

# **DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS**

## **Autores:**

**Jiménez Aranda, Luciana**

**Ivos Tybos, Frank**

**Leiva Fernández, José**

**Residentes Medicina Familiar y Comunitaria**

**Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria**

**Málaga**

**Bufo Galiana, Andrés**

**Médico Adjunto Urgencias**

**Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria**

**Málaga**

**Toscano Gonzalez, Rafael**

**Facultativo Especialista Cirugía General**

**Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria**

**Málaga**

**Andrés Bufo Galiana**

**C/Altabaca 4 Casa 4 Villa paloma**

**Urbanización Cerrado de Calderón**

**Málaga-29018 telfno 952295158**

**Correo Electrónico: [Abufo@terra.es](mailto:Abufo@terra.es)**

## **INDICE**

- I . Introducción**
- II . Clasificación**
- III . Anamnesis**
- IV . Exploración física**
- V . Exploraciones complementarias**
- VI . Diagnóstico diferencial**
- VII . Actitud y tratamiento**
- VIII . Dolor pélvico ginecológico**
- IX . Bibliografía consultada**
- X . Algoritmos de actuación.**

## **I. INTRODUCCIÓN**

El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia acude el paciente a Urgencias, constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias, sobre todo si aparece bruscamente. Es un síntoma frecuente que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intraabdominales; sin embargo, también puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal.

En este Capítulo intentaremos adoptar una postura con respecto al dolor abdominal en un Servicio de Urgencias; separando los relacionados con procesos más graves, en los que se necesita una atención inmediata – generalmente quirúrgica – de otros procesos más leves y cuyo estudio puede postponerse. Hay que tener en cuenta que aunque en la mayoría de los pacientes el dolor abdominal se suele presentar con unas características más o menos típicas, pueden existir diferencias en distintos grupos de edad, fundamentalmente en la población geriátrica y en la mujer.

Recordar que la valoración de un dolor abdominal agudo en Urgencias debe ser precoz y sin demoras, y sin administrar analgésicos ni sedantes hasta que no hayamos llegado a un diagnóstico concreto. Nuestra misión fundamental será establecer si un paciente tiene un abdomen agudo o quirúrgico o no.

Recordar que un 50% de los dolores abdominales que acuden a urgencias quedan sin diagnóstico.

## **II. CLASIFICACIÓN**

Existen muchísimas clasificaciones del dolor abdominal según los autores o las escuelas; pero nosotros vamos a distinguir dos grandes grupos:

### **II.1. DOLOR ABDOMINAL AGUDO:**

Clínicamente cursa con dolor súbito, agudo, urgente, evoluciona con rapidez, acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación

de enfermedad grave. No debemos olvidar que el dolor abdominal agudo puede tener distintos orígenes:

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

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

**A/ Dolor abdominal agudo quirúrgico:**

También denominado *Abdomen Agudo*. La aparición rápida de dolor, dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en la Historia Clínica. Los signos de Peritonitis (dolor a la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave.

La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman las impresiones de la Historia clínica. Recordar que todos estos signos y síntomas pueden no darse en determinados grupos de edad.

**B/ Dolor abdominal agudo no quirúrgico:**

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

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

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

## **II.2. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO:**

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

### **A/ Dolor abdominal crónico:**

Es importante establecer una orientación diagnóstica provisional, probable, a partir de la historia clínica y la exploración física. El que exista un diagnóstico probable, ayuda a un diagnóstico dirigido y evita exploraciones complementarias que no se relacionen con dicha patología.

### **B/ Dolor abdominal crónico idiopático:**

Este tipo de dolor constituye un gran reto para el clínico. Es habitual que estos pacientes:

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

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

## **III. ANAMNESIS**

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

### **III.1 Antecedentes patológicos:**

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

### **III.2 Localización del dolor:**

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

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

### III.3 Forma de instauración del dolor:

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

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

### III.4 Características del dolor:

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

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

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

*Existe escasa correlación entre la intensidad del dolor y la gravedad del cuadro*

### **III.5 Irradiación del dolor:**

- A/ Patología del tracto biliar ⇒ Escápula derecha.
- B/ Patología pancreática ⇒ Directamente a espalda “ en cinturón”.
- C/ Patología hepatobiliar ⇒ Hombro derecho.
- D/ Patología renoureteral ⇒ Fosa ilíaca y genitales.

### **III.6 Otros síntomas acompañantes**

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

*La presencia de fiebre > 39° ante un dolor abdominal agudo de inicio sugiere afección extrabdominal (neumonía, infección urinaria, etc.)*

## **IV EXPLORACIÓN FÍSICA**

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

#### **IV.1 Estado general:**

A/ Determinar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, y pulsos arteriales (amplitud y frecuencia).

B/ Valorar capacidad del sujeto para responder a las preguntas y el nivel de conciencia.

C/ Grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis).

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

*Normotermia y bradicardia ⇒ Necrosis intestinal.*

*Hipotensión + taquicardia ⇒ Shock, hemorragia.*

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

*Hipotensión + obnubilación + dolor de espalda ⇒ Aneurisma Ao.*

*Hipotensión + fiebre + ictericia ⇒ colangitis.*

#### **IV.2. Exploración torácica:**

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

#### **IV.3. Exploración abdominal:**

##### **A/ Inspección :**

Mediante la inspección podremos valorar la actitud del paciente, la inmovilidad y la respiración superficial, típicos del abdomen agudo.

La existencia de cicatrices de laparotomías previas, que nos pueden orientar a la existencia de bridas postoperatorias, como responsables del dolor.

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

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

Peristaltismo visible o de lucha ⇒ Obstrucción intestinal.

Lesiones ó erupciones cutáneas ⇒ Herpes zoster, etc.

Circulación colateral ⇒ Hipertensión portal.

Asimetrías ó tumores abdominales.

### **B/ Auscultación abdominal:**

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

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

*B.1/ Peristaltismo ausente* ⇒ íleo intestinal, peritonitis, pancreatitis.

*B.2/ Peristaltismo aumentado* ⇒ gastroenteritis aguda, inicio de obstrucción intestinal.

*B.3/ Ruidos hidroaéreos o borborigmos* ⇒ son ruidos de lucha cuando hay aire y líquido abundantes en la luz intestinal.

*B.4/ Ruidos metálicos* ⇒ obstrucción intestinal avanzada.

*B.5/ Soplos arteriales* ⇒ estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre.

### **C/ Palpación abdominal:**

La palpación abdominal (superficial y profunda) debemos realizarla de forma sistemática, con suavidad y con las manos calientes, **comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa**, para evitar el componente de contracción muscular voluntaria y espontánea del paciente, que tiende a defenderse de algo que le va provocar dolor. *Esta circunstancia es mucho más evidente en el niño y muy débil en el paciente anciano.* Valoraremos la tensión del abdomen (ascitis a tensión), y la presencia de masas o organomegalias. Mediante la palpación abdominal podemos obtener una serie de hallazgos de gran utilidad para el diagnóstico:

**C.1/ Maniobra de Blumberg o signo del rebote:** el dolor selectivo a la descompresión abdominal es un dato esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal. Este signo puede estar ausente en el paciente anciano.

**C.2/ La contractura involuntaria** es un signo fidedigno de peritonitis. Suele ser una contractura parcial y cercan a la zona afecta. En la peritonitis generalizada, el dolor es

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

**C.3/ El signo de Murphy:** dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración; es característico de la colecistitis aguda.

**C.4/ Signo de McBurney:** compresión dolorosa en el punto de McBurney (trazando una línea desde el ombligo a la EIAS derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores) ⇒ apendicitis aguda.

**C.5/ Signo de Rovsing:** dolor en el punto de McBurney al comprimir el colon descendente ⇒ apendicitis aguda.

**C.6/ Signo de Courvoisier- Terrier:** palpación de la vesícula biliar ⇒ colecistitis aguda, ictericia obstructiva baja.

**C.7/ Signo de Klein:** dolor que cambia al colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo ⇒ apendicitis aguda, adenitis mesentérica.

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

Es fundamental la exploración genital y de los orificios herniarios sistemáticamente.

No olvidar la búsqueda de los pulsos femorales. La palpación de una masa abdominal pulsátil dolorosa debe hacer pensar en un aneurisma de aorta abdominal.

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

#### **D/ Percusión abdominal:**

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

## **E/ Tacto rectal y vaginal:**

*“Más vale meter el dedo que meter la pata”*

Nos permiten explorar el interior de ambas cavidades. *Siempre debe hacerse después del estudio radiológico.*

- Inspección de la zona sacrocoxígea, anal y perianal  $\Rightarrow$  fisuras, hemorroides, sangre, abscesos.
- Tono del esfínter, dolor al tacto.
- Presencia de masas, zonas ulceradas, fecalomas.
- Presencia o ausencia, y consistencia de heces en ampolla rectal.
- Dolor a la movilización del cervix o ambas fosas ilíacas, ocupación del espacio de Douglas (pared anterior).
- Tamaño y consistencia de la próstata.
- *Siempre debemos observar el dedo de guante  $\Rightarrow$  sangre, mucosidad, color de las heces.*

### **CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACION ABDOMINAL**

- Frecuencia respiratoria  $> 30$  ó  $< 10$  r.p.m.
- Ausencia o asimetría de pulsos periféricos.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Signos de hipoperfusión en piel y mucosas.
- Distensión abdominal.
- Hematomas o heridas.
- Ruidos de lucha o silencio abdominal.
- Duración  $> 6$  horas.
- Presencia de masa pulsátil.

## **V. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

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

### **V.1 Analítica:**

*A/ Hemograma* ⇒ anemia (hemoperitoneo), leucocitos y desviación a la izquierda (procesos inflamatorios e infecciosos, leucopenia (sepsis) y plaquetopenia (sepsis, hipersplenismo).

*B/ Bioquímica* ⇒ glucemia, urea y creatinina (para valorar la repercusión renal), electrolitos (en casos de obstrucción intestinal), amilasemia (sospecha de pancreatitis, 3x valor normal), LDH y GOT (colecistitis aguda), bilirrubina (ictericia obstructiva, colangitis), CK y CK-MB (sospecha de IAM).

*C/ Coagulación* ⇒ enfermos anticoagulados, sepsis, CID. Preoperatorio

*D/ Analítica de orina* ⇒ hematuria (cólico renoureteral), piuria (infección urinaria), amilasuria (pancreatitis).

*E/ Gasometría venosa* ⇒ pancreatitis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica.

*F/ Test de embarazo* ( si posibilidad de gestación)

### **V.2 Electrocardiograma:**

Fundamental para descartar IAM en dolor epigástricos, fundamentalmente en pacientes ancianos y diabéticos, y cualquier paciente con importantes factores de riesgo cardiovascular.

### **V.3 Radiología:**

*A/ RX Tórax postero-anterior y lateral* ⇒ condensación pulmonar (neumonía, derrame pleural), neumoperitoneo (perforación de víscera hueca), deformidad diafragmática (traumatismo abdominal), elevación diafragmática (absceso subfrénico, pancreatitis).

Recordar que la RX Tórax PA y lateral siempre se hace en bipedestación, mientras que la RX simple de abdomen se hace en decúbito supino.

*B/ RX simple de abdomen* ⇒ ausencia de la línea del psoas derecha (apendicitis aguda), imagen en “grano de café” (vólvulo), ausencia de aire en determinados tramos intestinales (obstrucción intestinal), dilatación de asas (obstrucción intestinal), cuerpos extraños.

*C/ RX simple en bipedestación* ⇒ se realiza sobre todo para confirmar obstrucción intestinal, mediante la visualización de niveles hidroaéreos.

*D/ RX simple en decúbito lateral izquierdo* ⇒ detecta niveles hidroaéreos o neumoperitoneo en hipocondrio derecho.

#### **V.4 Otras exploraciones complementarias:**

La analítica, el electrocardiograma, y la radiología, son las tres exploraciones complementarias de más fácil acceso en el Servicio de Urgencias. Sin embargo, en determinadas patologías, y otras veces como confirmación diagnóstica, deberemos solicitar la realización de otras exploraciones más complejas:

*A/ Ecografía abdominal:* permite evaluar el abdomen siempre que no haya mucho aire intraluminal, de ahí que no sea útil en la valoración pancreática. Es útil para detectar patología biliar (colecistitis aguda, coledocolitiasis, colecistopancreatitis), patología renal (cuadros obstructivos, hidronefrosis), y para detectar la presencia de líquido libre.

*B/ Tomografía axial computarizada (TAC):* se realiza fundamentalmente cuando la ecografía abdominal deja dudas diagnósticas.

*C/ Enema opaco, angiografía, paracentesis diagnóstica, punción-lavado peritoneal, endoscopia digestiva alta y baja.*

## **VI DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Las características del dolor, los síntomas acompañantes y la exploración nos deben permitir establecer la gravedad del cuadro y establecer un diagnóstico de presunción al menos de una serie de cuadros clínicos que requieren actuación médico-quirúrgica inmediata. Sin embargo, el elevado número de causas que pueden ser responsables del mismo y el carácter muchas veces inespecífico del mismo, pueden dificultar enormemente el diagnóstico.

<b>Rotura de Aneurisma abdominal</b>	Dolor epigástrico intenso que irradia a la espalda, de inicio brusco (a veces presentan dolor desde hace varias semanas), con masa pulsátil en epigastrio. Suele darse en pacientes varones de edad avanzada ⇒ ECO-TAC abdomen.
<b>Hemoperitoneo (rotura esplénica, etc.)</b>	Dolor de comienzo súbito, con palidez y Shock, distensión abdominal, y leve peritonismo ⇒ ECO.
<b>IAM (sobre todo inferior)</b>	Dolor epigástrico fundamentalmente en pacientes ancianos o diabéticos, y en pacientes con factores de riesgo cardiovascular ⇒ realizar EKG.
<b>Embarazo ectópico</b>	Dolor anexial agudo acompañado muchas veces de signos de hipovolemia ⇒ ECO y β-HCG.
<b>Perforación de víscera hueca</b>	Dolor abdominal muy intenso súbito, con el paciente inmóvil, y signos de irritación peritoneal generalizada ⇒ RX Tórax PA ⇒ neumoperitoneo.
<b>Obstrucción intestinal</b>	Dolor cólico inicialmente con ↑ ruidos, posteriormente dolor continuo por irritación peritoneal con ↓ de ruidos, abdomen distendido y timpanizado ⇒ RX simple de abdomen ⇒ asas dilatadas y niveles hidroaéreos.
<b>Apendicitis aguda</b>	Dolor periumbilical seguido de dolor en FID, vómitos, Blumberg (+), tacto rectal doloroso, anorexia, fiebre y leucocitosis.
<b>Colecistitis aguda</b>	Dolor epigástrico y en HD, Murphy (+), fiebre y leucocitosis. AP de colelitiasis ⇒ ECO.
<b>Pancreatitis aguda</b>	Dolor epigástrico irradiado a espalda “en cinturón”, con leve defensa abdominal, ↓ ruidos ⇒ amilasa.
<b>Isquemia mesentérica</b>	Dolor difuso, rectorragia y acidosis metabólica.
<b>Diverticulitis aguda</b>	Dolor intenso en FII, con signos de irritación peritoneal, Blumberg (+) ⇒ TAC Abdomen.
<b>Cólico renoureteral</b>	Dolor intenso en fosa renal que irradia por flanco hasta genitales ⇒ Sedimento ⇒ Hematuria.

## **VII ACTITUD Y TRATAMIENTO**

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

### **VII.1 Paciente inestable.**

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

- *Canalizar dos vías venosas periféricas.*
- *Monitorización, oxigenoterapia, y realización de EKG completo.*
- *Realizar exploración abdominal inicial.*
- *Extraer muestras de sangre y orina ⇒ hemograma, bioquímica (incluyendo CK, CK-MB, amilasa, GOT y LDH), coagulación, gasometría venosa, sedimento y amilasuria, y pruebas cruzadas con sangre en previsión.*
- *Colocación de sonda nasogástrica + dieta absoluta + sonda vesical.*
- *Realización de ECO Abdomen de urgencias (portátil si es posible).*
- *Analgesia ⇒ es recomendable en estos pacientes la administración de fármacos para aliviar el estado general, sin llegar a una sedación profunda que pudiera enmascarar el cuadro clínico (ketorolaco, meperidina, etc.).*

El paciente debe ser valorado por el cirujano de guardia ante la menor duda de indicación quirúrgica.

### **VII.2 Paciente estable.**

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

- *Realizar historia clínica.*

- *Solicitar EKG* si se trata de un dolor en hemiabdomen superior, sobre todo en pacientes ancianos, diabéticos, o con factores de riesgo cardiovascular.
- *Dieta absoluta.*
- *Colocación de SNG* (si hay distensión abdominal o sospecha de obstrucción)
- *Canalizar una vía venosa periférica.*
- *Extraer muestras de sangre y orina*, según la sospecha diagnóstica. ***No olvidar la realización de un test de embarazo ante la sospecha de patología ginecológica.***
- Si no es estrictamente necesario, no se administrará analgesia hasta que no tengamos un diagnóstico o haya habido una valoración por el especialista de guardia.
- Posteriormente se solicitarán las exploraciones complementarias necesarias en función de la sospecha diagnóstica y de los resultados de las exploraciones previas.

Si a pesar de la valoración clínica y las exploraciones complementarias no se llega a un diagnóstico, se mantendrá al paciente en observación, reevaluando al paciente de forma continua. Mientras tanto, el paciente estará en *dieta absoluta, con hidratación intravenosa, y sin analgesia.*

## **VIII. DOLOR PÉLVICO GINECOLÓGICO**

El dolor pélvico de origen ginecológico puede presentarse de forma aguda o crónica. Realizaremos una valoración inicial similar a la del dolor abdominal en general. Tras una **anamnesis detallada** ( edad, paridad, menarquia, tipo menstrual, fecha última regla , duración de la hemorragia y cuantía) debemos realizar una **exploración física general y ginecológica**, apoyándose en pruebas complementarias, tales como la ecografía y una analítica general (hemograma, sedimento urinario, prueba de embarazo, etc.) para orientarnos en un diagnóstico que con frecuencia es difícil de obtener por las diferentes patologías, no siempre de origen ginecológico, que pueden ser responsables del cuadro clínico.

Cuando se trata de un dolor agudo debemos descartar cualquier patología obstétrica, como, por ejemplo, un aborto o un embarazo ectópico, en cuyo caso se procederá a su tratamiento específico. También deberemos considerar las causas no ginecológicas de dolor pélvico.

## VIII.I DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A Entre las causas más frecuentes de dolor pélvico de origen ginecológico se encuentra la **enfermedad inflamatoria pélvica** (EIP). Su etiología es polimicrobiana y su diagnóstico resulta difícil por la poca especificidad y sensibilidad de la exploración clínica, por lo que se recurre a los llamados *critérios de Hager*: se considera positivo por la presencia de todos los criterios mayores y al menos de una de los criterios menores.

<b>CRITERIOS DE HAGER</b>
<b><u>CRITERIOS MAYORES</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia o presencia de dolor en abdomen inferior.</li><li>• Dolor a la movilización cervical en la exploración vaginal.</li><li>• Dolor anexial en la exploración abdominal.</li><li>• Historia de actividad sexual en los últimos meses.</li><li>• Ecografía que no sugiere otra patología</li></ul>
<b><u>CRITERIOS MENORES</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Temperatura superior a 38 °C.</li><li>• Leucocitosis superior a 10.000</li><li>• Velocidad de sedimentación elevada.</li><li>• Tinción de exudado intracervical que demuestra diplococos intracelulares que sugieren la presencia de gonococo, cultivo positivo para <i>N. gonorrhoeae</i>, o cultivo positivo u observación al examen directo por IFD de <i>Chlamydia trachomatis</i>.</li></ul>
<b>Se considera positivo la presencia de todos los criterios mayores y al menos uno de los menores.</b>

Si el diagnóstico es dudoso o bien se obtiene una respuesta terapéutica satisfactoria, se debe proceder a la realización de una laparoscopia que permitirá además la recogida de muestras para cultivo.

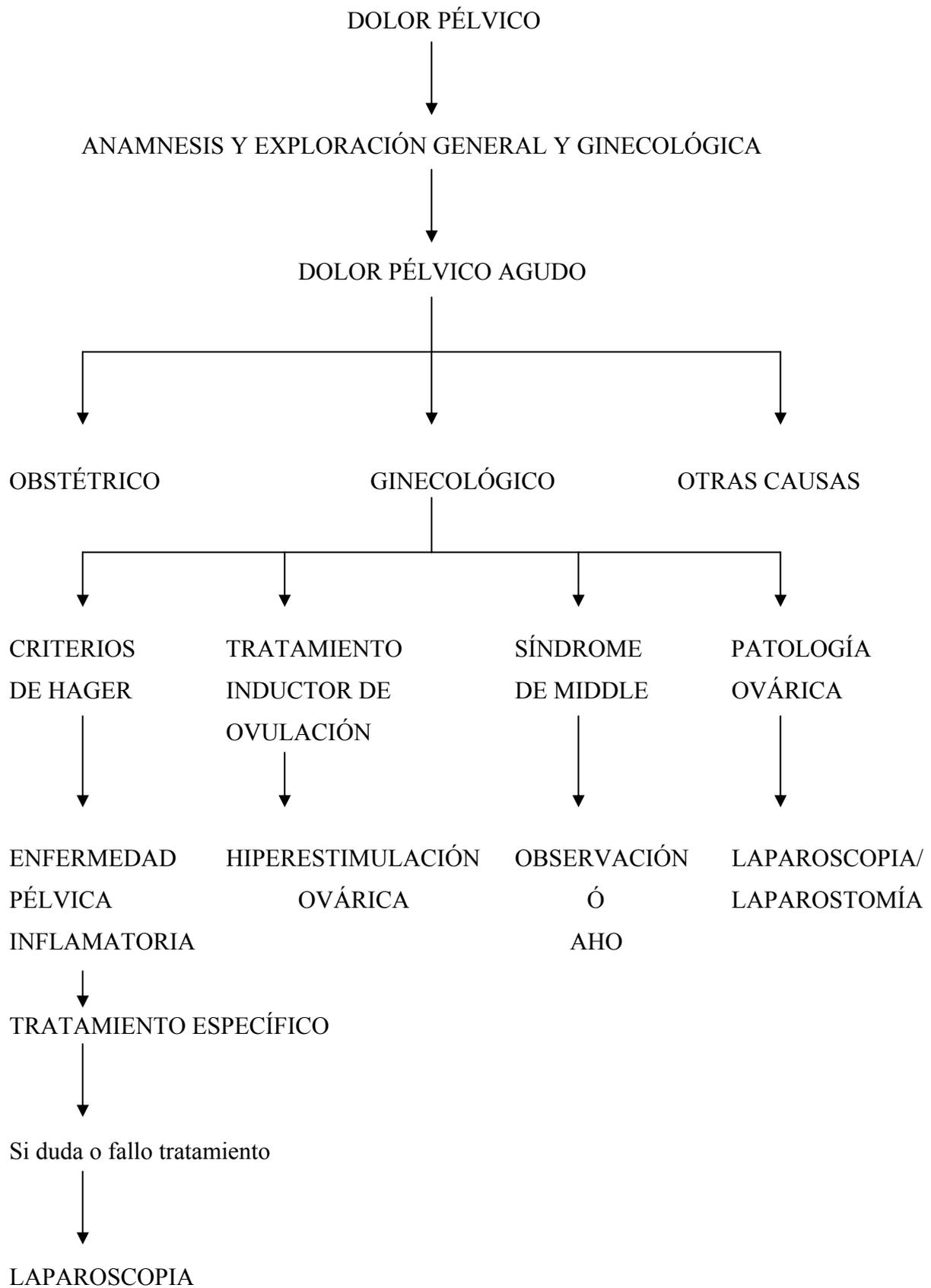
El tratamiento de la EIP ambulatorio , consiste en la administración de antibióticos; si existe complicaciones el tratamiento será hospitalario .

**Ceftriaxone 1 gramo IM dosis única + Doxiciclina 100 mgrs vo c/12 horas (12 días)**

B. Otra patología ginecológica que puede presentarse en forma de dolor agudo es el **Síndrome de hiperestimulación ovárica**. Se origina por una respuesta exagerada de los ovarios a los agentes inductores de la ovulación, como el citrato de clomifeno o las gonadotropinas, utilizados en el tratamiento de la infertilidad.

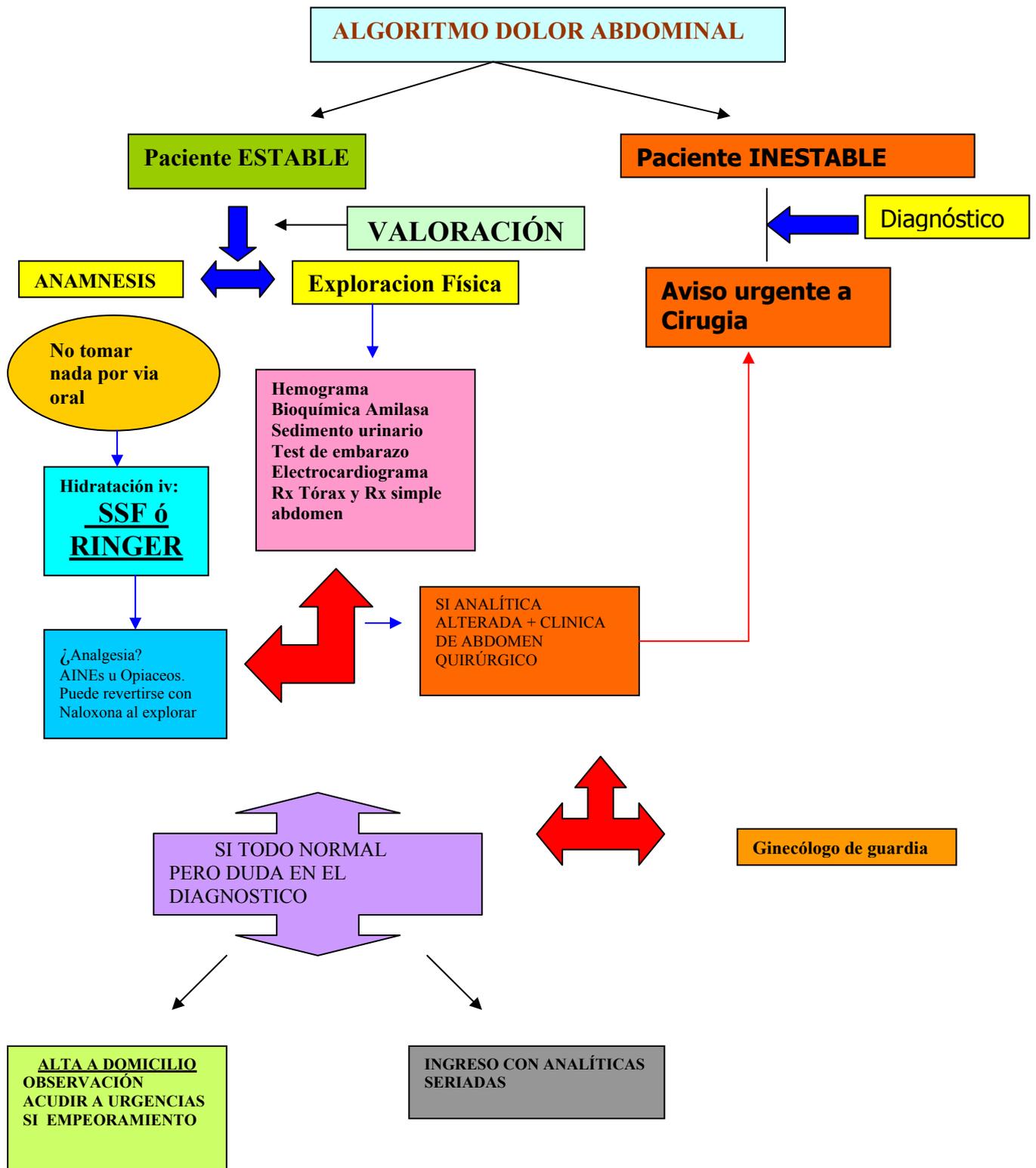
C El **síndrome de Middle (ovulalgia)** puede expresarse aisladamente o bien repetirse ciclo tras ciclo; el dolor se produce por el líquido liberado del folículo tras su ruptura en el momento de la ovulación, provocando una irritación química del peritoneo. Una característica clínica es la duración del cuadro, que no supera las 48 horas. El tratamiento consiste en observación, si se trata de un episodio aislado; en cambio, si ocurre en casi todos los ciclos, se prescribirán anticonceptivos orales.

D Diversas afecciones ováricas pueden presentarse como cuadros agudos, como torsión en ovarios aumentados de tamaño por procesos tumorales benignos o malignos, rotura de quistes simples, endometriosis, etc. Aunque muy raras, también existen ciertas afecciones tubáricas, como tumores que producen distensión o rotura de la misma. El tratamiento en estos casos es quirúrgico.

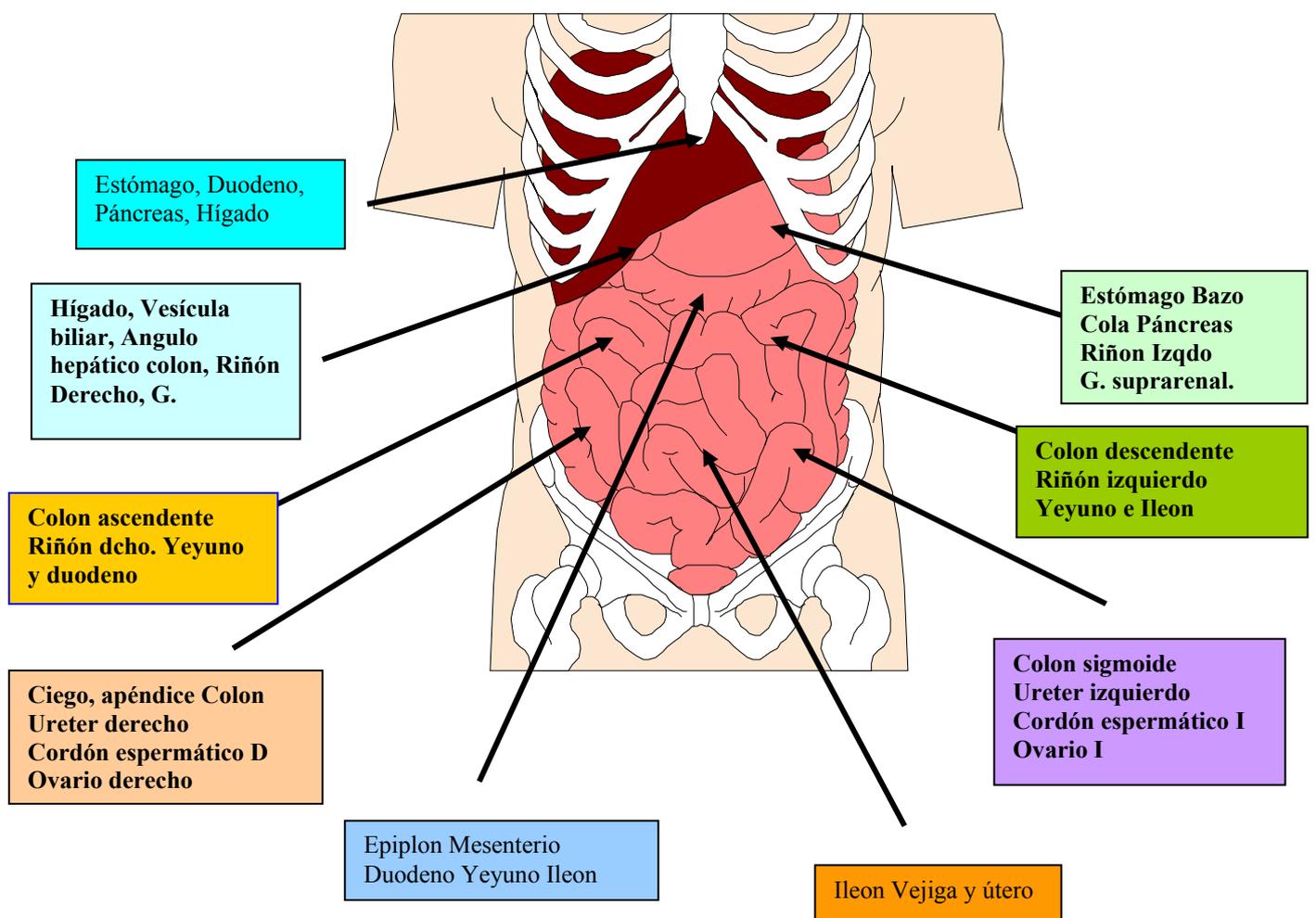


En resumen las patologías más frecuentes ginecológicas que pueden presentarse como Abdomen Agudo más frecuentes son :

<b>TUMOR OVARICO</b>	- Dolor abdominal, náuseas ,vómitos. Defensa muscular. Taquicardia. - Realizar Ecografía.
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMANTORIA</b>	
<b>MIOMA UTERINO CON COMPLICACIONES AGUDAS</b>	- Necrosis - Torsión - Infección , otras .....
<b>HEMORRAGIA INTERNA DE CAUSA GINECOLOGICA</b>	- Rotura Folicular - Cuerpo lúteo hemorrágico
<b>EMBARAZO ECTOPICO</b>	Dolor abdominal, sangrado escaso, amenorrea de corta duración, menstruación previa atípica y generalmente escasa Si presentara rotura valorar situación de hipovolemia y choque.



# LOCALIZACIÓN DEL DOLOR EN FUNCIÓN ORGANO AFECTADO



## **BIBLIOGRAFIA**

1. Sánchez Turrión V. Dolor abdominal. En: Moya Mir MS. Guías de actuación en urgencias. 2ª ed. McGraw-Hill-Interamericana de España, 2000: 188-193.
2. Hernández Surrmann E, Díaz Pedroche C, Pérez Sánchez JR. Dolor abdominal. En: Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Díaz Simón R, Orche Galindo S, Sanz García RM, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 4ª ed. Madrid, 1998: 81-90.
3. De Burgos Marín J, González Barranco JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Arévalo Jiménez E. Manejo urgente del dolor abdominal agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, directores. Protocolos de actuación en medicina de urgencias. 1ª ed. Harcourt Brace de España, 1996: 331-345.
4. Alarcó Hernández A, Yuste García P, Meneses Fernández MªM. Urgencias abdominales y del aparato digestivo. Medicine 1999; 7(121): 5660-5666.
5. Padillo Ruiz FJ. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal agudo. Medicine 1996; 7(13): 551-553.
6. Manejo del dolor abdominal agudo. Plan andaluz de urgencias y emergencias 061.
7. Goodman PE. Dolor abdominal. En: Cline DM, Ma OJ, Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL. Manual de medicina de urgencias, volumen 1. 4ª ed. McGraw-Hill-interamericana, 1998: 111-113.
8. Moya Mir MS, Rojo Blanco V. Dolor abdominal. En: Moya Mir MS, coordinador. Normas de actuación en urgencias. 1ª ed. Edición 2000, 2000: 305-309.
9. Larrañaga I, Mendía E, Die J, Lobo E. Abdomen agudo. En: Lobo Martínez E, director. Manual de urgencias quirúrgicas. 2ª ed. Coordinación editorial: IM&C, 2000: 97-111.

## CUESTIONARIO DOLOR ABDOMINAL

1-Ante un dolor abdominal en Urgencias, señale qué es lo que no haría:

- a)-Valorar precozmente y sin demoras.
- b)-No administraría analgésicos y sedantes
- c)-Administraría analgésicos y sedantes
- d)-Valoraría precozmente y sin demoras y no administraría analgésicos ni sedantes.
- d)-No administraría analgésicos pero sí sedantes.

2-Cite cual serían los síntomas de un paciente que acude a Urgencias con Abdomen Agudo y presenta signos de Peritonitis (Proceso intraabdominal grave):

- a)-Fiebre y dolor abdominal
- b)-No dolor a la descompresión, defensa y ausencia de ruidos intestinales
- c)-dolor a la palpación profunda fiebre y leucocitosis
- d)-dolor a la descompresión, defensa y ausencia de ruidos intestinales
- e)-Fiebre y ausencia de ruidos intestinales.

3-Un paciente que acuda con un dolor en hipocondrio derecho, señale que patología le sugiere:

- a)-Vólvulo gástrico
- b)-Perforación gástrica
- c)-Salpingitis aguda
- d)-Cólico biliar
- e)-a y b son correctas

4- Un paciente con patología en Urgencias del tracto biliar se irradiaría el dolor a :

- a)-Fosa iliaca derecha
- b)-Miembro superior derecho
- c)-Hipocondrio derecho
- d)-Hombro derecho
- e)-Escápula derecha.

5-Ante un paciente que ingresa en Urgencias con sensación de enfermedad, hipotenso, obnubilado y con dolor de espalda pensaremos primeramente en:

- a)-Colangitis
- b)-Necrosis intestinal
- c)-Colecistitis
- d)-Apendicitis
- e)-Aneurisma Aorta

6-Ante la Auscultación abdominal de peristaltismo ausente pensaremos en:

- a)-Aneurisma
- b)-Gastroenteritis aguda
- c)-d y e son ciertas
- d)-Pancreatitis
- e)- Ileo intestinal

7-Si en una palpación encontramos un Signo de Courvoisier positivo quiere decir que:

- a)-Apendicitis Aguda
- b)-Adenitis mesentérica
- c)-Ventre en tabla
- d)-Contractura involuntaria
- e)-Palpamos la vesícula biliar.

8-Señale que criterios serían de gravedad en una exploración abdominal :

- a)-Presencia de masa pulsátil
- b)-Dolor abdominal
- c)-Distensión abdominal
- d)-b y c son correctas
- e)-Nivel de conciencia normal.

9-Ante un paciente con dolor abdominal en Urgencias señale que pruebas complementarias de las que se cita no pediría de entrada:

- a)-Hemograma bioquímica coagulación
- b)-Hemograma, Bioquímica, Coagulación, ECG, Rx
- c)-Hemograma orina y Ecografía abdominal
- d)-Hemograma bioquímica coagulación sedimento
- e)-Rx simple de abdomen

10-Una radiografía de Tórax PA en un paciente con perforación de víscera hueca presentará:

- a)-niveles hidroaéreos
- b)-Ausencia de aire en algunos tramos intestinales.
- c)-imagen en grano de café
- d)-Neumoperitoneo.
- e)-Dilatación de asas

11-Si pretendemos visualizar líquido libre en un paciente con Dolor abdominal en Urgencias que prueba complementaria pediremos:

- a)-Punción lavado peritoneal
- b)-Radiografía simple de abdomen en bipedestación
- c)-Angiografía
- d)-Ecografía abdominal
- e)-Enema opaco.

12-Ante un dolor en epigastrio, en un paciente diabético, anciano ó con factores de riesgo cardiovascular que haría primeramente:

- a)-Inyección IM de Espasmolítico analgésico
- b)-Dar vía oral alcalinos
- c)-Si palpación normal alta a domicilio
- d)-Electrocardiograma
- e)-Ninguna es correcta.

13-Ante un paciente anciano, que acude a Urgencias con Rectorragia y dolor abdominal difuso no descartaríamos:

- a)-Apendicitis aguda
- b)-Isquemia mesenterica
- c)-Gastroenteritis
- d)-Colecistitis.
- e)-Obstrucción intestinal

14-Ingresa en Urgencias un paciente con dolor abdominal, inestable, que es lo que recomendaría:

- a)-Analgesia y toma de constantes.
- b)-Ecografía abdominal portátil, vía periférica AS, aviso a Cirujano de Guardia
- c)-Exploración física
- d)-Vía periférica, AS, Radiografías.
- e)-Ecografía abdominal portátil, ECG, Vias, AS, Cirujano de Guardia, Enzimas

15-Señale cual es la afirmación correcta ante un paciente con Pancreatitis Aguda:

- a)-Dolor difuso rectorragia y Acidosis metabólica
- b)-Dolor en FII con signos de irritación peritoneal
- c)-Dolor en fosa renal izquierda con irradiación a flancos
- d)-Dolor epigástrico irradiado a espalda en cinturón con leve defensa abdominal y disminución de ruidos
- e)-Anorexia, fiebre y leucocitosis

16-De los signos exploratorios que se mencionan, señale cual puede estar ausente en el anciano:

- a)-S. de Murphy
- b)-S de McBurney
- c)-S.de Rovsing
- d)-S de Klein
- e)-S del rebote

17-Ante la instauración gradual de dolor abdominal pensaremos en:

- a)-Embolia mesentérica
- b)-Cólico biliar
- c)-Embarazo ectópico
- d)-Apendicitis
- e)-Diverticulitis.

18-Ante un paciente intervenido previamente y que acude con dolor abdominal pensaremos en:

- a)-Cólico renal
- b)-Probable brida postoperatoria
- c)-Cólico biliar
- d)-a y c son correctas
- e)-ninguna es correcta

19)-Señale cual es la causa más frecuente de dolor pélvico:

- a)-Apendicitis aguda
- b)-Enfermedad inflamatoria pélvica
- c)-Pancreatitis Aguda
- d)-Embarazo ectópico
- e)-Litiasis renal

20-Señalar atendiendo a los criterios de Hager en la Enfermedad inflamatoria pélvica cuando es positivo:

- a)-un criterio mayor y dos menores
- b)-tres criterios mayores y uno menor
- c)-tres menores y uno mayor
- d)-todos los criterios mayores y al menos uno menor
- e)-dos mayores y dos menores

21-Cual se considera un criterio mayor dentro de los criterios de Hager:

- a)-Ecografía que no sugiere otra patología
- b)-Temperatura superior a 38
- c)-Leucocitosis superior a 10000
- d)-vómitos
- e)-taquicardia

22-Cual será el tratamiento de la Enfermedad inflamatoria pélvica:

- a)-Calor local
- b)-Calor local más analgésicos
- c)-Quirúrgico
- d)-Calor local más antibióticos
- e)-Antibióticos y Cirugía (si existe absceso)

23- ¿Qué conoce como Síndrome de Middle?

- a)-Candidiasis vaginal
- b)-Rotura quiste ovárico
- c)-Ovulgalgia
- d)-Embarazo ectópico
- e)-Enfermedad inflamatoria pélvica

24-Ante un paciente con dolor abdominal de localización epigástrica y en HD con Murphy positivo acompañado de fiebre y leucocitosis pensar en:

- a)-Apendicitis
- b)-Isquemia mesentérica
- c)-Colecistitis aguda
- d)-Diverticulitis
- e)-causa extraabdominal

25-Cuando colocaremos Sonda nasogástrica en un paciente con dolor abdominal:

a)-siempre

b)-Nunca

c)-Ante todo paciente con Dolor abdominal

d)-Si hay distensión abdominal ó sospecha de obstrucción

e)-a y d son correctas

### Respuestas

1-d	6-c	11-d	16-e	21-a
2-d	7-e	12-d	17-d	22-f
3-d	8-d	13-b	18-b	23-c
4-e	9-c	14-e	19-b	24-c
5-e	10-d	15-d	20-d	25-d