

ABORDAJE PRÁCTICO EN CLINICA PARA DOLOR ABDOMINAL AGUDO

1. PROPÓSITO

Facilitar la orientación clínica del dolor abdominal y el empleo de los estudios paraclínicos de los pacientes que se presentan en la consulta del Servicio de Urgencias de la institución. Su seguimiento cuidadoso facilita el diagnóstico, racionaliza el empleo de los recursos y minimiza la posibilidad del error médico.

2. ALCANCE

Personal asistencial que labora en el servicio de Urgencias. Población Objeto: todo paciente que ingrese con dolor abdominal agudo al servicio.

3. DEFINICIONES

Abdomen Agudo; Proceso patológico intrabdominal de reciente inicio que cursa con dolor, repercusión sistémica y requiere un rápido diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Peritonitis; Es la inflamación aguda o crónica de la membrana del peritoneo. Esta inflamación puede ser por bacterias o secundaria a traumatismo directo en la zona del abdomen, por acción de los jugos gástricos o sales biliares.

Peritonismo; Conjunto de síntomas que simulan una peritonitis aguda, sin que exista una inflamación aguda del peritoneo.

4. CONTENIDO

Los diagnósticos diferenciales para este grupo de pacientes son múltiples y en ocasiones difíciles, motivo por el cual es necesaria la realización de una cuidadosa anamnesis y examen físico, dirigiendo los laboratorios e imágenes diagnósticas.

ANAMNESIS

Determine en primer lugar cual es el motivo de la consulta, tratando de establecer si la enfermedad se inicia con dolor abdominal, o este aparece después del comienzo de otros síntomas. Es importante esta cronología. Registre con precisión la cronología de los síntomas asociados al dolor abdominal.

Evalúe cuidadosamente las características del dolor:

- Forma de aparición: súbita, gradual, lenta.
- Progresión de la intensidad del dolor. Utilice y registre una escala del dolor. (VAS)
- Migración o cambio de localización del dolor durante el curso de la enfermedad.
- Tipo de dolor y características del mismo: continuo, intermitente, cólico.
- Localización: difuso o en las diferentes áreas del abdomen.
- Determine que alivia o intensifica el dolor. Realice el ALICIA en dolor.
- Propagación del dolor: determine si el dolor se propaga a otras áreas del cuerpo: tórax, hombros o cuello, región lumbar, genital o miembros inferiores.

Síntomas asociados

Evalúe y registre si existe vómito asociado, alteraciones de la función intestinal o síntomas urinarios asociados y en caso positivo su aparición en el tiempo, características y relación con el dolor.

ABORDAJE PRÁCTICO EN CLINICA PARA DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Antecedentes

- Registre los antecedentes médicos, cirugías previas, trauma reciente, alergias o tóxicos, empleo de medicamentos y última comida.
- Interrogue sobre el empleo de analgésicos o tratamientos previos a la consulta.
- Determine si existen antecedentes de episodios similares al actual.
- En las mujeres fértiles (Última menstruación, características del sangrado menstrual, gestaciones previas, empleo de anticonceptivos).

EXAMEN FISICO

Evaluación General

- Determine la intensidad del dolor durante la consulta, afecte el VAS en un 30% para poder evaluar mejor el abdomen. Recuerde que el manejo del dolor es con morfina, (nivel de evidencia IIa) Dejar un paciente con dolor es hoy, mala práctica.
- Precise el estado de hidratación del paciente.
- Determine el color de las mucosas y las escleras.
- Observe si existen alteraciones del llenado capilar.

Signos Vitales:

TA; FC; FR; Temperatura y dolor cuantificado.

Examen general: en todos los casos debe incluir: Cuello, Tórax, Dorso, Regiones inguinales, Genitales externos, Pulsos periféricos

Examen abdominal: en todos los casos debe incluir: Inspección, Auscultación, Percusión, Palpación, Determine la presencia o ausencia de signos específicos anormales: Murphy, Rovsing, Blumberg.

Examen genital y Tacto rectal. Documente anormalidades menstruales en mujeres en edad fértil. Mujeres con factores de riesgo para EPI. Cuadros sugestivos de Obstrucción intestinal. El tacto rectal pierde sensibilidad en estos casos y debe ser concertado.

RECUERDE: DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO, NO ES UN DIAGNOSTICO y REGISTRE LO QUE ENCONTRO.

PARACLINICOS, Esto le permitirá racionalizar la pertinencia de los laboratorios. CUANDO:

Hemograma y uroanálisis en todos los casos.

Beta HCG Mujeres en edad fértil con dolor pélvico
Cuando existen anormalidades menstruales asociadas
Cuando haya factores de riesgo para embarazo ectópico
PACIENTE QUIRURGICA

Creatinina Cuando haya antecedente de enfermedad renal.
Pacientes mayores de 60 años

Cistatina C o N-Gal en paciente muy deshidratado o compromiso renal agudo.

Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Transaminasas En presencia de ictericia clínica
Cuando haya sospecha de enfermedad biliar

ABORDAJE PRÁCTICO EN CLÍNICA PARA DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Cuando haya antecedente de enfermedad hepática
Antecedentes de hepatotóxicos

Lipasa	En sospecha de enfermedad biliar Dolor epigástrico de intensidad mayor Dolores abdominales propagados a la región lumbar
Electrolitos	Cuando se sospechen pérdidas anormales, no antes. Antecedente de uso de diuréticos Antecedente de enfermedad renal previa
Electrocardiograma	En dolor abdominal alto Dolores propagados o que migren al tórax En paciente mayor de 50 años

Imágenes Diagnósticas

Radiografía Tórax: dolor abdominal alto, dolor torácico asociado, antecedente de neuropatía previa, defensa abdominal generalizada ("abdomen en tabla"), con anormalidades al examen físico pulmonar.

Ecografía será específica para la zona en estudio, según sospecha clínica

Sospecha enfermedad biliar, sospecha de patología ginecológica, sospecha de embarazo ectópico, dudas clínicas en el diagnóstico de apendicitis, sospecha de aneurisma de aorta abdominal. Recuerde que la ecografía abdominal total, no tiene sensibilidad y no está indicada.

Tomografía Axial Computarizada con cortes para apéndice, es el *gold estándar*. No Tac abdominal total.

ANTE LA DUDA, PREGUNTE.

INTERCONSULTAS O SOLICITUD DE VALORACION o SOLICITUD DE CUIDADO HOSPITALARIO.

A Cirugía General

- Sospecha de abdomen agudo quirúrgico
- En todos los reingresos donde no tenga claro la evolución
- Cuando hay signos de compromiso sistémico: taquicardia, ictericia, fiebre. (Estratifique el Tokio)
- Signos anormales al examen abdominal.
- En presencia de leucocitosis o leucopenia asociada a cualquiera de los anteriores.
- Cuando existan alteraciones electrolíticas en el deshidratado, de la lipasas o bilirrubinas.
- Ante la existencia de hallazgos anormales en radiografía simple de abdomen o la ecografía.
- Siempre que existan dudas sobre la orientación clínica del caso.
- Paciente de difícil evaluación.

A Urología

- Paciente con dolor lumbar asociado y sospecha de urolitiasis clínica que necesite seguimiento.
- Cuando exista hematuria asociada.
- En presencia de alteraciones de los genitales masculinos.

A Ginecología

- Cuando existan alteraciones menstruales asociadas.
- Antecedente de parto reciente (menos de 30 días)

ABORDAJE PRÁCTICO EN CLINICA PARA DOLOR ABDOMINAL AGUDO

- Cuando existan factores de riesgo para EPI.
- Cuando existan factores de riesgo o sospecha de embarazo ectópico.
- Ante la presencia de masas anexiales.
- Cuando exista elevación de la *B* HCG.
- Cuando halla anomalías de la ecografía pélvica sugestivas de enfermedad ginecológica.

A Medicina Interna

- Pacientes mayores de 65 años.
- Cuando existan enfermedades previas (Diabetes, EPOC, enfermedad cardíaca, renal o neurológica).
- Cuando existan alteraciones radiológicas en el tórax o en el EKG.

A Cirugía Vascul

- Dolor lumbar y compromiso hemodinámico.
- Anemia de origen no explicado.
- Anormalidad en las características de los pulsos.
- Masa abdominal pulsátil o en expansión.
- Hipotensión de origen indeterminado.

MANEJO MÉDICO

Uso de analgésicos

El uso de analgésicos en el dolor abdominal debe orientarse a disminuir el VAS en un 30% y no eliminarlo. Pero avise con el cirujano su decisión y no deje a su paciente con dolor. Recuerde el manejo es con morfina si lo necesita.

Uso de antibióticos

La aplicación de antibióticos sólo se iniciará cuando se haya confirmado un cuadro infeccioso bacteriano o se haya definido por completo una decisión quirúrgica y se hará acorde con los protocolos bien de profilaxis o de terapéutica.

Seguimiento ambulatorio priorizado y controles

El seguimiento clínico ambulatorio y los controles son recomendados en todos los pacientes que hayan sido dados de alta especialmente cuando no se ha logrado tener un diagnóstico preciso confirmado. Tales controles podrán ser realizados en la consulta priorizada con un especialista en consulta externa.

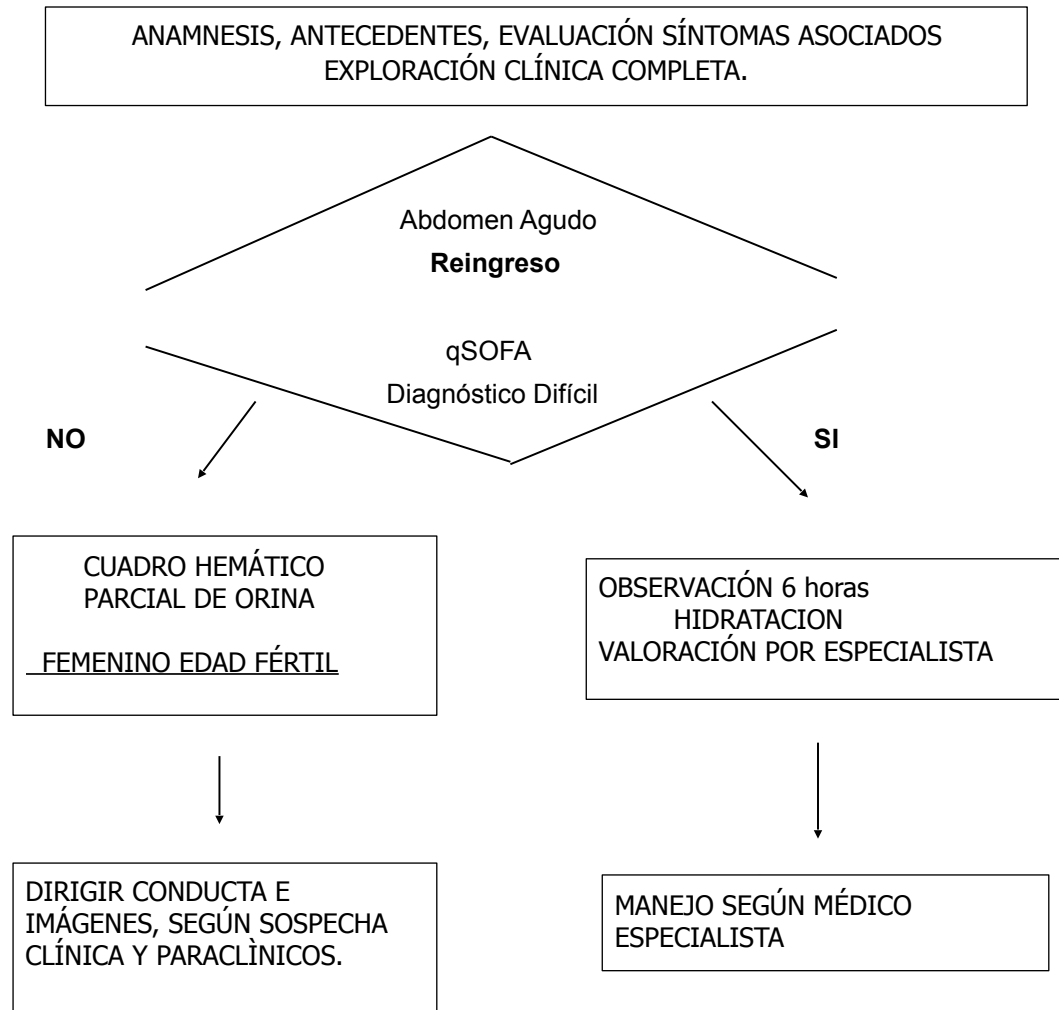
Signos de alerta

Todo paciente que egrese del servicio debe ser advertido de los signos de alerta que indican agravamiento de su condición y que deban motivar una nueva consulta al servicio de urgencias y que deben ser consignadas claramente en Instrucciones de Egreso.

5. ALGORITMO



ABORDAJE PRÁCTICO EN CLÍNICA PARA DOLOR ABDOMINAL AGUDO



6. BIBLIOGRAFIA

- 6.1. VNyhus LM, Vitello JM, Condon Re. Abdominal Pain. 1st ed. Norwalk, CO Appleton & Lange;1995.
- 6.2. Roy S. Weimersheimer P. Non operative causes of abdominal pain. Surg Clin North Am 1997, 77, 1433-1454.
- 6.3. Trunkey DD. Torso Trauma Curr Probl Surg 1987 Apr;24(4):209-65.
- 6.4. Memom Ma, Fitzgibbons RL. The role of minimal access surgery in the acute abdomen. Surg Clin North Am 1997,77 1333-1353.
- 6.5. Welch CE, Malt R.A. Abdominal Surgery (First of Three parts). N Engl J Med. 1983 Mar 17; 308 (11):624-632.
- 6.6. Welch CE, Malt R.A. Abdominal Surgery (Second of three parts). N Engl J Med. 1983 Mar 24; 308 (12):685-695.
- 6.7. Welch CE, Malt R.A. Abdominal Surgery (Third of three parts). N Engl J Med. 1983 Mar 31; 308 (13):753-760.
- 6.8. Sawyers JL, Williams LF, eds. The Acute Abdomen. Surg Clin North Am. 1983 Apr, 68 (3): 233-470.
- 6.9. Schechter WP Peritoneum and Acute Abdomen. En: Norton JA, Bollinger AA, Chang AE, Loury SF, Mulvihill SJ, Pass HI, Thompson RW (Ed) Surgery.: Basic Science and clinical evidence. Springer, New York 2001, 399-412.
- 6.10. Chen SC, Chen KM, Wang SM, Chang KJ Abdominal ultrasoun screen of clinically diagnosed or suspected appendicitis before surgery. World J Surg 1998.; 22: 449-452.
- 6.11. Evaluation of the adult with abdominal pain in the ED. Jhon L Kendall M.D. FACEP 2017

ABORDAJE PRÁCTICO EN CLINICA PARA DOLOR ABDOMINAL AGUDO

6.12.A feasibility randomised controlled trial to evaluated the role of CT in adults with atypical right iliac fossa pain.
Jones R. Ann RColl surg Eng. 2019 jun20:1-7. Doi 10 1308/rcsann.

7. ANEXOS

Ninguno