



# **ABORDAJE EN URGENCIAS DEL DOLOR ABDOMINAL**

Marta Aguilar González (Adjunto Urgencias  
HUB)

# INTRODUCCIÓN

- **5-10%** consultas en urgencias.
- La mayoría precisará de pruebas complementarias, estabilización, analgesia y consulta a otros especialistas.
- Dolor abdominal inespecífico:
  - El 25% de los pacientes dados de alta en urgencias y un 35-41% desde planta de hospitalización quedan sin diagnóstico.
  - 80% mejora o se resuelve tras dos semanas desde el alta.
- Casos especiales: ancianos, inmunodeprimidos o diabéticos, mujeres en edad fértil.

¡CUIDADO! Signos y síntomas no específicos acompañados de otros síntomas

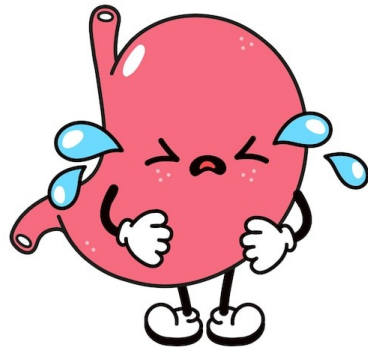
# PUNTOS CLAVE

- Historia clínica detallada y completa
  - Exploración física
  - Herramientas diagnósticas (analítica, prueba de imagen..)
  - Diagnóstico diferencial
  - Manejo inicial/tratamiento
  - Criterios de hospitalización/consideraciones de intervención quirúrgica.
- Signos y síntomas de alarma

# EVALUACIÓN INICIAL

## ANAMNESIS

- Alergias medicamentosas
- Historia médica previa
  - Enfermedades médicas crónicas: FRCV, infecciosas, digestivas, oncológicas...
  - Intervenciones quirúrgicas: cirugías abdon



## 10 PREGUNTAS CLAVE

- ¿Cómo es el dolor?
- ¿Cuándo comenzó?
- ¿Forma de aparición? Súbito o gradual.
- ¿Localización?
- ¿Irradiación?
- ¿Frecuencia? Continúo o intermitente.
- ¿Características? Cólico, punzante.
- ¿Intensidad? Escalas de dolor.
- ¿Factores precipitantes? ¿Lo relaciona con algún evento reciente/habitual?
- ¿Síntomas acompañantes?
  - Otros gastrointestinales
  - Cardiopulmonares

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes vitales:

- **¡Tensión arterial!**

- Frecuencia cardiaca

- Saturación de

- oxígeno

- Temperatura

- Exploración abdominal:

- **Inspección**

- **Auscultación**

- **Percusión**

- **Palpación**

- Tacto rectal

- Exploración genital



## Clasificación de emergencias (triaje de Manchester)

Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RIESGO VITAL INMEDIATO	ROJO	Atención de forma inmediata
2	MUY URGENTE	NARANJA	10-15 MINUTOS
3	URGENTE	AMARILLO	60 MINUTOS
4	NORMAL	VERDE	2 HORAS
5	NO URGENTE	AZUL	4 HORAS

**¡POR CUADRANTES!**



# HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

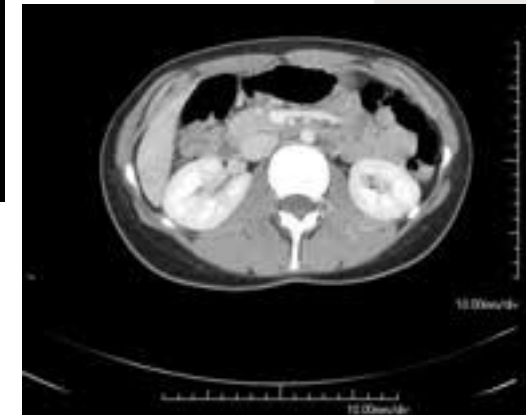


## • Pruebas de laboratorio:

- Hemograma: leucocitosis/leucopenia, neutrofilia/neutropenia...
- Coagulación: actividad protrombina, tiempo protrombina...
- Bioquímica:
  - Función renal y hepática
  - Iones, **lipasa, amilasa, bilirrubina**
  - Reactantes de fase aguda → **PCR** y **PCT**
- Gasometría arterial/venosa → **Ácido láctico**

## • Pruebas de imagen:

- Radiografía de tórax y abdomen
- TC toraco-abdomino-pélvico
- Ecografía abdominal:
  - Vía urinaria
  - Vía biliar
  - Vascular (diámetro grandes y medianos vasos)
  - **PROTOCOLO E-FAST +/- ampliado BLUE.**



est de

• O  
g

# PROTOCOLO EFAST

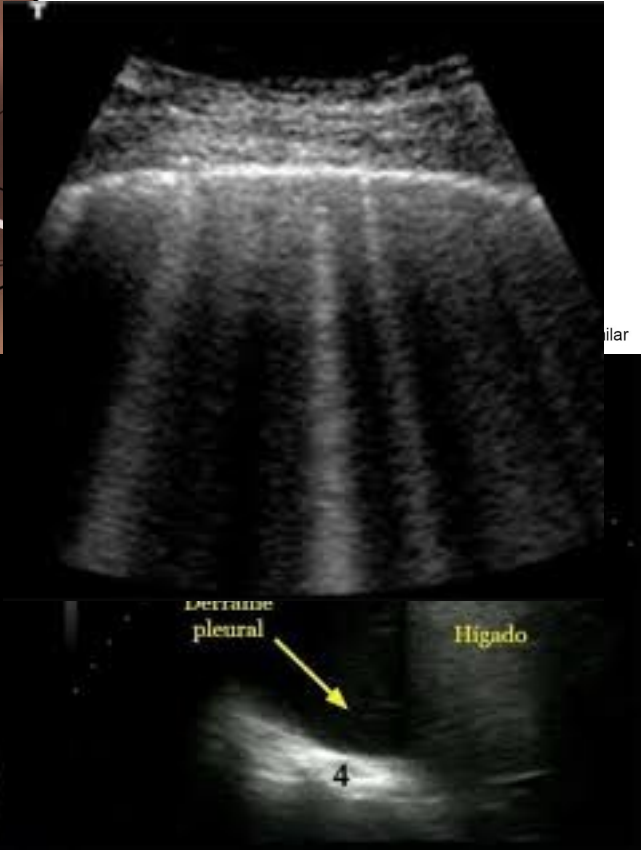


Gotera paracólica derecha



# Protocolo BLUE

Valoración ecográfica de la disnea en urgencias



Línea

ilar

C

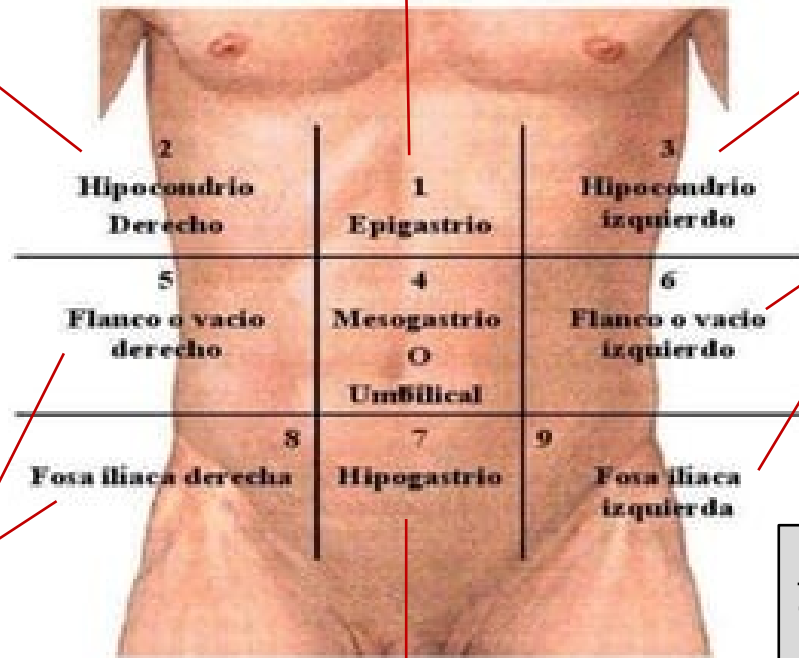
# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Vía biliar: coledocolitiasis, colecistitis, colangitis, disfunción del esfínter de Oddi.
- Hígado: Hepatitis, abscesos, síndrome de Budd-Chiari, trombosis portal.
- Neumonía basal derecha.
- Rotura visceral post-traumática.
- Fractura costal.

- Apendicitis aguda.
- Diverticulitis
- Adenitis/colitis inflamatoria.
- Vía urinaria: CRU/PNA, RAO, cistitis.
- Genital: EPI, torsión ovárica, EEP, embarazo ectópico, menstruación.
- Tumoral.

- **IAM.**
- Pancreatitis.
- Estómago: RGE, úlcera péptica, gastritis, dispepsia funcional.

- Bazo: esplenomegalia, infarto, absceso, rotura post-traumática.
- Neumonía basal izquierda.
- Meteorismo.
- Fractura costal.



- Diverticulitis.
- Patología genito-urinaria (=FID).
- Estreñimiento.

- RAO
- Cistitis/orquiepididimitis.
- Torsión testicular.
- Traumatismo genital/pélvico.
- Fecaloma

## **DOLOR DIFUSO/GENERALIZADO:**

- Obstrucción/pseudo-obstrucción intestinal
- Perforación (irritación peritoneal).
- Isquemia mesentérica/aneurisma aorta.
- GEA.
- EEI (Crohn, CU), SII.
- Ascitis/PBE.
- Tumoral.



# CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Ancianos
  - Comorbilidad asociada/pluripatológicos.
  - Presentación atípica.
  - **¡Alto porcentaje de infradiagnóstico!** → **Mantener alto nivel de sospecha**
- Mujeres en edad fértil:
  - **Embarazo.**
  - Anticoncepción (DIU)
  - EPI, endometriosis.
  - Torsión o ruptura de quiste ovárico.
- Niños
- Inmunodeprimidos: Trasplantados, corticoterapia crónica, oncológicos...VIH (último recuento de CD4).

# MANEJO TERAPÉUTICO INICIAL

- No quirúrgico:

- Sueroterapia
- Analgesia
- Antibioticoterapia

- Quirúrgico:

- **ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.**

- Contactar con servicio quirúrgico según patología de sospecha.
- Monitorización (si precisa).
- Dieta absoluta (preguntar hora de última ingesta)
- Sueroterapia
- Analgesia
- **¡ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOZ!**



Escala analgésica de la OMS<sup>(1)</sup>

Ascensor terapéutico ↑



**INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU)**

Entorno de tratamiento	Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos
<b>Bacteriuria asintomática</b>	NO PRECISA TRATAMIENTO (*)	
<b>Cistitis aguda no complicada en mujer (VO)</b>	Fosfomicina-trometamol 3 g en dosis única, o Amoxicilina-clavulánico 500/125mg/8 h 5 días, o Cefuroxima 500 mg /12 h 5 días, o Nitrofurantoina 100 mg/12h 5 días	Fosfomicina-trometamol 3 g en dosis única, o Nitrofurantoina 100 mg/12h 5 días
<b>Cistitis aguda complicada y en hombres (VO)</b>	Fosfomicina-trometamol 3 g/72 h dos dosis Las restantes opciones: ídem 7 días	
<b>Pielonefritis aguda de la comunidad</b>	Ceftriaxona 2g iv/24h con/sin Tobramicina 5 mg/Kg/24 h (IV) y secuenciar a las 48 h a VO Cefditoreno 400 mg/12 h total 7 días --- Ertapenem 1 g/24 h (IV)	Tobramicina 5 mg/Kg/24 h o Aztreonam 1 g/8 h o Fosfomicina disódica 2-4 g/8 h (IV)
<b>--- Si riesgo BLEE (ver al final)</b>	---	Fosfomicina dis. 2-4 g/8 h (IV)
<b>Infección urinaria asociada a catéteres</b>	[Piperacilina/tazobact 4/0,5 g/6h o Cefepime 2g/8 h o Meropenem 1-2 g/8 h o Cefazidima/Avibactam 2,0,5 g/8 h] + Vancomicina 15 mg/Kg/12 h + Tobramicina 5 mg/Kg/24 h (IV)	Meropenem 1-2 g/8 h + Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o [Tobramicina 5 mg/Kg/24 h o Aztreonam 1 g/8 h] (IV)
<b>Prostatitis aguda (28 días)</b>	Ceftriaxona 2 g/24h con/sin Tobramicina 5 mg/Kg/24 h (IV) hasta defervescencia y secuenciar VO a [Cefditoreno 400 mg/12 h o SMX/TMP 800/160mg/8-12 h o Fosfomicina cálcica 500 mg/8 h]	Tobramicina 5 mg/Kg/24 h o Aztreonam 1 g/8 h o Fosfomicina disódica 2-4 g/8 h (IV) y secuenciar a VO

INFECCIONES POR BACTERIAS MULTI-RESISTENTES (BMR)	
Cuando ya existe aislamiento de la BMR	
Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE)	Meropenem 2g/8h o Ertapenem 1 g/24 h (IV a pasar en 3 h)
Enterobacterias productoras de carbapenemasa	Ceftazidima-avibactam 2,0,5 g/8 h (IV a pasar en 3 h) + aztreonam 2 g/8h IV
Pseudomonas aeruginosa multi-resistente	Ceftazidima-avibactam 2,0,5 g/8 h (iv a pasar en 3 h) o Ceftolozanotazobactam 3/0,5 g/8 h (pasar 3 h)
Acinetobacter baumannii extensamente resistente	Colistina 3.000.000 UI/8 h o 4.500.000 UI/12 h (IV)
Staphylococcus aureus meticilin resistente (MRSA)	Linezolid 600 mg/12 h VO o IV, o Vancomicina 20 mg/Kg/12 h IV, o Daptomicina 10 mg/Kg/24 h IV, o cotrimoxazol VO o IV
<b>Factores de riesgo generales para BMR</b>	
- Colonización previa por BMR (últimos 12 meses) - Centro sociosanitario - Hospitalización con antibiótico IV últimos 3 meses - Enfermedad pulmonar crónica avanzada	
<b>Factores de riesgo para infección por Pseudomonas aeruginosa</b>	
- Infección o colonización previas por <i>P. aeruginosa</i> - Ventilación mecánica o shock séptico (UCI)	Cubrir <i>P. aeruginosa</i> siempre
- Antibiótico IV últimos 3 meses - Fibrosis quística o bronquiectasias - EPOC con agudizaciones frecuentes y glucocorticoides	Valorar de modo individualizado si se cubre o no
<b>Factores de riesgo para infección por Staphylococcus aureus MR (MRSA)</b>	
- Infección o colonización previas por MRSA - Ventilación mecánica o shock séptico (UCI)	Cubrir MRSA siempre
- Antibiótico IV últimos 3 meses - Enfermedad gripal - Infiltrados cavitados o empiema - Enfermedad renal terminal	Valorar de modo individualizado si se cubre o no

(\*) Excepto neutropenia grave, embarazadas y primer mes postrasplante renal



## GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO EN ADULTOS 2024

Para pacientes no críticos, que precisen ingreso en hospitalización convencional o sean dados de alta desde Urgencias y con un filtrado glomerular estimado >60 ml/minuto

### Recomendaciones generales:

- Antes de iniciar el antibiótico, tomar MUESTRAS PARA CULTIVOS
- Ajustar a peso y función renal
- Tras identificación de especie y antibiograma, valorar DESESCALAR, SECUENCIAR a vía oral y NO ALARGAR la duración del tratamiento (<https://www.bradspellberg.com/shorter-is-better>).
- En alérgicos a beta lactámicos con infecciones graves e indicación de cubrir gramnegativos, valorar meropenem (riesgo de reacción cruzada con penicilina 1%, Castells M, et al. *Penicillin allergy*. N Engl J Med 2019)

### INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

Entorno de tratamiento	Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos
Meningoencefalitis vírica	Aciclovir 10 mg/kg/8h IV	
Meningitis bacteriana	Vancomicina 15 mg/Kg/8 h + Ceftriaxona 2 g/12 h IV *Dexametasona 0,25 mg/Kg/6 h IV 1 h antes del antibiótico --- + Ampicilina 2 g/4 h IV	Vancomicina 15 mg/Kg/8 h IV + [aztreonam 2 g/8h o ciprofloxacino 400 mg/12h o meropenem 2 g/8h IV] --- + Sulfametoxazol-trimetoprim (trimethoprim 5 mg/kg/6-8h IV)
--- Si >50 años y/o inmunodepresión	---	---
Absceso cerebral	Ceftriaxona 2g/12h IV + metronidazol 500mg/8h IV	Vancomicina 15 mg/Kg/8h IV + Metronidazol 500 mg/8 h IV

to si precisa ncuenciar a VO	[Ceftriaxona 2 g/24 h o amoxicilina/clavulánico 1-2 g/125 mg/8 h (IV)] + [azitromicina 500 mg/24 h o doxiciclina 100 mg/12h VO]	Moxitoxacino 400 mg/24 h o Levofloxacino 500 mg/12-24 h
de iración	Amoxicilina/clavulani 1-2 g/125 mg/8 h (IV) o [Ceftriaxona 2g/12h + metronidazol 500 mg/8h (IV)]	Moxifloxacino 400 mg/24 h (IV) o Ertapenem 1 g/24 h (IV)
de infección monas	[Piperazilina/tazobact 4,5/0,5 g/6-8 h o Cefepima 2 g/8 h o Meropenem 1-2 g/8 h (IV)]	Meropenem 1-2 g/8 h (IV) + [Tobramicina 5 mg/Kg/24 h o Ciprofloxacino 400 mg/8h o Levofloxacino 500 mg/12 h (IV)]
es de riesgo en	[Tobramicina 5 mg/Kg/24 h o Ciprofloxacino 400 mg/8h o Levofloxacino 500 mg/12h (IV)]	

### INFECCIÓN ENDOVASCULAR

Entorno de tratamiento	Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos
Infeción infecciosa nativa	Cloxacilina 2 g/4 h* + Ampicilina 2 g/4 h + Ceftriaxona 2 g/12 h (IV)	Vancomicina 15 mg/Kg/12 h + Gentamicina 5-7 mg/Kg/24 h (iv)
Infeción infecciosa protésica (meses)	[Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Daptomicina 10 mg/Kg/24 h] + Rifampicina 900 mg/24 g con/sin Cefepime 2 g/8h (iv)	[Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Daptomicina 10 mg/Kg/24 h] + Rifampicina 900 mg/24 g con/sin Gentamicina 5-7 mg/Kg/24 h (iv)
Infeción infecciosa protésica (meses)	Cloxacilina 2 g/4 h* + Ampicilina 2 g/4 h + Rifampicina 900 mg/24 h con/sin Ceftriaxona 2 g/12 h (iv)	
Infeción r venoso	Vancomicina 15 mg/Kg/12 h (iv)	

Abscesos intraabdominales	Amoxicilina/clavul 1-2 g/125 mg/8 h o Ertapenem 1 g/24 h (IV)	[Aztreonam 1 g/8 h + Metronidazol 500 mg/8 h + Vancomicina 15 mg/Kg/12 h (IV)] o [Meropenem 1-2 g/8 h + Vancomicina (iIV)]
---------------------------	---	--

### INFECCIÓN GENITAL E INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Entorno de tratamiento	Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos
Uretritis, proctitis, cervicitis	Ceftriaxona 500 mg IM monodosis + [Doxiciclina 100 mg VO/12 h 7 días o Azitromicina 1 g VO monodosis]	Gentamicina 240 mg IM monodosis + [Doxiciclina o Azitromicina]
Orquiepididimitis	Ceftriaxona 500 mg IM monodosis + Doxiciclina 100 mg VO/12 h 14 días	Ofloxacino 200 mg/12 h VO 14 días
Enfermedad pélvica inflamatoria	Ceftriaxona 500 mg IM monodosis + Doxiciclina 100 mg VO/12 h 14 d +/- Metronidazol 500 mg VO/12 h 14 d	Azitromicina 2 g VO monodosis + [Doxiciclina 100 mg oral/12 h 7 d o Levofloxacino 500 mg VO/24 h 7 d] +/- Metronidazol
--- Si requiere ingreso	Cefoxitina 2 g/6 h (IV) + Doxiciclina 100 mg/12 h VO + Metronidazol 500 mg VO/12 h	Doxiciclina 100 mg/12 h VO + Metronidazol 500 mg/12 h + Gentamicina 5 mg/Kg 1 dosis IV

### INFECCIÓN OSTEOARTICULAR (OA)

Entorno de tratamiento	Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos
Infección osteoarticular COMUNITARIA	Cloxacilina 2g/6 h + Ceftriaxona 2 g/24 h (IV)	[Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Linezolid 600 mg/12 h] + Aztreonam 2 g/8 h (IV)
Infección osteoarticular y	[Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Linezolid	[Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Linezolid

sinusitis con sospecha de causa bacteriana (7d)	mg/125 mg/12 h VO o [Ceftriaxona 2 g/24 h + Clindamicina 600 mg/8h IV]	mg/12 h VO Clindamicin mg/8 h VO
Infección odontogena o flemón periamigdalino o parafaríngeo	Amoxicilina/clav 2g/125 mg/8 h IV o [Ceftriaxona 2 g/24 h + Clindamicina 600 mg/8h IV]	[Vancomicina mg/Kg/12 h Linezolid 600 mg/12 h IV Clindamicin mg/8 h IV]
Sospecha Pseudomonas aeruginosa [ver al final]	Piperazilina/Tazobact 4,5/0,5 g/6-8 h o Cefepima 2 g/8 h o Meropenem 1-2 g/8 h IV	Meropenem g/8 h (IV)

### INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS (P)

Entorno de tratamiento	Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos
Infección superficial SIN repercusión sistémica (impétigo, forúnculo, absceso, celulitis)	Cloxacilina 500 mg/6 h VO o Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h VO (5-6 días)	Clindamicin mg/6 h VO Moxifloxacino mg/24h VO
Infección superficial CON repercusión sistémica (celulitis, erisipela, absceso)	Cloxacilina 2g/6 h IV (5-6 días)	Clindamicin mg/6 h IV Meropenem 600 mg/8h (IV)
Infección profunda. Fascitis necrotizante. Mionecrosis. Plomiosisistis.	Linezolid 600 mg/12 h + clindamicina 600 mg/6h + Piperacilina-tazobact 4 g/6 h (IV)	[Linezolid mg/12 h VO Clindamicin mg/6 h VO Meropenem mg/8 h (IV)]
Mordedura	Amoxicilina-clav 875/125 mg/8 h VO	Moxifloxacino mg/24h VO
Con celulitis	Ertapenem 1-2 g/24h o [Ceftriaxona 2 g/24h + Clindamicina 600 mg/6 h] (IV)	Ertapenem mg/24h VO [Moxifloxacino mg/24h VO Clindamicin mg/6 h VO]
Herpes zoster	Aciclovir 800 mg 5 veces	

# SEGUIMIENTO Y REFERENCIA

- Indicaciones hospitalización:
  - Anormalidad en pruebas complementarias sin criterios quirúrgicos urgentes.
  - Refractoriedad de los síntomas a pesar de tratamiento, aunque presente pruebas complementarias normales.
  - Claudicación en domicilio de los cuidados.
- Referencia a otros especialistas:
  - **¿ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO?**
    - Signos de inestabilidad hemodinámica (constantes vitales).
    - Datos de irritación peritoneal en exploración física.
    - Datos analíticos con elevación de reactantes de fase aguda y/o fallo multiorgánico.
    - Diagnóstico ecográfico/TC confirmado.

# BIBLIOGRAFÍA

- Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª edición. F. Javier Montero Pérez. Luis Jiménez Murillo.
- Manual de protocolos y actuación en urgencias. 5ª edición 2021. Hoospital Universitario de Toledo. Agustín Julián-Jiménez.
- Manual de Urgencias. Carlos Bibiano Guillén. 3ª edición.
- Sociedad española de Patología Digestiva (SEPD).
- Evaluation of the adult with abdominal pain. Robert M Penner et al. Sept 12, 2023. Up to Date.
- Evaluation of the adult with nontraumatic abdominal or flank pain in the emergency department. John L Kendall et al. Apr 05, 2024. Up to date.
- Causes of abdominal pain in adults. Robert M Penner et al. Sept 12, 2023. Up to Date.



**¡GRACIAS  
!**