantes bien lubricados, idealmente con una jalea anestésica. Se introduce suavemente el dedo hasta obtener una relajación completa del esfínter anal. Se evalúa el tono del esfínter, la temperatura y se inicia la palpación por la pared posterior examinando cuidadosamente sus características, con el fin de excluir neoplasias; se evalúa la próstata o el cuello uterino, buscando dolor que puede relacionarse con procesos inflamatorios prostáticos o anexiales; se examina el fondo de saco de Douglas para detectar abombamiento por líquido pélvico.

Es útil realizar simultáneamente la palpación del abdomen en aquellas zonas en las cuales la palpación abdominal dejó alguna duda, pues la molestia producida por el examen rectal puede distraer temporalmente el dolor abdominal, permitiendo distinguir defensa voluntaria de defensa verdadera.

Por último, se establece si hay materia fecal en el recto, sus características y la presencia de sangre.

En la mujer, el examinador cambia sus guantes y procede con el tacto vaginal. Evalúa la temperatura vaginal, la consistencia del cuello (el cuello del embarazo es blando), las características de su orificio externo (suele estar entreabierto en los abortos), el dolor a la movilización cervical que caracteriza los procesos inflamatorios anexiales y el embarazo tubárico. Luego, con la ayuda de la otra mano, realiza palpación abdominal y así, bimanualmente, examina los fondos de saco en búsqueda de abombamiento producido por líquido, o la presencia de masas tubáricas (embarazo ectópico) u ováricas dolorosas (torsión).

Al igual que en el tacto rectal, esta maniobra distrae la atención de la paciente y permite examinar algunas zonas abdominales que hayan presentado dudas durante la palpación abdominal.

Finalmente se examina el guante buscando la existencia de flujo vaginal.

11. CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACION

- Frecuencia respiratoria > 30 o <10 r.p.m.
- Ausencia o asimetría de pulsos periféricos.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Signos de hipo perfusión en piel y mucosas.
- Distensión abdominal.
- Hematomas o heridas.
- Ruidos de lucha o silencio abdominal.

70-44.19

- Duración > 6 horas
- Presencia de masa pulsátil.

12. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (AYUDAS DIAGNÓSTICAS): Estas exploraciones están indicadas cuando con la historia clínica no se ha llegado a un diagnóstico, o para valorar el grado de repercusión clínica. Debemos evitar la realización de exploraciones complementarias innecesarias, que solo van a demorar el alta del paciente con la consiguiente repercusión en la saturación de los servicios de urgencias.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Hemograma: el descenso en la hemoglobina y el hematocrito, en presencia de dolor abdominal debe ser interpretado como causado por sangrado intraperitoneal. Un descenso en el recuento de eritrocitos es indicativo de pérdida crónica de sangre como puede ocurrir en la enfermedad ulcerosa péptica o en algunas neoplasias del tracto gastrointestinal. La leucocitosis puede ser un hallazgo común en las entidades que producen inflamación intraperitoneal. Sin embargo, algunas de ellas pueden cursar con recuento leucocitario normal o aún bajo, como ocurre en estados sépticos avanzados y en los extremos de la vida, hecho asociado, en general, a mal pronóstico.

Química sanguínea:

a. Bilirrubinas: encontrar una bilirrubina elevada es confirmatorio del hallazgo clínico de ictericia. Cuando esta elevación se hace a expensas de la bilirrubina directa, puede relacionarse con colestasis secundaria a obstrucción biliar.

b. Fosfatasa alcalina: puede elevarse en colestasis, pero no permite distinguir si la colestasis es extra o intrahepática, siendo por ello un dato poco específico.

c. Electrolitos: al igual que otras pruebas son el reflejo del trastorno homeostático producido por el vómito, la diarrea o la pérdida de líquidos en un tercer espacio.

d. Glicemia: el hallazgo de glucemia elevada puede reflejar solamente la respuesta metabólica a la infección. No obstante, en pacientes diabéticos puede ser el principal indicador de una descompensación originada en una infección intraperitoneal.

e. Nitrógeno ureico y creatinina séricos: el uso de estas pruebas está encaminado a establecer más el estado de la función renal que a confirmar un diagnóstico específico.

f. Amilasas: es común el uso de la determinación de amilasas para confirmar el diagnóstico de pancreatitis. La amilasa pancreática se eleva en cerca del 80% de los pacientes con pancreatitis aguda.

g. Gonadotropina coriónica (HCG): más de 95% de las mujeres con embarazo ectópico tienen una prueba de embarazo positivo. Cuando se emplea la medición de la subunidad beta la especificidad aumenta.

h. Proteína C reactiva: es indicador no específico de inflamación aguda.

i. Uroanálisis: Idealmente la muestra debe obtenerse en forma limpia, con lavado de la región genital y toma de la muestra en mitad de la micción. Sólo en casos seleccionados se requiere la cateterización vesical. El hallazgo de densidad urinaria elevada es reflejo del estado de deshidratación. La presencia de glucosa es manifestación de hiperglicemia en un paciente diabético descompensado por infección. La proteinuria puede ser indicativa de enfermedad renal. La leucocituria sugiere el diagnóstico de infección urinaria, aunque también puede presentarse cuando existe inflamación de órganos adyacentes al tracto

70-44.19

urinario. No obstante, cuando el recuento leucocitario es mayor de 20 por campo es altamente sugestivo de infección urinaria. Una prueba útil es la realización de coloración de Gram del sedimento urinario o urocultivo para confirmar la infección. La hematuria siempre es anormal. Un recuento de hematíes bajo es posible en cuadros de infección urinaria; sin embargo, cuando la hematuria es mayor se debe sospechar la presencia de litiasis, trauma o neoplasia.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX En la evaluación del dolor abdominal agudo la radiografía del tórax puede tener gran utilidad. Permite descartar o confirmar la presencia de procesos pleuropulmonares que puedan ser causa de dolor abdominal. Sin embargo, el hallazgo de derrame pleural o atelectasias basales es común en pacientes con patología abdominal y sería un error interpretar el dolor abdominal como causado por este hecho. En la radiografía tomada de pie debe buscarse la presencia de aire libre subdiafragmático que es siempre indicativo de ruptura de víscera hueca.

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN El aire puede no estar libre completamente en la cavidad pero puede dibujar el riñón derecho (retroneumoperitoneo) en casos de ruptura duodenal. La presencia de neumobilia es consistente con el diagnóstico de fistula bilioentérica o puede encontrarse después de operaciones de derivación biliodigestiva (esfinteroplastia, coledocoduodenostomía). Puede observarse dibujada la pared vesicular por aire en casos de colecistitis enfisematosa de común ocurrencia en pacientes diabéticos descompensados con abdomen agudo. Debe observarse cuidadosamente la distribución del patrón gaseoso intestinal. Normalmente el aire se encuentra solamente en el colon. El hallazgo de aire dentro del intestino delgado siempre es anormal. Para establecer el diagnóstico de obstrucción intestinal deben existir tres elementos:

- Distensión de asas proximales al sitio de obstrucción.
- Ausencia de gas distal al sitio de la obstrucción.
- Presencia de niveles hidroaéreos escalonados. La obstrucción colónica es menos frecuente que la obstrucción del intestino delgado y es generalmente debida a vólvulo o neoplasia. Se caracteriza por la dilatación del colon proximal, con ausencia de gas distal al sitio de obstrucción y de acuerdo a la competencia de la válvula ileocecal, puede verse dilatación secundaria del intestino delgado. En el vólvulo del sigmoide la imagen es característica y consiste en una dilatación masiva del colon con un asa que semeja un neumático cuya convejidad ocupa la porción derecha del abdomen. En el vólvulos del ciego hay dilatación masiva de éste, y se ubica en el cuadrante superior izquierdo dando la imagen característica del grano de café. Cuando el ciego alcanza un diámetro mayor de 10 cm puede decirse que existe una inminencia de perforación. En aneurismas puede hallarse calcificación y dilatación de la aorta abdominal. El borramiento de las líneas de los psoas, la obliteración de la grasa paracólica y la situación medial y separada de las asas son signos de la presencia de líquido intraabdominal.

UROGRAFÍA EXCRETORA Hoy ha sido reemplazada en gran parte por la ultrasonografía (ecografía), y sólo se realiza en pacientes seleccionados, es especialmente útil para establecer la obstrucción del trato urinario en pacientes con sospecha de litiasis.

70-44.19

RADIOGRAFÍAS CON MEDIO DE CONTRASTE Rara vez están indicadas en el estudio diagnóstico del abdomen agudo.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL El ultrasonido puede ser útil en el diagnóstico de algunas entidades causantes de abdomen agudo. Sin embargo, debe tenerse en mente que su sensibilidad y especificidad son dependientes del operador. Su principal uso es en el diagnóstico de la enfermedad biliar. Para diagnosticar cálculos vesiculares deben existir tres elementos:

- Un foco ecogénico dentro de la luz vesicular
- Movimientos gravitacionales de ese foco con los cambios de posición.
- Producción de una sombra acústica subyacente a ese foco ecogénico. Se ha empleado también para el diagnóstico de apendicitis, cada vez con mayor frecuencia, especialmente en niños. El hallazgo de un apéndice mayor de 7 mm, no compresible, constante en varias imágenes sugiere el diagnóstico de apendicitis.

En la mujer con dolor abdominal bajo la ultrasonografía juega un papel importante. Puede confirmar la presencia de embarazo ectópico, anomalías inflamatorias de los anexos o la presencia de masas ováricas.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA (TAC) Preferentemente la TAC debe realizarse empleando medio intravenoso y oral. Permite evaluar detalladamente las vísceras sólidas y las estructuras retroperitoneales (páncreas, aorta). Es de gran valor en el diagnóstico de abscesos intraperitoneales y en casos seleccionados puede ser útil para realizar drenaje percutáneo. Cuando se sospecha diverticulitis, la tomografía puede ser de gran utilidad para confirmar el diagnóstico y de hecho constituye el estudio de elección

En casos de apendicitis de difícil diagnóstico la TAC puede ser de gran valor y está indicada casi de rutina. Si bien la TAC está siendo empleada cada vez con mayor frecuencia en la evaluación y diagnóstico de muchas condiciones abdominales, en ningún caso debe reemplazar la completa evaluación y el juicio clínico que hemos mencionado a lo largo de esta guía.

ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) Todo paciente con factores de riesgo para enfermedad coronaria, debe tener un ECG en el curso de la evaluación por dolor abdominal. Este permite establecer la existencia de infarto agudo de miocardio o detectar anomalías del ritmo como la fibrilación auricular que puedan complicarse con embolia mesentérica.

LAPAROSCOPIA La experiencia cada día mayor que se viene acumulando con la colecistectomía laparoscópica ha incrementado el uso de esta herramienta en el diagnóstico del abdomen agudo. Por ser un procedimiento invasivo, no carente de complicaciones y que requiere anestesia general, su uso se reserva para casos difíciles con lo cual se evita el retardo en el diagnóstico y se disminuye la tasa de laparotomías innecesarias. Su uso actual se encuentra centrado fundamentalmente en el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda, en el tratamiento de la colecistitis aguda y en algunas condiciones ginecológicas como el embarazo ectópico.

70-44.19

ESCALA DIAGNÓSTICA DE ALVARADO:

La escala de Alvarado es una herramienta útil e importante para la aplicación sistemática de un score diagnóstico en los servicios de urgencia, fundamentalmente para puntuaciones mayores de 7. Permite disminuir consecuentemente el margen de error diagnóstico y las posibles implicaciones sanitarias, económicas y legales.

TABLA 1
Criterios de la escala diagnóstica de Alvarado

Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado	
Criterio	Valor
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg positivo	1
Migración del dolor	1
Náuseas o vómito	1
Anorexia	1
Temperatura oral superior a 37,2 °C	1
Recuento de leucocitos mayor de 10.000 por mm ³	2
Neutrofilia mayor de 70 %	1
Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado	
Decisión	Puntaje
Negativo para apendicitis	0-4
Posible apendicitis	5-6
Probable apendicitis	7-8
Apendicitis	9-10

Fuente: Beltrán M, Villar R, Tapia TF. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía. 2004;56:550-7.

13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El primer paso en el diagnóstico diferencial es descartar que se trate de enfermedades sistémicas simulando el síndrome de abdomen agudo quirúrgico. Entre ellas tenemos:

Periarteritis nudosa.

- Se caracteriza por epigastralgia, fiebres prolongadas, artralgias, nefritis y púrpura cutánea morbiliforme.

Precoma diabético.

- Caracterizado por vómitos, diarreas o constipación, epigastralgia, astenia, deshidratación, poliuria e hipotermia.

Anemia de células falciformes.

- Presentan crisis de dolor abdominal intensas que pueden confundir, pero al mismo tiempo se acompañan de anemia crónica.

Herpes Zóster.

- Debido a que el virus ataca sobre todo los nervios, es posible en los casos de localización intercostal baja que se presente un dolor a veces muy intenso, irradiado al hemiabdomen superior. La aparición de las vesículas en la piel confirman el diagnóstico.

70-44.19

Otras veces el diagnóstico debe hacerse para descartar enfermedades extrabdominales, entre ellas:

-Cardiovasculares:

Infarto del miocardio .

- Los datos para el diagnóstico diferencial son los signos de isquemia y/o lesión que aparecen en el electrocardiograma.

Pericarditis:

- Aparece epigastralgia. Alteraciones en el Electrocardiograma:

ST elevado o T invertida en AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 y V6. ST elevado en DI, DII y DIII. Roce pericárdico.

-Respiratorias:

Neumonías de la base.

- Se presentan síntomas de insuficiencia respiratoria aguda, fiebre.

Existe dolor abdominal con distensión abdominal refleja.

Pleuresía o derrame pleural .

- Presenta dolor torácico a veces irradiado al abdomen y al examen físico del tórax se puede detectar la proyección de la curva del límite superior del derrame o la presencia de un nivel hidroaéreo.

Infarto pulmonar

- Hay disnea, dolor torácico. Tos con esputos sanguinolentos. Dolor en el hombro. Febrículas. Distensión abdominal por atonía gastroentérica. Una vez descartadas las afecciones sistémicas y extraabdominales, se debe establecer diagnóstico con afecciones de la región abdominal:

-Retroperitoneales:

Cólicos nefríticos.

- Hay dolor lumbo-abdomino-genital con intranquilidad del paciente. Vómitos, disuria, micro y macrohematuria. Dolor a la percusión de la fosa renal.

Pielonefritis aguda .

- Hay dolor espontáneo y a la palpación en fosa lumbar, fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos.

Aneurisma disecante de la aorta.

- Epigastralgia irradiada a piernas y brazos, además hipertensión arterial. Precoma addisoniano.

- Aparece melanodermia, hipotensión, adinamia e hipotermia.

-Intraperitoneales:

Peritonitis difusa primaria.

- Aparece fiebre, lengua seca, taquicardia, aleteo nasal, distensión abdominal, inquietud, silencio abdominal, hipo, fondo de saco de Douglas doloroso al tacto.

Hepatitis aguda.

- Astenia, febrícula, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia dolorosa. Enterocolitis.

- Presenta dolor abdominal, diarreas y exageración de los movimientos peristálticos.

70-44.19

14. COMPLICACIONES HABITUALES

Son complicaciones usuales del abdomen agudo:

- Peritonitis
- Sepsis
- Hipovolemia
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Malnutrición grave
- Insuficiencia renal
- Alteraciones cardiovasculares
- Insuficiencia hepática
- Disfunción orgánica múltiple.

15. ACTITUD Y TRATAMIENTO

Ante todo paciente que acude a un Servicio de Urgencias con un dolor abdominal agudo, debemos identificar primero los signos de gravedad y de compromiso vital, mediante la toma de constantes vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) y valorando el estado general del paciente. Nos podemos encontrar dos situaciones:

Paciente inestable

Este tipo de enfermos habrá que tratar y valorarlos en una unidad de críticos, procurando estabilizar hemodinámicamente al paciente, siguiendo el ABC (vía aérea, ventilación y circulación), mediante los protocolos ya establecidos. Una vez estabilizado al paciente realizaremos la historia clínica, al paciente, o a los familiares o acompañantes si la situación de éste no lo permite.

- Canalizar dos vías venosas periféricas.
- Monitorización, oxigenoterapia, y realización de EKG completo.
- Realizar exploración abdominal inicial.
- Extraer muestras de sangre y orina

Hemograma, bioquímica (incluyendo CK, CKMB, troponinas, amilasa, TGO y LDH) coagulación, gasometría venosa, sedimento y amilasuria y pruebas cruzadas con sangre en previsión.

- Colocación de sonda nasogástrica + dieta absoluta + sonda vesical.
- Realización de ECO Abdomen de urgencias
- Analgesia

es recomendable en estos pacientes la administración de fármacos para aliviar el estado general, sin llegar a una sedación profunda que pudiera enmascarar el cuadro clínico (tramadol, meperidina, etc.).

El paciente deberá ser valorado por el cirujano ante la menor duda de indicación quirúrgica (remisión a otro nivel de complejidad)

70-44.19

Por lo tanto el paciente una vez estabilizado en la institución de primer nivel, deberá ser referido a una de mayor complejidad, en el mínimo tiempo posible, para disminuir el porcentaje de mortalidad.

Paciente estable. Este tipo de enfermos podremos valorarlos de inicio en el área de urgencias si existe un buen estado general; si hay mal estado general deberá ser valorado en el área de observación.

- Realizar historia clínica.

Solicitar EKG si se trata de un dolor en hemiabdomen superior, sobre todo en pacientes ancianos, diabéticos, o con factores de riesgo cardiovascular.

- Dieta absoluta.

- Colocación de SNG (si hay distensión abdominal o sospecha de obstrucción)

- Canalizar una vía venosa periférica.

- Extraer muestras de sangre y orina, según la sospecha diagnóstica.

No olvidar la realización de un test de embarazo ante la sospecha de patología ginecológica.

- Si no es estrictamente necesario, no se administrará analgesia hasta que no tengamos un diagnóstico o haya habido una valoración por el especialista.

- En caso de requerirse el manejo farmacológico:

- Dar inicio con los medicamentos analgésicos opioides que no enmascaran las causas potencialmente peligrosas, sin presencia de vómito es válido utilizar medicamentos como el tramadol (dosis máxima 400 mg/día, iniciando paulatinamente 25 mg cada 6 horas y según el caso ir aumentando en adultos y para los ancianos mayores de 75 años una dosis máxima de 300 mg/día), si paciente tiene vómito utilizar opioides como meperidina (se recomienda dosis máxima de 100-150 mg/ día fraccionadas) o morfina (se recomienda una dosis máxima de 10-30 mg/día fraccionadas). Si no hay contraindicaciones.
- En segundo lugar, si el cuadro clínico así lo amerita, donde después de la valoración se está seguro de una patología no quirúrgica, es válido el uso de medicamentos analgésicos no esteroideos: hioscina + dipirone, o individuales, también es válido el uso de diclofenaco. Si no hay contraindicaciones.
- En tercer lugar, las entidades ácido pépticas el uso de antiácidos (omeprazol).

- Posteriormente se solicitarán las exploraciones complementarias necesarias en función de la sospecha diagnóstica y de los resultados de las exploraciones previas.

Si a pesar de la valoración clínica y las exploraciones complementarias no se llega a un diagnóstico, se mantendrá al paciente en observación, reevaluando al paciente de forma continua. Mientras tanto, el paciente estará en dieta absoluta, con hidratación intravenosa, y sin analgesia. En los casos de patología quirúrgica confirmada o con alta sospecha se deberá remitir a una institución de mayor nivel de complejidad de acuerdo con la condición clínica del paciente. Se deberá en primera instancia estabilizar el paciente, con el fin de disminuir la morbimortalidad.

16. RECOMENDACIONES AL EGRESO

Dieta adecuada:

70-44.19

En cualquier caso la dieta debe ser variada, procurando alimentos naturales que no requieran excesiva preparación ni elaboración, sanos y que incluya todos los grupos de alimentos.

Las comidas no deben ser copiosas, es mejor realizar cinco comidas frugales diarias (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena) que dos o tres comidas copiosas.

Evitar situaciones de estrés.

La práctica habitual de deporte ayudará a aliviar el estrés y la ansiedad. El consumo de fibra es bueno, pero en exceso puede producir molestias abdominales, por lo que es importante moderar su consumo al menos hasta el límite bien tolerado.

El tipo de fibra a consumir también es importante, pues unas personas pueden no tolerar algunas fibras que a otras le sientan bien.

Beber al menos litro y medio de agua al día.

No usar ropa ceñida ni cinturones que constriñan el abdomen.

No fumar.

No tomar bebidas alcohólicas o tomar con moderación

No consumir grasas ni alimentos que las contengan.

Evitar el café y los excitantes.

Volver de inmediato al servicio si se presenta algún cambio.

Cumplir de forma adecuada y por el tiempo estipulado el tratamiento.

17. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ferrada R: Abdomen Agudo: Urgencias Quirúrgicas; Fisiopatología y Semiología: Capitulo 4; Pg 49-61-107
2. Ferrada R: Abdomen Agudo: Urgencias Quirúrgicas: Diagnóstico y Manejo: Capitulo 17; Pg 165-172
3. Levitt MD. Enfoque del paciente con dolor abdominal. En: Kelley WN ed. Medicina Interna^{2ª} ed. Buenos Aires: Panamericana; p. 651-656.
4. Sánchez Turrión V. Dolor abdominal. En: Moya Mir MS. Guías de actuación en urgencias. 2ª ed. McGraw-Hill-Interamericana de España, 2000: 188-193.
5. Larrañaga I, Mendía E, Die J, Lobo E. Abdomen agudo. En: Lobo Martínez E, director. Manual de urgencias quirúrgicas. 2ª ed. Coordinación editorial: IM&C, 2000: 97-111.
6. Bockus HL. Abdomen agudo. Gastroenterología. Ediciones Revolucionarias 1980. 4:3.
7. Ahn SH, Mayo-Smith WW, Murphy BL, et al. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation. Radiology 2002; 225:159- 64.
8. Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute abdominal pain. Prim Care 2006; 33:659-84.

9. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006; 90:481-503.
10. Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1,320 patients. Surg Endosc 2005; 19:882-5.
11. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, et al. Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with threeview acute abdominal series. Radiology 2005; 237:114-22.
12. Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. Emerg Med Clin North Am 2006; 24:371-88.
13. Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. BMJ 2002; 325:1387.
14. Nyhus LM, Vitello JM, Condon RE. Abdominal Pain. 1st ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.
- 15 Purcell TB: Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 1989; 7:721-40.

18.CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Coordinador Medico	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	16/04/2025	9	Coordinador Medico	Creación del documento por: Hugo Peña – Coordinador Medico Revisado por: Claudia Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente