UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la salud Humana
Carrera de medicina Humana

RECEPCION, EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HRIA-LOJA

JUNIO - OCTUBRE 2013

TESIS PREVIA A OPTAR EL
GRADO DE
Médico General

Autor:

Paola Jumbo Pacheco

Director:

Dr. Juan Cuenca Apolo

LOJA
ECUADOR
2013

CERTIFICACIÓN

Dr.

JUAN CUENCA APOLO

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la Srta. PAOLA TATIANA JUMBO PACHECO, realizó el presente trabajo de investigación denominado **"RECEPCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HRIA-LOJA. JUNIO - OCTUBRE 2013";** el cual ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo o mi dirección en todo su desarrollo.

Por tanto autorizo su presentación y su sustentación respectivamente antes los organismos pertinentes.

Dr. Juan Cuenca Apolo

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, **Paola Tatiana Jumbo Pacheco** declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja de la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Paola Tatiana Jumbo Pacheco

Firma: _____

Cedula: 1104114663

Fecha: Loja, 05 de Noviembre del 2013

CARTA DE AUTORIZACION

Yo Paola Tatiana Jumbo Pacheco declaro ser autora de la tesis titulada denominado **"Recepción, evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencias del HRIA-Loja. Junio - octubre 2013";** como requisito para optar al grado de Medico General. Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, que para con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cinco días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Autor: Paola Tatiana Jumbo Pacheco

Cedula: 1104114663

Dirección: Av. Manuel Carrión P. 06-11, entre Clotario Paz y Ramón Burneo

Teléfono: 072588900 / 0969208771

E-mail: nenapj@hotmail.com / paonenapj@gmail.com

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, A mi madre y mi padre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida camino para convertirme en una profesional, quienes con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera. A mis hermanos que son siempre mi fuerza de inspiración. A mi pequeño hijo Alejandro Sebastián, que con su presencia supo llenar ese espacio que me hacía falta, mi guía, mis fuerzas, mis ganas de salir adelante y demostrar que por el puedo hacer cosas inimaginables. A mis amigos que siempre han estado apoyándome, mis profesores que has sido la guía e inspiración para mi formación, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Paola Jumbo Pacheco.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi Padre René Jumbo y mi madre Manuela Pacheco que con su demostración de padres ejemplares y apoyo incondicional me enseñaron a jamás rendirme y darme siempre fuerzas para salir adelante, enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis hermanos Josselyn, Jorge David, Pablo y René que siempre me apoyaron en momentos buenos y malos.

A mi hijo Alejandro Sebastián, tu llegaste a mi vida a ser mi motivo por seguir adelante, a sentir que gracias a ti debo luchar contra todo por verte feliz, desde que te lleve en mi vientre y verte crecer son más motivos por demostrar que puedo dar mucho más de lo que soy y tengo.

A mis amigos Juan, Janeth, Pamela y más compañeros que siempre estuvieron apoyando y escuchando cuando lo necesitaba.

Al Dr. Juan Cuenca Apolo, Director de Tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

RECEPCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL SERVICIO DE EMEGENCIAS DEL HRIA-LOJA

JUNIO-OCTUBRE 2013

RESUMEN

El dolor abdominal agudo es una patología frecuente de consulta diaria en los hospitales, en especial en los servicios de emergencia, se convierte en un verdadero desafío para el médico, por las innumerables patologías que lo ocasionan, la mayoría de origen benigno, pero un porcentaje con consecuencias más agresivas y que necesitan tratamiento quirúrgico sin embargo una gran cantidad de los pacientes son dados de alta con dolor abdominal de origen desconocido. En este estudio se tiene como objetivo determinar la recepción, evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencias. Un trabajo cualitativo, prospectivo, observacional y transversal. Se valoró a un grupo de paciente que acudió al servicio de emergencias durante un mes (06 de septiembre al 6 de octubre del 2013) con dolor abdominal agudo en el Hospital Regional "Isidro Ayora" Loja. Fueron 130 pacientes y entre sus resultados tenemos que: El 26.9% fueron diagnosticados con dolor inespecífico, y el 73.1% tuvo un diagnóstico definitivo, donde la gastroenteritis aguda bacteriana fue el primer diagnóstico, seguido por infecciones de vías urinarias y la gastritis, del total el 5.4% fue sometido a cirugía. El tiempo promedio para ser atendidos fue de 5 horas (13.5%), la mayoría en menos de 2 horas (28.5%), y que calificaron al tipo de atención de buena (37.7%) a regular (30%). El tiempo de inicio del dolor fue menor a 24 horas (26.2%), la localización frecuente fue en mesogastrio, Hipogastrio y epigastrio. La intensidad se describió como de gran intensidad (53.1%). El 17.7% refirieron auto medicarse, el tipo de dolor que se encontró fue visceral (80.8%). Al 80.8% de se les realizo algún tipo de examen de laboratorio, de los cuales al 38.1% de los pacientes se les realizo examen

de sangre heces y orina. El eco de abdomen fue el más realizado. El tratamiento más usado para la emergencia es el tramadol con el 40.8%. Se concluyó que el tiempo de espera del paciente repercute con la percepción de la calidad de atención, la historia clínica y examen físico es de gran importancia para evaluar el dolor, las principales causas que producen el dolor son gastrointestinales e infecciones de vía urinarias, la utilización de métodos de diagnóstico son muy comunes, y el tratamiento más usado es el tramadol.

Palabras Clave: Dolor abdominal agudo, evaluación, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Acute abdominal pain is a common condition in daily practice in hospitals, particularly emergency services, it becomes a challenge for the physician, for the many diseases that cause it, most benign origin, but percentage consequences and need more aggressive surgical treatment, and however, a large number of patients are discharged with abdominal pain of unknown origin. This study aims to determine the receipt, evaluation, diagnosis and treatment of patients with acute abdominal pain in the emergency department. A qualitative study, prospective, observational and transversal. We evaluated a group of patients who presented to the emergency room for a month (September 6 to October 6, 2013) with acute abdominal pain in the Regional Hospital “Isidro Ayora “Loja. They were among 130 patients and results we have: The 26.9 % were diagnosed with nonspecific pain, and 73.1 % had a final diagnosis, where bacterial acute gastroenteritis was first diagnosed, followed by urinary tract infections and gastritis, the total 5.4 % underwent surgery. The average time to be served was 5 hours (13.5%), mostly in less than 2 hours (28.5 %), and they called attention to the type of good (37.7 %) to fair (30%). The time of onset of pain was less than 24 hours (26.2 %), frequent location was in mesogastrium Hypogastrium and epigastrium. The intensity was described as very intense (53.1 %). The 17.7 % reported self-medication; the type of pain that was found was visceral (80.8 %). At 80.8 % of them performed some type of laboratory test, of which at 38.1 % of the patients underwent blood test urine and feces. The echo of the abdomen was the most accomplished. The treatment is used for emergency tramadol with 40.8 %. It was concluded that the patient wait time affects the perception of the quality of care , medical history and physical

examination is of great importance to assess pain , the main causes are pain-producing gastrointestinal and urinary track infections , the use of diagnostic methods are very common, and most widely used treatment is tramadol.

Keywords: acute abdominal pain, assessment, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta expuesto por los pacientes en servicios de emergencia, y constituye el 50% de las razones para ir a un hospital, la mitad de los pacientes con dolor abdominal son atendidos en servicios sin determinar una verdadera causa o diagnóstico que lo provocó.[1]

El termino dolor abdominal agudo se introdujo en la literatura médica por John Diaver, quien describió como “ningún problema intraabdominal agudo requiere tratamiento quirúrgico urgente”. En 1921, Sir Zachary Cope señalo la importancia de la preparación de una anamnesis haciendo un buen examen físico completo. Esas acciones que no consideran la acción inmediata frente a posibles problemas abdominales agudos solo se consideran en casos excepcionales. Cope paso a señalar que no tomar una decisión dentro de las 8 a 10 horas de inicio del dolor puede implicar o poner en peligro la vida del paciente, y que un retraso de dos horas es equivalente entre dos semanas y dos meses para el paciente recuperarse[2].

Podemos definir al dolor abdominal agudo como la presencia de dolor abdominal que se ha desarrollado en menos de una semana y permanece sin diagnosticar. Este dolor se caracteriza por: 1) su origen y con referencia al abdomen; 2) la cronología del dolor y la intensidad de la misma; 3) que sea acompañada con disturbios del tránsito intestinal; 4) el deterioro grave del estado general del paciente. [3]

El dolor abdominal agudo representa entre el 10 y 30% de las consultas diarias en un servicio de emergencias de un hospital[3]. Aunque numerosas son las causas para el dolor abdominal agudo hay un grupo de tales causas con mayor frecuencia. Por tanto se considera en primer lugar cuando se examina a un paciente. En un Análisis de Dolor Abdominal Agudo realizado por la Organización Mundial de Gastroenterología a 10.682 pacientes donde el 34% fueron diagnosticados como un dolor abdominal inespecífico pues no se logró encontrar la verdadera causa del dolor abdominal, el 28% fue apendicitis aguda y el 10% como colecistitis aguda[4].

La Investigación fue realizada con el objetivo de determinar la recepción, evaluación diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencias HRIA- Loja- Junio-Octubre del 2013. Y entre sus objetivos específicos se intentó conocer como es la recepción del paciente, determinar los parámetros utilizados para la evaluación y diagnóstico del dolor abdominal, determinar el diagnóstico más frecuente, determinar cuál es el tratamiento más utilizado en emergencia y desarrollar un algoritmo de manejo para el paciente con dolor abdominal agudo.

MARCO TEORICO

1. GENERALIDADES DEL DOLOR ABDOMINAL

El dolor abdominal es un hecho diario en la práctica médica y un desafío para el mismo por la diversidad de patologías intrabdominales o extrabdominales que las manifiestan. El término dolor abdominal agudo se aplica aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. Este síntoma es uno de los más frecuentes motivos de consulta en emergencia representa aproximadamente el 10 y 15% de los casos atendidos[5]y sus causas son muy diversas, y oscilan desde casos leves hasta condiciones que resultan amenazantes para la vida y obliga al médico a determinar si el dolor tiene origen de patología que requiere intervención quirúrgica o por el contrario su origen da tiempo a esperar un estudio menos urgente.[6]La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico en una situación de este tipo. Alrededor del 30-40% carecen de una etiología demostrable[8].El dolor abdominal agudo debe considerarse, por tanto, un auténtico desafío clínico. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos causantes del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de las causas inusuales y de los factores que, con frecuencia, conducen a error.El diagnóstico de "abdomen agudo o quirúrgico" es inadecuado, por sus connotaciones engañosas y erróneas.

Es posible que el más evidente de los "abdómenes agudos" no exija una intervención quirúrgica, y que el más leve de los dolores abdominales sea la expresión de una lesión que necesite corrección urgente. Para lograr un diagnóstico seguro es necesario que todo paciente con dolor abdominal de aparición reciente, sea objeto inmediatamente de una valoración completa e inmediata y de un diagnóstico preciso[7].

En una encuesta realizada a nivel mundial sobre 15.000 casos de dolor abdominal se demostró que entre las causas más comunes son dolor abdominal inespecífico con 45% de casos, apendicitis aguda en el 25% y colecistitis aguda en un 10%[8].

El dolor abdominal se puede clasificar en primer lugar según su duración: cuando es menor a 7 días, se denomina dolor abdominal agudo el cual puede ser originado por múltiples patologías intraperitoneales o extraperitoneal. El dolor abdominal crónico en la mayoría de casos no se debe a alteraciones estructurales orgánicas como la dispepsia no irritable, el síndrome de colon irritable, parasitosis o de origen indeterminados que son muy frecuentes.

2. FISIOPATOLOGÍA DE DOLOR ABDOMINAL.

El dolor abdominal es una experiencia subjetiva, sensorial y emocional, desagradable y compleja que implica la asociación entre elementos sensoriales a los que atribuye un significado. [8] La sensación dolorosa es la consecuencia de la combinación de factores fisiopatológicos y psicológicos.

Los factores fisiopatológicos comprenden:

- La naturaleza del estimulo

- El tipo de receptor involucrado
- La organización de la vía nerviosa anatómica el sitio de la lesión con el sistema nervioso central
- Las complejas interacciones de diversos factores que modifican la transmisión, la interpretación y la reacción al estímulo doloroso.

Los factores psicológicos incluyen

- La personalidad del paciente y su umbral del dolor individual
- Las circunstancias que acompañan la lesión.

El dolor abdominal por tanto constituye por tanto una circunstancia compleja con las distintas manifestaciones en los individuos.

BASE ANATÓMICA DEL DOLOR

La vía de la sensibilidad dolorosa se halla compuesta por cuatro neuronas dispuestas en serie. La sensación dolorosa es captada por los receptores para el dolor (nocireceptores) que son sensibles a los estímulos térmicos, químicos y mecánicos. Etas son simplemente las terminaciones nerviosas libres de las prolongaciones periféricas de la primera neurona. Se ubican en la pared de las vísceras huecas, en la capsula de las macizas, en la pared de los vasos, en el peritoneo parietal y el mesenterio. Al ser excitados, generan una señal eléctrica que transcurre por los distintos nervios según la zona del abdomen estimulada. Por ello: 1. Las fibras que recogen los estímulos del peritoneo parietal posterior y pelviano, lo hacen a través de los nervios esplácnicos. 2. Las del peritoneo parietal anterior y las de la raíz del mesenterio alcanzan la medula por la vía de los nervios espinales (intercostales).

Las del peritoneo diafragmático transmitido por el nervio frénico. Las que recogen los estímulos de las vísceras transcurren por los nervios autonómicos hacia el sistema nervioso central, por los nervios vago, pelvianos (parasimpáticos) y por los nervios simpáticos toracolumbares. El cuerpo de la primera neurona se halla en el ganglio anexo a la raíz posterior de la medula espinal. La prolongación central de la primera neurona hace sinapsis con la segunda neurona, cuyo cuerpo se encuentra en el hasta dorsal de la medula. A ese mismo nivel, algunas fibras aferentes se conectas con neuronas eferentes y forman importantes arcos reflejos.

La prolongación central de la segunda neurona se cruza inmediatamente a lado opuesto de la medula pasando por la comisura gris anterior y luego asciende por la sustancia blanca antero lateral para formar parte del haz espinotalámico lateral, en dirección al tálamo donde se halla el cuerpo de la tercera neurona. A su vez, la eferencia de la tercera neurona llega hasta la corteza somato sensitiva primaria donde se halla la cuarta neurona, ultima de la vía. Esta vía, que se extiende desde la medula al tálamo y a la corteza somato sensitiva, es importante para la percepción de los caracteres sensitivos del dolor (localización, intensidad y calidad). Los axones del haz espino talámico también alcanzan ciertas regiones del tronco cerebral (formación reticular), del tálamo y de la corteza cerebral relacionada con las respuestas emocionales, como son las circunvolución callosa y el lóbulo frontal. Se cree que a estas comunicaciones se debe el carácter afectivo o emocional desagradable asociado con una sensación dolorosa, conocido como sufrimiento.

ESTIMULOS DEL DOLOR

- La importancia especial de los estímulos dolorosos de carácter químico en la lesión de los tejidos: algunas sustancias químicas capaces de provocar dolor son la bradicinina, la serotonina, la histamina, los iones de potasio, los ácidos, la acetilcolina y las enzimas proteolíticas. Así mismo las prostaglandinas y la sustancia P aumentan la sensibilidad de los quimiorreceptores del dolor pero no les excitan directamente. Las sustancias químicas son importantes sobre todo para para estimular el dolor lento que aparece luego de una destrucción tisular.

  La sustancia que aparece general más dolor que las demás es la bradicinina. Además la intensidad con que se la percibe el dolor guarda correlación con el aumento local en la concentración de los iones de potasio. Las enzimas proteolíticas pueden atacar directamente a las terminaciones nerviosas y provocar dolor. Lo cual torna a sus membranas más permeables a los iones.

- La importancia de la isquemia tisular como causa del dolor: cuando se interrumpe el riego sanguíneo de un tejido, este se vuelve muy doloroso en pocos minutos. Y cuando mayor es el metabolismo del tejido, más rápido aparece el dolor. Una de las causas que han sugerido del dolor que aparece durante la isquemia es la acumulación de grandes cantidades de ácido láctico, el cual se forma como consecuencia del metabolismo anaeróbico que se produce durante la isquemia.

  También es posible que otras sustancias químicas, como la bradicinina y las enzimas proteolíticas se generan en los tejidos a causa de la lesión tisular y que sea esta, más que ácido láctico, la que estimule a los quimiorreceptores del dolor.

- La importancia del espasmo muscular como causa del dolor: también es causa frecuente de dolor y en él se basan muchos síndromes dolorosos que se ven en los cuadros abdominales. Es probable que este dolor se deba en parte al efecto directo del espasmo muscular que estimularía a los mecanorreceptores de dolor. Es posible que también se deba a una acción directa del espasmo muscular que al comprimir los vasos sanguíneos produciría isquemia.

  Además el espasmo muscular aumenta al mismo tiempo el metabolismo del tejido muscular, lo cual hace que la isquemia relativa sea todavía mayor y cree las condiciones ideales para la liberación de las sustancias químicas inductoras del dolor[9].

CAUSAS DEL DOLOR ABDOMINAL

DOLOR DE PROCEDENCIA ABDOMINAL
1. Inflamación de la hoja parietal del peritoneo - Contaminación bacteriana (apéndice perforado, divertículo perforado, enfermedad pélvica inflamatorio) - Irritación química (úlcera perforada, pancreatitis, dolor ovárico por ruptura de folículo durante la ovulación, peritonitis ulcerosa) 2. Obstrucción mecánicas de vísceras huecas - del intestino delgado o grueso, de vías biliares y/ o de uréter 3. Trastornos vasculares - Embolia o trombosis - Ruptura vascular - Oclusión por torsión o compresión - Anemia de células falciformes 4. Alteraciones de la pared abdominal - Distorsión o tracción del mesenterio - Traumatismo o infecciones de los músculos 5. Distención de las superficies viscerales - Capsula hepática o renal 6. Inflamación de víscera - Apendicitis - fiebre tifoidea o tiflitis

DOLOR EXTRAABDOMINL REFERIDO AL ABDOMEN
1. Originado en tórax Neumonía basal Infarto pulmonar Infarto agudo de miocardio Oclusión coronaria Pericarditis, Miocarditis o endocarditis Procesos esofágicos 2. Originado en columna Radiculitis debidas a artropatías 3. Originado en los genitales Torsión testicular 4. Urinarias Pielonefritis Cólico renal, ureteral Infarto renal
CAUSAS METABÓLICAS
Exógenas Picadura de araña viuda negra Intoxicación por plomo y otras intoxicaciones Endógenas Hiperazoemia Cetoacidosis diabética Porfiria Factores alérgicos (déficit de inhibidor de la esterasa de C1)
CAUSAS NEURÓGENICAS
1. Orgánicas Tabes dorsal Herpes zoster causalgia 2. Funcionales

Cuadro 2-1 Causas del dolor Abdominal[10]

TIPOS DE DOLOR[11]

I. **Dolor visceral:** originado en las vísceras o peritoneo visceral; los estímulos dolorosos se transmiten por el sistema nervioso simpático hasta el ganglio raquídeo y de aquí al hasta posterior medular por donde llegara hasta el tálamo. Es un dolor de carácter sordo, vago y de localización poco precisa, se puede acompañar de sintomatología vagal como sudoración, náuseas o hipotensión. [5-7]

II. **Dolor somático:** originado en las estructuras de la pared abdominal y del peritoneo parietal; los estímulos se transmiten por los nervios periféricos, hasta el asta posterior medular y desde aquí a las fibras contralaterales del haz espinotalámico lateral. Es un dolor agudo, intenso y bien localizado.[5-6]

III. **Dolor referido:** se percibe en unas regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación y se produce porque esta zona de estimulación comparte segmento neuronal sensorial con el área dolorosa, hay un error de interpretación en el sistema nerviosa central. Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se puede agrupar en tres grandes grupos.

a. **Mecánicos:** son la tracción, la distención y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas, el peritoneo y la capsula de las vísceras macizas; es importante que se produzca de modo brusco pues una instauración progresiva puede no ocasionar dolor.

b. **Inflamatorios:** La liberación de las sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico como infeccioso es un poderoso estímulo doloroso.

c. **Isquémico:** El cese de riego sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia o trombosis o secundario por torsión de un pedículo vascular, provoca dolor debido a la irritación que provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares.[12-13]

MECANISMOS DEL DOLOR ORIGINADO EN EL ABDOMEN

I. INFLAMACIÓN DEL PERITONEO PARIETAL

El dolor del peritoneo parietal de origen inflamatorio es sordo, constante y se localiza justamente en la zona inflamada; como se transmite por las fibras somáticas que inervan al peritoneo parietal, su localización se puede precisar con gran exactitud. La Intensidad del dolor depende de la clase y la cantidad de sustancias extrañas que se ponen en contacto con la superficie peritoneal en un periodo determinado. Por ejemplo, la liberación repentina en la cavidad peritoneal de una pequeña cantidad de jugo gástrico estéril ácido produce un dolor mucho más intenso que la misma cantidad de heces neutras fuertemente contaminadas. El jugo pancreático, con sus enzimas activas, provoca más dolor e inflamación que la misma cantidad de bilis estéril, que no contiene enzimas potentes. La sangre y la orina suelen ser tan poco irritantes que pueden pasar inadvertidas, salvo que su contacto con el peritoneo haya sido brusco y masivo. En el caso de las contaminaciones bacterianas, como ocurre en la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor suele ser poco intenso al principio hasta que la multiplicación bacteriana da lugar a la formación de sustancias irritantes.

La velocidad con que una sustancia nociva irrita al peritoneo es tan importante que la perforación de una úlcera péptica puede causar cuadros clínicos totalmente distintos, dependiendo únicamente de la rapidez con la que el jugo gástrico entra en la cavidad abdominal. Se ha observado que el dolor de la inflamación peritoneal se acentúa siempre con la compresión o los cambios de tensión del peritoneo, tanto si son provocado por la palpación o por los

movimientos del paciente, como si lo están por la tos o el estornudo. El paciente con peritonitis permanece quieto en la cama, evitando en lo posible todo movimiento, a diferencia del sujeto con un cólico que puede estar retorciéndose de manera continua. Otra característica semiológica de la irritación peritoneal es el espasmo tónico reflejo de la musculatura abdominal, con localización en el segmento corporal afectado. La intensidad de este espasmo muscular tónico vinculado con la inflamación peritoneal depende de la ubicación del proceso inflamatorio, la velocidad con que aparece y la integridad del sistema nervioso. Así, el espasmo que acompaña a la perforación de un apéndice retrocecal o de una úlcera en la transcavidad de los epiplones puede ser mínimo o nulo gracias a la acción protectora de las vísceras situadas por encima. Es frecuente que el espasmo muscular disminuya de intensidad cuando el proceso evoluciona con lentitud. Las urgencias abdominales agudas, como la úlcera perforada, pueden producir dolores o espasmos musculares mínimos e incluso indetectables en los individuos psicóticos o en los enfermos de edad avanzada obnubilados, debilitados o gravemente enfermos.[3-5]

II. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍSCERAS HUECAS

El dolor causado por la obstrucción de las vísceras abdominales huecas se describe de modo clásico como un dolor intermitente o de tipo cólico. Pero la ausencia de un auténtico espasmo, no debe inducir a error porque la distensión de una víscera hueca puede generar un dolor constante acompañado de exacerbaciones ocasionales. Los dolores cólicos no muestran una localización tan precisa como el dolor de la inflamación peritoneal. El dolor que se presenta con una obstrucción del intestino delgado, considerado como tipo cólico, suele ser periumbilical o supraumbilical y está mal delimitado. A medida que el

intestino se dilata de forma progresiva y pierde su tono muscular, el carácter cólico del dolor tiende a disminuir. Cuando a la obstrucción se sobreañade la estrangulación, el dolor quizá se extienda hacia la región lumbar baja si hay tracción de la raíz del mesenterio. El dolor cólico de una obstrucción del colon es menos intenso que el del intestino delgado y suele ubicarse en la zona infraumbilical. Es frecuente que el dolor de la obstrucción del colon se irradie a la región lumbar.

La distensión repentina de las vías biliares origina un dolor constante muy intenso que no suele presentar las características del cólico; por eso, el término cólico biliar es engañoso. La distensión aguda de la vesícula biliar casi siempre causa dolor en el cuadrante superior derecho con irradiación a la región posterior derecha del tórax o a la punta del omóplato derecho, pero no es infrecuente que se sitúe en la línea media. La distensión del colédoco a menudo se acompaña de dolor en el epigastrio que se irradia a la parte superior de la región lumbar. Sin embargo, las variaciones de estas clases de dolor son tan frecuentes que puede resultar imposible distinguirlas. Así, muchas veces falta el dolor subescapular típico o la irradiación hacia la región lumbar. La dilatación paulatina de las vías biliares, como ocurre en el carcinoma de la cabeza del páncreas, puede ser indolora o producir únicamente un dolor sordo y poco intenso en el epigastrio o el hipocondrio derecho. El dolor debido a la distensión de los conductos pancreáticos es similar al de la dilatación del colédoco pero, además, es muy frecuente que se acentúe al acostarse y se alivie en bipedestación.[5]

La obstrucción de la vejiga urinaria origina dolor suprapúbico sordo y, en general, poco intenso. La inquietud o la agitación quizá sea el único signo de

distensión de la vejiga en un paciente obnubilado que no se queja de dolor. En cambio, la obstrucción aguda de la porción intravesical del uréter se caracteriza por un intenso dolor suprapúbico y del flanco abdominal que se irradia al pene, el escroto y la parte superointerna del muslo. La obstrucción a nivel de la unión pelviureteral produce dolor en el ángulo costovertebral, mientras que la obstrucción del resto del uréter conlleva dolor en un flanco que a menudo se extiende hacia el mismo lado del abdomen.

III. TRASTORNOS VASCULARES

A pesar de la amplia experiencia que afirma lo contrario, existe la idea errónea de que el dolor propio de los trastornos vasculares intrabdominales es de carácter repentino y agudo. Es cierto que el dolor de una embolia o una trombosis de la arteria mesentérica superior o el de la rotura inminente de un aneurisma de la aorta abdominal puede ser intenso y difuso, pero con la misma frecuencia, el paciente que sufre una oclusión de la arteria mesentérica superior se queja sólo de un dolor leve, continuo y difuso dos o tres días antes de que aparezca el colapso vascular o los signos de inflamación peritoneal. Las molestias iniciales y en apariencia insignificantes se deben al hiperperistaltismo más que a la inflamación del peritoneo. En efecto, la ausencia de dolor provocado y de rigidez al explorar a un paciente con dolor abdominal continuo y difuso, y que probablemente padece una vasculopatía, es un dato bastante característico de la oclusión de la arteria mesentérica superior. El dolor abdominal irradiado a la región sacra, los flancos del abdomen o los genitales siempre debe sugerir la posible rotura de un aneurisma de la aorta abdominal. El dolor puede persistir varios días antes de que sobrevenga la rotura y el colapso vascular.[5-3]

IV. PARED ABDOMINAL

El dolor que se origina en la pared abdominal suele ser sordo y continuo. Los movimientos, estar de pie por mucho tiempo y la compresión acentúan el malestar y el espasmo muscular. Cuando se forma un hematoma en la fascia del recto, molestia más frecuente hoy en sujetos que toman anticoagulantes, puede encontrarse una tumefacción en los cuadrantes inferiores del abdomen. Para distinguir una miositis de la pared abdominal de una anomalía intraabdominal, que puede generar dolor en el mismo lugar, quizá sea útil el dato de afectación simultánea de otros músculos del cuerpo.[3]

V. DOLOR IRRADIADO EN LAS ENFERMEDADES ABDOMINALES

El dolor que se irradia al abdomen a partir de un trastorno en el tórax, en la columna vertebral o los genitales, puede constituir un problema diagnóstico incómodo, porque las enfermedades de la parte superior del abdomen, como la colecistitis aguda o la úlcera perforada, muchas veces concurren con complicaciones intratorácicas. Una máxima de gran importancia, pero olvidada con frecuencia, afirma que se debe pensar en una alteración intratorácica en todo paciente con dolor abdominal, ante todo si el dolor está ubicado en la parte superior del abdomen. La anamnesis y la exploración sistemática dirigidos a descubrir un infarto pulmonar o del miocardio, neumonía basal, una pericarditis o esofagitis graves (las enfermedades intratorácicas que con mayor frecuencia simulan urgencias abdominales) casi siempre proporcionan pistas suficientes para establecer el diagnóstico exacto. La pleuritis diafragmática consecutiva a una neumonía o a un infarto pulmonar puede originar dolor en el hipocondrio derecho y en la región supraclavicular, con obligación de distinguir

esta última irradiación del dolor subescapular referido debido a la distensión aguda del árbol biliar extrahepático. En último término, para averiguar si el dolor es de origen abdominal tal vez se requiera mantener al individuo en observación varias horas y repetir el interrogatorio y la exploración durante ese tiempo hasta conseguir el diagnóstico decidir los estudios apropiados. En el dolor irradiado de origen torácico, el paciente suele inmovilizar el hemitórax enfermo y disminuir su excursión diafragmática, además de contener la respiración y de reducir la amplitud de las oscilaciones respiratorias mucho más que cuando padece una enfermedad intraabdominal. Asimismo, la contractura de los músculos abdominales causada por el dolor irradiado disminuye claramente durante la inspiración, mientras que en el dolor de origen abdominal, la contractura se mantiene durante las dos fases de la respiración. La palpación del abdomen en la zona a la que se irradia el dolor tampoco exacerba el dolor y en muchos casos más bien parece aliviarlo. Como no es raro que las enfermedades torácicas y abdominales coexistan en un mismo paciente, a veces es difícil o imposible distinguirlas. Por ejemplo, es frecuente que un paciente con diagnóstico de enfermedad de las vías biliares se queje de dolor epigástrico cuando sufre un infarto del miocardio, o que un cólico biliar produzca un dolor que se irradia a la región precordial o al hombro izquierdo en un sujeto con angina de pecho previa.[5]

El dolor irradiado procedente de la columna vertebral, que suele deberse a la compresión o la irritación de las raíces nerviosas, se acentúa de manera característica con algunos movimientos, como tos, estornudos o giros inadecuados, y conlleva hiperestesia en los dermatomas afectados. El dolor que se irradia al abdomen desde los testículos o las vesículas seminales, se

exacerba en general con la más mínima presión aplicada a cualquiera de estos órganos. En estos casos, el malestar abdominal es sordo, continuo y mal delimitado.[3]

VI. CRISIS ABDOMINALES METABÓLICAS

El dolor generado por alteraciones metabólicas puede confundirse casi con cualquier padecimiento intraabdominal. Los mecanismos que intervienen pueden ser diversos. En algunos casos, como en la hipertrigliceridemia, la misma alteración metabólica puede acompañarse de una anomalía intraabdominal, como la pancreatitis, la cual si no se diagnostica puede acabar en un procedimiento con penetración corporal innecesario. El problema del diagnóstico diferencial no es fácil de resolver. El dolor de la Porfiria y el cólico por Saturnismo suelen ser difíciles de distinguir del correspondiente a una obstrucción intestinal, porque ambos conllevan peristaltismo intenso. El dolor de la diabetes o la uremia es inespecífico y tanto el dolor espontáneo como el provocado por la exploración cambian de localización e intensidad. A veces, la acidosis diabética es desencadenada por una apendicitis aguda o una obstrucción intestinal, de modo que si la corrección de las alteraciones metabólicas no va seguida de una rápida desaparición del dolor abdominal, hay que sospechar la existencia de un problema orgánico subyacente. Las picaduras de la araña viuda negra producen dolor y rigidez intensos de los músculos del abdomen y la espalda, una región que en los padecimientos intrabdominales pocas veces se afecta.[3]

VII. CAUSAS NEURÓGENAS

En ocasiones aparece causalgia en las enfermedades con lesión de los nervios sensoriales. Tiene un carácter quemante, suele circunscribirse al territorio de distribución de cada nervio periférico. Los estímulos normales, como los roces y los cambios de temperatura, pueden convertirse en causa que se percibe incluso con el paciente en reposo. El dato de zonas dolorosas con distribución irregular por la piel tal vez sea el único signo de que la causa del dolor es una antigua lesión nerviosa. Aunque el dolor se puede desencadenar con la palpación suave, no hay rigidez de la musculatura abdominal ni alteraciones de los movimientos respiratorios. La aparición de distensión abdominal es poco frecuente y el dolor no tiene relación con la ingestión de alimentos.

El dolor que se origina en las raíces o los nervios raquídeos aparece y desaparece con gran rapidez y es de tipo lancinante. Éste quizá se deba a neuropatía por herpes zoster, compresiones causadas por artropatías, tumores, hernias del núcleo pulposo, diabetes o sífilis; no tiene relación con la ingestión de alimentos ni se acompaña de distensión abdominal o cambios de la respiración. Es frecuente la contractura muscular intensa, como en las crisis gástricas de la tabes dorsal, pero la palpación abdominal lo alivia o no lo acentúa. El dolor empeora con los movimientos de la columna vertebral y suele afectar el territorio de unos pocos dermatomas, con hiperestesia como signo dominante.

El dolor por causas funcionales no se ajusta a ninguno de los perfiles mencionados; es difícil definir sus mecanismos. El síndrome de colon irritable (IBS, irritable bowel syndrome) es un trastorno funcional del tubo digestivo que se caracteriza por dolor difuso vinculado con alteraciones en los hábitos de defecación. El diagnóstico se elabora con base en los criterios clínicos y

después de descartar anomalías estructurales demostrables, sin olvidar los signos de alerta que indiquen otras entidades patológicas. Los accesos de dolor abdominal suelen ser desencadenados por estrés y su tipo y situación varían sobremanera. En algunos casos, surgen náusea y vómito. El dolor bien delimitado a la palpación y el espasmo muscular son inconstantes o no aparecen. Se desconocen las causas del Síndrome de colon irritable o los cuadros funcionales similares.[3-5]

3. ANAMNESIS

El objetivo de una evaluación del paciente con dolor abdominal es lograr un diagnóstico acertado y temprano, el recurso más importante para cumplir este objetivo principal es una buena historia clínica.[14]

INTERROGATORIO

Un interrogatorio completo y detallado de dolor y otros signos y síntomas asociados, así como del resto de situación clínica del paciente, suelen ser suficientes para llegar a un diagnostico presuntivo. Debe incluir antecedentes familiares y personales, la edad del paciente es importante ya que ciertas enfermedades están limitadas a determinados grupos etarios, por ejemplo el apendicitis aguda por lo general afecta a adultos jóvenes, la diverticulitis o isquemia mesentérica afecta por lo general a adultos mayores, o el antecedente de una patología reciente como neumonía o infarto agudo de miocardio que nos puede dar sintomatología abdominal, intoxicaciones por sustancias por el tipo de trabajo, antecedentes de alcoholismo que nos puede dar una hepatitis alcohólica, pancreatitis aguda o ulcera perforada.

Las enfermedades cardiovasculares por su conexión como una isquemia mesentérica o infarto de miocardio. Antecedentes de una cirugía abdominal previa en relación con el cuadro abdominal anterior por la posible presencia de bridas que pueden provocar obstrucción intestinal o por recidiva de la enfermedad[15].

- **Forma de comienzo y evolución cronológica.** La rapidez con las que se propaga el dolor y su propagación en el tiempo es el indicador de la gravedad del proceso que lo origina.
  - **Instauración súbita:**(Pocos minutos). Ulcus perforado, ruptura de un embarazo ectópico o aneurisma abdominal, infarto (intestinal, miocárdico o pulmonar)
  - **Instauración rápida:**(varios minutos o menos de dos horas) por perforación de una víscera hueca, obstrucción intestinal alta, infarto mesentérico.
  - **Instauración gradual:** (Varias horas) infecciones bacterianas (enfermedad diarreica aguda), intoxicaciones alimentarias, apendicitis aguda, hernia estrangulada, obstrucción intestinal baja, pancreatitis, colelitiasis. diverticulitis, entre otras.
- **Intensidad.** La intensidad del dolor depende por un lado la naturaleza de la agresión, de la riqueza de los nocireceptores en el sitio de la agresión mayor en las áreas de sensibilidad somática y mucho menos abundante en las vísceras. Y por otro lado del umbral de sensibilidad del individuo que están en relación con su estado psicológico y físico. Se puede hallar aumentado en pacientes con hipertiroidismo, hipersuprarrenalismo, menopausia, jóvenes y en la edad adulta. Y

disminuido en hipotiroidismo, shock, diabetes, uremia, toxemia, pacientes en tratamiento con corticoides o con síndrome de Cushing, cuando hay distracción de los pacientes, edades extremas, y en ciertas psicosis.[16]

- **Agravantes o atenuantes.** El cólico biliar, colecistitis y pancreatitis aguda se inician horas después de la ingesta de alto contenido calórico. La hipersensibilidad a ciertos alimentos se manifiesta por dolor después de ingerirlos. La eliminación de gases y el alivio del dolor concomitante deben llevar a pensar en obstrucciones incompletas de colon izquierdo. La disminución del dolor mediante provocación del vómito orienta hacia una obstrucción pilórica o ulcera gástrica. El aumento del dolor con las respiración sugiere un proceso irritativo en las vecindades del diafragma (colecistitis aguda o ulcera perforada). Los procesos inflamatorios de contacto uréter o vejiga pueden hacer la micción sea dolorosa y frecuente como en caso de apendicitis retrocecal o pelviana o diverticulitis aguda. Cuando el dolor aparece luego de hacer ejercicio o viajes puede estar causada por impactación de litos en el árbol biliar o urinario. El reflujo gastroesofágico se agrava con posición acostada y disminuye al incorporarse.
- **Ingestión de Medicamentos.** El dolor de pacientes con antecedentes de haber estado bajo medicación esteroidea, reumática o AINES se puede pensar la existencia de ulcera perforada o sangrante. El alivio del dolor con la ingestión de antiespasmódicos sugiere patogenia cólica del dolor, pero el uso de estos mismos antiespasmódicos puede ocultarnos ciertas enfermedades como apendicitis aguda las cuales consigue

complicarse posteriormente. La ingesta de alcohol puede ser un antecedente de valor precipitante de enfermedades como síndrome pancreático agudo, hepatitis alcohólica, se agrava un dolor ulceroso, los diuréticos pueden causar pancreatitis.

- **Localización y propagación (cuadro 2-1)**
  - La ubicación del dolor abdominal aporta pistas significativas para identificar la causa que lo produce. es importante no olvidar que un estímulo nocivo puede generar un patrón de combinado de dolor visceral, somático y referido, lo que puede desconcertar al médico que no conoce los distintos tipos de dolor y sus vías de transmisión.
  - Las vísceras como el estómago y el duodeno hasta la desembocadura del colédoco tienen su origen embriológico en el intestino anterior y manifiestan sus afecciones por medio de dolor epigástrico. La porción restante del duodeno, el intestino delgado, el ciego, el apéndice y los dos tercios proximales del transverso producen dolor en la región periumbilical se derivan del intestino medio. En tanto que el resto del transverso, el colon descendente y sigmoideo provocan dolor hipogástrico, ya que derivan del intestino posterior.
    - El dolor colónico se irradia a la región lumbar.
    - Los procesos que involucran las trompas y ovarios se manifiestan a nivel de las correspondientes regiones a la derecha e izquierda de la zona supra pubiana.

- La apendicitis aguda empieza con un dolor vago en epigastrio o en la región periumbilical o bien generalizado a todo el abdomen, cuando el proceso avanza y compromete el peritoneo parietal la queja del paciente se refiere a la fosa iliaca derecha.
- En dolor originado en las vías biliares y la vesícula se irradia al dorso y a la derecha y a veces al hombro y región escapular del mismo lado.
- En procesos peritoneales graves que involucran el diafragma el dolor se irradia al hombro y a la región escapular
- El cólico renal se irradia a la región lumbar y orienta a fosa iliaca y al testículo homolateral.
- La pancreatitis cusa más común de dolor en epigastrio, irradiado a ambos hipocondrios, aunque puede provocarlo en fosa iliaca izquierda o derecha de acuerdo con el exudado retroperitoneal.

HIPOCONDRIO DERECHO	HIPOCONDRIO IZQUIERDO
• Colecistitis aguda • Úlcera perforada • Pancreatitis aguda (puede ser bilateral) • Hepatitis aguda viral, alcohólica • Hepatomegalia congestiva por ICC derecha • Neumonía con derrame pleural • Pielonefritis • Angina de pecho	• Estallido esplénico • Úlcera gástrica perforada • Ruptura de aneurisma d la aorta • Perforación de colon • Neumonía con derrame pleural • Pielonefritis • Infarto de miocardio

CENTRAL

Obstrucción intestinal
Apendicitis
Pancreatitis
Trombosis mesentérica
Hernia crural estrangulada
Aneurisma de aorta fistulada
uremia
Porfiria

FOSA ILIACA DERECHA	FOSA ILIACA IZQUIERDA
• Apendicitis • Anexitis • Embarazo ectópico • Quiste de ovario con pedículo torcido • Adenitis mesentérica • Diverticulitis de Meckel • Ileitis regional • Perforación de ciego • Absceso de psoas • Calculo ureteral	• Diverticulitis sigmoidea perforada • Salpingitis aguda • Quiste de ovario con pedículo torcido • Calculo ureteral • Ileitis regional

Cuadro 2.1 Localizaciones del dolor y causas más frecuentes

- **Carácter del dolor:**
  - **Quemazón o acidez:** está relacionada con procesos anormales de esófago, estómago o duodeno.
  - **Cólico (retortijón):** se caracteriza por exacerbaciones intermitentes. Se produce en caso de obstrucciones de vísceras huecas y suele acompañarse de ruidos hidroaereos aumentados a la auscultación. Los intervalos entre episodios de dolor son mayores en la obstrucción baja y van disminuyendo a medida que el obstáculo es más próxima. Cuando a la obstrucción intestinal se le suma un factor isquémico por estrangulación el dolor deja de tener un carácter cólico y pasa a ser continuo. El dolor cólico no cede por completo en las obstrucciones biliares o ureterales.
  - **Punzante / Intenso / Constante:** Es característico de la inflamación peritoneal. Puede disminuir e incluso desaparecer cuando en exudado diluye el factor irritante como la úlcera perforada
  - **Dolor sordo / No Incapacitante:** Sugestiva de congestión crónica de un órgano o de afecciones retroperitoneales (enfermedad pancreática)
  - **Distención:** por exceso de gas en el colon.
- **Asolación con otros síntomas**

El dolor cuando es intenso, da lugar a un conjunto de síntomas clínicamente importantes, provocados por estímulos reflejos del sistema simpático y parasimpático. El dolor provocado por el estímulo de la piel, el musculo o hueso (dolor somático superficial) da por lo general

excitación simpática y a la liberación de catecolaminas con los siguientes efectos: taquicardia, hipertensión, dilatación pupilar, aumento de cortisol plasmático e hiperglucemia. El dolor asociado a estímulos orgánicos internos (dolor visceral) evoca a una respuesta de preferencia parasimpática, con liberación de acetilcolina que produce los siguientes efectos, bradicardia, hipotensión sudoración, nauseas, vómitos, sincope. La persistencia del dolor puede disminuir el flujo renal, causar oliguria, arritmias cardiacas y shock neurogénico. Aquello nos lleva a distinguir si los síntomas o signos son propias de la patología que causa el dolor o son producto del mimo dolor.

- **Preguntas importantes hacia el paciente**
  - Antecedentes personales: enfermedades recientes (diarreas, infección del tracto urinario, neumonías, etc.), intervenciones previas, hábitos tóxicos, consumo de fármacos, etc.
  - Historia ginecológica: posibilidades de embarazo, fecha de última menstruación, características de la menstruación, presencia de secreciones.
  - Historia Familiar.

4. EXAMEN FÍSICO

El examen físico del paciente pretende confirmar lo que se piensa durante el interrogatorio y descarta la idea de otras posibles patologías, así como también se descubre nuevas alteraciones que no se hacían evidentes. La exploración siempre debe der completa.

3. **Estado actual:** apariencia, movimientos, posición que adopta, aspecto de la cara y grado de malestar.
    - **Posición y movimientos del paciente:** pueden darnos indicios del origen del dolor. Pacientes con vísceras hueca perforadas o irritación intestinal pueden tener una posición inmóvil y evita todo movimientos. Así como también en pacientes con dolor tipo cólico los mismos buscan distintas posiciones para tratar de aliviar este síntoma sin lograr mejoría. En la pancreatitis aguda el paciente puede adoptar una posición fetal para tratar de disminuir el dolor.
4. **Signos vitales:** los signos vitales pueden tener algunas variaciones según sea la condición o gravedad del paciente. Es importante así valorar frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno y temperatura.
5. **Examen Físico:** se tendrá en cuenta las escaleras del paciente, si estas están ictéricas nos puede dar una idea de una enfermedad hepática o vesicular, la presencia de signos de deshidratación como ojos hundidos, mucosas orales secas, así como piel seca. En tórax se auscultara pulmones por posible derrame pleural u otras patologías pulmonares graves, es importante en especial cuando hay dolor abdominal con localización superior. La disminución de los ruidos cardiacos puede dar indicio de una posible pericarditis.

ABDOMEN

El examen físico debe efectuarse con iluminación adecuada y exponiendo el abdomen en forma amplia de modo de efectuar una buena observación, desde la parte baja del tórax hasta las regiones inguinales, pero sin exponer los genitales externos para respetar el pudor del paciente. Este debe estar en decúbito supino y es necesario que relaje al máximo su musculatura abdominal. Para esto conviene que tenga sus brazos a los lados o sobre el pecho, pero en ningún caso hacia arriba; la cabeza sobre una almohada y, eventualmente, las piernas en semiflexión con una almohada bajo las rodillas. El examen habitualmente se efectúa desde el lado derecho, pero conviene tener destrezas para examinar desde ambos lados.

No hay que olvidar de examinar las regiones inguinales (p.ej.: una pequeña hernia crural puede ser la explicación de una obstrucción intestinal).Las zonas en las cuales puede haber dolor conviene examinarlas al final.[17]

- **INSPECCION**

Interesa ver la forma del abdomen, si existen zonas irritadas bajo las cuales pueda haber un proceso expansivo, los movimientos respiratorios, si existen cicatrices o hernias. También puede ser importante fijarse en la presencia de manchas o lesiones de la piel, en la distribución del vello, o si existe circulación colateral anormal.

En hemorragias peritoneales puede aparecer en la región periumbilical una coloración azulada que constituye el signo de Cullen (p.ej.: en embarazo tubario roto). En pancreatitis aguda necrohemorrágicas, con

sangramiento hacia el retroperitoneo, puede aparecer una coloración azulada en las regiones lumbares (signo de Grey Turner).

En personas muy delgadas es posible ver movimientos peristálticos de asas intestinales. Esto es más evidente cuando existe una obstrucción intestinal aguda que se asocia a distensión del intestino y aumento del peristaltismo.

El ombligo normalmente es umbilicado o plano. Cuando existe ascitis se puede ver evertido (protruye hacia afuera). Una onfalitis es una inflamación del ombligo que se manifiesta por enrojecimiento y secreción.

Si existen hernias (umbilical, inguinal, crural), se hacen más evidentes cuando la persona puja. Una eventración es la protrusión de tejidos intrabdominales a través de zonas débiles de la musculatura abdominal en cicatrices quirúrgicas, pero contenidas por la piel. Originan las hernias incisionales. En una evisceración ocurre una salida de asas intestinales fuera del abdomen por dehiscencia de la sutura de una laparotomía o a través de una herida traumática.

Algunas masas ubicadas en la pared abdominal se podrían hacer más notorias al solicitar al paciente que ponga la musculatura del abdomen tensa (p.ej.: levantando la cabeza y hombros o intentando sentarse).

Algunas cicatrices quirúrgicas que se pueden encontrar son las siguientes:[18]

- De McBurney: es una incisión en el cuadrante inferior derecho, paralela a las fibras musculares del músculo oblicuo externo a unos 3 cm de la espina ilíaca anterosuperior, que se usa en apendicetomías. Ocasionalmente, especialmente en apendicitis de difícil diagnóstico o complicadas con peritonitis, se usa una incisión para mediana derecha infraumbilical, que permite un mayor campo operatorio.

- De Kocher: es una incisión subcostal derecha, paralela al reborde costal, y que se usa para colecistectomías. Para esta operación también se usa una incisión para mediana derecha supraumbilical. Actualmente la mayoría de las colecistectomías se efectúan mediante laparoscopía y las incisiones que se encuentran son pequeñas (en reborde del ombligo y una o dos en cuadrante superior derecho).

- Incisión mediana supraumbilical (usada para operaciones del estómago y otras estructuras del hemiabdomen superior).

- De Pfannenstiel: es una incisión arqueada por encima de la sínfisis pubiana en el sentido del pliegue suprapúbico, que se usa para efectuar cesáreas u operaciones ginecológicas como histerectomías. Antes era frecuente que se hiciera una incisión mediana infraumbulical.

Normalmente tiene una forma redondeada o plana, y puede variar depende de la edad, de la relación entre el peso y la talla, de la constitución del cuerpo, de lo atleta o sedentaria que sea la persona y de alteraciones que puedan existir: tumores, ascitis, meteorismo (gas aumentado en el intestino). En personas delgadas y en decúbito dorsal se aprecia un abdomen excavado (escafoide o cóncavo). Si se aprecia

abultado se habla de un abdomen globuloso o prominente. Cuando en decúbito supino el abdomen impresiona que se "rebalsa" hacia los lados se le llama en alforjas; si estando de pie, se aprecia un gran pliegue que cuelga del hemiabdomen inferior se llama en delantal.

La presencia de tumores o masas es otra importante observación. El aumento de volumen por un útero grávido es unas situaciones bien conocidas. La característica principal es el crecimiento desde el hipogastrio hacia arriba, con una convexidad superior. Algo parecido ocurre con una vejiga distendida que no puede vaciarse (globo vesical). Una gran esplenomegalia podrá dar un abultamiento en el cuadrante superior izquierdo; una hepatomegalia, en el cuadrante superior derecho. Con frecuencia, para detectar estos abultamientos es necesario fijarse bien, contar con una iluminación algo tangencial para que las curvaturas en la superficie del abdomen se dibujen mejor, y solicitar al paciente que respire profundo, de modo que al bajar el diafragma las vísceras protruyan.

- **AUSCULTACION**

Lo que se trata de auscultar son ruidos que derivan de la movilidad del intestino y posibles soplos vasculares. Se efectúa antes de la percusión y la palpación ya que éstas pueden alterar los ruidos intestinales o ruidos hidroaéreos. La auscultación debe ser metódica y cubrir los distintos cuadrantes del abdomen.

Mediante la práctica, es necesario familiarizarse con las características de los ruidos normales para poder distinguir cuándo están aumentados

y cuándo disminuidos. Como todos los sonidos, se puede distinguir frecuencia, intensidad, tono y timbre. Lo normal es escuchar como clics o gorgoteos regulares, entre 5 a 35 por minuto. Cuando el gorgoteo es prolongado y de tono bajo se habla de borborigmo ("gruñidos gástricos"). En las diarreas los ruidos intestinales o hidroaéreos están aumentados en frecuencia e intensidad.

Cuando el estómago está distendido con líquido porque existe una obstrucción a nivel del píloro o un poco más abajo (síndrome pilórico), o porque se ingirió una gran cantidad de líquido en las horas anteriores, al sacudir al paciente se puede auscultar en la región epigástrica un bazuqueo gástrico que son ruidos de tono alto semejantes a los que se escuchan al agitar un tonel parcialmente lleno de líquido.

Cuando existe una parálisis intestinal (íleo paralítico), desaparece el peristaltismo y con ellos, los ruidos intestinales, y se escucha un silencio abdominal. Para concluir que los ruidos intestinales están ausentes, se debe auscultar unos 3 a 5 minutos. Las asas intestinales se distienden con líquido y aire; si al paciente se le sacude, se auscultan ruidos de sucusión, semejantes al bazuqueo gástrico. Habitualmente se escuchan en todo el abdomen.

En un íleo mecánico, por obstrucción intestinal, los ruidos están aumentados junto con la mayor actividad peristáltica. Se escuchan ruidos de tono alto y en secuencias que aumentan junto con el incremento del dolor de carácter cólico.

- **PERCUSION**

Normalmente al percutir el abdomen se escuchan ruidos sonoros que reflejan el contenido de aire en el tubo digestivo.Frente a un abdomen distendido, la percusión puede ayudar a diferenciar si la distensión es por acumulación de gas (meteorismo), líquido en el peritoneo (ascitis), o un aumento de volumen anormal (tumor, globo vesical, útero miomatoso, etc.).

Si el problema es acumulación de gas, se escucha una hipersonoridad o un timpanismo.Si se trata de ascitis, al percutir el abdomen estando el paciente está decúbito supino, se delimita un área central de sonoridad normal, rodeada por una zona periférica en los flancos e hipogastrio de sonoridad mate, con una concavidad superior a nivel del hipogastrio. Como el líquido de la ascitis se desplaza con los cambios de posición, se percute también el abdomen poniendo al paciente primero en un decúbito semilateral y luego en el otro. El líquido se desplaza hacia el nivel más bajo. Con la percusión se delimita el cambio entre el sonido claro y el sonido mate que ocurre en los flancos. Se deja una marca con un lápiz, que se pueda borrar. En un cuadro de íleo paralítico, en que se acumula líquido en las asas intestinales, también se puede encontrar matidez desplazable. En este caso, se deben considerar otros aspectos clínicos para hacer un diagnóstico diferencial.

Un signo que se ha usado para identificar si un paciente tiene ascitis es el signo de la ola que consiste en dar unos golpes en un hemiabdomen y ver si se reflejan ondas hacia el otro hemiabdomen.

Para evitar que las ondas que se propagan se deban a un efecto del tejido adiposo de la pared abdominal, se coloca una mano de canto en la línea media del abdomen. No es un signo confiable ya que tiene falsos positivos y falsos negativos.

En el epigastrio y la parte medial del hipocondrio izquierdo se encuentra habitualmente una zona de mayor sonoridad que corresponde a aire contenido en el estómago. Esto se acentúa después de ingerir una bebida gaseosa, en que se percute timpanismo por la distensión del estómago.

Mediante la percusión se puede delimitar la localización del hígado o bazo y comprobar que estos no se encuentren aumentados de tamaño.

- **PALPACIÓN**

Es necesario primero controlar la ansiedad que produce el examen, para palpar el abdomen se requiere relajar la pared abdominal distrayendo al paciente

El paciente se coloca en decúbito horizontal, preferiblemente desnudo por lo menos abdomen descubierto, con los brazos a lo largo del cuerpo, piernas ligeramente dobladas para que la musculatura abdominal esté relajada. También la palpación debe realizarse con el paciente acostado en decúbito lateral de ambos lados.

Antes de la palpación es necesario descartar; embarazos, vejiga llena, hernias, fecalomas, riñones ptósicos, plastrones y testículos no descendidos.

Durante la palpación del abdomen mire la cara del paciente no al abdomen, para identificar maniobras que desencadenan dolor. Se debe determinar primero el sitio de máximo dolor, la palpación debe ser completa y ordenada dejando para el final el sitio de dolor máximo. La palpación inicial debe ser superficial, buscando básicamente las hiperestesias y el grado de sensibilidad y de defensa de la pared abdominal anterior. Si palpa crepitación o enfisema subcutáneo, descartar gangrenas gaseosas, secundarias a perforaciones apendiculares o de colon y/o patología pleural. Si palpa una masa pulsátil, tener en cuenta que puede desencadenar complicaciones catastróficas, en el caso de aneurismas grandes que pueden romperse con una palpación profunda y agresiva.

Si el dolor abdominal se desencadena por palpación o por maniobras, descartar patología de tipo inflamatorio. Si la paciente está en un postparto, o tiene paredes abdominales muy laxas, o está caquéctico, o presenta ascitis, o está en estado de shock, o está recibiendo analgésicos y/o esteroides, o el paciente presenta lesiones medulares, no esperar la presencia de signos peritoneales. Si presenta sensibilidad abdominal, buscar si esta es discriminatoria de acuerdo a su localización, por ejemplo en la colecistitis está básicamente localizada en el cuadrante superior derecho. Si existe compromiso peritoneal franco, recordar que se pueden alterar la

sensibilidad de la pared abdominal en grados diversos, puede existir desde hiperestesia hasta hipoestesia. Si los reflejos de la pared del abdomen están alterados, descartar procesos secundarios a procesos que comprometen el peritoneo parietal. El dolor desencadenado por la palpación es el signo de mayor significación en pacientes donde se sospecha compromiso peritoneal.

Si el dolor desencadenado por la palpación es localizado, descartar patología inflamatoria en esa localización. Si el dolor desencadenado por la palpación es generalizado, pensar en peritonitis generalizada. Si existe contractura abdominal, descartar compromiso parietal y peritonitis. Recordar que la contractura abdominal verdadera es el “Súper signo de la Catástrofe abdominal”.

Si existe contractura abdominal, recordar la ley de Stokes: “Todo músculo subyacente a una serosa inflamada se contrae”. La contractura puede ser localizada o generalizada, cuando existe contractura desaparecen los reflejos músculo-cutáneos de la zona afectada. Si existe contractura abdominal, descartar si es verdadera contractura (no cede ni con la maniobra de Sanmartino), recordar que la contractura casi no se observa en el anciano.

Si existe signo de rebote (signo de Blumberg, o el aumento de dolor ala descompresión en el mismo sitio), descartar compromiso peritoneal. Si el dolor de rebote se desencadena al lado contralateral (signo de Rovsing en el caso de dolor en la fosa ilíaca derecha, por compresión y descompresión en la fosa ilíaca izquierda), descartar apendicitis.[19]

Si el dolor de rebote se desencadena al lado contralateral (el dolor se manifiesta en la fosa ilíaca izquierda, por compresión y descompresión en la fosa ilíaca derecha), descartar diverticulitis del colon izquierdo. Si el examen se realiza con brusquedad puede encontrarse un falso Blumberg. Se puede encontrar en patologías abdominales no quirúrgicas las más importantes son las colitis. Si existen masas debe determinarse su localización, tamaño, consistencia, dolor y sensibilidad, bordes, movilidad, pulsos y relaciones anatómicas. Si existe masa de la pared abdominal, con la contractura de los músculos abdominales ésta, en vez de desaparecer se hace más prominente. Si el paciente presenta signo del psoas o signo del obturador, descartar apendicitis retrocecal, abscesos del psoas y/o patología retroperitoneal inflamatoria

Si el paciente presenta Signo del Talón, al caer el paciente bruscamente sobre los talones o saltar sobre ellos o también al golpear el talón con el miembro inferior derecho extendido; si se desencadena dolor, este se localiza en el área de la inflamación.

Si se desencadena dolor al realizar percusión lumbar suave, sospechar patología ureteral y/o renal.

Ante la presencia del dolor es necesario precisar su localización, irradiación, maniobras que lo aumentan o lo disminuyen. Un examinador delicado trata de provocar el menor dolor posible, sin perder información necesaria para el diagnóstico. Aunque habitualmente se palpa con los dedos de la mano, algunos dolores se localizan mejor con un dedo.

5. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los análisis de laboratorio son muy importantes en el estudio del paciente con dolor abdominal agudo, aunque no permite establecer un diagnostico por si solo.

LABORATORIO[20]

Los exámenes de laboratorio de mayor utilidad en el paciente con el cuadro de dolor abdominal agudo son:

- **PRIMARIOS:**
  - **BIOMETRIA HEMÁTICA:** En el hemograma se refleja, la cifra total de leucocitos (normalmente entre 6.000 y 10.000), y el porcentaje de cada tipo celular denominada la formula leucocitaria. La presencia de leucocitosis por encima de 10.000 se debe al aumento de neutrófilos y la causa más frecuente de la misma son procesos infecciosos agudos aunque puede estar elevado en otros procesos como embarazo o esfuerzos físicos. Además, causas no infecciosas que nos pueden dar una elevación de la formula blanca son procesos de dolor agudo, procesos infecciosos, hipertermia, etc. La presencia de neutrofilia puede deberse a muchas causas como ya las descritas la mayor parte de aumentos se debe a procesos infecciosos. Un hematocrito bajo nos puede indicar la presencia de un sangrado externo, indicar pancreatitis.
  - **UROANALISIS:** El examen de orina proporciona importante información, es un sencillo, económico y de exactitud. Se debe

recolectar la orina con las debidas normas de asepsia y antisepsia para tener un resultado más confiable. Puede darnos datos como la presencia de cristales y sangre, que no puede indicar la presencia de litos, la presencia de nitritos por la reducción enzimática de bacterias nos indicaría una probable pielonefritis, los leucocitos y bacterias en orina nos sugiere la presencia de infección urinaria.

- **PRUEBA DE EMBARAZO:** es importante valorar este parámetro en mujeres en edad fértil con dolor abdominal agudo con pocas horas de evolución por ruptura de un posible embarazo ectópico, la presencia de amenaza de aborto o aborto.
- **EXAMEN EN HECES: COPROPARASITARIO** Este es un conjunto de técnicas que permiten demostrar la presencia de parásitos en heces. La presencia de **POLIMORFONUCLEARES** nos indica la presencia de infección producto de bacterias en especial Shiguella, Campylobacter Yejuni, Salmonela o Clostridium Difficile.

- **SECUNDARIO:**
  - **AMILASA:** enzima que se origina en el páncreas y glándulas salivales y en otros sitios en menor cantidad con valor normal de 35-115U/l se puede hallar elevada en cuadros de pancreatitis con una elevación precoz 2- 3 horas de iniciado el cuadro y permanece elevada durante 4 días en casos no muy graves. Por lo general puede estar elevada aproximadamente seis veces su valor normal, también puede elevarse en colecistitis aguda,

hepatitis aguda en cuadros obstructivos de vías biliares, obstrucción intestinal, infecciones graves, perforaciones intestinales. Y se puede evidenciar una disminución en pancreatitis fulminante aguda.

- **LIPASA:** enzimas producida en el páncreas y en otros sitios en poca cantidad. Su valor normal va de 3-19U/dl. Se puede evidenciar un aumento en pancreatitis aguda este valor persiste entre 2 y 3 semanas de iniciado el cuadro, además en cuadros obstructivos por cálculos de los conductos pancreáticos, colecistitis aguda, espasmos del esfínter de Oddi, obstrucción o infarto intestinal.

- **TERCIARIOS**
  - **ELECTROLITOS:**
    - SODIO: Valores de 135-144mEq/l se puede evidenciar una disminución de este en especial cuando hay pérdidas extrarenales como vómitos o diarreas, cuando hay pérdidas al tercer espacio como pancreatitis, peritonitis incluso en situaciones de dolor y estrés.
    - CLORO: valor normal de 96-109mEq/l, se evidencia una hipocloremia en especial en vómitos a repetición por ejemplo en la estenosis pilórica, íleo obstructivo, pancreatitis aguda. Diarreas copiosas o duraderas, fístulas digestivas, insuficiencia hepática aguda grave.
    - POTASIO: valor normal de 3.5-5mEq/l, se puede evidenciar una hiperpotasemia cuando hay procesos

infecciosos graves con leucocitosis intensas y la hipopotasemia cuando hay aumento de las pérdidas extrarenales como en vómitos a repetición, fistulas, diarreas agudas y continuas.

- **UREA:** la urea es el producto final del catabolismo proteico; se considera cifras normales de 15 a 54mg/dl. Cuando se eleva este cuando hay hemorragias digestivas, sepsis, fiebres, estrés, en hipovolemia como en pérdidas gastrointestinales (vómito o diarrea), origen parenquimatoso por lesión renal y origen póstrenal como en obstrucciones (cálculos, tumores, etc.)
- **CREATININA:** La creatinina es el producto resultante de catabolismo muscular y se considera normales los valores entre 0.5 y 1.3 mg/dl en el hombre y entre 0.3 y 1.1 mg/dl en mujeres, se elimina casi en su totalidad por el riñón y no sufre reabsorción tubular, por lo que a diferencia de la urea las concentraciones plasmáticas de creatinina guardan relación estrecha con el volumen del filtrado glomerular. Igualmente su valor es menos dependiente de la dieta que no se modifica ni con el ejercicio ni con las variaciones del metabolismo proteico. Por todo ello este parámetro es mejor índice que la urea para valorar la función renal.
- **FUNCION HEPÁTICA:** Bilirrubinas con valor normal de la total menor a un 1mg/dl, la directa inferior a 0.4mg/dl. Estas se deberá tomar en cuando se evidencia una ictericia y se piense en un cuadro obstructivo agudo de las vías biliares, sepsis, hepatitis,

abscesos hepáticos, etc. Las transaminasas: (TGO-TGP) se pueden evidenciar una alteración cuando hay una hepatitis aguda, insuficiencia hepática aguda grave, colestasis, neoplasias, pancreatitis aguda, infarto agudo de miocardio Gamaglutamiltanspeptidasa o GGT: es un indicador sensible al alcoholismo, permite evidenciar un compromiso hepático en las infecciones o aumenta en colestasis o pancreatitis aguda.

IMAGEN

Los exámenes de imagen nos puede ayudar a comprobar el diagnostico presuntivo que la clínica nos da, pero en ciertas ocasiones nos puede dar el diagnóstico definitivo porque se produce el dolor abdominal. [21]

- **RADIOGRAFÍA:** Frente a un cuadro de dolor abdominal agudo debe indicarse radiología de tórax y abdomen. La radiografía de tórax nos ayudara a detectar la presencia de un neumoperitoneo nos orienta hacia una patología abdominal determinada como derrame pleural, abscesos subfrénicos, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, neumonías, neumotórax, etc. La radiografía de abdomen en decúbito y de pie o en decúbito lateral permite visualizar si se trata de in íleo paralítico, la dilatación del intestino con la presencia de gas, puede detectarse dilataciones intestinales segmentarias por un íleo paralítico localizado adyacente o a lesiones intestinales. En caso de obstrucción mecánica se dilatara el tramo intestinal el tramo intestinal proximal al lugar de la obstrucción, no existiendo gas distalmente a la misma. Ante la sospecha de perforación, la

presencia de aire libre intraperitoneal en un paciente sin historia de cirugía o de exploraciones invasivas indica siempre perforación de una víscera hueca. Si el volumen del aire es pequeño no se puede detectar en la radiografía al menos que se espere un lapso de 10 minutos en la misma posición. La exploración con medio de contraste baritados o hidrosolubles de la parte superior del tubo digestivo puede demostrar una obstrucción intestinal parcial que no se hubiese podido diagnosticar por otros medios. El enema de bario está indicado cuando se piensa en obstrucción colónica.

- **PUNCIÓN ABDOMIANL:** Debe efectuarse cuando se piense que hay una perdida hemática en cavidad abdominal, en caso de una perforación gástrica si la sangre no coagula debe hacerse una laparotomía exploratoria urgente.
- **ECOGRAFIA ABDOMINAL:** Está indicada en todo abdominal agudo de pocas horas de evolución puede dar un diagnóstico más rápidamente en caso de colecistitis aguda, colelitiasis, migración litiasica biliar, pancreatitis aguda, la presencia de aneurismas, hematomas en vísceras, embarazo ectópico, litiasis renal, colecciones intrabdominales o en apendicitis.
- **TAC DE ABDOMEN:** Las dos principales indicaciones en urgencias son sospecha de disección de aneurisma de aorta abdominal, pancreatitis aguda, pero también debe tomarse en cuenta en diverticulitis, isquemia mesentérica, apendicitis o colecciones abdominales.

- **ELECTROCARDIOGRAMA:** Fundamentalmente para descartar un infarto agudo de miocardio en especial cuando el dolor se localiza a epigastrio está indicado en pacientes ancianos o diabéticos y pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

6. ACTITUD Y TRATAMEINTO

Debido al gran número de pacientes con dolor abdominal agudo sin percusión o con percusión hemodinámica se hace referencia en emergencia a un tratamiento general de este síndrome y el tratamiento específico de dará de acuerdo a la patología que se halle. 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:[1-2-3]

PACIENTES CRITICOS INESTABLES:

Este tipo de paciente habrá que tratarlos y valorarlos en una unidad de críticos, procurando estabilizar hemodinamicamente al paciente, siguiendo el CAB (Circulación, vía aérea y ventilación) mediante los protocolos ya establecidos. Una vez estabilizado al paciente se realiza la historia clínica minuciosa. Mientras se realiza:

- Canalizar una vía endovenosa periférica en la cual se pasara líquidos endovenosos con soluciones como solución salina 0.9%, Lactato de Ringer o Solución dextrosada al 5% dependiendo del estado del

paciente se puede transfundir entre 2000 y 3000 de líquidos en 24 horas, y mediante éste también se corregirá todo desequilibrio hidroelectrolítico.

- Monitorización continua, oxigenoterapia
- Realización de electrocardiograma
- Se realiza la exploración física del paciente, se valorará minuciosamente el abdomen siguiendo los parámetros establecidos
- Se extraerá las muestras de sangres incluido de heces y orina
    - Hemograma
    - Electrolitos
    - Glucosa, urea y creatinina
    - Amilasa, lipasa, TGO, TGP, Bilirrubinas, GGT y LDH
    - Tiempos de coagulación
    - Gasometría
- Colocación de sonda nasogástrica para descomprensión intraabdominal con aspiración continua del contenido gástrico.
- Restricción absoluta de alimentos o líquidos por vía oral.
- Colocación de sonda vesical
- Realizar eco abdominal de urgencia, radiografías de tórax y abdomen y en caso necesario una tomografía de abdomen.
- Se administrara antieméticos como la metoclopramida 10 mg intravenoso o intramuscular en ese momento y con intervalo de cada 8 horas.
- El tratamiento analgésico en la actualidad hay evidencia que pueden ayudar al diagnóstico mejorando el estado del paciente y colaborando

con la anamnesis ya que este mejora la ansiedad y relaja la musculatura abdominal para una exploración más fácil para el médico.

PACIENTES ESTABLES:

Este tipo de pacientes se puede valorar en el cubículo de emergencia donde se puede tener pausas para investigar la causa del dolor de una manera minuciosa y además será valorado en un área de observación.

- Se realizara la historia clínica
- Se realiza el examen físico completo
- Se colocara una vía periférica con solución salina 0.9%, o lactato de Ringer dependiendo de los síntomas acompañantes, se utilizará para hidratación y para colocación de distintos tipos de fármacos dependiendo la patología encontrada.
- Se restringirá la ingesta de alimentos
- Se extrae las muestras de sangre, heces y orina.
- Depende el grado de dolor se administrara analgesia, este será administrado siempre y cuando se sepa o presuma la patología.
- Si es dudoso el diagnóstico se dejará en un área de observación durante aproximadamente 6 u 8 horas y se repetirá una biometría hemática y realizará nuevamente la historia clínica.
- El alta dependerá de la patología encontrada y el tratamiento de acuerdo a la misma.

7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

GASTROENTERITIS AGUDA

Se caracteriza por nauseas, vómitos, acompañado de dolor periumbilical de carácter cólico con intervalos silentes y deposiciones líquidas o semilíquidas de mal olor en número variable. Puede acompañarse de fiebre y escalofrió. En la exploración física se puede mostrar un dolor difuso en abdomen como signos de irritación peritoneal con peristaltismo intestinal aumentado a la auscultación.

COLICO BILIAR

Antecedentes de dispepsia, intolerancia a las grasas y dolores asociados a nivel de hipocondrio derecho en el 75% de los casos, más frecuente en las mujeres y pacientes diabéticos.

COLECISTITIS AGUDA

Dolor y espasmo muscular a nivel de epigastrio y a nivel de hipocondrio derecho, a menudo se irradia a espalda. Se acompaña de anorexia, nauseas, vómitos, fiebre de predominio vespertino y escalofríos, puede encontrarse una discreta ictericia. Hay en la biometría hemática leucocitosis con desviación a la izquierda, una discreta hiperamilasemia La mejor prueba diagnóstica es la ecografía abdominal, en la que puede apreciarse: litiasis biliar, engrosamiento de la pared superior a 3mm, distención vesicular, barro biliar, colecciones líquidas pericolecísticas, signo ecográfico de Murphy positivo.

PANCREATITIS AGUDA

Antecedentes de litiasis biliar, ulcera péptica o alcoholismo crónico. Dolor de instauración súbita e intensidad rápidamente progresiva, localizada en epigastrio con irradiación a ambos hipocondrios y a la espalda (en cinturón) que empora con el decúbito supino y se alivia al sentarse. Se acompaña de nausea, vómitos que no alivian el dolor.

ULCERA PEPTICA

Dolor en epigastrio, a veces irradiado a espalda o a hipocondrio derecho, de carácter urente o como sensación de pesantez o hambre. Se relaciona con ingesta y se acompaña de pirosis, flatulencia, náuseas y vómitos. Cede o mejora con antiácidos, antagonistas de los receptores H2 de la histamina e inhibidores de la bomba de protones. Es importante conocer la existencia de enfermedad ulcerosa o ingesta de fármacos como aines que pueden lesionar la mucosa gástrica.

APENDICITIS AGUDA

Dolor de carácter continuo y progresivo que aumenta con los movimientos, de intensidad moderada, en ocasiones localizado inicialmente en el epigastrio o en región periumbilical y posteriormente a nivel de fosa iliaca derecha. Se acompaña de anorexia, nauseas, vómitos y febrícula. Hay hipersensibilidad en fosa iliaca derecha con signos de Murphy, Blumberg, Psoas y Rovsing positivo. En pacientes ancianos os síntomas pueden ser inespecíficos se puede palpar una más a nivel de fosa iliaca derecha que se conoce como plastrón apendicular. En hemograma se puede encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda aunque no siempre es así.

COLITIS ULCEROSA

Diarrea sanguinolenta, con mucosidad y pus que cursa por brotes con dolor abdominal tipo cólico, sobre todo en hipogastrio y flancos, fiebre, pérdida de peso, astenia y artralgias.

COLEDOCOLITIASIS

Cólico similar al biliar con prolongaciones del tiempo del dolor y no cede con tratamiento espasmódico habitual. A menudo se caracteriza por ictericia obstructiva, prurito, coluria, bilirrubinas altas de predominio directo. La ecografía abdominal evidencia generalmente una dilatación de vía biliar extrahepático y cálculo alojado en colédoco distal.

OBSTRUCCION INTESTINAL

Se caracteriza por dolor abdominal de tipo cólico, continuó si existe estrangulación o peritonitis, vómitos más intensos cuando es obstrucción de intestino delgado, distención abdominal cuando la obstrucción es más distal. Ausencia de canalización de flatos.

ENFERMEDAD CORONARIA

Dolor precordial a veces en epigastrio súbito, con ausencia de contractura abdominal acompañado de vómitos, palidez, sudoración, profusa y a veces shock. El dolor se irradia a mandíbula, el cuello o brazo izquierdo. Es fundamental incidir en los antecedentes personales.

NEUMONIA

El dolor abdominal es frecuente en niños suele acompañarse de fiebre alta, taquicardia y abdomen distendido pero no rígido. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax en inspiración y espiración forzada.

EMBARAZO ECTÓPICO

Dolor abdominal de comienzo súbito, de carácter continuó, generalmente mal definido de predominio en el hipogastrio, e irradiado a ambos flancos a veces acompañado de síncope con metrorragia y la paciente refiere amenorrea, puede iniciarse estado de shock o aparecer a lo largo de su evolución. En la analítica se observa una anemia aguda normocitica normocrómica y prueba de embarazo positiva. El diagnóstico se realiza por ecografía.

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

Por lo general es un dolor a nivel de hipogastrio con irradiación a región lumbar, se acompaña de síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, fiebre, náuseas y vómitos. El diagnóstico se establecerá a través de un examen elemental de orina.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: El presente trabajo investigativo, es de tipo: Cualitativo, prospectivo, observacional y transversal realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo Junio-Octubre del 2013, la recolección de datos se dio a partir del 06 de septiembre hasta el 06 de octubre del 2013.

ÁREA DE ESTUDIO: Realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo Junio-Octubre del 2013.

UNIVERSO: Constituido por todas las personas que acuden al servicio de emergencias del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja que son Nro. 200 aproximadamente cada día los cuales se hallan distribuidos en: PEDIATRIA, GINECOLOGIA, MEDICINA INTERNA y CIRUGIA

MUESTRA: La muestra fue un total de 130 pacientes, la información de aproximadamente 5 pacientes por día seleccionados al azar, los mismos que acudieron a partir de las 15:00 hasta las 00:00 de la fecha ya mencionada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Todos los pacientes que acuden con dolor abdominal agudo	Pacientes que acuden con dolor abdominal crónico Pacientes que acuden con otros síntomas no relacionados con dolor abdominal

METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Método**: Científico descriptivo

- **Técnicas**: recopilación bibliográfica, observación directa del paciente atendido en el servicio de emergencia del HRIA con dolor abdominal agudo
- **Instrumentos** que se utilizaron son:
    - Hoja de recolección de datos previamente diseñada
    - formulario 008 de emergencia
    - exámenes de laboratorio y de imagen que se envíen al paciente

PROCEDIMIENTO: Se pidió una autorización al Director del Hospital solicitando el permiso respectivo para la recolección de datos de este estudio, ya en el área de emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora, se observó desde la llegada, la evaluación para llegar a un diagnóstico (anamnesis, examen físico y exámenes de gabinete que se solicitó), el tipo de diagnóstico que este tuvo (presuntivo o definitivo, y el tratamiento aplicado en cada uno de ellos si este fue quirúrgico o no quirúrgico y el principal manejo analgésico que se empleó. Fueron aproximadamente 5 pacientes por día y al final de la atención de emergencia se preguntaba al paciente como fue la recepción del mismo (el tiempo de espera y la calidad de atención en el servicio). Se concluyó con la firma del paciente para constancia de datos.

TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO: El estudio se realizó en un periodo de cinco meses, partiendo desde la planificación hasta la presentación y exposición final de los resultados.

RECOLECCIÓN DE DATOS: La recolección de datos se realizó en una hoja previamente diseñada con los parámetros a estudiar sobre el Dolor Abdominal

Agudo. La misma que se necesitaba la observación del paciente desde su ingreso y la hoja de 008 que se llenó del paciente.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS: Los resultados fueron ordenados y analizados de forma manual, para posteriormente realizar la tabulación y representación en cuadros estadísticos mediantes graficas mediante la utilización de programas de Microsoft Word y Excel 2010.

RESULTADOS

GRAFICO N°1

TIEMPO DE ESPERA

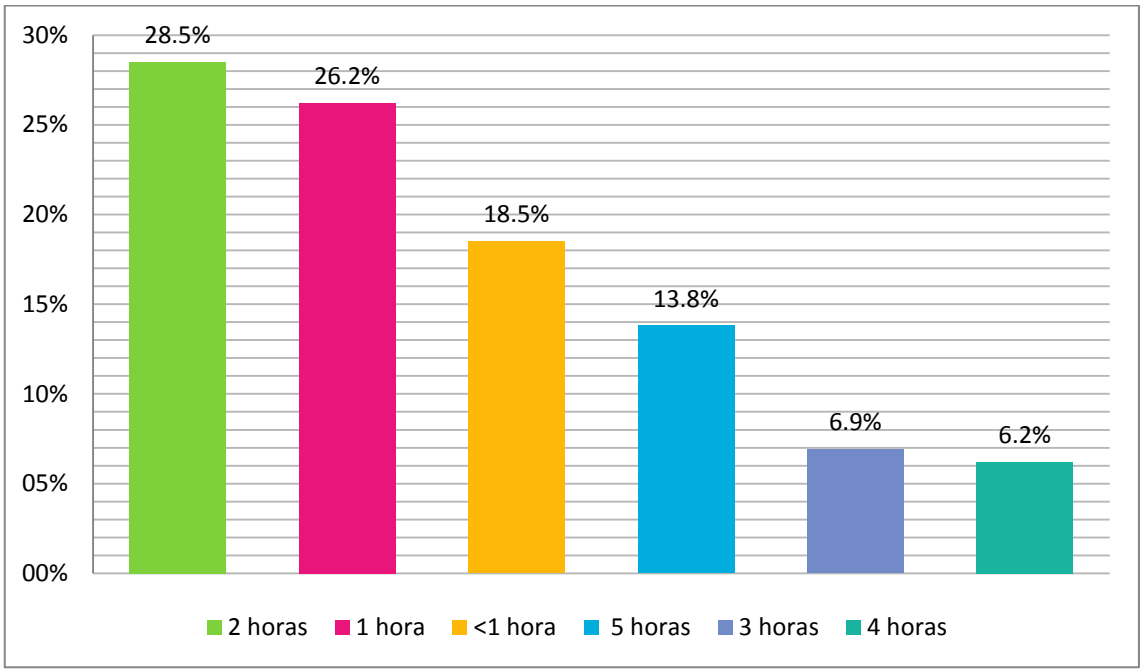


Gráfico 1. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

TIEMPO DE ESPERA	PACIENTES	PORCENTAJE
<1 hora	24	18,5
1 hora	34	26,2
2 horas	37	28,5
3 horas	9	6,9
4 horas	8	6,2
5 horas	18	13,8
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, el tiempo de espera en los resultados reflejan que el 28.5% (37) tuvo un lapso de espera de 2 horas, seguido 26.2 (34) un lapso de 1 hora, 18.5% (24) un lapso menor a una hora, el 13.8% (18) un lapso de 5 horas, el 6.9% (9) un lapso de 3 horas y un 6.2% (8) espero un tiempo de 4 horas.

GRAFICO N°2

CALIDAD DE ATENCION

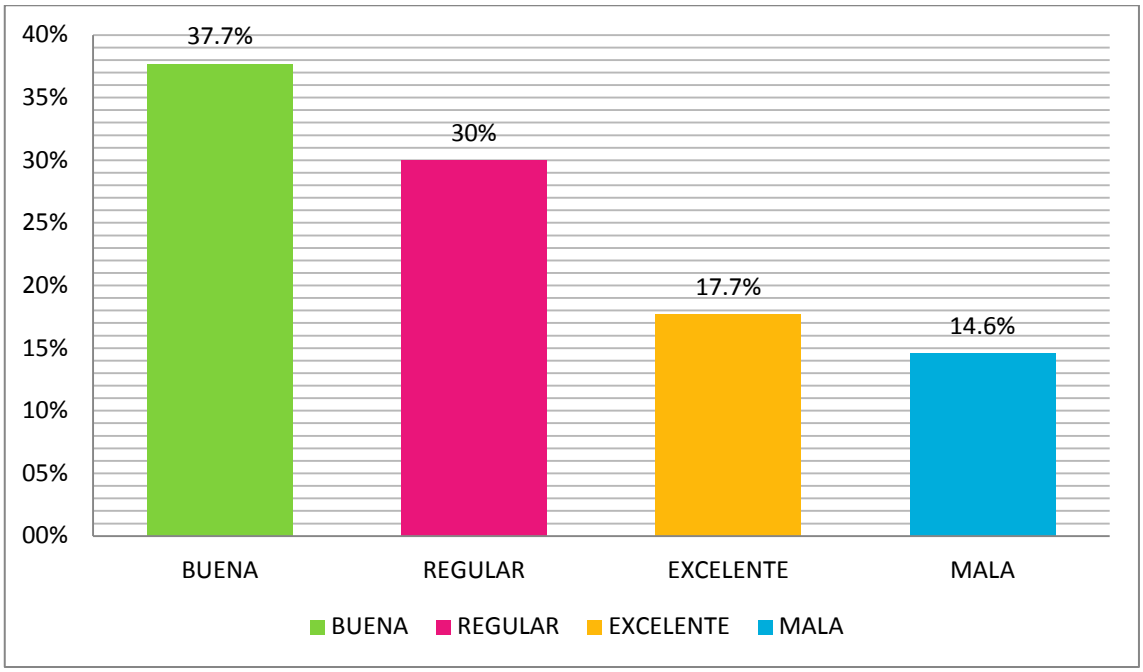


Gráfico2. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

CALIDAD DE ATENCION	PACIENTES	PORCENTAJE
EXCELENTE	23	17,7%
BUENA	49	37,7%
REGULAR	39	30%
MALA	19	14,6%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, considera que la calidad de atención es buena en un 37.7% (49), la considera regular un 30% (39), un 17.7% (23) piensa que es Excelente, y un 14.6% (19) considera que la atención es de mala calidad.

GRAFICO N°3

TIEMPO DE INICIO DEL DOLOR

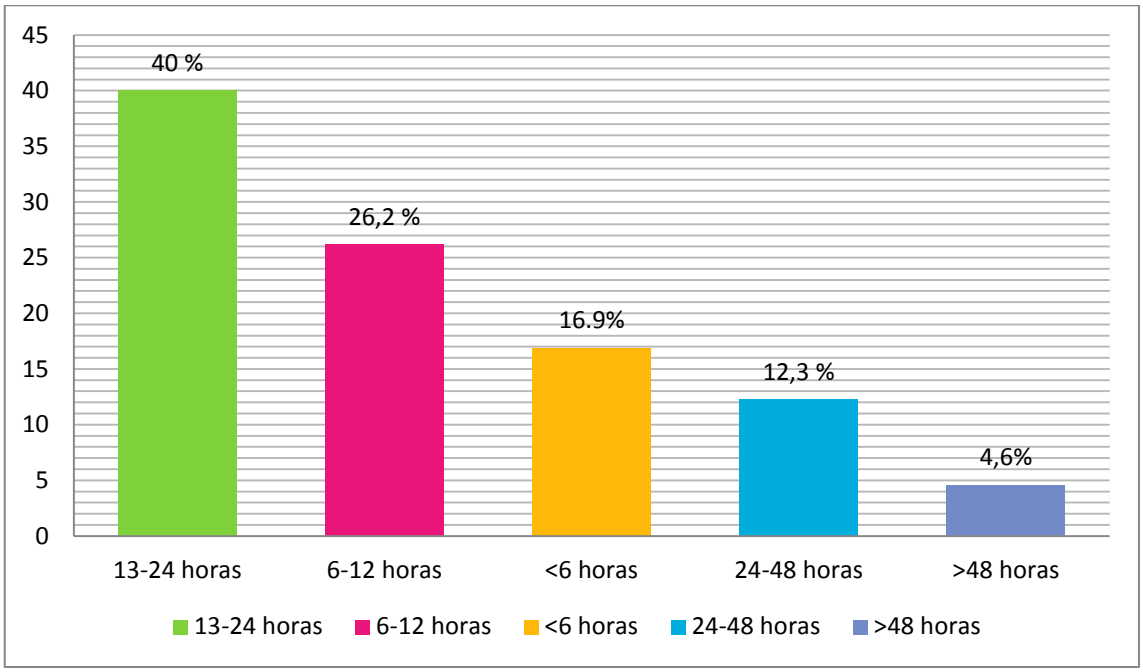


Gráfico 3. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

INICIO	PACIENTES	PORCENTAJE
<6 horas	22	16,9%
6-12 horas	34	26,2%
13-24 horas	52	40%
24-48 horas	16	12,3%
>48 horas	6	4,6%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, en cuanto el tiempo de evolución del dolor considera que 40% (52) inicia entre las primeras 13- 24 horas, el 26.2% (34) tiene un inicio entre las 6 y 12 horas, el 16.9 % (22) tiene una evolución menor a 6 horas, el 12.3 % (16) un inicio entre 24-48 horas, y el 4.6 % (6) de pacientes atendidos tienen un lapso mayor a 48 horas.

GRAFICO N°4

LOCALIZACION DEL DOLOR

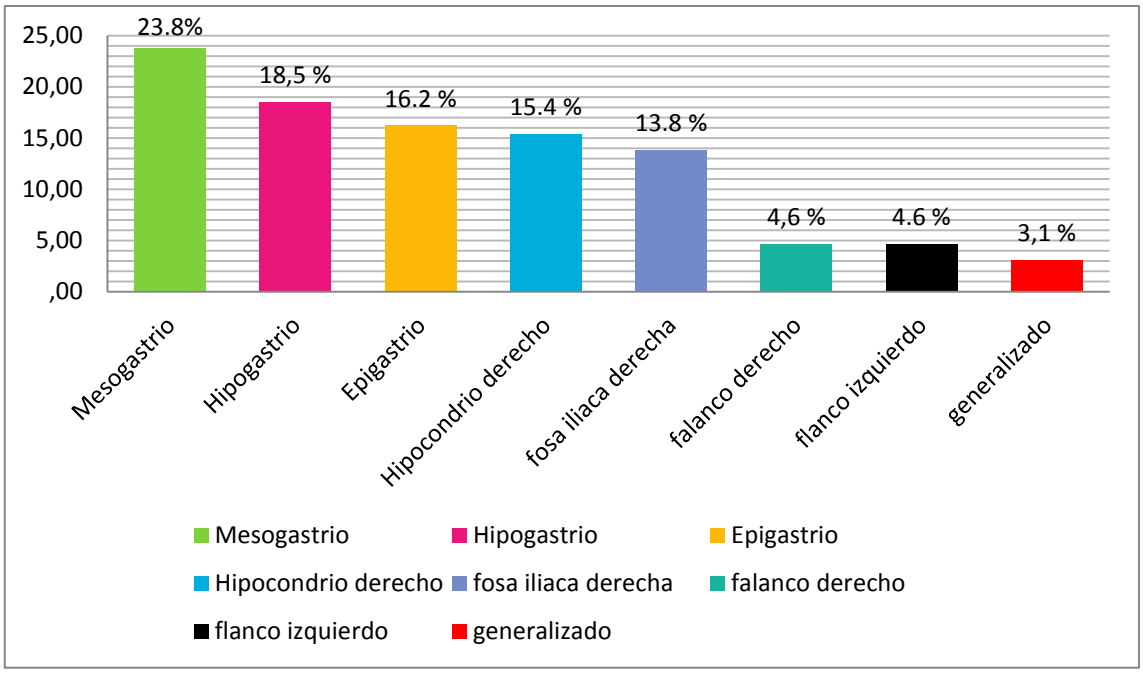


Gráfico 4. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

LOCALIZACION	PACIENTES	PORCENTAJE
Mesogastrio	34	23.8%
Hipogastrio	24	18,5%
Epigastrio	21	16,2%
Hipocondrio derecho	20	15.4%
flanco izquierdo	6	4,6%
flanco derecho	6	4,6%
fosa iliaca derecha	18	13,8%
generalizado	4	3,1%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, respecto a la localización del dolor el 23.8% (31) presenta un dolor localizado a nivel de mesogastrio, 18.5% (24) una localización en hipogastrio, el 16.2% (21) una localización en epigastrio, el 15.4% (20) con dolor a nivel de hipocondrio derecho. El 13.8% (18) a nivel de fosa iliaca derecha el 46% (12) a nivel de flanco derecho e izquierdo y el 3.1% es un dolor generalizado.

GRAFICO N°5

INTENSIDAD DEL DOLOR

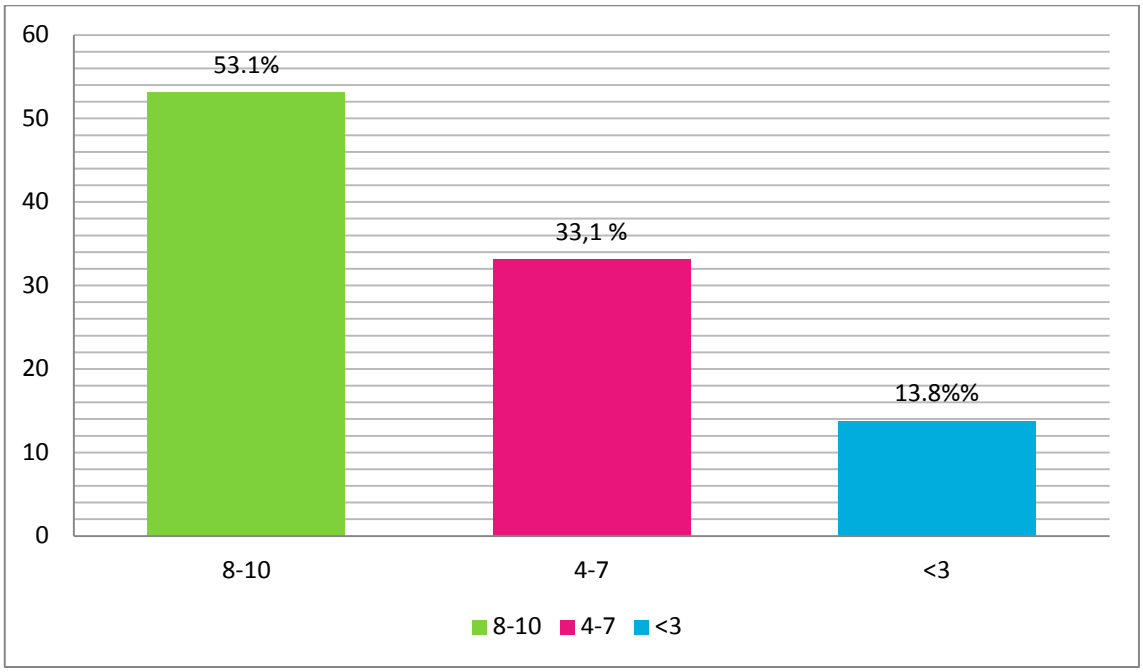


Gráfico 5. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

INTENSIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
<3	18	13,8%
4-7	43	33,1%
8-10	69	53,1%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, califica al dolor abdominal un 13.8% (18) de leve intensidad con una puntuación menor a 3, el 33.1 % calificó de moderada intensidad con una puntuación de 4 a 7, y el 53.1% califica el dolor de gran intensidad con puntaje entre 8 y 10.

GRAFICO N°6

CAUSAS DEL DOLOR

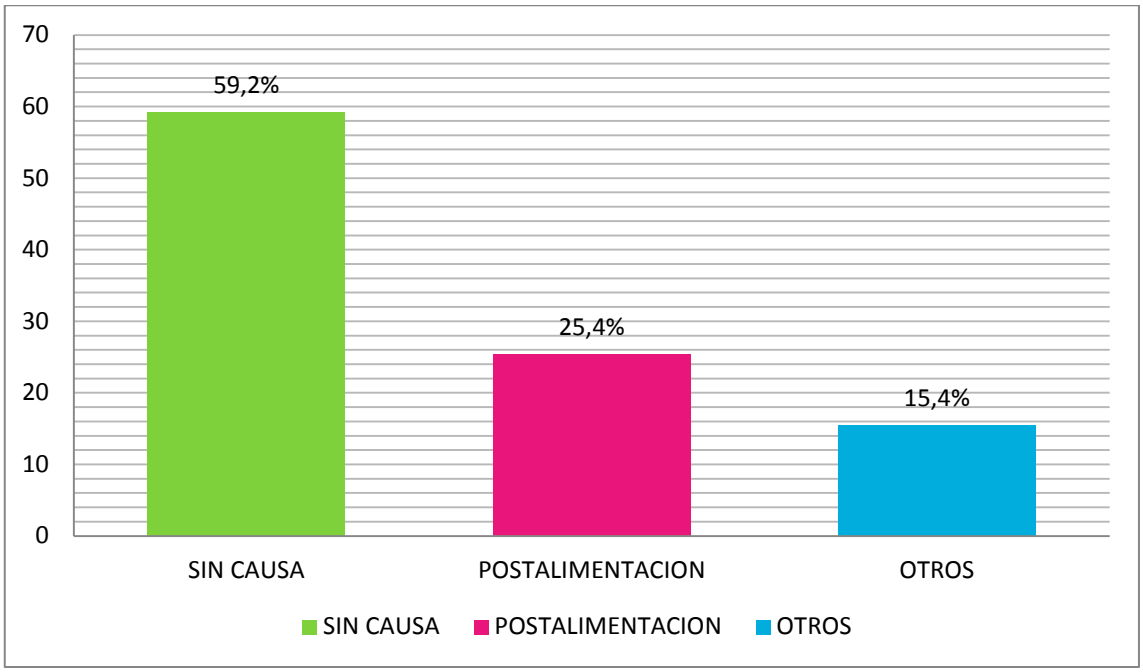


Gráfico 6. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

CAUDAS	PACIENTES	PORCENTAJE2
SIN CAUSA	77	59,2%
POSTALIMENTACION	33	25,4%
OTROS	20	15,4%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, refiere que el 59.2% (77) inicia el dolor sin una causa específica, el 25.4 % (33) presenta el dolor luego de tener una ingesta de comida grasa y el 15.4% (20) refiere a causa entre ellas ingesta de bebidas alcohólicas, alzar peso, comida ácida, etc.

GRAFICO N°7

AUTOMEDICACION

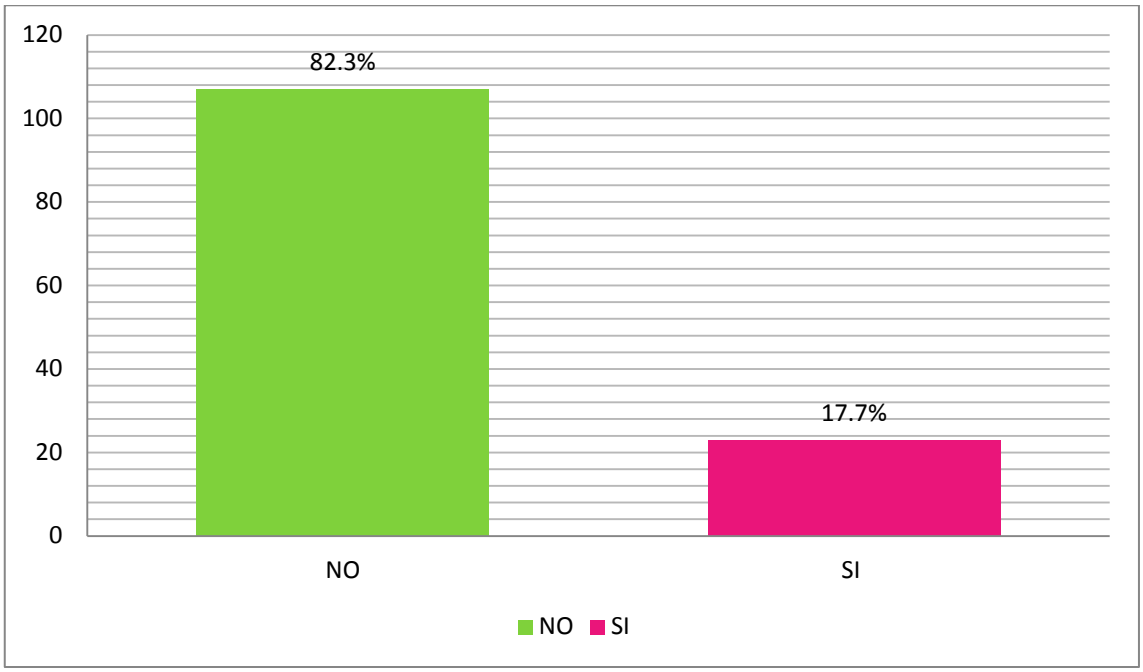


Gráfico 7. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

AUTOMEDICACION	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	23	17,7%
NO	107	82,3%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, el 82.3 % (107) refiere que no se automedica, y el 17.7% (23) toma algún tipo de medicación para el dolor antes de acudir al servicio de emergencia.

GRAFICO N°8

TIPO DE DOLOR

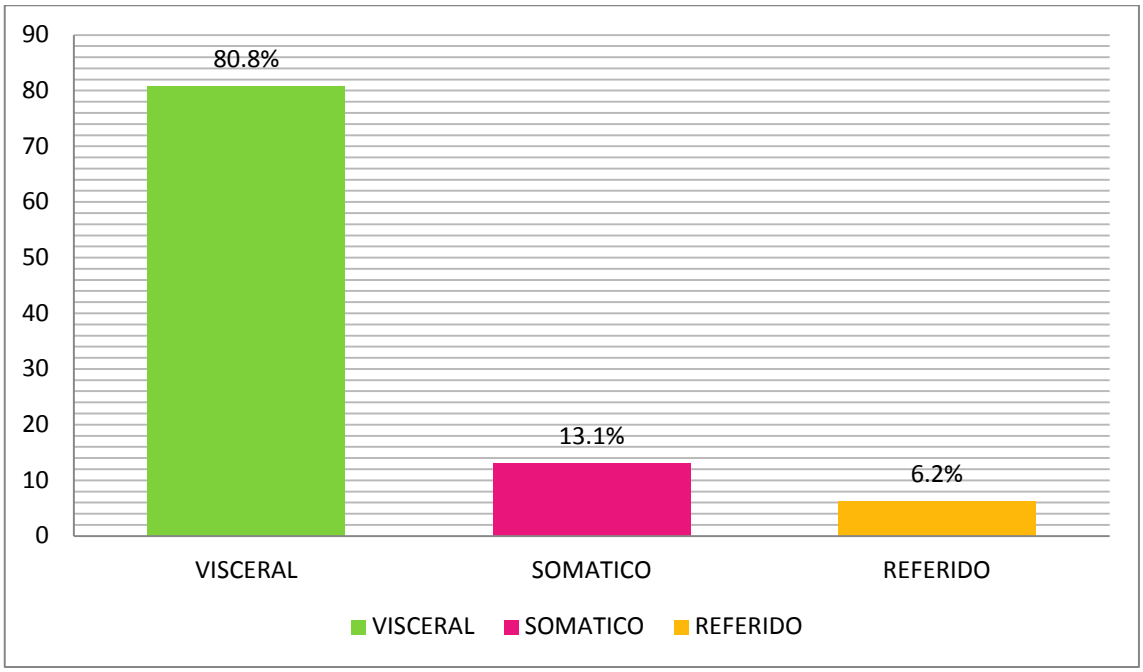


Gráfico 9. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

TIPO	PACIENTES	POCENTAJE
VISCERAL	105	80,8
SOMATICO	17	13,1
REFERIDO	8	6,2
TOTAL	130	100,0

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, el tipo de dolor que predomina es el visceral con el 80.8% (105), el dolor somático con el 13.1% (17) y el 6.2% (8) refieren un dolor referido.

GRAFICO N°9

EXAMENES LABORATORIO

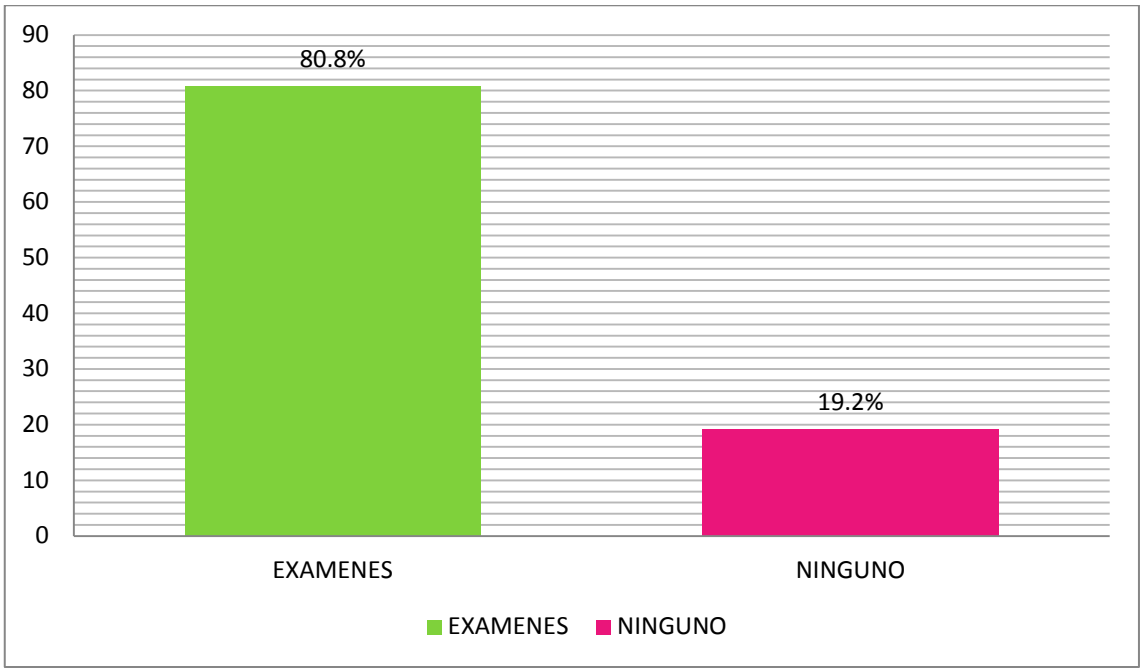


Gráfico 9. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

EXAMENES LABORATORIO	PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNO	25	19,2%
EXAMENES	105	80,8%
TOTAL	130	100%

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal, al 80.8% (105) se le realizó algún tipo de examen de laboratorio y el 19.2% (25) no se realizó ningún tipo de examen.

GRAFICO N°10

EXAMENES DE LABORATORIO MÁS REALIZADOS

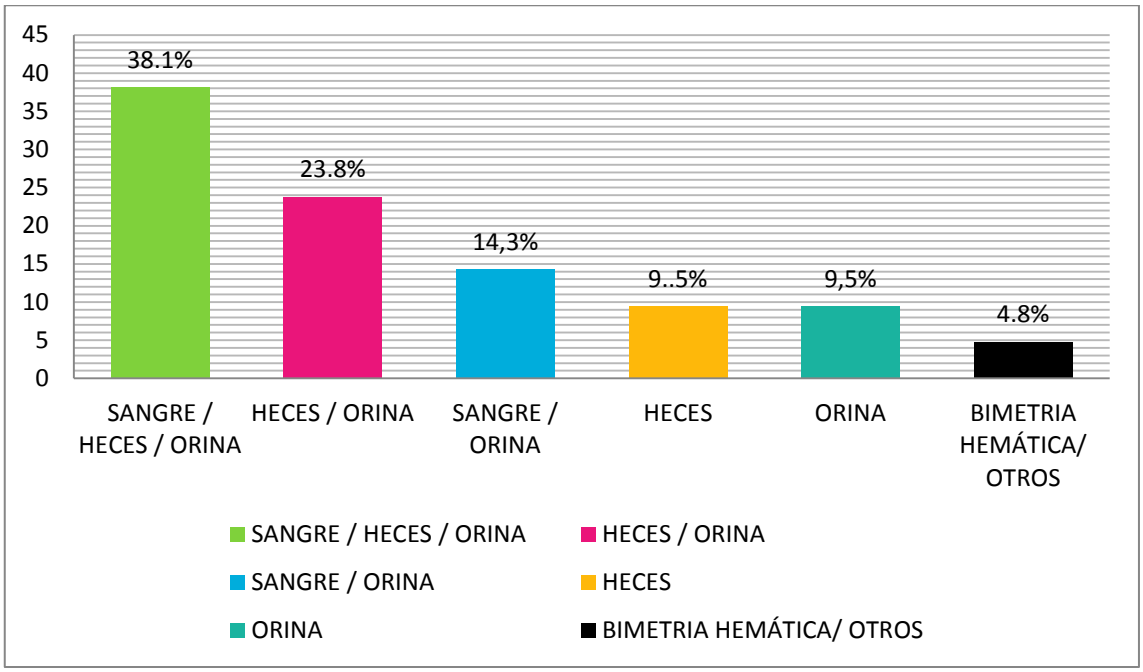


Gráfico 10. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

EXAMENES LABORATORIO	PACIENTES	PORCENTAJE
SANGRE / HECES / ORINA	40	38,1
HECES / ORINA	25	23,8
SANGRE / ORINA	15	14,3
BIMETRIA HEMÁTICA/ OTROS	5	4,8
HECES	10	9,5
ORINA	10	9,5
TOTAL	105	100,

ANÁLISIS

Del 100% (105) de pacientes atendidos con dolor abdominal y que se le realizó exámenes de laboratorio, al 38.1% (40) se hizo asociación de examen de sangre, heces y orina, el 23.8% (25) se realizó examen de heces y orina, el 14.3% (15) se realizó exámenes de sangre y orina, el 9.5 % (20) se realizó examen de heces o sangre respectivamente y tan solo el 4.8% (5) de pacientes se hizo examen de sangre solo.

GRAFICO N°11

EXAMENES DE IMAGEN MÁS REALIZADOS

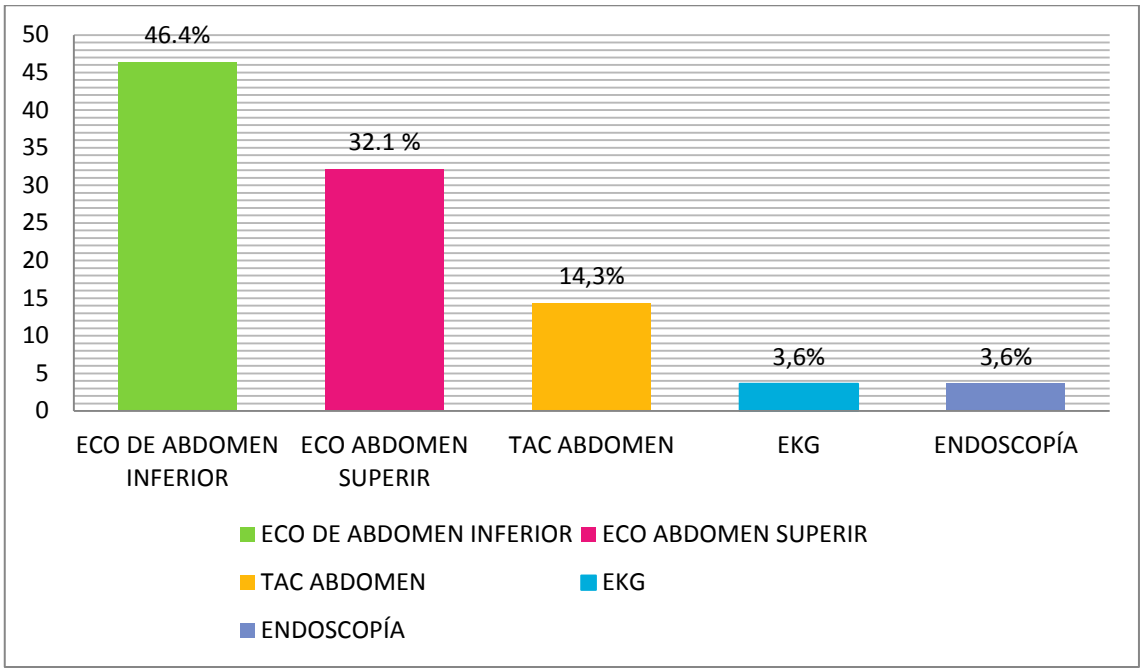


Gráfico 11. FUENTE: FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

IMAGEN	PACIENTES	PORCENTAJE
ECO ABDOMEN SUPERIR	9	32,1%
ECO DE ABDOMEN INFERIOR	13	46,4%
TAC ABDOMEN	4	14,3%
EKG	1	3,6%
ENDOSCOPÍA	1	3,6%
TOTAL	28	100%

ANÁLISIS

De los 130 pacientes atendidos por dolor abdominal agudo a 28 pacientes que equivale a 100% se realizó algún tipo de exámenes de imagen. De estos pacientes el 46.4% (13) se le hizo un eco de abdomen inferior, el 32.1% (9) se le hizo un eco de abdomen inferior, el 14.3% (4) se le realizó una tomografía de abdomen, y el 3.6% (2) se realizó un electrocardiograma y endoscopía respectivamente.

GRAFICO N°12

TIPO DE DIAGNOSTICO

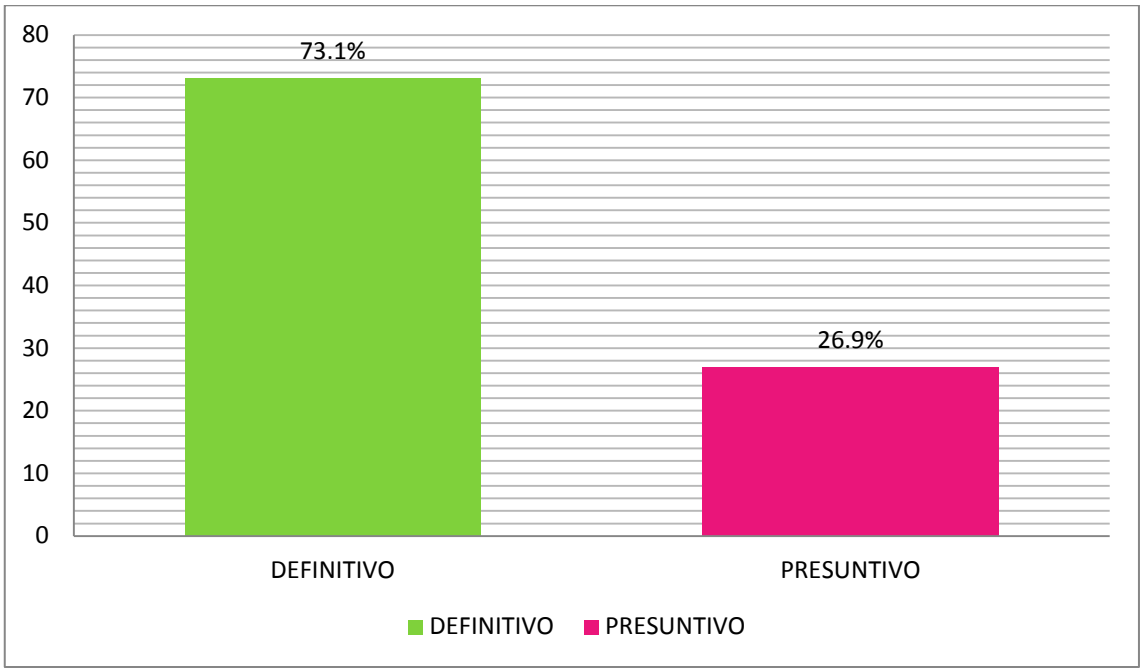


Gráfico 12. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
PRESUNTIVO	35	26.9
DEFINITIVO	95	73.1
TOTAL	130	100

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal tan solo se pudo llegar a un diagnóstico definitivo el 73.1% (95) y el 26.9 (35) % se quedó con un diagnostico presuntivo los mismos que fueron colocados en una sala de observación para ser evaluados posteriormente o dados el alta con vigilancia.

GRAFICO N°13

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

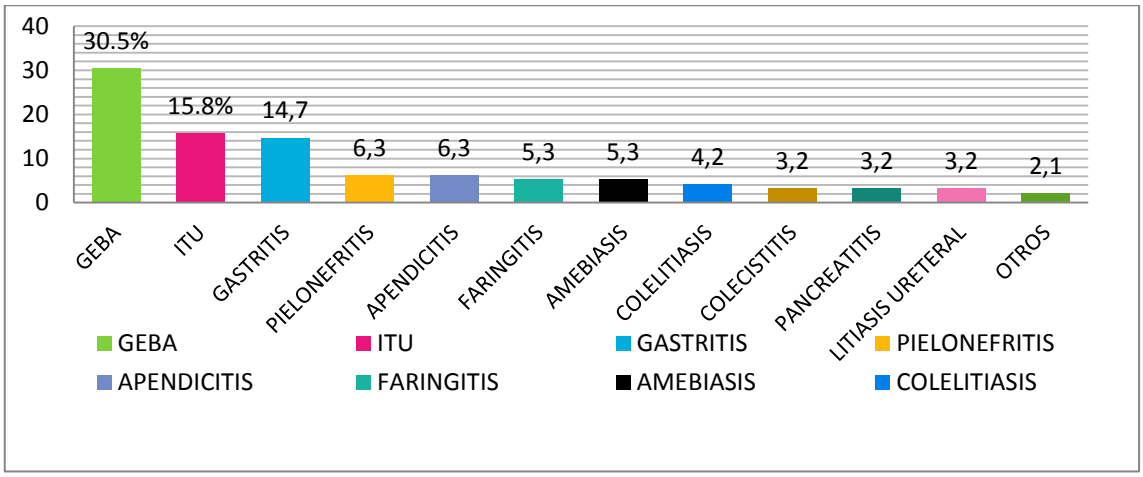


Gráfico 13. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
GASTROENTERITIS AGUDA BACTERIANA	29	30,5
INEFCCION DEL TRACTO URINARIO	15	15,8
PIELONEFRITIS	6	6,3
FARINGITIS	5	5,3
COLELITIASIS	4	4,2
COLECISTITIS	3	3,2
APENDICITIS	6	6,3
PANCREATITIS	3	3,2
LITIASIS URETERAL	3	3,2
GASTRITIS	14	14,7
AMEBIASIS	5	5,3
OTROS	2	2,1
TOTAL	95	100,0

ANÁLISIS

Del 100% (95) de pacientes atendidos con dolor abdominal que se llegó a un diagnóstico el 30.5% (29) fueron diagnosticados por una gastroenteritis aguda bacteriana, EL 15.8% (15) como una infección del tracto urinario, el 14.7% fue diagnosticada como una gastritis, el 6.3% (12) fueron diagnosticados como pielonefritis y apendicitis, el 5.3% (10) se diagnosticó como faringitis y amebiasis, el 4.2% (4) como una

colelitiasis, el 3.2% (9) se diagnosticó como colecistitis, pancreatitis y litiasis ureteral. Y el 2.1 % (2) fueron otras patologías como neumonía y enfermedad pélvica inflamatoria.

GRAFICO N°14

TRATAMIENTO

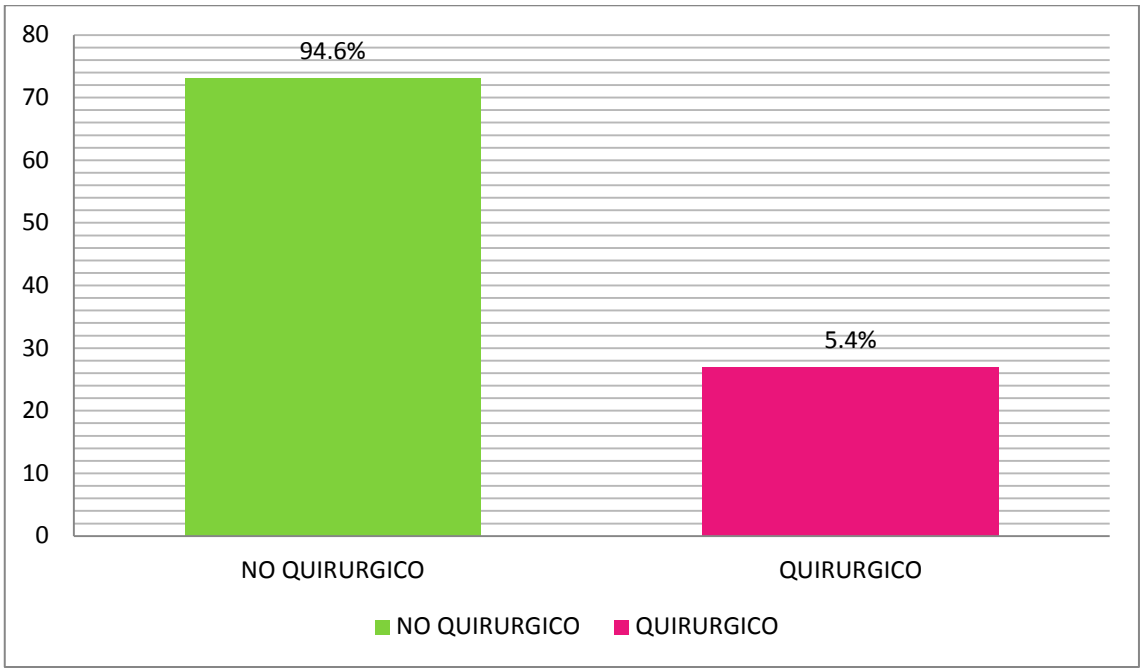


Gráfico 14. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

TRATAMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJE
NO QUIRURGICO	123	94,6
QUIRURGICO	7	5,4
TOTAL	130	100

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal El 94.6% (123) pacientes se realizó un tratamiento no quirúrgico y el 5.4% (7) de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente.

GRAFICO N°15

MANEJO ANALGÉSICO

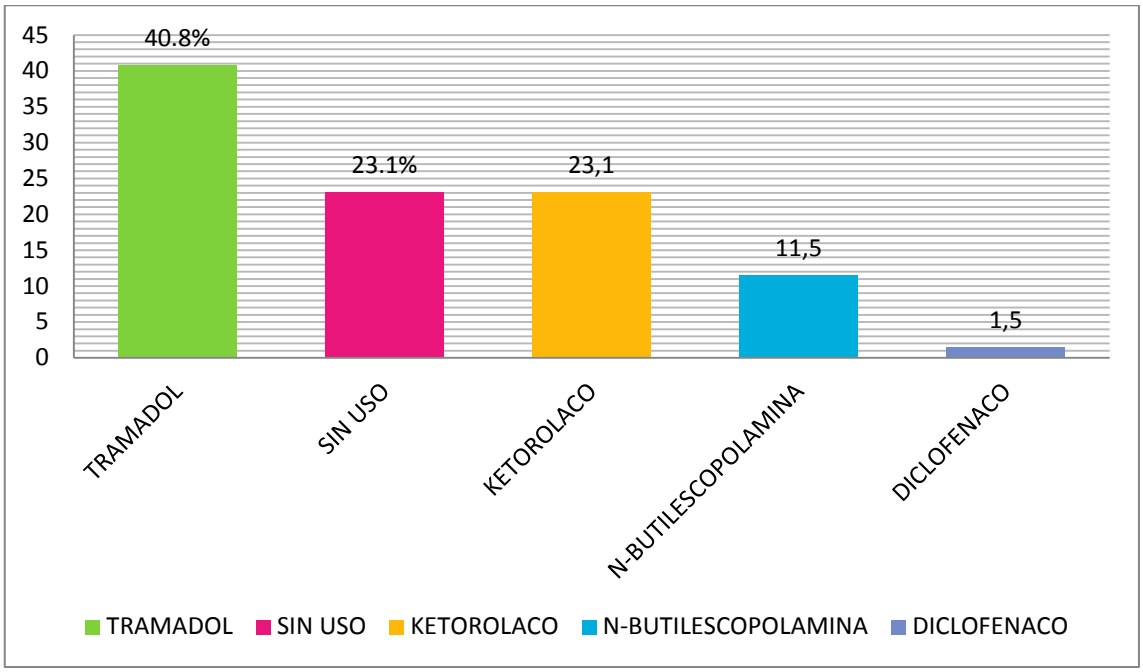


Gráfico 15. FUENTE: Hoja de recolección de datos (2013). AUTOR: PAOLA JUMBO.

ANALGÉSICOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE2
SIN USO	30	23,1
TRAMADOL	53	40,8
KETOROLACO	30	23,1
N-BUTILESCOPOLAMINA	15	11,5
DICLOFENACO	2	1,5
TOTAL	100	100

ANÁLISIS

Del 100% (130) de pacientes atendidos con dolor abdominal 40.8% (53) se utilizó tramadol para disminuir el dolor, el 23.1% (30) no se utilizó ningún tratamiento para el dolor, el otro 23.1% (30) se utilizó el ketorolaco, el 11.5% (15) se utilizó N-butilescopolamina y el 1.5% (2) se colocó diclofenaco.

DISCUSIÓN

En el hospital regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, actualmente acuden aproximadamente 7000 pacientes al servicio de emergencia al mes, por distintos motivos de consulta, uno de ellos el dolor abdominal agudo. Lo importante es que el médico debe decidir según su evaluación cuales pacientes serán observados o tratados sintomáticamente o si estos requieren investigación adicional o envío a un especialista. Este estudio es importante ya que hubo la oportunidad de observar al paciente y el médico como evaluador, se valoró las técnicas que se utilizaron para llegar al diagnóstico, cuales son los principales diagnósticos que nos produce el dolor abdominal, cual es el tratamiento más utilizado en emergencia. Las limitaciones que hubo durante esta investigación fue que no se valoró completamente la totalidad de los pacientes que llegaron a la emergencia con dolor abdominal pues el tiempo que permanecí en el servicio fue bastante amplio y se tenía que esperar las 24 horas del día durante las casi cinco semanas que duró la recolección de datos, de esta manera si se realiza este tema que es muy amplio, debería relacionarse mayor número de participantes de tal forma que se pueda evaluar al 100 por ciento de los pacientes que llegan a este servicio.

Es sabido que el dolor abdominal agudo es una de las situaciones clínicas más frecuentes de presentación en los servicios de emergencias y que trae consigo una carga de sufrimiento físico y emocional propia de cualquier entidad dolorosa, aunque la solución es aparentemente sencilla (hacer un diagnóstico definitivo de manera eficaz y temprana pudiendo brindar para entonces una adecuada analgesia para aliviar el dolor con seguridad), esto no siempre es sencillo y diariamente se ve pacientes que esperan diariamente largo tiempo

sin alivio de su dolor mientras se espera por atención o hasta establecer una adecuada anamnesis y examen físico que nos permita elegir el analgésico seguro para lo que se está sospechando. Un estudio realizado en España en el 2005 sobre el tiempo de espera de los pacientes en los servicios de emergencia menciona que aproximadamente el 24% de los pacientes tiene un lapso de espera mayor a 4 horas, en Estados Unidos en el 2006 se publicó una investigación sobre la saturación de los servicios de emergencia con retraso de la atención, con calificación de baja calidad de atención y con pacientes insatisfechos por la misma, en este estudio demostraba que el 35% del tiempo estas áreas estaban sobresaturadas y con escasa atención. En la presente investigación se pudo observar que el lapso de espera de los pacientes es de aproximadamente 5 horas y este tiempo repercute en la percepción sobre calidad de atención hacia el paciente, donde los mismos refirieron que la calidad en el hospital es buena y regular. En la atención diaria, el dolor abdominal agudo resulta un desafío para el médico por las innumerables patologías que lo produce n, en la investigación realizada las principales causas de dolor abdominal que se encuentran son: gastroenteritis aguda bacteriana, infecciones del tracto urinario, gastritis y entre la patologías quirúrgicas la apendicitis, así como también el dolor abdominal inespecífico o de origen desconocido como uno de los diagnósticos definitivos más frecuente, que es verificado a través de este estudio, esto en cuanto a la distribución etiológica o como causa más común de dolor abdominal agudo. Sin embargo se observa diferencias ya que en un estudio realizado en Murcia España 2009 Sobre “Validez de las pruebas realizadas para diagnosticar dolor abdominal agudo en los pacientes ingresados en servicio de Urgencias” el 25% de los

pacientes tuvieron apendicitis, colelitiasis el 10%. [22], en un estudio realizado en Colombia en el 2003 menciona que las principales causas de dolor abdominal son enfermedades del tracto biliar, enfermedad acido péptica y cardiovasculares. En el 2006 Morino y Castagña realizo un estudio sobre dolor abdominal inespecífico donde se demostró que entre el 15 y el 40% de los pacientes que acuden por dolor abdominal son de origen desconocido, los cuales tuvieron que ser sometidos a una laparotomía exploratoria para llegar al diagnóstico. En nuestro estudio se constató que gran parte de los pacientes son dados de alta con dolor abdominal sin diagnostico o inespecífico que corresponde al 27% de los pacientes atendidos, pese a utilizar todos los métodos diagnósticos como laboratorio e imagen, no se logró establecer un diagnóstico preciso, así mismo se describe en la literatura al dolor inespecífico o indeterminado como uno de los diagnósticos más comunes en todos los grupos de edad que incluso pueden llegar a un 40%.

Una buena evaluación del paciente nos proporciona un buen diagnóstico, así que uno de los aspectos fundamentales es el interrogatorio que se le realiza al paciente con las preguntas frecuentes como son tiempo de inicio del dolor, localización, intensidad, causas que lo originaron, irradiación y si se administró algún tipo de medicación antes de acudir al centro de emergencias, todas estas preguntas son importantes ya que según estudios se reveló que gran parte de los pacientes que acuden con un tiempo de inicio menor a 24 horas de evolución tenían relación con el índice de gravedad del paciente y los mismos fueron sometidos a un tratamiento quirúrgico o se necesitaba observación en el área de los mismos, en el 2001 en México un estudio realizado sobre “apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso de tratamiento” se

observó que a mayor números de horas de transcurrido el dolor, mayor era la complicación durante la cirugía. En nuestro estudio se verificó que la mayor parte de los pacientes acudieron con un inicio del dolor menor a 24 horas, de los cuales un bajo porcentaje fue intervenido quirúrgicamente (5.4%) y la mayor parte de patologías encontradas fue de tratamiento ambulatorio.

La intensidad del dolor es de grado variable y depende de cada individuo debido al umbral del dolor que posee cada persona, se utiliza la escala del dolor para valorar esta intensidad en la cual en nuestro estudio fue del 1 al 10 dividida en leve<3, moderado (4-7) y de gran intensidad (8-10), más de la mitad de los pacientes describieron al dolor como de gran intensidad (53.1%), lo que corrobora que no siempre la intensidad del dolor tiene relación con la gravedad de la enfermedad ya que la investigación sobre las patologías quirúrgicas no predominaron. [23] En cuanto al tipo según Argente Álvarez nos dice que en abdomen el dolor por lo general que se ocasiona es de tipo visceral por la inervación hacia las vísceras que estos presentan principalmente intestino delgado, colon, estómago, vías urinarias, sistema pancreatobiliar [24] y que los principales lugares donde se presenta el dolor son epigastrio, mesogastrio e hipogastrio[25]. La investigación coincide que el dolor visceral es el predominante y la localización más frecuente es mesogastrio, hipogastrio y epigastrio lo que concuerda con la enfermedad más frecuente que son Gastroenteritis aguda bacteriana, infecciones del tracto urinario, gastritis.

La práctica de la automedicación puede tener consecuencias graves principalmente en padecimientos como la apendicitis, es común entre los pacientes que acudan ante estas molestias a las farmacias para automedicarse lo que implican posibles riesgos para su salud. Según especialistas mexicanos

del instituto mexicano del Seguro Social donde se preguntó a los pacientes con complicaciones de apendicitis si estos tomaron medicación antes de acudir a la sala de urgencias, los mismos que refirieron tomar analgésicos sin medir sus entorpecimientos, en el estudio se preguntó sobre la automedicación y cerca de una cuarta parte dijo que si habían tomado medicación previa consulta de emergencia lo que puede relacionarse con complicaciones aunque en la presente investigación no se evidenció complicaciones.

El uso de métodos de ayuda para el diagnóstico de las causas del dolor abdominal han sido sobre utilizadas, se dice que un buen interrogatorio y un buen examen físico nos ayudará a determinar o dejar un diagnostico presuntivo y con las pruebas complementarias se corrobora el diagnóstico, según la literatura como Schwartz o Harrison la principal indicación de exámenes de laboratorio es según la patología que se sospecha, para evitar gastos innecesarios, no solo al paciente si no al estado, por ejemplo en dolor abdominal para pedir una biometría hemática es para la revisión de la formula diferencial, cuando se sospecha de apendicitis o dolor abdominal inespecífico, aunque no siempre se encuentran estas alteradas, un examen de orina para pacientes que sospechan de infección del tracto urinario, o heces cuando se sospecha infecciones gastrointestinales[26]. En el sondeo realizado al 80% de los pacientes con dolor abdominal, se realizó algún examen de laboratorio, de los cuales el 38.1% se hizo examen de sangre, heces y orina, lo que nos indica que se utiliza estos medios que son los más inocuos y de principal ayuda. En cuanto a los métodos de imagen más utilizados según la bibliografía se describe la ecografía, por bajo costo, fácil acceso y además por no ser invasivo, por lo general cuando se sospecha de patología del tracto

pancreatobiliar o apendicular, seguido por la tomografía computarizada en especial cuando hay dolor abdominal inespecífico. En este estudio se muestra que hay baja cantidad de pacientes fueron sometidos a estos estudios, el más realizado es el eco de abdomen superior e inferior en sospecha de apendicitis aguda y patología pancreatobiliar.

En cuanto al tratamiento se demostró que tan solo el 5.4% de todos los pacientes necesitaron un tratamiento quirúrgico, que es un bajo porcentaje en relación a otros estudios que demuestran que aproximadamente el 35.5% de pacientes que fueron atendidos fueron sometidos a una intervención quirúrgica. [27], en un estudio realizado sobre abdomen agudo en el adulto mayor en Chile en el 2004 aproximadamente el 80% de los pacientes fueron sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica lo que no coincide con nuestro estudio.

En cuanto al manejo del dolor éste dependerá de la etiología, razón por la cual además de una detallada historia clínica se requiere considerar las condiciones generales del paciente para aplicar un esquema analgésico, según la academia Mexicana de cirugía en el 2005 en un artículo denominado Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo, menciona que se debe esperar un determinado tiempo hasta determinar la etiología y el dolor debe esperar hasta segundo plano, el problema radica que en el dolor abdominal agudo, se requiere la presencia del dolor para hacer el diagnóstico y si se aplica un tratamiento analgésico no adecuado puede enmascarar el cuadro clínico, existe controversia en la literatura médica para recomendaciones precisas en estos casos, existe evidencia de que la utilización de analgésicos intravenosos con morfina o fentanil antes del diagnóstico no impide la evaluación y resulta un manejo satisfactorio para el paciente, pero la

disponibilidad de este no siempre existe en las casas de salud, cuando se decide iniciar analgesia es aconsejable utilizar analgésicos opiáceos (tramadol, fentanil,) por vía intravenosa, el uso de fármacos antiespasmódicos se administra siempre y cuando sea dolor visceral y se tenga presunción del diagnóstico, por lo general cuando hay asociación a molestias gastrointestinales, cólicos renales o biliares; en cólicos menstruales, los AINES podrían ser una buena opción. En el estudio realizado se evidenció que se utiliza es el tramadol, seguido de ketorolaco, N butilescopolamina y el diclofenaco sódico, aunque el 23% de los pacientes no recibieron ningún analgésico, este estudio coincide con los estudios en cuanto a la administración de los opioides como primera línea ante el dolor. [28]

CONCLUSIONES

1. El tiempo de espera del paciente antes de ser atendido tiene relación directa con la percepción de calidad de atención.
2. La historia del paciente y el examen físico son de gran importancia para evaluar el dolor abdominal agudo.
3. La principal causa de dolor abdominal agudo son enfermedades gastrointestinales como gastroenteritis y gastritis, así como infecciones del tracto urinario
4. Gran número de pacientes se van con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico.
5. La utilización de métodos diagnósticos de laboratorio es muy común en dolor abdominal agudo.
6. El tratamiento más usado en emergencia para el dolor abdominal agudo es el tramadol.
7. Un bajo porcentaje de pacientes que acuden por dolor abdominal son intervenidos quirúrgicamente.

RECOMENDACIONES

1. Priorizar la atención para los pacientes más vulnerables
2. Implementar estrategias para disminuir el tiempo de espera de los pacientes que necesitan atención en emergencia.
3. Emplear o utilizar un protocolo de manejo del dolor abdominal agudo en emergencia.
4. Realizar un examen físico adecuado y para que mediante un presuntivo se soliciten los exámenes de laboratorio o imagen, lo que disminuiría costos para el hospital.
5. Enseñar al paciente las desventajas de la automedicación y las complicaciones que pueden acarrear ante el dolor abdominal agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. MOYA MIR MS. Analgesia en dolor abdominal agudo. Emergencia 2001; 13:229-31
2. 1 SCHAWARTZ SI. Apedice. ShiresGT, Spencer FC editores. Principios de Cirugía 6ta edición. México, MCGRAW-HILL 2000
3. 1 WOLFE JM, LEIN DY. La administración de analgésicos a los pacientes con abdomen agudo: estudios de los médicos de urgencias. Emergencias 2000
4. 1 ABOOUD PA, COLWELL CB. Críticamente revalorizar la práctica basada en la literatura de la administración de analgesia en dolor abdominal agudo en la sala de emergencia antes de evaluación quirúrgica. Surg 2004. 188 1 102-3
5. PACHECO, Andrés y colaboradores. MANUAL DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA. Quinta Edición. Editorial Aran España, 2006. Capítulo 4, DOLOR ABDOMINAL.
6. RODRIGUEZ, Ucros. Gaviria, Mejía. GUIAS DE PEDIATRIA PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. Segunda Edición. Editorial Panamericana 2009. Capítulo 24, DOLOR ABDOMINAL AGUDO.
7. HARRISON, TR y Colaboradores. PRINCIPIOS DE MEDICNIA INTERNA. 18° Edición. Editorial McGraw Hill 2012. Capítulo13. DOLOR ABDOMINAL
8. ENRIQUEZ Blanco y colaboradores. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRANSTORNOS RELACIONADOS. Editorial Panamericana 2010. Capítulo 14. Dolor abdominal Crónico funcional. FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR ABDOMINAL
9. AZZATO, Waisman. ABDOMEN AGUDO: Editorial Panamericana 2008. Capítulo 2 FISIOPATOLOGIA DE LOS SINTOMAS Y SIGNOS.
10. J. L RODRIGUEZ GARCIA. 1010. Marban. GREN BOOK. Dolor Abdominal Agudo. S-65. Pág. 772-792

11. VERONICA SILVA. O. y Colaboradores. (2008). Abdomen Agudo. Universidad del Mar; Escuela de Medicina. Módulo de Cirugía. Pdf. Pág.

12. AREVALO, Jhoe y Colaboradores. CIRUGÍA PRÁCTICA. Editorial UTPL 2010. Loja-Ecuador. ABDOMEN AGUDO.

13. BEVILACUA, Fernando y colaboradores. FISIOPATOLOGÍA CLINICA. Editorial el Ateneo. ARGENTINA 2006. Capítulo 7. Fisiopatología de los trastornos del aparato digestivo. DOLOR ABDOMINAL

14. International Associaction for the study of Pain; (2012-2013) Epidemiology of Abdominal Pain. Pdf. Pág.1. Disponible en: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets5&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16193

15. ARGENTE, Álvarez. SEMIOLOGÍA MEDICA Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Editorial Panamericana 2008. PARTE 4. Aparato digestivo. Sección 6. INTERPRETACION CLINICA Y ENFOQUE DIAGOSTICO. Capítulo 45. El paciente con dolor abdominal.

16. BARON B. PEREZ NATERA Y COLABORADORES. (1999) Dolor Abdominal Agudo. Vol 21 Nro 2.

17. MARRAY LONGMORE. Y COLABORADORES. 2010. Manual Oxford de Medicina Interna. Cirugía; Abdomen agudo. Pág. 608

18. GUTIERREZ ISAURO/ MAZA ARTURO/ ACEVEDO JOSE; (2007) Medicina de Urgencias. Editorial Panamericana. Capítulo 9; Protocolo de manejo del paciente con apendicitis aguda.

19. HILLILÄ MT, FÄRKKILÄ NJ, FÄRKKILÄ MA. (2010) Societal costs for irritable bowel syndrome: a population based study. Scand J Gastroenterol; 45:582–91.

20. LUIS JIMENES MURILLO. F. JAVIER MONTERO. 2010. Cuarta Edición; Medicina de Urgencias y Emergencias. Cap. 46. PÁG. 320- 332

21. BUITRANDO G. MONICA P. MD. (Octubre 2010). Aumenta la toma de imágenes diagnósticas y el uso de analgesia en pacientes con apendicitis; Abdominal Pain, Pdf.

22. DIAZ-Rubio. Dolor Torácico de origen de origen esofágico. Revista española de enfermedades diagnostica 2004; 9:593-8

23. Torregrosa-Buguedo. Medición del dolor. Boletín de la escuela de medicina de la universidad Católica de Chile. 2004. 23:155-158

24. ALVAREZ ARGENTE. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Paciente con dolor abdominal Agudo. PARTE 792. Parte IX. Aparato Digestivo. 791-796

25. BARRANCO – BLASCO. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Valoración de abdomen en urgencias. Capítulo 3.1 disponible en: http://tratado.uninet.edu/c030106.html

26. NAVARRO- TARRANGA. Revista española de enfermedades digestivas. Madrid 2009. Validez de las pruebas realizadas para diagnosticar el dolor abdominal agudo en los pacientes ingresados en los servicios de urgencias. Vol 101. No9. (Universidad autónoma de Madrid-España)

27. BUGLIOSI TF. Acute abdominal pain in the elderly. Ann E Bugliosi TF. Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med 1990; 19: 1383-1386.merg Med 1990; 19: 1383-1386.

28. GUEVARA-COVARRUBIAS. Parametros para manejo del dolor abdominal agudo. Medigraphic2005. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc055m.pdf

ANEXOS

RECEPCION, EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL SERVICIO DE EMEGENCIAS DEL HRIA-LOJA.
JUNIO-OCTUBRE 2013

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

El dolor abdominal es una de las principales causa de consulta médica del día a día en centros de salud del mundo, de ahí la importancia de conocer como es el manejo de este síntoma en los servicios de emergencia, que es la primera instancia donde acude una paciente con esta dolencia.

FECHA: _____

1. RECEPCION

TIEMPO DE ESPERA	_____ Horas_____Minutos	
CALIDAD DE ATENCION	a) EXCELENTE	b) BUENA
	c) REGULAR	d) MALA

2. EVALUACION

HISTORIA CLINICA	CARACTERISTICAS DEL DOLOR
EXAMEN FISICO	HALLAZGOS
EXAMENES DIAGNOSTICOS	LABORATORIO
	IMAGEN

3. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO
DIAGNOSTICO DEFINITIVO

4. TRATAMIENTO

NO QUIRÚRGICO	
QUIRURGICO	

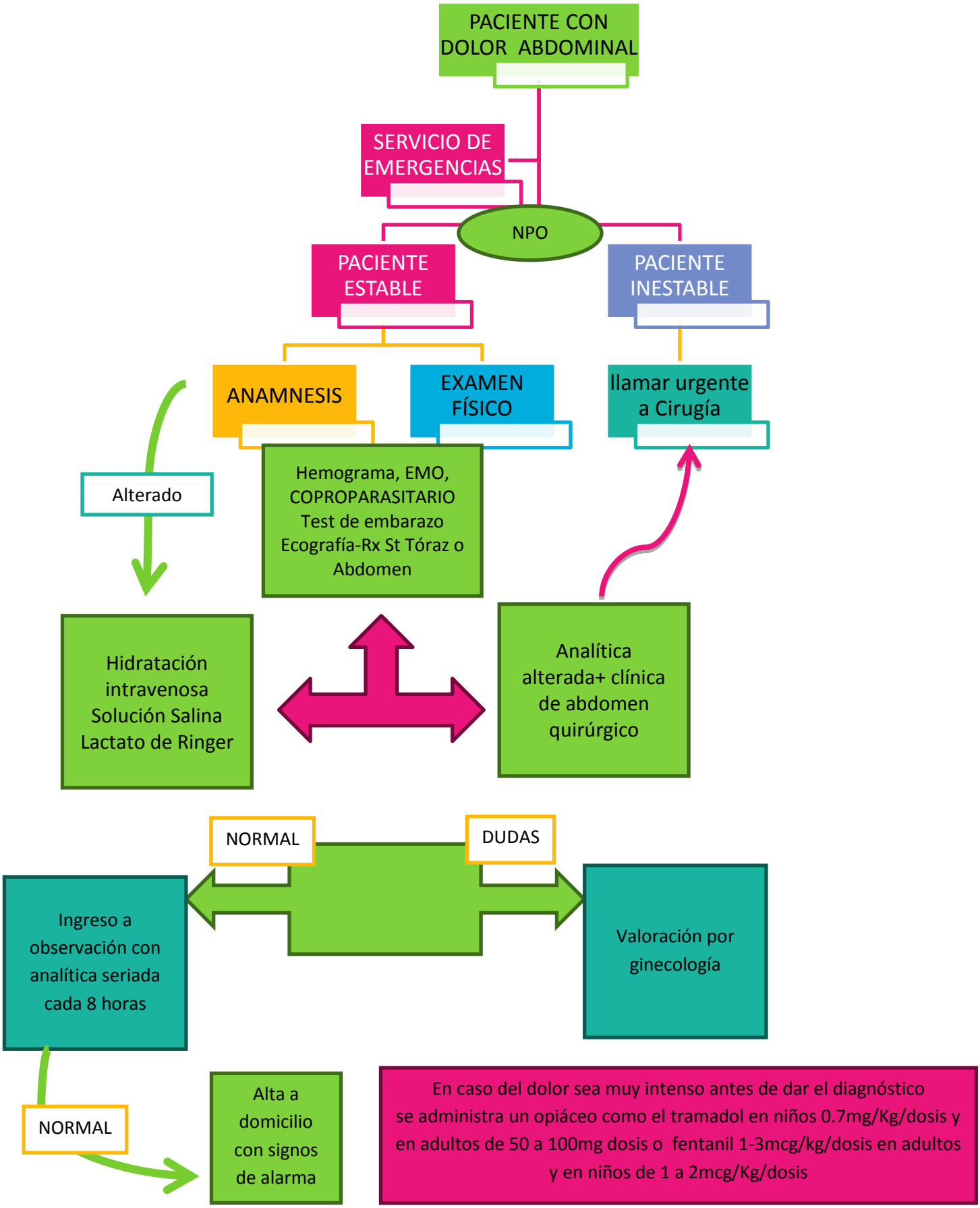
FIRMA: _____

2013

Ministerio de Salud Pública

Hoja para recolección de datos

Protocolo de manejo del dolor abdominal agudo. Algoritmo del dolor abdominal



INDICE

I.	CERIFICACION	2
II.	AUTORIA	3
III.	CARTA DE AUTORIZACIÓN	4
IV.	DEDICATORIA	5
V.	AGRADECIMIENTOS	6
VI.	TEMA	7
VII.	RESUMEN	8
VIII.	ABSTRACT	10
IX.	INTRODUCCION	12
X.	MARCO TEORICO	14
	1. GENERALIDADES DOLOR ABDOMINAL	14
	2. FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR ABDOMINAL	15
	Base anatómica del dolor	16
	Estímulo del dolor	17
	Causas del dolor	19
	Tipos de dolor	20
	Mecanismo del dolor	22
	3. ANAMNESIS	30
	4. EXAMEN FISICO	37
	5. EXAMENES COMPLEMENTARIOS	49
	Laboratorio	49
	Imagen	53
	6. ACTITUD Y TRATAMIENTO	55
	Pacientes Inestables	55
	Pacientes estables	57
	7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	58
XI.	MATERIALES Y METODOS	62
XII.	RESULTADOS	65
XII.	DISCUSION	81
XIV.	CONCLUSIONES	88

XV.	RECOMENDACIONES	89
XVI.	BIBLIOGRAFÍA	90
XVII.	ANEXOS	93
XVIII.	INDICE	95

BIBLIOGRAFIA

1 MOYA MIR MS. Analgesia en dolor abdominal agudo. Emergencia 2001; 13:229-31

2 SCHAWARTZ SI. Apedice. ShiresGT, Spencer FC editores. Principios de Cirugía 6ta edición. México, MCGRAW-HILL 2000

3 WOLFE JM, LEIN DY. La administración de analgésicos a los pacientes con abdomen agudo: estudios de los médicos de urgencias. Emergencias 2000

4 ABOOUD PA, COLWELL CB. Criticamente revalorizar la práctica basada en la literatura de la administración de analgesia en dolor abdominal agudo en la sala de emergencia antes de evaluación quirúrgica. Surg 2004. 188 1 102-3

5 PACHECO, Andrés y colaboradores. MANUAL DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA. Quinta Edición. Editorial Aran España, 2006. Capítulo 4, DOLOR ABDOMINAL.

6 RODRIGUEZ, Ucros. Gaviria, Mejía. GUIAS DE PEDIATRIA PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. Segunda Edición. Editorial Panamericana 2009. Capítulo 24, DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

7 HARRISON, TR y Colaboradores. PRINCIPIOS DE MEDICNIA INTERNA. 18° Edición. Editorial McGrawHill 2012. Capítulo13. DOLOR ABDOMINAL

8 ENRIQUEZ Blanco y colaboradores. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRANSTORNOS RELACIONADOS. Editorial Panamericana 2010. Capítulo 14. Dolor abdominal Crónico funcional. FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR ABDOMINAL

9 AZZATO, Waisman. ABDOMEN AGUDO: Editorial Panamericana 2008. Capítulo 2 FISIOPATOLOGIA DE LOS SINTOMAS Y SIGNOS.

10 J. L RODRIGUEZ GARCIA. 1010. Marban. GREN BOOK. Dolor Abdominal Agudo. S-65. Pág. 772-792

11 VERONICA SILVA. O. y Colaboradores. (2008). Abdomen Agudo. Universidad del Mar; Escuela de Medicina. Módulo de Cirugía. Pdf. Pág.

12 AREVALO, Jhoe y Colaboradores. CIRUGÍA PRÁCTICA. Editorial UTPL 2010. Loja-Ecuador. ABDOMEN AGUDO.

13 BEVILACUA, Fernando y colaboradores. FISIOPATOLOGÍA CLINICA. Editorial el Ateneo. ARGENTINA 2006. Capítulo 7. Fisiopatología de los trastornos del aparato digestivo. DOLOR ABDOMINAL

14 International Associaction for the study of Pain; (2012-2013) Epidemiology of Abdominal Pain. Pdf. Pág. 1. Disponible en: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets5&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16193

15 ARGENTE, Álvarez. SEMIOLOGÍA MEDICA Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Editorial Panamericana 2008. PARTE 4. Aparato digestivo. Sección 6. INTERPRETACION CLINICA Y ENFOQUE DIAGOSTICO. Capítulo 45. El paciente con dolor abdominal.

16 BARON B. PEREZ NATERA Y COLABORADORES. (1999) Dolor Abdominal Agudo. Vol 21 Nro 2.

17 MARRAY LONGMORE. Y COLABORADORES. 2010. Manual Oxford de Medicina Interna.Cirugía; Abdmen agudo. Pág. 608

18 GUTIERREZ ISAURO/ MAZA ARTURO/ ACEVEDO JOSE; (2007) Medicina de Urgencias. Editorial Panamericana. Capítulo 9; Protocolo de manejo del paciente con apendicitis aguda.

19 HILLILÄ MT, FÄRKKILÄ NJ, FÄRKKILÄ MA. (2010) Societal costs for irritable bowel syndrome: a population based study. Scand J Gastroenterol; 45:582–91.

20 LUIS JIMENES MURILLO. F. JAVIER MONTERO. 2010. Cuarta Edicion; Medicina de Urgencias y Emergencias. Cap. 46. PÁG. 320- 332

21 BUITRANDO G. MONICA P. MD. (Octubre 2010). Aumenta la toma de imágenes diagnósticas y el uso de analgesia en pacientes con apendicitis; Abdominal Pain, Pdf.

22 DIAZ-Rubio. Dolor Toracico de origen de origen esofágico. Revista española de enfermedades diagnostica 2004; 9:593-8

23 Torregrosa-Buguedo. Medición del dolor. Boletin de la ecuela de medicna de la universidad Catolica de Chile. 2004. 23:155-158

24 ALVAREZ ARGENTE. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Paciente con dolor abdominal Agudo. PARTE 792. Parte IX. Aparato Digestivo. 791-796

25 BARRANCO – BLASCO. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Valoración de abdomen en urgencias. Capítulo 3.1 disponible en: http://tratado.uninet.edu/c030106.html

26 NAVARRO- TARRANGA. Revista española de enfermedades digestivas. Madrid 2009. Validez de las pruebas realizadas para diagnosticar el dolor abdominal agudo en los pacientes ingresados en los servicios de urgencias. Vol 101. No9. (Universidad autónoma de Madrid-España)

27 BUGLIOSI TF. Acute abdominal pain in the elderly. Ann E Bugliosi TF. Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med 1990; 19: 1383-1386.merg Med 1990; 19: 1383-1386.

28 GUEVARA-COVARRUBIAS. Parametros para manejo del dolor abdominal agudo. Medigraphic2005. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc055m.pdf