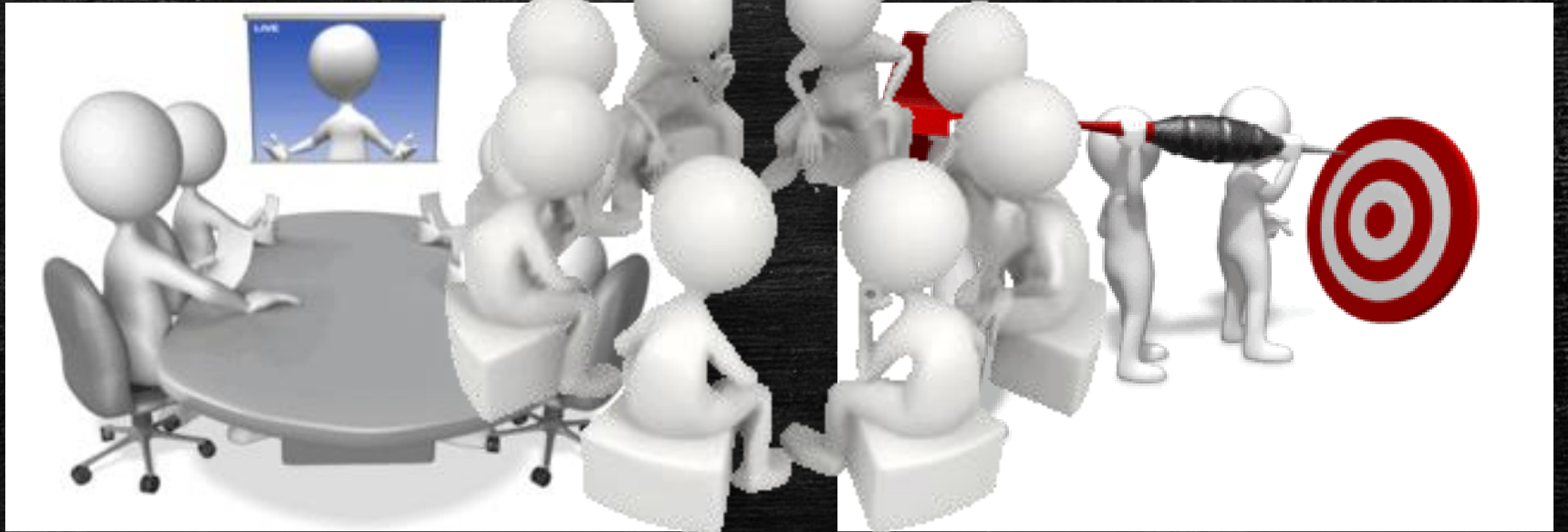


ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

Dra M^a Isabel Cambero Flores
Medico Adjunto Urgencias HIC
3-10-2019

Bienvenidos



Origen	Quirúrgico inmediato	No quirúrgico
Tracto gastrointestinal	Apendicitis, hernia encarcerada, úlcera péptica perforada, perforación de colon.	Diverticulitis, Sx. Mallory Weiss, gastroenteritis, gastritis aguda, adenitis mesentérica.
Bazo, hígado y vías biliares	Colecistitis aguda, colangitis aguda, absceso hepático, tumor hepático roto, ruptura espontánea de bazo	Cólico biliar, hepatitis aguda
Alteraciones pancreáticas		Pancreatitis aguda
Alteraciones del tracto urinario		Cólico renal o ureteral, pielonefritis, cistitis, IVU.
Ginecológicas	Embarazo ectópico roto, tumor ovárico torcido, quiste folicular roto.	Dismenorrea, salpingitis aguda, endometriosis.

INTRODUCCION

¿COMO ABORDAR AL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL



- Identificar y separar los procesos mas **GRAVES** de los *mas leves*
- *Responder a dos preguntas*
 - ¿El paciente esta **GRAVE**?
 - ¿Tiene o puede llegar a tener **COMPROMISO VITAL** o **FUNCIONAL**?
- *Misión fundamental es identificar el **ABDOMEN AGUDO**, no diagnosticar*

INTRODUCCION

Para responder a estas preguntas



ANAMNESIS



EXPLORACION
FISICA



PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS

Tener en cuenta una larga lista de diagnósticos diferenciales

**A
N
A
M
N
E
S
I
S**

CONSTANTES VITALES

FC, TA, SAT O₂, T^a.

ANTECEDENTES

**CARACTERISTICAS DEL
DOLOR**

SINTOMAS ASOCIADOS

ANAMNESIS. ANTECEDENTES

▪ ANTECEDENTES FAMILIARES Y VIAJES RECIENTES

▪ EDAD

- **ADOLESCENTES**: apendicitis y adenitis mesentérica
- **ADULTOS** apendicitis, colecistitis, pancreatitis, perforaciones y estrangulaciones herniarias
- **ANCIANOS**: accidentes isquémicos, diverticulitis y cáncer de colon

▪ SEXO.

|||||PATOLOGIA GINECOLOGICA|||||

- * Descartar embarazo SIEMPRE (Ectópico)
- * Fecha de última regla (Endometriosis)
- * Momento del ciclo (Rotura Folicular)
- * Secreciones vaginales (EIP, Piosalpingitis)
- * TORSIÓN OVÁRICA .

▪ ANTECEDENTES PERSONALES

Y QUIRÚRGICOS.

- * Colelitiasis (Cólico biliar- Colecistitis- Pancreat)
- * Alcoholismo (Pancreatitis)
- * Enf. Cardiovascular tipo F.A. ateromatosis (Isquemia mesentérica)
- * Obstrucción intestinal : BRIDAS
- * Cirugía oncológica : RECIDIVA TUMORAL
- * Tiempo de cirugía : COLECCIONES
- Cirugía cardiaca reciente : ISQUEMIA MESENTERICA

**A
N
A
M
N
E
S
I
S**

CONSTANTES VITALES

FC,TA,SAT O₂T°.

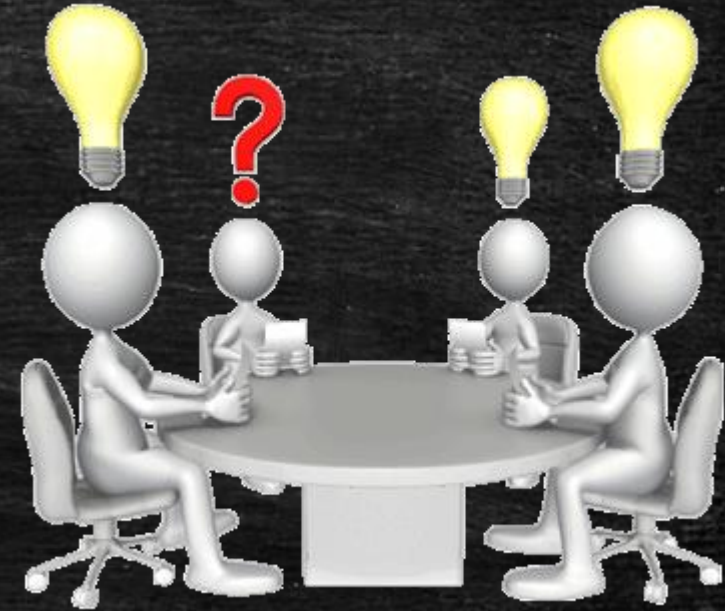
ANTECEDENTES

**CARACTERISTICAS DEL
DOLOR**

SINTOMAS ASOCIADOS

ANAMNESIS. CARACTERISTICAS DEL DOLOR

- **CRONOLOGIA**
- **TIPO**
- **LOCALIZACION**
- **IRRADIACION**

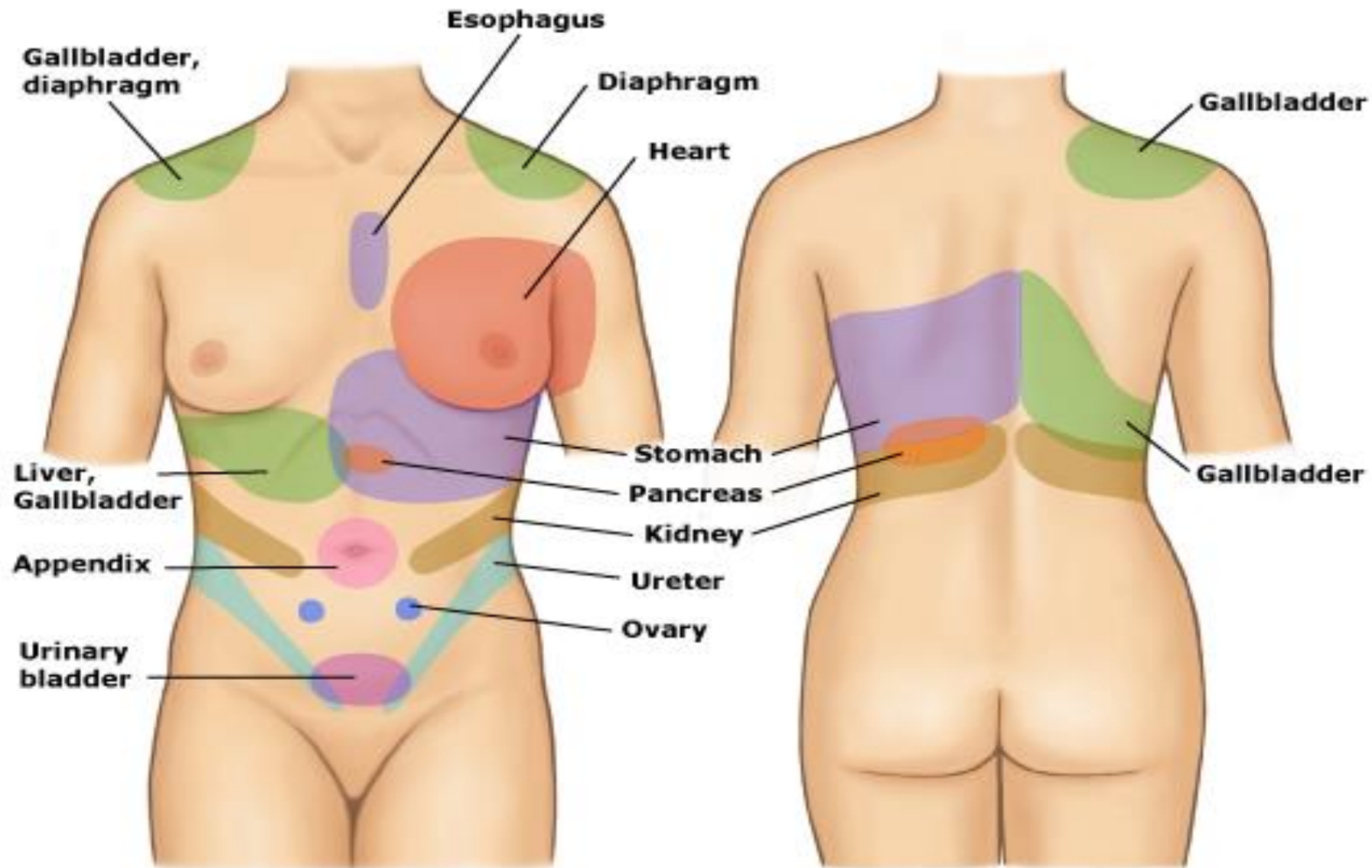


CRONOLOGIA

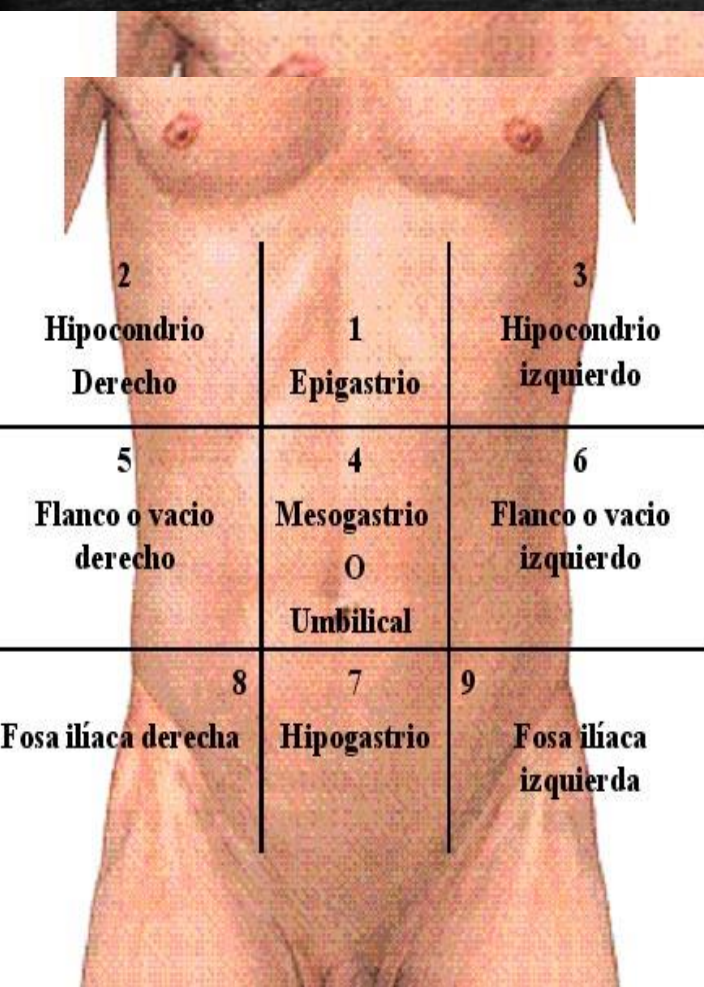
Súbita	Rápida	Gradual
ulcus perforado	perforación víscera hueca	apendicitis
rotura absceso o hematoma,	obstrucción intestinal alta	hernia estrangulada
infarto de órgano abdominal	pancreatitis aguda	obstrucción intestinal baja
neumotórax espontáneo	colecistitis	pancreatitis
rotura embarazo ectópico	isquemia	colecistitis
rotura o disección aórtica	crisis renoureteral	perforación neoplásica
		salpingitis
		retención urinaria
		infarto intestinal



TIPO

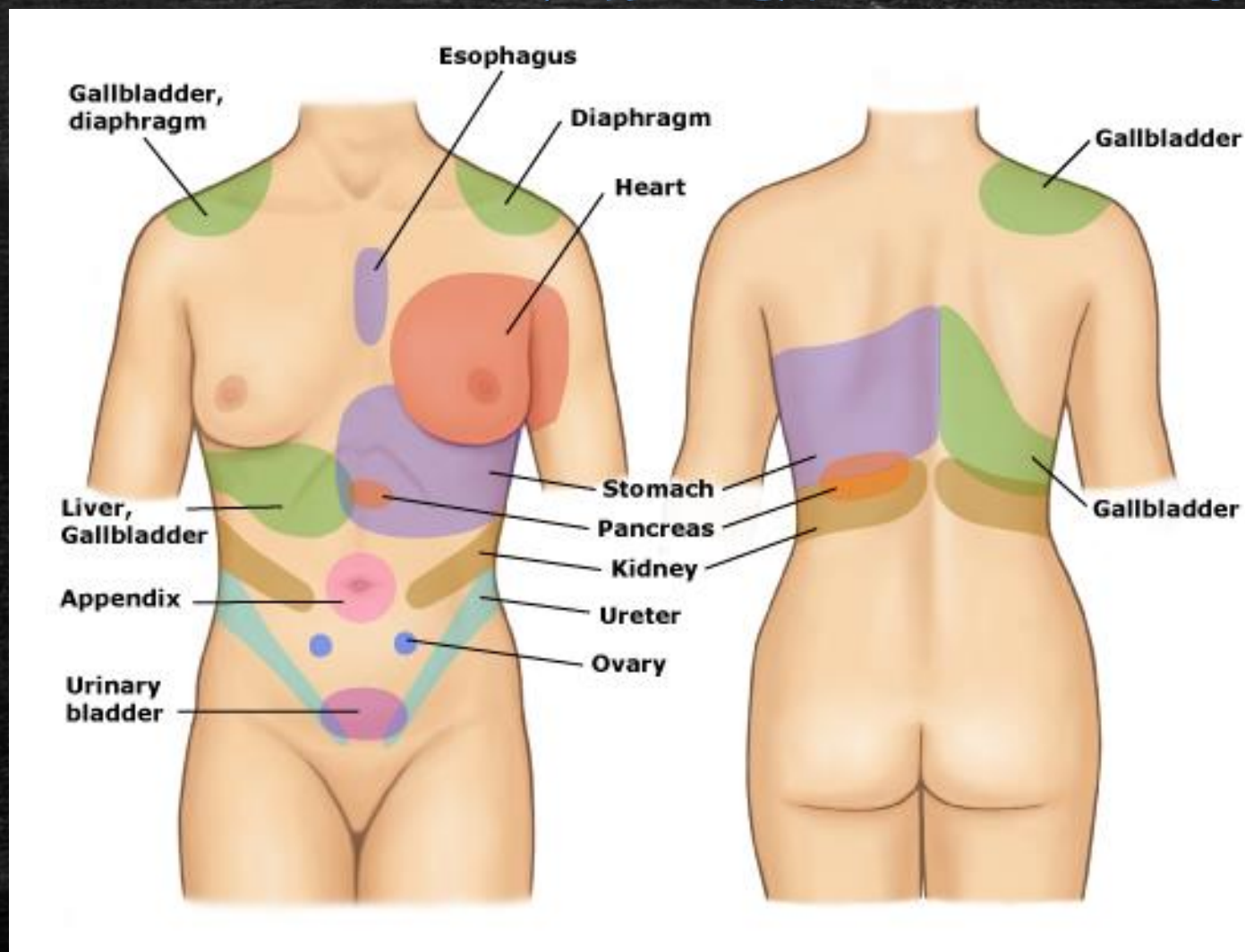


LOCALIZACION



<p>CUADRANTE SUP. DCHO Patología de vesícula y vías biliares Pancreatitis Absceso subdiafragmático Perforación úlcus péptico Apendicitis retrocecal Neumonía y pleuritis Patología riñón dcho Patología colon dcho</p>	<p>EPIGASTRIO Úlcus gastroduodenal Pancreatitis Esofagitis IAM inferior Apendicitis</p>	<p>CUADRANTE SUP. IZDO Perforación úlcus péptico Pancreatitis Patología esplénica Aneurisma aorta</p>
	<p>PERIUMBILICAL MESOGASTRIO Pancreatitis Obstrucción intestinal Úlcus péptico Aneurisma aorta abdominal Trombosis-isquemia intestinal</p>	
<p>CUADRANTE INF. DCHO Apendicitis aguda Adenitis mesentérica Divertículo Meckel Ileitis. Crohn Patología urinaria Torsión testicular Patología riñón dcho Perforación y/o neoplasia ciego</p>	<p>HIPOGASTRIO Apendicitis aguda Patología ginecológica Patología renoureteral EII Patología vesical</p>	<p>CUADRANTE INF. IZDO Diverticulitis aguda Patología ovárica EII Patología riñón izdo Patología colon izdo Colitis isquémica Epididimitis-torsión testicular</p>

IRRADIATION



**A
N
A
M
N
E
S
I
S**

CONSTANTES VITALES

FC,TA,SAT O₂T°.

ANTECEDENTES

**CARACTERISTICAS DEL
DOLOR**

SINTOMAS ASOCIADOS

SINTOMAS ASOCIADOS

- ESCALOFRIOS
- NAUSEAS,VOMITOS
- DIARREA
- PERDIDA DE PESO
- CUADRO CONFUSIONAL
- DISNEA,TOS, FIEBRE
- FIBRILACION AURICULAR
- SINTOMAS MICCIONALES
- FLUJO VAGINAL





ANAMNESIS



**EXPLORACION
FISICA**



**PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS**

EXPLORACION FISICA



ESTADO GENERAL

- Valorar capacidad del sujeto para responder a las preguntas y el nivel de conciencia.
- Exploración siempre de cabeza a pies
- Grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis).
- Posición adoptada por el sujeto, su actitud y la sensación de enfermedad



INSPECCION

- Alteración del estado general
- Signos de deshidratación
- Cicatrices, eventración, hernias, estrías, afectación cutánea, distensión abdominal, disminución de los movimientos abdominales durante la respiración.

AUSCULTACION

- RUIDOS HIDROAÉREOS:
 - disminución o abolición del peristaltismo en caso de peritonitis
 - incrementados o con sonido metálico sugiere obstrucción intestinal.
- SOPLO./RUIDOS DE FRICCIÓN /BORBORIGMOS

PALPACION

- Permeabilidad de orificios herniarios
- Presencia de masas o megalias
- Dolor a la palpación superficial o profunda
- Signos de irritación peritoneal: BLUMBERG, MURPHY
- Defensa abdominal

PERCUSION

- Matidez o timpanismo

TACTO RECTAL

- Tono del esfínter anal
- Existencia de heces en ampolla rectal, color,
- Palpación de próstata (en hombres), existencia de masas o nódulos.

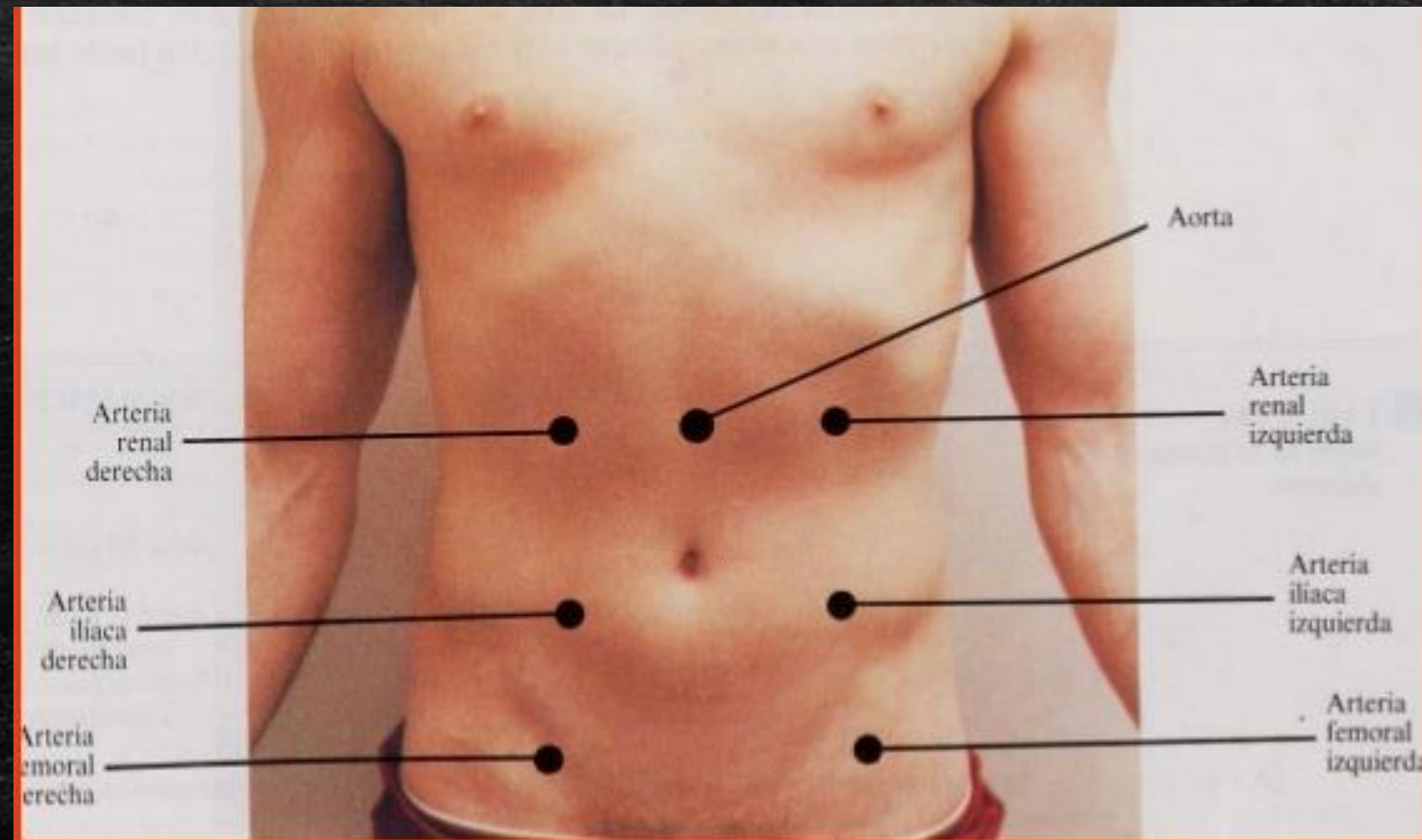
INSPECCION

Cicatrices, eventración, hernias, estrías, afectación cutánea, distensión abdominal, disminución de los movimientos abdominales durante la respiración.



AUSCULTACION

- RUIDOS HIDROAÉREOS:
 - - disminución o abolición del peristaltismo en caso de peritonitis
 - - incrementados o con sonido metálico sugiere obstrucción intestinal.
- SOPLO./RUIDOS DE FRICCIÓN /BORBORIGMOS



PALPACION

- Permeabilidad de orificios herniarios
- Presencia de masas o megalias
- Dolor a la palpación superficial o profunda
- Signos de irritación peritoneal: BLUMBERG, MURPHY
- Defensa abdominal



Las manos del examinador con temperatura adecuada.



Distraer al sujeto por medio de comentarios o preguntas adecuadas.



Nunca palpar una zona dolor durante la parte inicial de la palpación.



Pedir al paciente que a menudo haga respiraciones profundas



Hacer presión o movimientos de "masaje" suave en el abdomen.

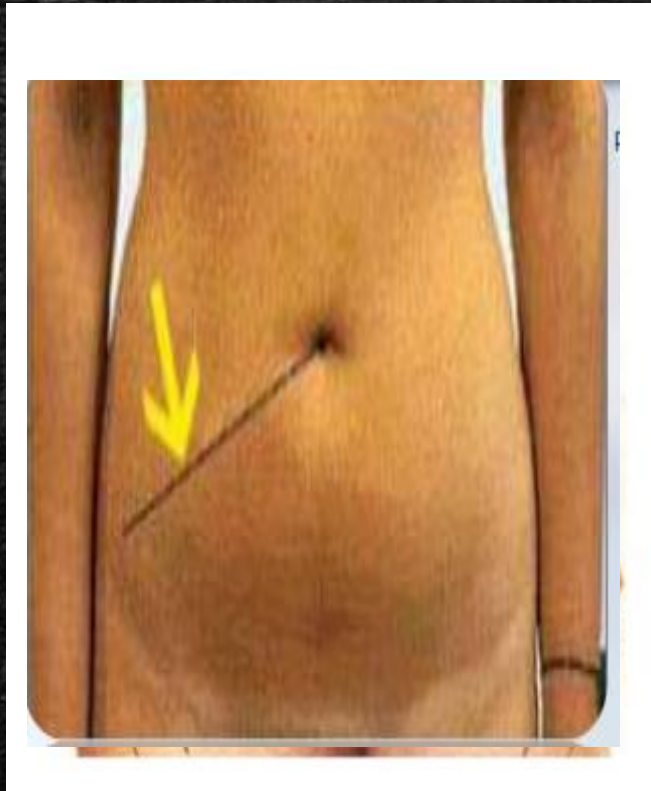


Flexionar los muslos y las rodillas del sujeto.



SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

- SIGNO DE MC BURNEY

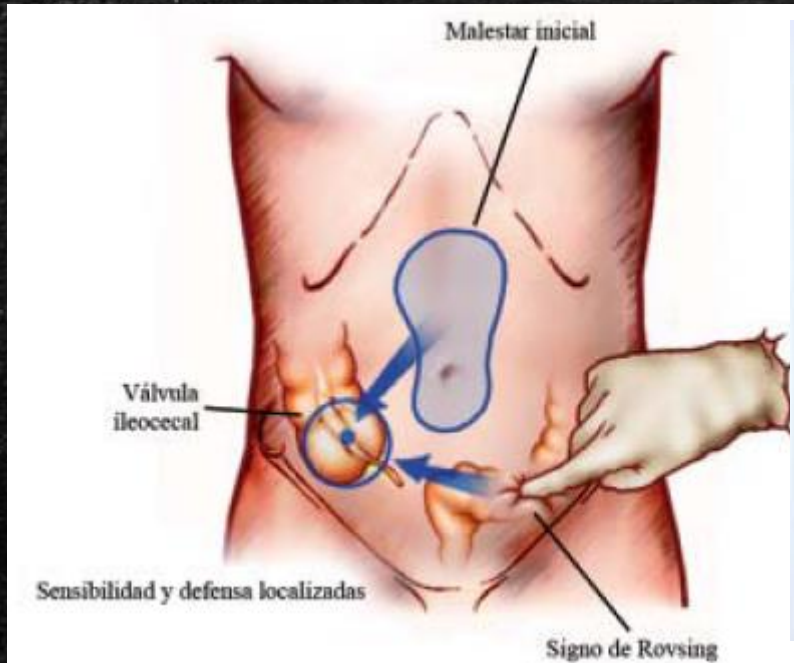


- SIGNO DE BLUMBERG



SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

- SIGNO DEL ROVSING



- SIGNO DEL PSOAS



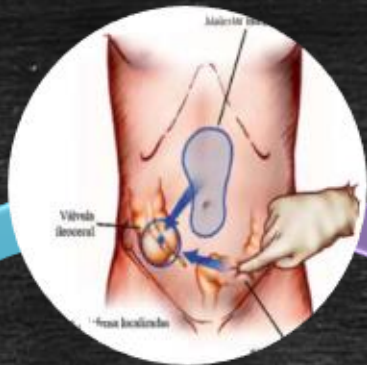
SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

- SIGNO DEL OBTURADOR



- SIGNO DE MURPHY





APENDICITIS
AGUDA

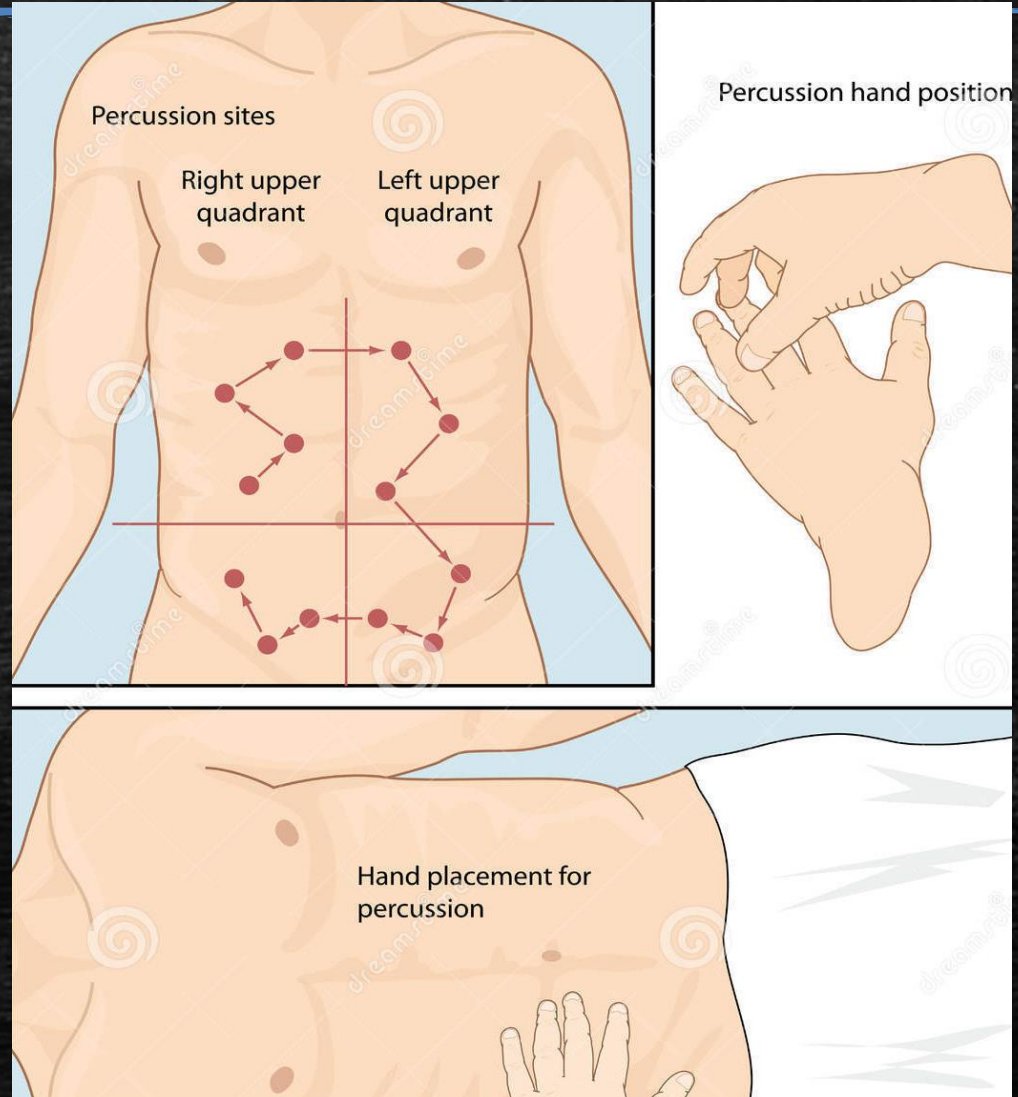
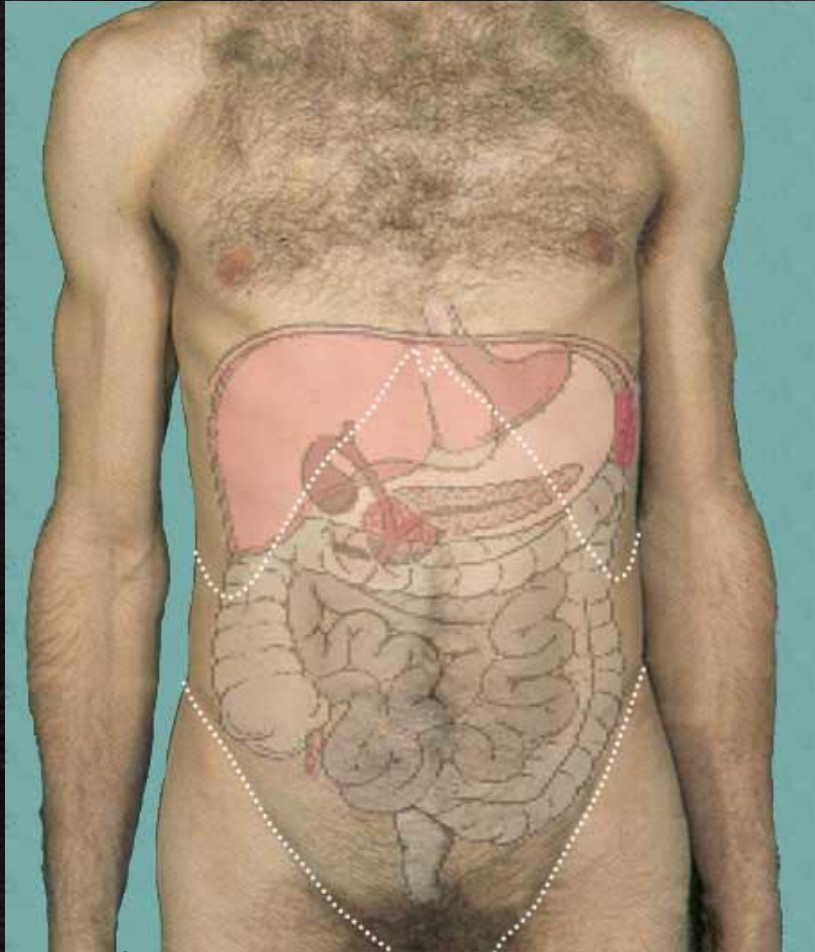


PATOLOGIA VESICULA
BILIAR



PERCUSION

MATIDEZ
TIMPANISMO



TACTO RECTAL

!!!OBLIGATORIO!!!

- Inspección de la zona sacrocoxígea, anal y perianal: sangre, abscesos.
- Tono del esfínter, dolor al tacto.
- Presencia de masas, zonas ulceradas, fecalomas.
- Presencia o ausencia, y consistencia de heces en ampolla rectal.
- Tamaño y consistencia de la próstata.
- ***Siempre debemos observar el dedo de g... mucosidad, color de las heces***

MEJOR METER
EL DEDO,
A METER LA
PATA...



EXPLORACION FISICA. CRITERIOS DE GRAVEDAD

- Frecuencia respiratoria >30 o < 10 rpm
- Ausencia o asimetría de pulsos periféricos
- Disminución del nivel de conciencia
- Signos de hipoperfusión
- Distensión abdominal
- Hematomas o heridas
- Ruidos de lucha o silencio abdominal
- Duración > 6 h
- Presencia de masa pulsátil





ANAMNESIS



**EXPLORACION
FISICA**



**PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

¿CUÁNDO?

No hemos llegado al diagnóstico o valorar el grado de repercusión clínica



**¡EVITAR HACER PRUEBAS
INNECESARIAS EN
URGENCIAS!**

PREGUNTARNOS.....

- **¿ES ÚTIL?**

- MODIFICA LA ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA
- CONFIRMA DIAGNÓSTICO.....

- **ANTES DE SOLICITAR LA PRUEBA...**

- ¿Se habrá realizado ya?
- ¿Qué espero encontrar?
- ¿Es esta exploración la que necesito? Y si no ¿Cuál sería la exploración más adecuada?

- **CONOCER LAS LIMITACIONES DE LA TÉCNICA**

- ¿La necesito? Pero... ¿ahora?
- Y... si tiene dudas... ¿no sería lógico PREGUNTAR?



ECO/TAC

RADIOLOGIA

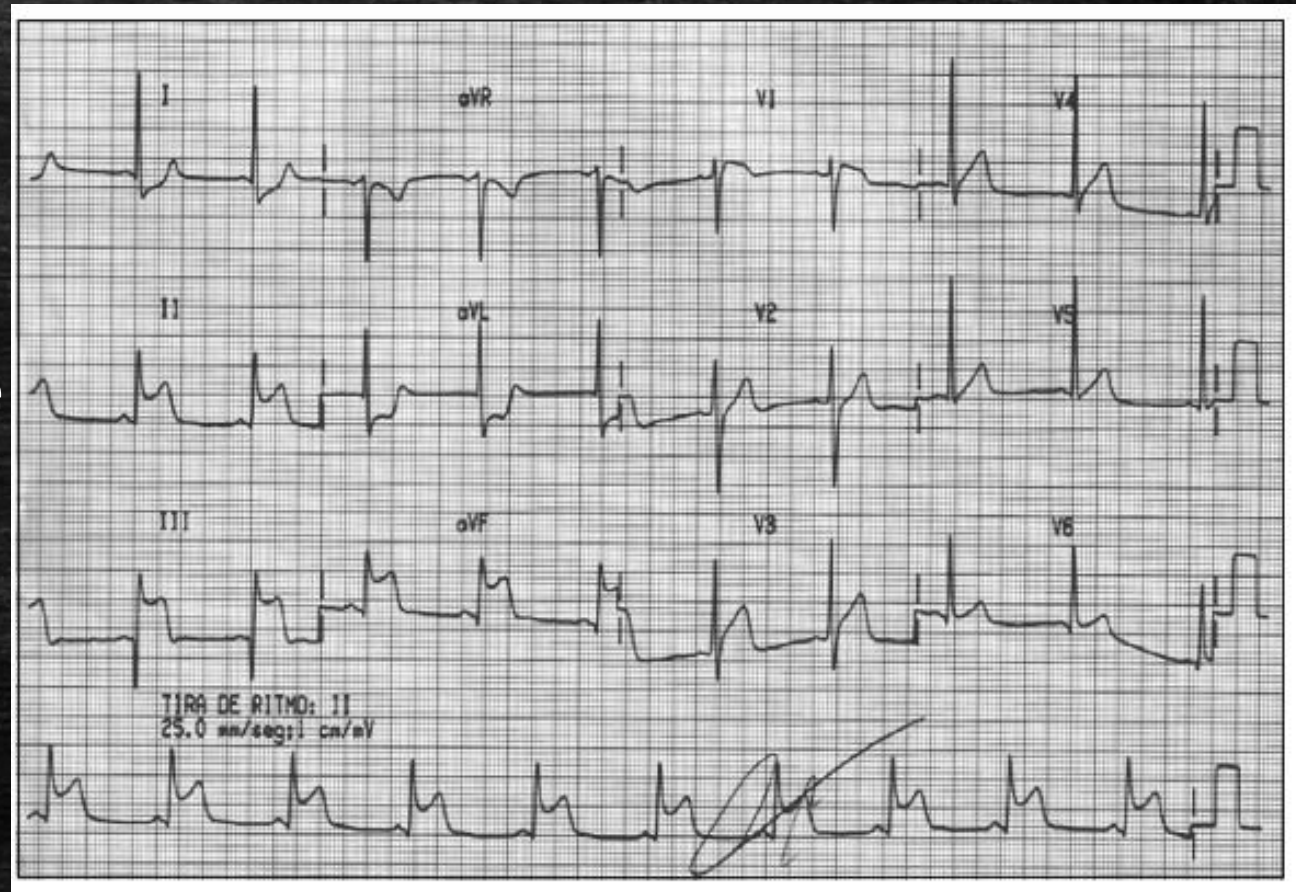
LABORATORIO

EKG

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. EKG

¿CUÁNDO?

- *En dolores epigástricos
- *Dolor abdominal y detección de FC alta o baja
- *Paciente que requiera iqx





ECO/TAC

RADIOLOGIA

LABORATORIO

EKG

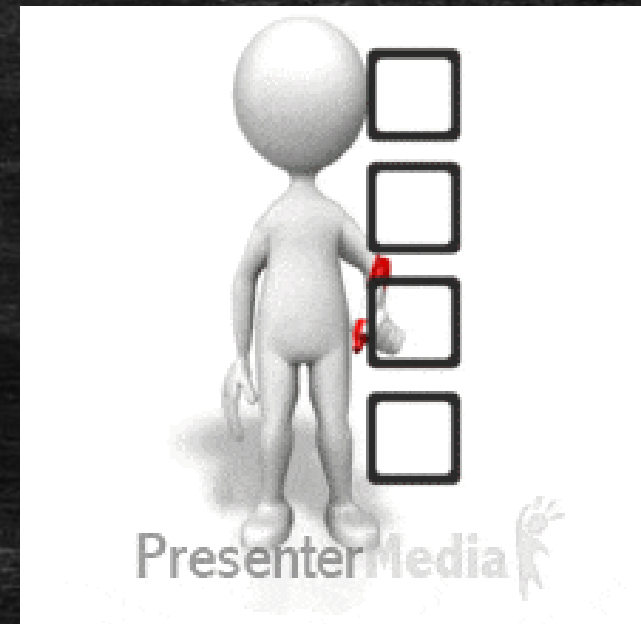
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. LABORATORIO (I)

▪ HEMOGRAMA

- Serie ROJA
- Serie BLANCA
- PLAQUETAS

▪ COAGULACIÓN. SOLICITARLO cuando

- El cuadro que pueda ser quirúrgico
- Sospecha de cuadro séptico
- Paciente en tratamiento con anticoagulantes



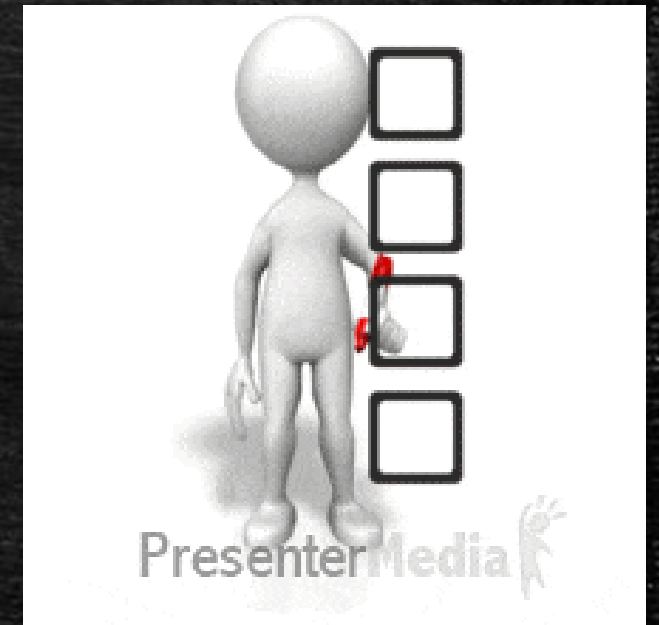
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS . LABORATORIO (II)

▪ BIOQUÍMICA .

- Glucemia
- Urea, Cr ----- situación hidroelectrolítica y metabólica ,repercusión renal
- Electrolitos-----en caso de obstrucción intestinal
- Amilasa -----pancreatitis (x3 valor normal)
- LDH y GOT -----colecistitis aguda
- LDH-----colecistitis, infarto renal, linfoma o isquemia intestinal
- Bilirrubina -----ictericia obstructiva, colangitis
- CPK y Troponina-----patología coronaria
- PCR -----severidad de procesos inflamatorios o infecciosos
- Lactato, procalcitonina -----sospecha/graduación sepsis

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. LABORATORIO (III)

- **GASOMETRÍA VENOSA** En pacientes con sospecha o confirmación de:
 - Sepsis
 - Pancreatitis
 - Obstrucción intestinal
 - Isquemia mesentérica
 - Descompensación diabética asociada
- **ORINA** no debe faltar en estudio de dolor abdominal
 - DD patología renal o vías urinarias
 - En apendicitis o diverticulitis cercanas al uréter
- Test de embarazo en toda mujer en edad fértil





ECO/TAC

RADIOLOGIA

LABORATORIO

EKG

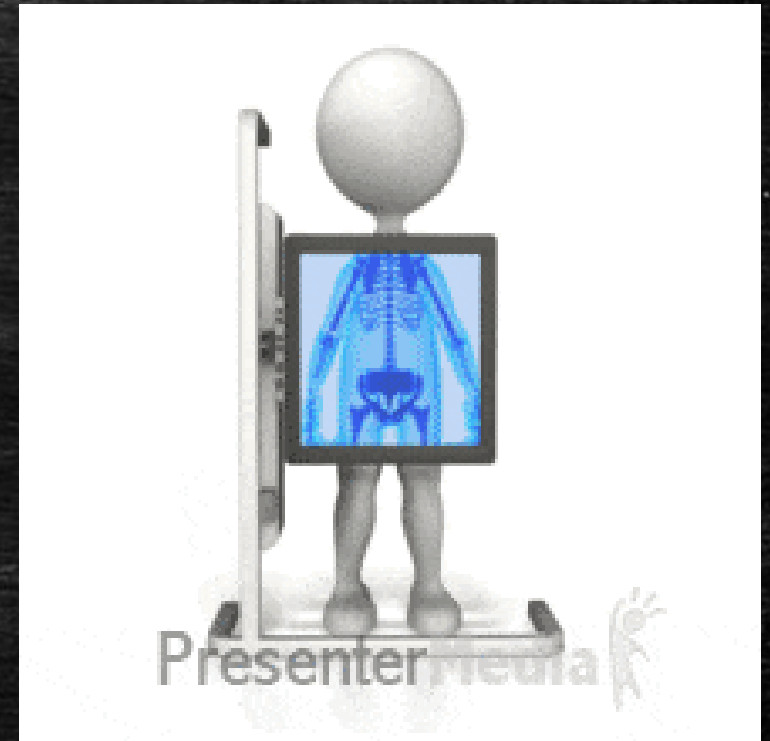
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS . RADIOLOGIA

▪ RX TÓRAX

- PA
- LAT

▪ RX ABDOMEN

- SIMPLE
- RX BIPEDESTACIÓN
- RX DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO

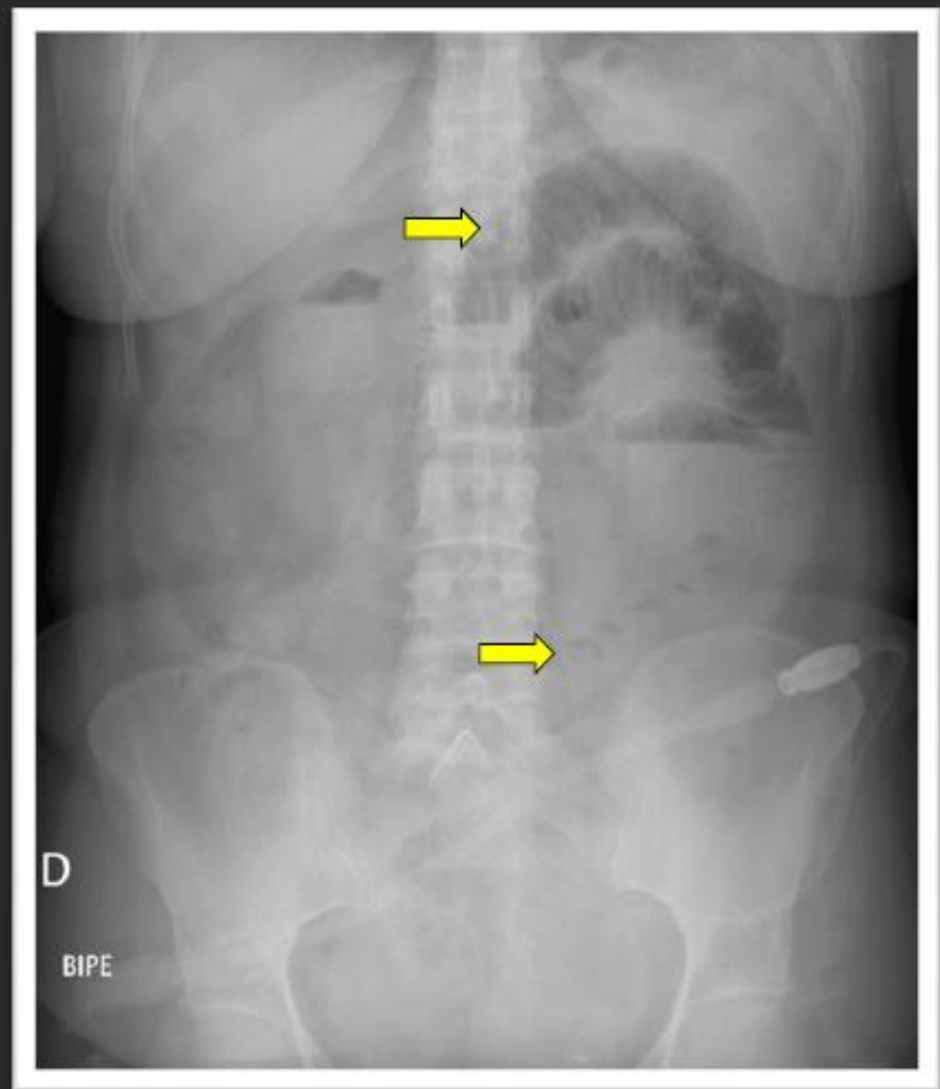
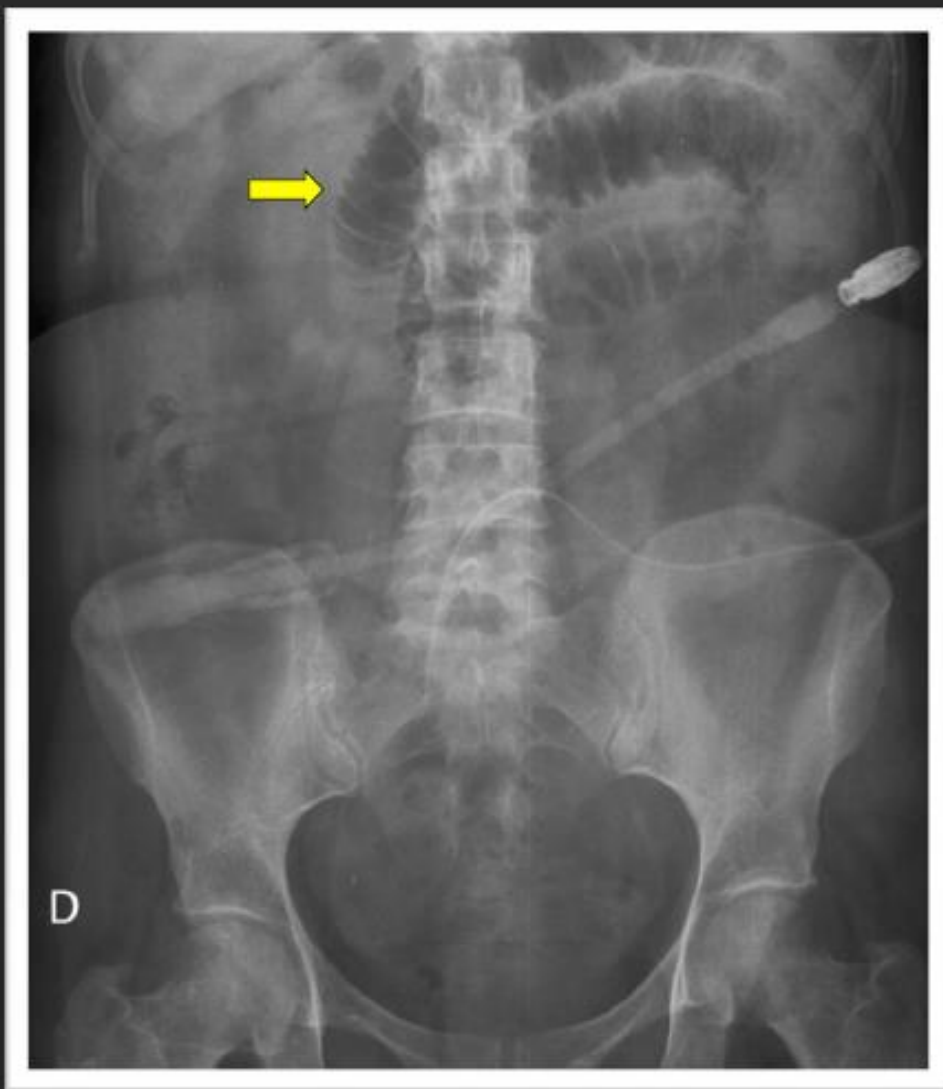


RADIOGRAFIA DE TORAX

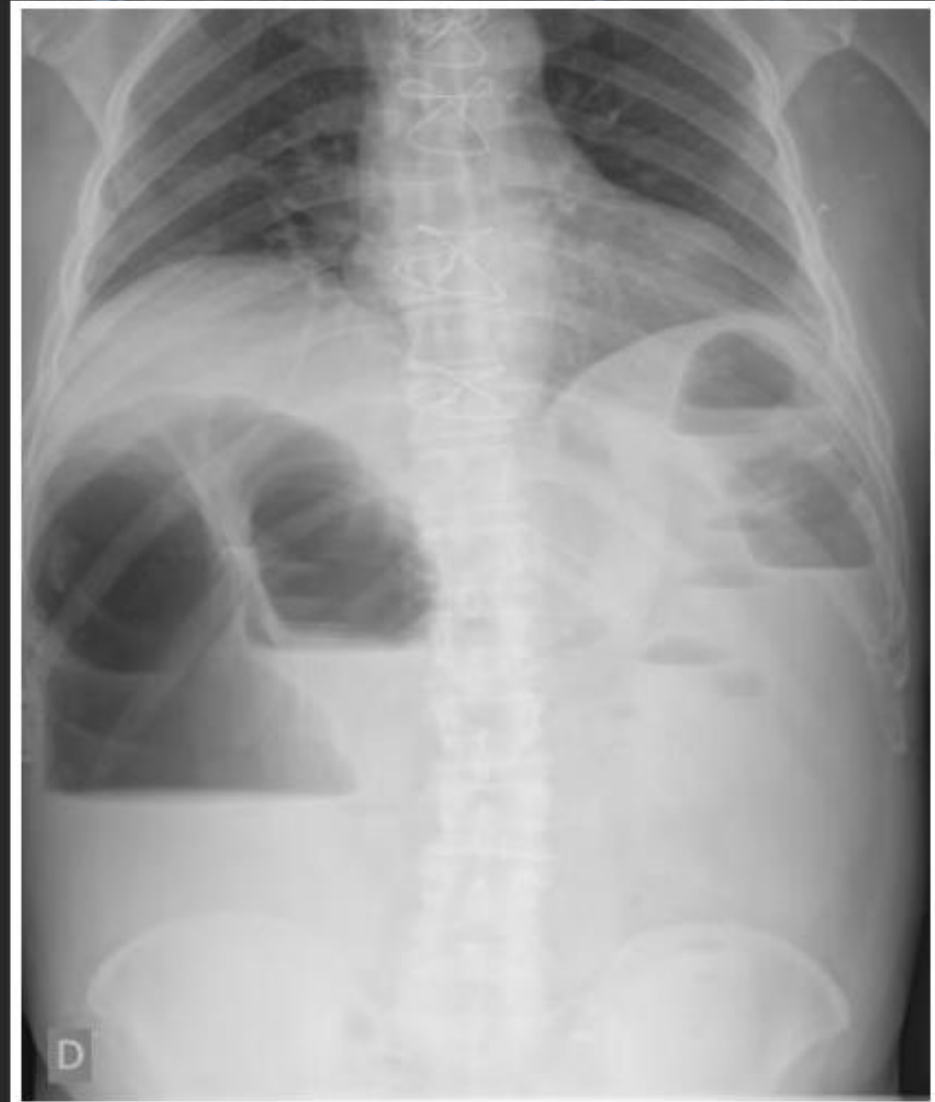




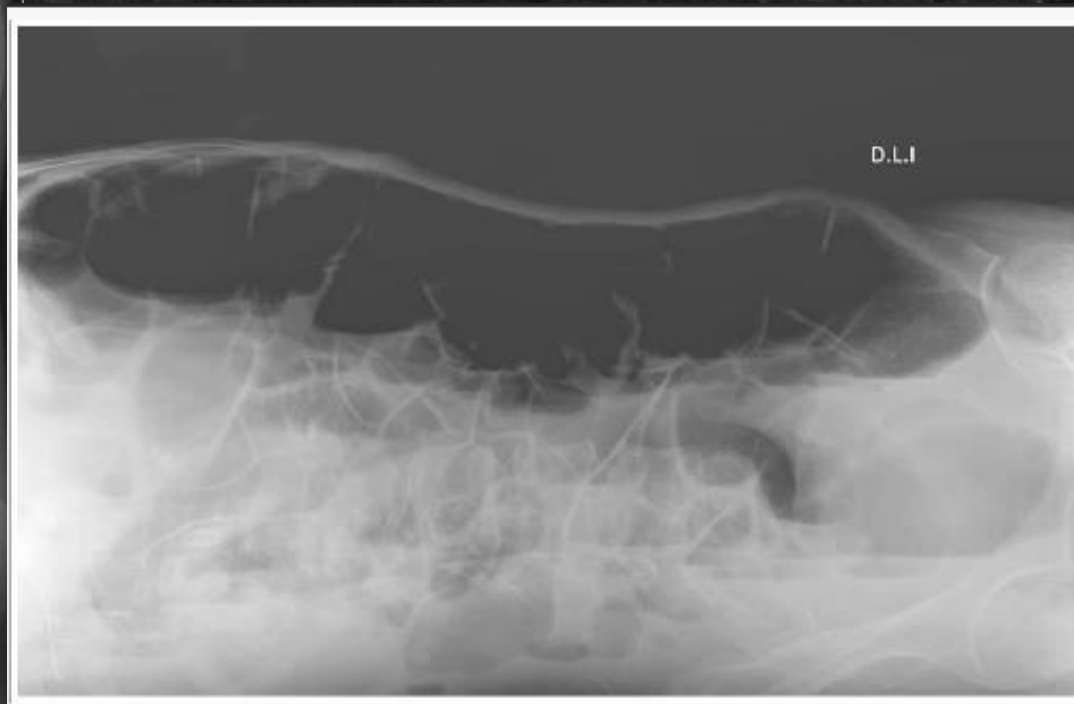
OBSTRUCCION ID: dilatación de asas de ID con formación de niveles en U invertida y burbujas aéreas en cuenta de rosario



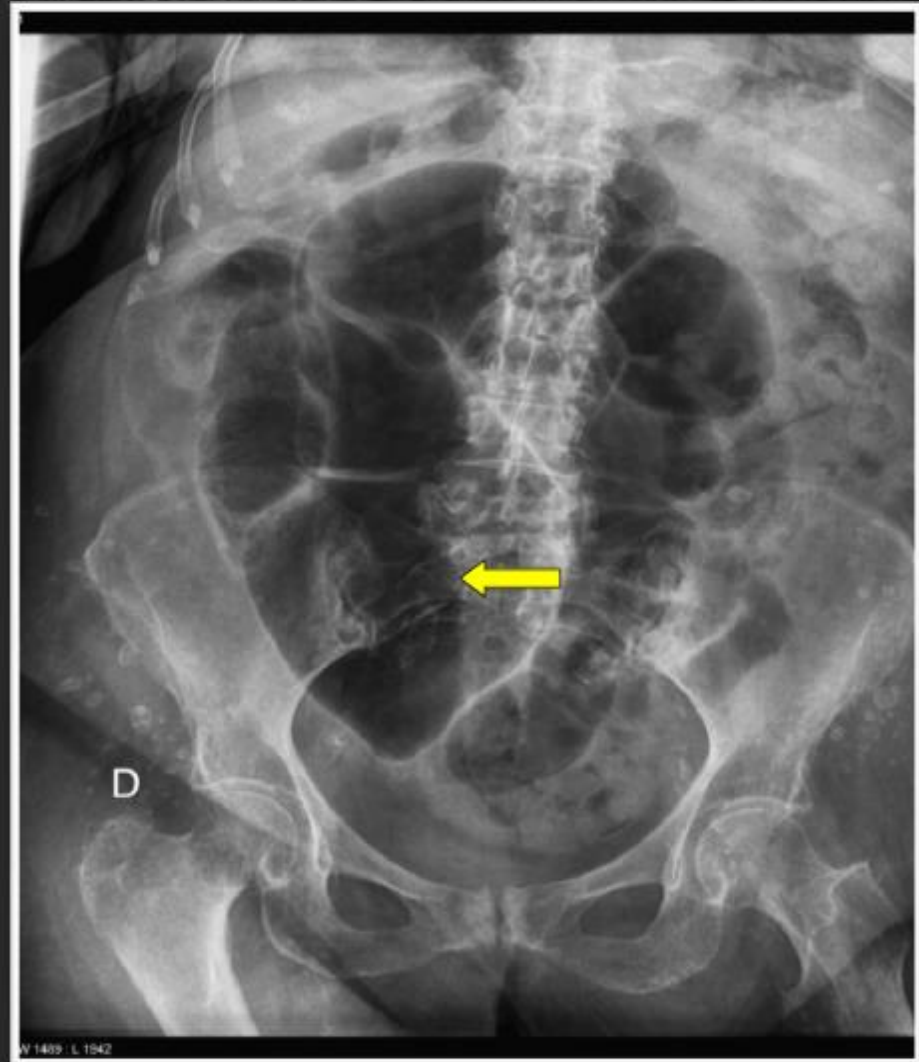
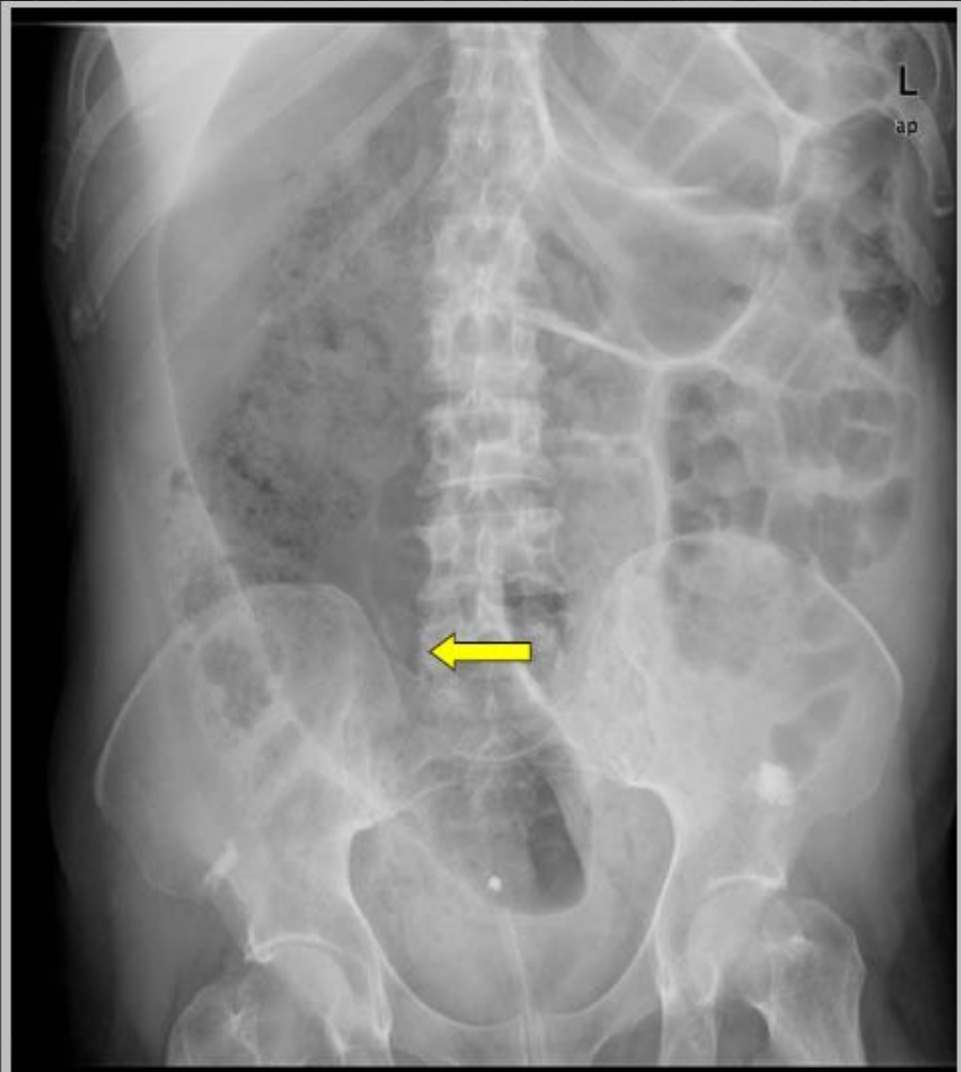
OBSTRUCCION DE I GRUESO; dilatación de asas de marco cólico con formación de niveles hidroaéreos en la proyección en bipedestación y con ausencia de gas en la ampolla rectal (proceso neoformativo de sigma)



ILEO ADINAMICO: dilatación de asas de ID y IG con formación de niveles hidroaéreos en la proyección de decúbito lateral



VOLVULO DE SIGMA; dilatación del sigma que asciende por encima de la pelvis con pérdida de la haustración normal; imagen en grano de café



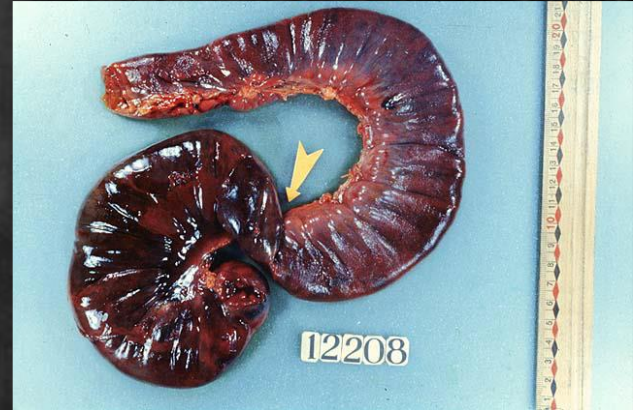
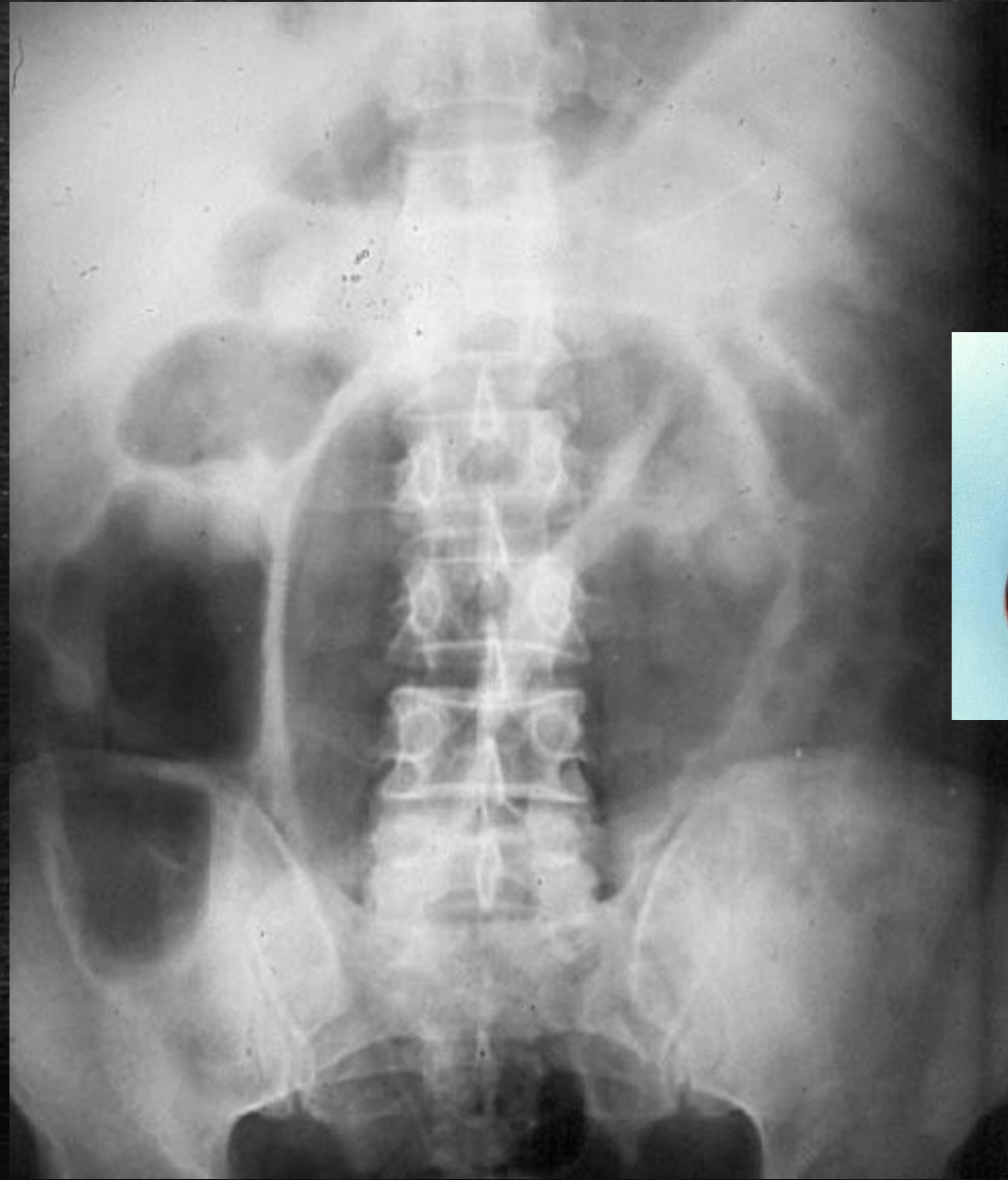
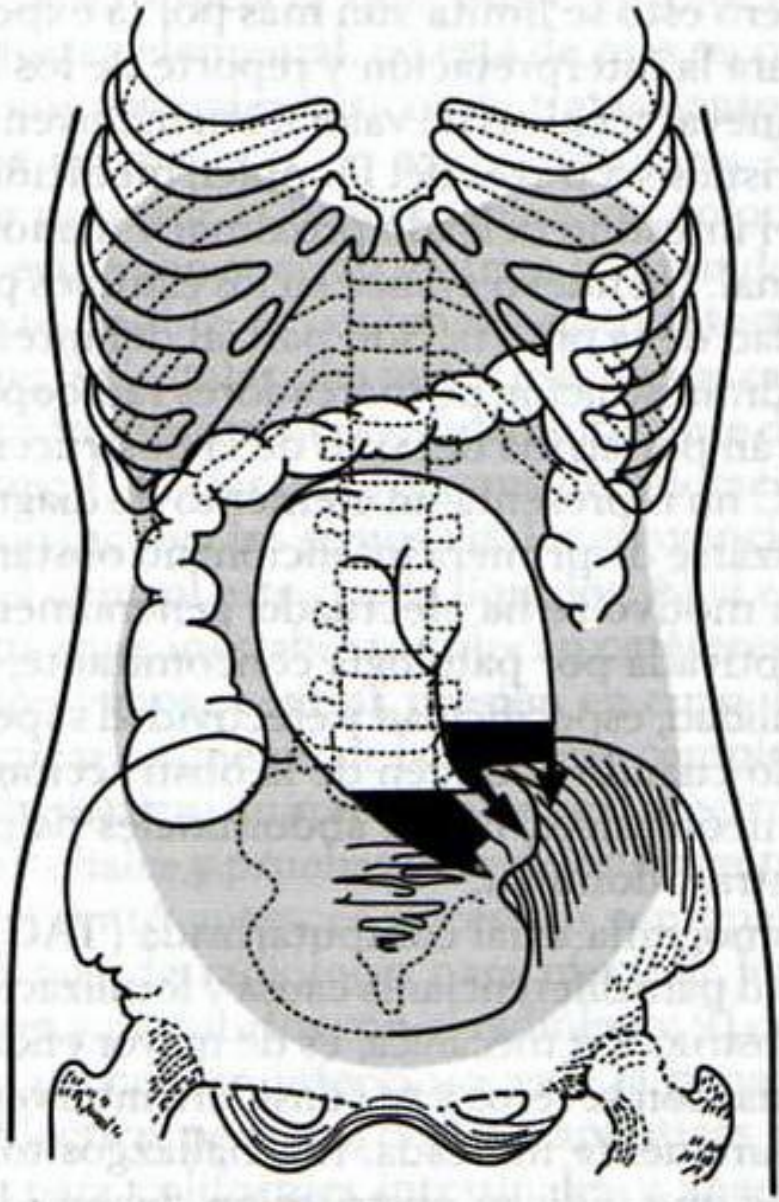




Fig. 2.- Ischemia of transverse colon volvulus.
Vólvulo de colon transverso.

C1 121
W1 1208



ECO/TAC

RADIOLOGIA

LABORATORIO

EKG

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ECO/TAC

ECOGRAFIA

Ventajas:

- Se efectúa en tiempo real
- Rapidez de ejecución
- Ausencia de radiaciones ionizantes
- Bajo costo
- Puede realizarse a pie de la cama

Desventajas:

- Operador dependiente
- Limitada por:
 - Gas intestinal
 - Obesidad
 - Mala visualización colédoco distal
 - Mala visualización de abdomen central y páncreas

TAC

- Caro, irradia, contraste IV/Oral
- ELECCIÓN:
 - Pancreatitis (Grado, complicaciones, Clasf. Balthazar)
 - Diverticulitis (Clasificación Hinchey)
 - Obstrucción Intest.
 - Masas neoplásicas (relación vecina)
 - Edema de asas
 - Zona de transición
- Colecciones (Localización y drenaje)
- Viabilidad vasos mesentéricos, aire en Porta
- Estructuras retroperitoneales (AAA)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ECO/TAC

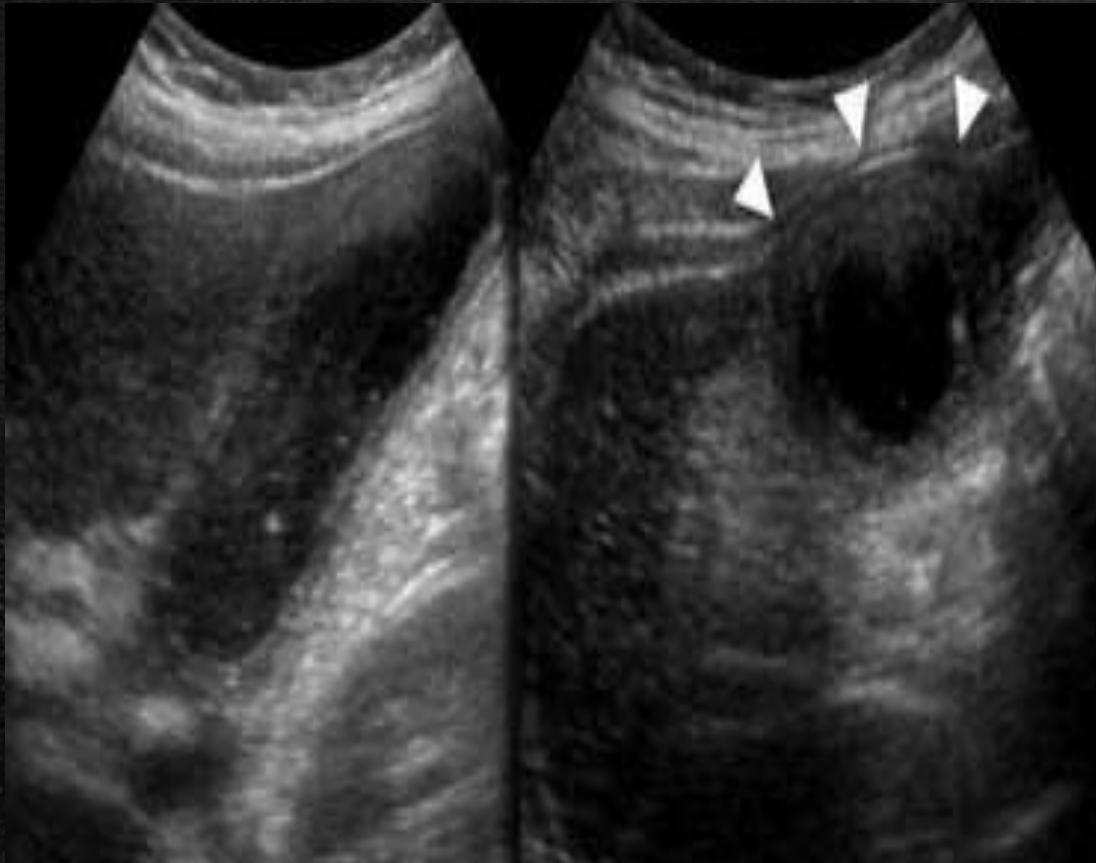
ECOGRAFIA ABDOMINAL

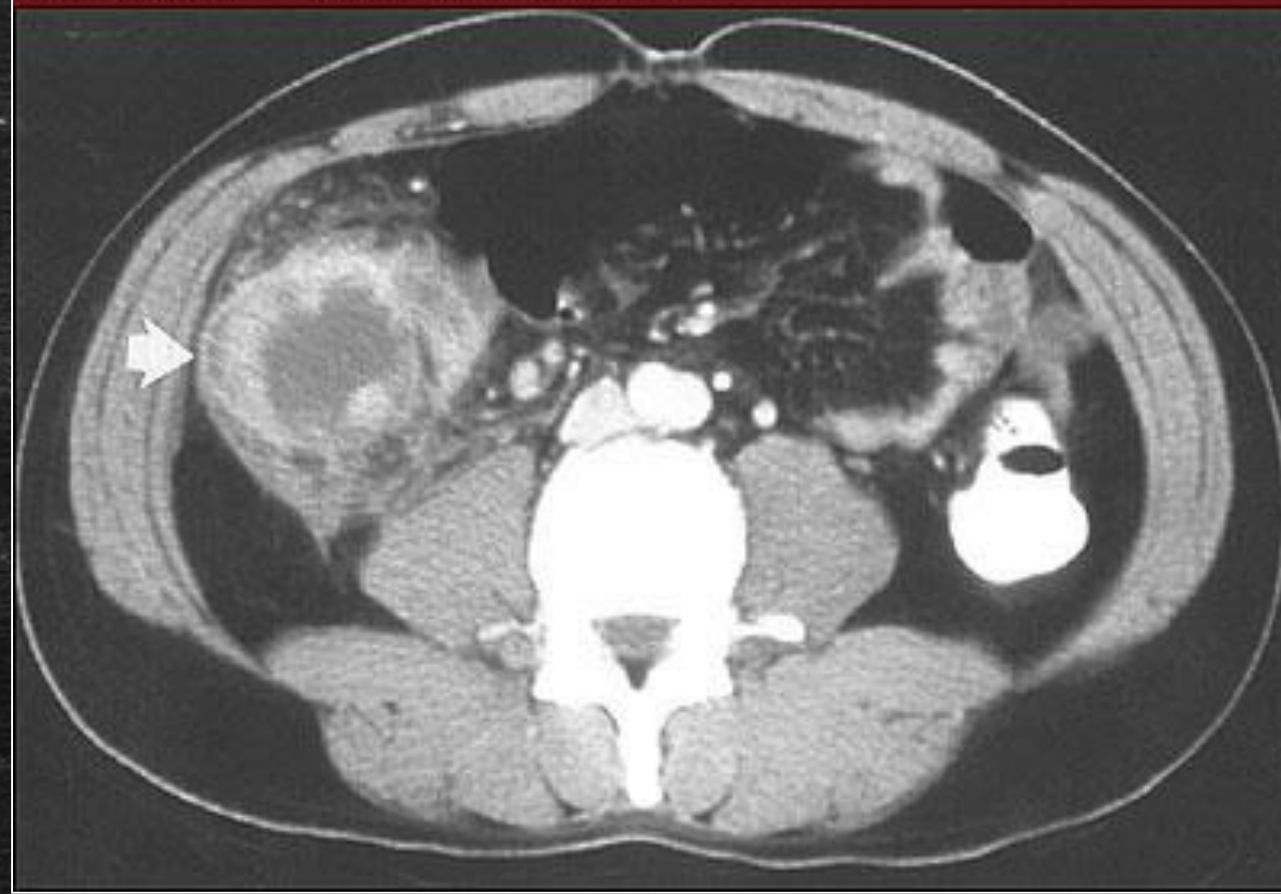
- Patología quística
- Colecistitis
- Pielonefritis
- Abscesos subfrénicos, espacio Douglas, Morrison, periesplénico
- Apendicitis
- Diverticulitis
- Ascitis

TAC

- Aorta
- Retroperitoneo
- Isquemia intestinal/renal
- Causa obstrucción/irritación peritoneal
- Traumatismos abdominales cerrados
- Abscesos interasas/retroperitoneales
- Complicaciones pancreáticas. diverticular, perforación visceral

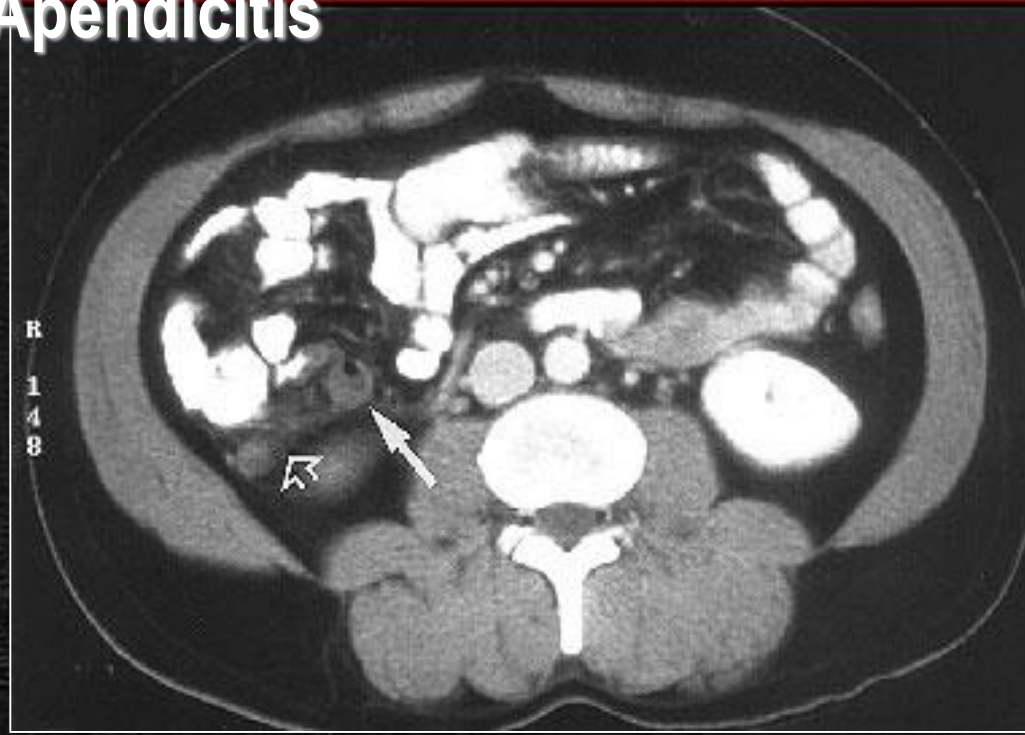
ECO / TAC COLECISTITIS AGUDA





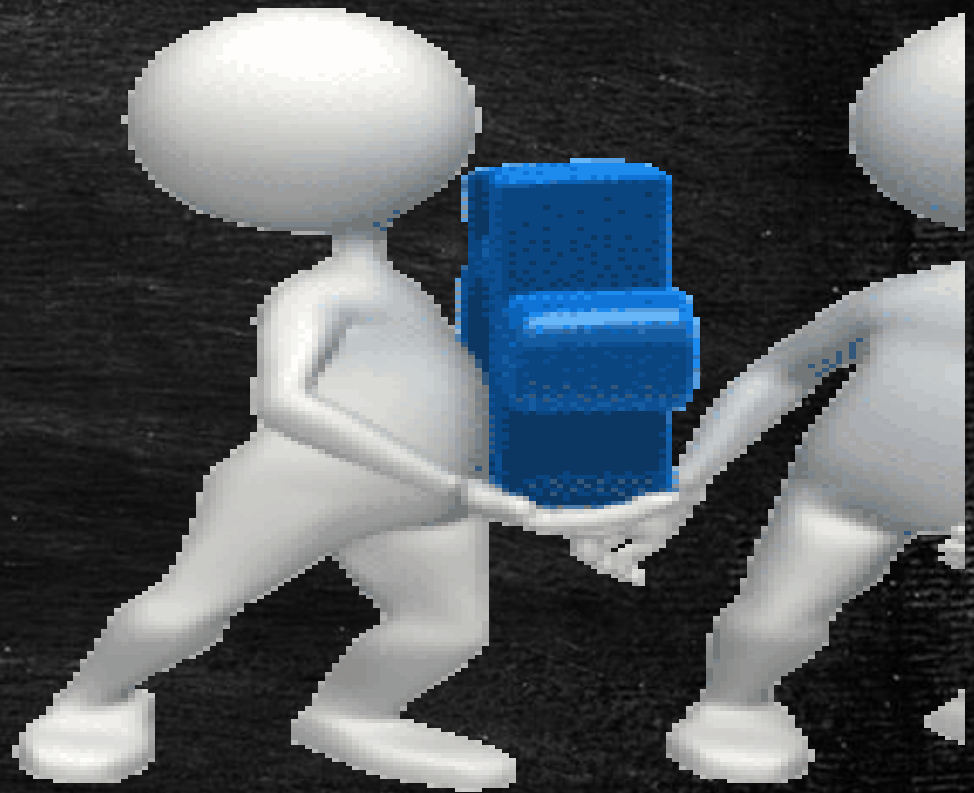
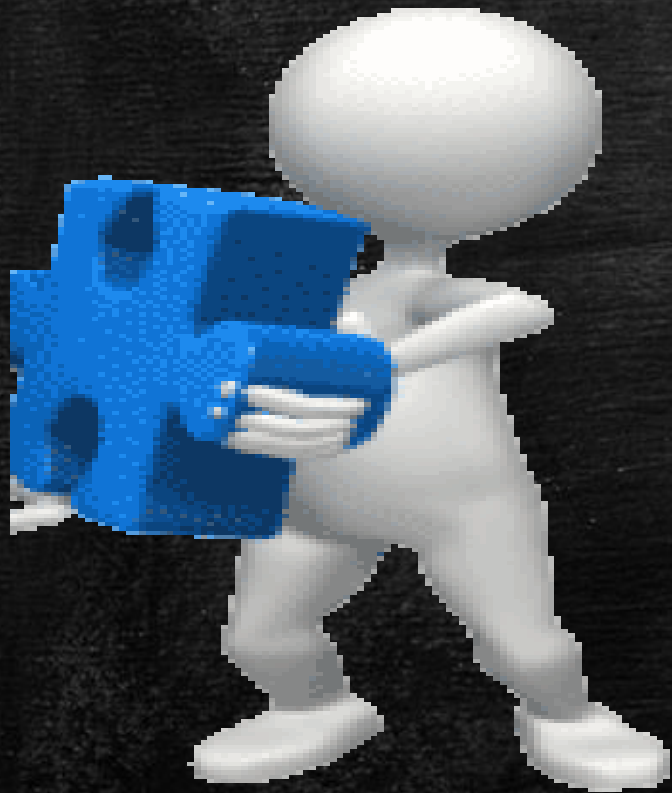
Colecistitis

Absceso hepático



TAC obstruccion intestinal





ACTITUD Y TRATAMIENTO

ESTABLE



INESTABLE

PACIENTE INESTABLE

- Oxigenoterapia
- 2 vías periféricas y valorar central
- Analítica ,ekg y exploración
- Manejo del shock
 - Sueroterapia,
 - Inotrópicos
 - Antiarrítmicos
- Eco abdominal/TAC si precisa
- Analgesia
- Cirujano/UCI si precisa



PACIENTE ESTABLE

- **DIETA -ABSOLUTA**
- **SUEROTERAPIA:** glucosalino 2500-3000 cc/24 hs. Si situación de shock usar ss. fisiológico, expansores de plasma y/o transfundir concentrados de hematíes, según causa.
- **SONDA NASOGÁSTRICA:** vómitos incoercibles, en casos de obstrucción intestinal, disminución del nivel de conciencia (evitar aspiración), descartar HDA o en ésta.
- **ANTIEMÉTICOS:** Metroclorpramida/ondansetron 4 mg amp. a dosis de 1 amp. i.v./ 8 hs.
- **ANALGESIA:**
 - Metamizol: 1 amp i.v. / 8 hs
 - Ketorolaco: 1 amp i.v./ 8 hs
 - Paracetamol : 1 amp i.v. / 8 hs
 - si no cede valorar uso de Meperidina : 1 amp i.v. lenta /8 hs o 1/2 amp sc.
- **PROTECCIÓN GÁSTRICA :** pantoprazol i.v. /24hs
- Ajustar el tratamiento previo del paciente, pasándolo a vía intravenosa (pauta de insulina en pacientes diabéticos, etc.), y suspendiendo temporalmente la medicación oral (analgésicos, benzodiazepinas...)

PACIENTE ESTABLE

▪ CRITERIOS DE ALTA

- Dolor abdominal agudo inespecífico leve con buen estado general y sin hallazgos patológicos
- Dolor abdominal subagudo no sugestivo de malignidad y sin afectación general

▪ CRITERIOS DE INGRESO

- Dolor abdominal agudo no quirúrgico con mal estado general del paciente o que persiste a pesar del tratamiento
- Dolor abdominal subagudo sugestivo de patología oncológica si no está asegurado estudio ambulatorio rápido

▪ CRITERIOS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Peritonitis localizada o difusa
- Absceso no drenable percutáneamente
- Distensión abdominal progresiva por obstrucción
- Isquemia intestinal
- Aneurisma aórtico complicado
- Neumoperitoneo
- Masa inflamatoria o sepsis
- Obstrucción intestinal completa
- Extravasación de contraste en rx (perforación)

▪ PROCESOS QUE EN FUNCIÓN DE SU EVOLUCIÓN PUEDEN REQUERIR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Colecistitis aguda
- Pancreatitis agudas
- Diverticulitis aguda
- Megacolon tóxico
- Rotura de quiste ovárico
- Salpingitis aguda

Hemodinámicamente inestable

- Taquicardia
- Hipotensión
- Fiebre

Medidas generales de sostén

**Valorar por el cirujano
la necesidad de tto. quirúrgico**

Hemodinámicamente estable

Valoración: historia clínica, exploración física

Pruebas complementarias
Analítica: SS, EC, BQ, GAB
Rx tórax y abdomen
ECO, TAC, ENDOSCOPIA, etc.

Patología que puede
requerir tratamiento
quirúrgico en función
de la evolución

Tto. médico
hospitalario
Tto. quirúrgico

Patología quirúrgica
urgente

Preparación
preoperatoria

Consentimiento

Tratamiento
quirúrgico

Patología no
quirúrgica

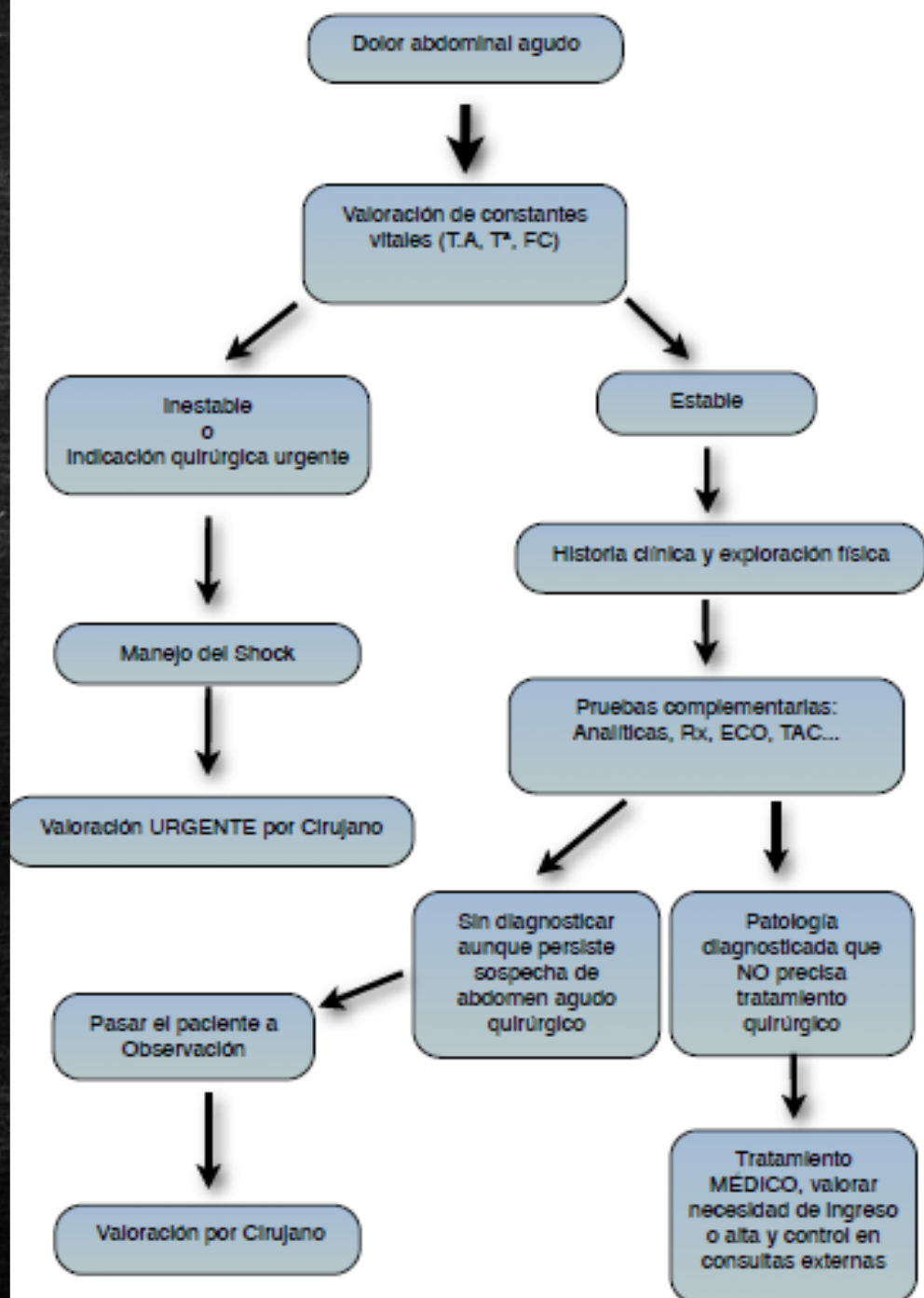
Medidas
generales

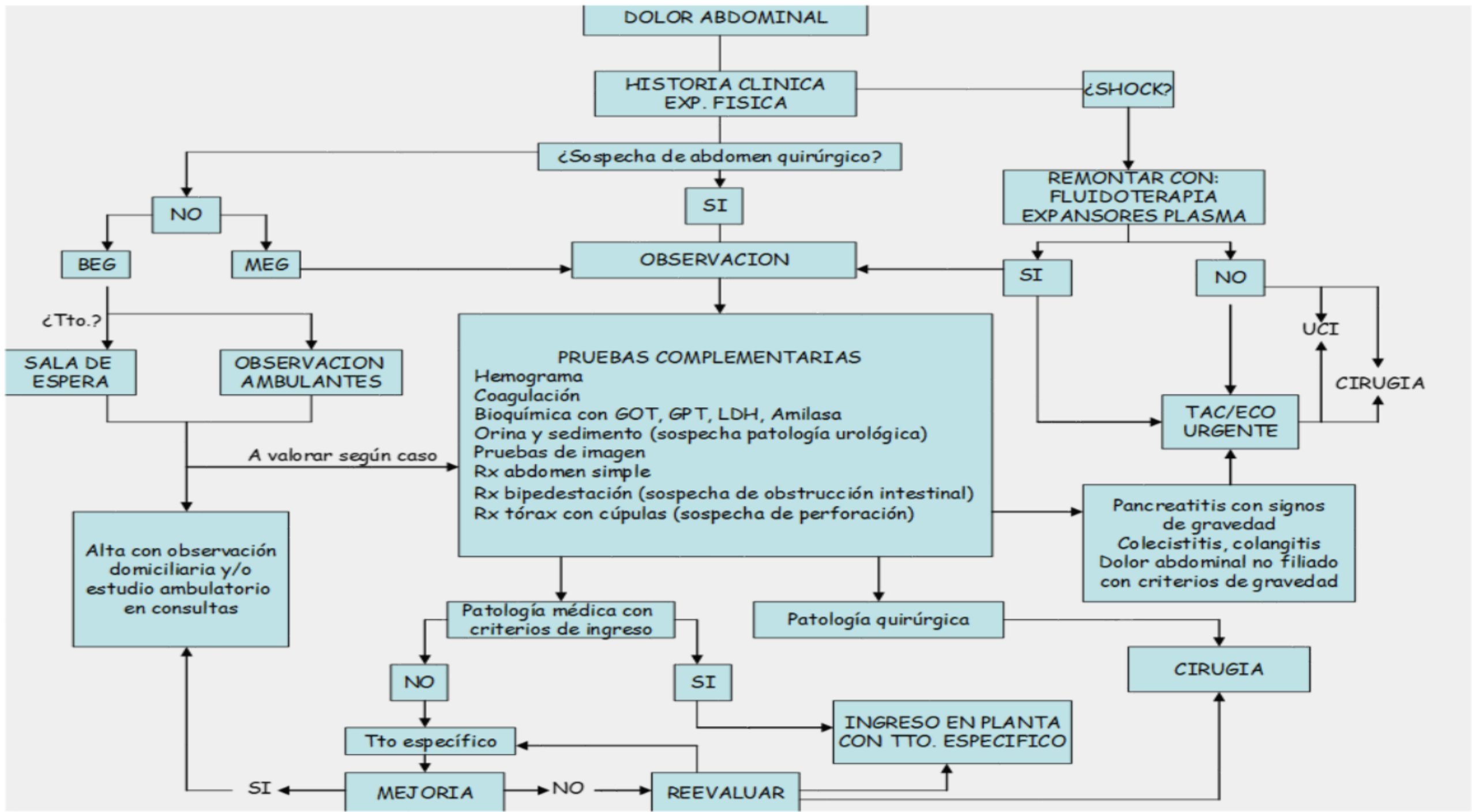
Tto. médico

No diagnóstico
etiológico

Medidas
generales

Observación
hospitalaria o
en domicilio





DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO

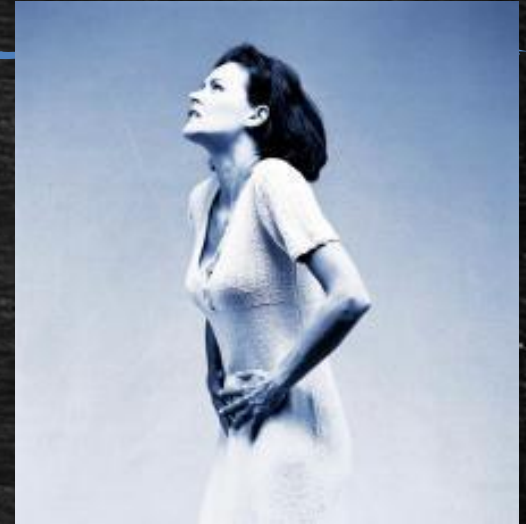
- PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO ES MAS BAJO Y LA MORTALIDAD MAS ALTA
- *CAUSA QUIRURGICA:COLECISTITIS.*
- CAUSAS FRECUENTES
 - Obstrucion intestinal
 - pancreatitis
 - enfermedad diverticular,
 - patología vascular : IAM, isquemia intestinal y aneurisma de aorta
 - herniaria y el cáncer. :COLON
- Siempre debemos considerar:
 - **A mayor edad, es más probable la patología vascular**
 - **El dolor es constante, intenso, responde mal al tratamiento**
 - **Gran alteración del estado general, palidez, angustia**
 - **No presenta rebote, el peritoneo no está afectado pero puede haber defensa.**



DOLOR ABDOMINAL EN LA MUJER JOVEN

- **CAUSAS**

- dolor abdominal inespecífico (50%),
- apendicitis aguda (22%)
- salpingitis (14%)
- las infecciones urinarias (12%).



- La patología ginecológica produce un dolor localizado, no cambiando de lugar en su evolución (a diferencia de la apendicitis).
- Cuando una paciente joven con dolor abdominal en el hemiabdomen inferior acude a urgencias, con palidez, sudoración, taquicardia, incluso en estado de shock, hemos de pensar en un **embarazo ectópico, aborto incompleto o un quiste ovárico sangrante**

MUJER ABDOMINAL EN EMBARAZADA

- El manejo inicial es igual que cualquier otro paciente
- Si supera las 26 semanas , vigilaremos el feto.
- Los problemas quirúrgicos más frecuentes son:
 - Apendicitis aguda
 - Rotura espontánea visceral: hepática, esplénica, renal o esofágica
 - Oclusión intestinal
 - Perforación de víscera hueca.



CAUSAS COMUNES DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

CAUSA	FORMA	LOCALIZACION	CARACTER	TIPO	IRRADIACION	INTENSIDAD
APENDICITIS	Gradual	Periumbilical	Difuso	Dolor	Fosa ilíaca izq.	Moderada
COLECISTITIS	Rápida	Hipocondrio der.	Localizado	Presión	Escápula der.	Moderada
DIVERTICULITIS	Rápida	Flanco-F.Ílaca izq.	Localizado	Dolor	Ninguna	Moderada
ULCERA PEPTICA PERFORADA	Brusco	Epigastrio	Localizado al inicio	Ardor	Ninguna	Severa
OBSTRUCCION DE INTESTINO DELGADO	Gradual	Periumbilical	Difuso	Retortijón	Ninguna	Moderada
ISQUEMIA MESENTERICA	Brusco	Periumbilical	Difuso	Intenso	Ninguna	Severa
ANEURISMA AORTICO ROTO	Brusco	Abdomen, espalda	Difuso	Desgarrante	Espalda	Severa
PANCREATITIS	Rápido	Hipocondrio der.	Localizado	Sordo	Espalda	Moderada-Severa
GATROENTERITIS	Gradual	Periumbilical	Difuso	Cólico	Ninguna	Moderada
ENF. INFLAMATORIA INTESTINAL	Gradual	Hipogastrio-Pelvis	Localizado	Dolor	Caderas	Moderada
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	Brusco	Hipogastrio-pelvis	Localizado	Punzante	Ninguna	Moderada

RECOMENDACIONES FINALES

- La patología más frecuente es la que se observa con más frecuencia.
- Ante un caso difícil debemos pensar inicialmente que se trata de una forma atípica de esas patologías más frecuentes. Esto es más probable que la enfermedad más rara.



- Si todavía no podemos diagnosticarlo con historia y exploración correcta debemos de pensar en procesos poco frecuentes.
- Solicitar una segunda opinión si no conseguimos llegar a un diagnóstico

LOS PACIENTES DADOS DE ALTA CON DIAGNÓSTICO INESPECÍFICO DEBEN RECIBIR INSTRUCCIONES DE REGRESAR SI LOS SÍNTOMAS EMPEORAN





GRACIAS POR NUESTRA ATENCION

