

ABDOMEN AGUDO



Introducción

El abdomen agudo o dolor abdominal de inicio súbito, es uno de los más frecuentes y desafiantes motivos de consulta a un servicio de urgencias. Por tal motivo, es un tema prioritario en la formación del médico general. Aunque la mayoría de las veces el dolor abdominal se origina en un problema benigno y autolimitado, hasta un 10% de los pacientes, tendrán una etiología severa, que amenazará su vida y requerirá cirugía (Kamin et al., 2003; Cartwright & Knudson, 2008).

En esta breve guía de manejo del dolor abdominal, no se revisarán aspectos teóricos básicos que pueden ser encontrados en algún otro documento sobre el tema; más bien, se intentará brindar un enfoque práctico, siguiendo una secuencia lógica y sistemática que contribuya a un correcto diagnóstico y consecuente manejo del dolor abdominal; a lo largo del documento, se entregan unas 10 premisas claves con la finalidad de que no se ponga la vida del paciente en riesgo por errores comunes y se resuelva el cuadro agudo de la forma indicada, minimizando la sintomatología más incapacitante en el menor tiempo posible, pero tiempo necesario para la identificación y resolución del problema.

Se advierte finalmente, que esta guía está diseñada para personas que posean conocimientos básicos sobre las principales patologías causantes de abdomen agudo y bajo ningún punto de vista reemplaza el estudio de las mismas, ni pretende ser un tratado sobre el tema, y no debe ser el documento único de

consulta para formación de talento humano que no haya revisado previamente los textos tradicionales sobre el tema. En cambio, entrega un enfoque sindromático y sistemático, centrado en el paciente y no en la patología causante, con especial énfasis en los aspectos claves que deben guiar el diagnóstico y manejo del dolor abdominal agudo.

La evaluación de un paciente con dolor abdominal se fundamenta en la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y la imagenología (Cartwright & Knudson, 2008).

LA HISTORIA CLÍNICA

En toda consulta médica debe practicarse una historia clínica completa y detallada; en el enfoque del dolor abdominal agudo, esta premisa si que es fundamental. No es posible un adecuado enfoque si el interrogatorio es superficial e incompleto. Un paciente que se encuentra con dolor intenso puede obviar información vital, olvidar detalles que orienten al diagnóstico y también, especialmente en el caso de las mujeres en edad fértil, ocultar información también crucial para la identificación segura del problema.

Primera Premisa:

Es el médico por medio del interrogatorio quien debe indagar los aspectos claves que conduzcan al diagnóstico y manejo del dolor abdominal agudo. No debe esperarse que el paciente en medio de un intenso dolor, recuerde o sepa que debe reportar detalles que él, posiblemente no sepa que son importantes

La anamnesis adecuada permite encontrar el diagnóstico en el proceso que aqueja a un paciente en un 80% de los casos (González y Velásquez, 2010); a esto se suma la otra información proveniente del examen físico y la obtenida mediante las ayudas diagnósticas. El paciente que ingresa a urgencias por dolor abdominal agudo está aprensivo, ansioso, temeroso, y ante todo deseoso de que, por cualquier medio posible, le quiten ese espantoso dolor. Es importante que usted demuestre consideración, comprensión y haga empatía con el paciente y su familia; encuentre el lugar adecuado para un interrogatorio y examen y desde el inicio actúe de manera que el paciente sienta y evidencie que usted entendió su dolor y que ha iniciado unas medidas para controlarlo y poder llegar a la solución del problema. No olvide que *“el único dolor tolerable es el ajeno”*, y actúe en consecuencia con una de las más relevantes acciones que puede y debe desarrollar un médico como es, quitar o al menos disminuir el dolor.

Segunda Premisa:

Si al terminar de realizar una historia clínica completa que incluya una adecuada anamnesis y examen físico, usted NO tiene la menor idea de qué es lo que tiene su paciente, vuelva a empezar el interrogatorio, porque sin duda, está omitiendo información crucial

Desde el ingreso mismo del paciente debemos observar su facies, actitudes, posturas, marcha antálgica como elementos que contribuyen al rápido y seguro diagnóstico. No es solamente lo que escuchemos, la observación y el lenguaje corporal es crucial.

Si el paciente viene remitido de otra institución, no revise la historia hasta tanto no haya terminado la suya; no permita ser influenciado por el concepto de otro.

Al terminar su historia, será muy interesante leer el concepto del médico remitente y demás información que complementará su opinión e historia.

Tercera Premisa:

Un paciente con intenso dolor, que se mueve constantemente, que no se calma en ninguna posición, generalmente presentará un dolor tipo cólico.

Un paciente con facies de dolor, pero inmóvil en la camilla, con respiración superficial, que se queja o grita con el menor movimiento, especialmente si la camilla atraviesa un desnivel en el piso generando un movimiento brusco, tiene un altísimo porcentaje de probabilidad de cursar con un abdomen agudo de tipo quirúrgico en el que ya se ha establecido irritación peritoneal

OBJETIVO INICIAL EN EL ABDOMEN AGUDO

Se estima que dos terceras partes de estos pacientes pueden ser tratados satisfactoriamente mediante manejo médico, sin requerir cirugía (González & Velásquez, 2010). Una tercera parte de estos pacientes requerirán manejo quirúrgico que, de no ser realizado oportunamente, culminará con un desenlace fatal.

Es por esto por lo que el objetivo fundamental en el enfoque inicial del paciente con abdomen agudo es definir si es de manejo médico o quirúrgico. El médico que atiende al paciente debe enfocar sus esfuerzos en **descartar una causa quirúrgica** en la totalidad de los casos y de manera rutinaria.

Cuarta Premisa:

El objetivo principal es definir si el abdomen agudo es de tipo médico o quirúrgico, más que identificar una causa; la identificación de la causa puede esperar, pero saber si hay urgencia quirúrgica no puede esperar ya que se pone en riesgo la vida del paciente

Esta premisa es clave; la idea NO es identificar una causa; el paso 1 en cualquier dolor abdominal, es asegurarse que el paciente NO cursa con un abdomen agudo quirúrgico. NO debe esperarse a que el paciente se encuentre tan mal que el médico considere que cursa con un abdomen agudo quirúrgico; por el contrario, y desde el primer momento, todos los esfuerzos deben enfocarse en descartar una causa quirúrgica que, de no ser evidenciada, terminará con un desenlace fatal. La tabla 1 resume las principales causas de abdomen agudo de manejo médico.

CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO DE MANEJO MÉDICO	
CUTÁNEAS/PARED ABDOMINAL	INFECCIOSAS O INFLAMATORIAS
Varicela Zoster Radiculopatía Hematoma de la vaina del recto	Adenitis mesentérica Peritonitis primaria y por catéter Enteritis / Sífilis abdominal
TOXICOLÓGICAS	UROLÓGICAS
Intoxicación hierro, alcohol Supresión de narcóticos	Urolitiasis, prostatitis Orquiepididimitis
METABÓLICO/ENDOCRINO/GENÉTICO	VASCULITIS
Fiebre hereditaria del mediterráneo Porfiria, Hipercalcemia, Deficiencia de glucocorticoides, Cetoacidosis	Púrpura de Henoch Schlein LES, Fiebre de las montañas Rocosas, Edema angioneurótico hereditario
HEMATOLÓGICAS	ENVENENAMIENTOS
Anemia de células Falciformes	Mordedura por la viuda negra
NEUROLÓGICO	
Migraña abdominal / Epilepsia abd.	

Tabla 1. Causas de abdomen agudo de manejo médico. Tomado de: Cartwright & Knudson, 2008; González & Velásquez, 2010.

UN FACTOR CLAVE: EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

Ningún manejo del dolor abdominal agudo se lleva a cabo en forma segura si no se permite un período de tiempo de observación, monitoreo, seguimiento y desenlace adecuado; este período de tiempo puede variar dependiendo de las dificultades diagnósticas, de las variaciones en la sintomatología, y de la causa subyacente y particularidades del paciente que pueden dificultar el diagnóstico, tales como la edad, comorbilidades, embarazo, inmunosupresión, desnutrición, etc.

Quinta Premisa:

En todos los casos de dolor abdominal debe haber un seguimiento con observación y vigilancia estrecha y activa en un periodo variable de tiempo que no debe ser inferior 6 horas, pero que dependiendo del caso puede tomar incluso días

Otro aspecto muy importante de este período de observación es que la observación es activa y no pasiva; no es esperar a ver que comenta el paciente, es, más bien, monitorizarlo permanentemente, ir a evaluarlo de vez en cuando, indagar cómo va el dolor, que nuevos síntomas se presentan, examinar estado de hidratación que puede requerir ajustes dependiendo de las pérdidas, etc, etc.

Observación activa NO es sinónimo de esperar sin hacer absolutamente nada!

ASPECTOS CLAVES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Esta sección no pretende remplazar en absoluto la realización de una historia clínica completa; asumiendo que usted ya sabe cómo realizar una historia clínica

completa, en este aparte nos referiremos exclusivamente a los puntos clave de la historia clínica que permiten orientar el diagnóstico y manejo del paciente con dolor abdominal.



LA IMPORTANCIA DE ENTENDER QUIÉN ES MI PACIENTE: VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Es muy importante iniciar el proceso observando las características sociodemográficas del paciente. A manera de ejemplo, permítase considerar la siguiente situación: tenemos un paciente con dolor intenso a nivel de fosa ilíaca izquierda; si el paciente es un hombre de 30 años, inmediatamente fluyen a la mente las causas inflamatorias intestinales como el síndrome de colon irritable, y si está inquieto, moviéndose acusando un gran dolor, entonces la litiasis ureteral sería un diagnóstico que hay que considerar; pero si este hombre tiene 60 años y ningún antecedente de colon irritable o litiasis, pues los más probables diagnósticos a considerar serían una diverticulitis o una neoplasia del colon sigmoides; en cambio, si el paciente es una mujer de 14 años, necesariamente consideraríamos la ovulación dolorosa, pero si tiene 30 y pareja estable, el embarazo ectópico sería una opción o una enfermedad pélvica inflamatoria; si la mujer tiene 70 años, enfocaríamos hacia las causas inflamatorias y neoplásicas.

Creo que este ejemplo, permite entender la importancia de fijarnos inicialmente en **¿Quién es mi paciente?**

Sexta Premisa:

En todos los casos de abdomen agudo, la evaluación debe iniciar partiendo de las características socio-demográficas del paciente; es decir..... ¿quién es mi paciente?

Las variables socio-demográficas más relevantes son la edad y el género

EDAD

Las patologías que ocasionan dolor abdominal agudo, generalmente se presentan a diferente momento en un tiempo de vida, y pueden ser agrupadas tal como lo ilustra el siguiente esquema:

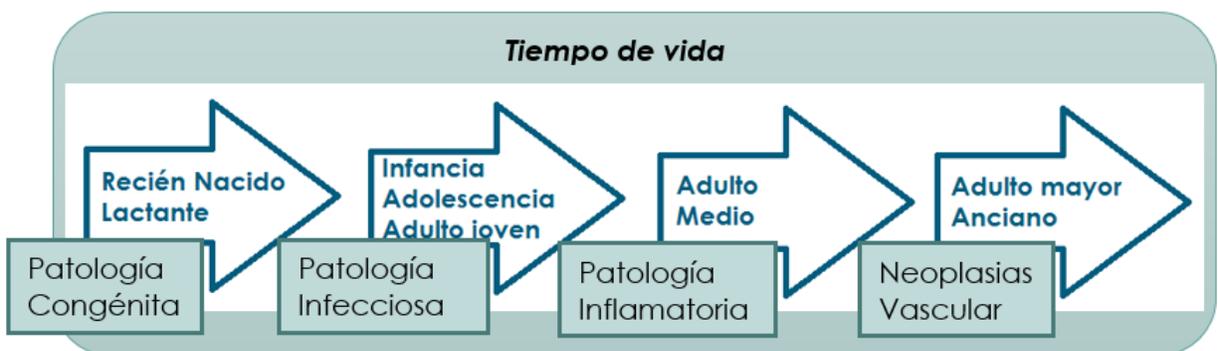


Figura 1. Representación esquemática de las más frecuentes causas de dolor abdominal agudo en un tiempo de vida.

En los pacientes ancianos, la infección del tracto urinario, una víscera perforada y la isquemia mesentérica, son diagnósticos que pasan sin ser detectados o que son detectados de forma tardía (Cartwright & Knudson, 2008).



Este esquema no debe tomarse de forma absolutista; en otras palabras, y a manera de ejemplo, no quiere esto decir que un lactante no puede presentarse con un carcinoma; de hecho, el hepatoblastoma que generalmente se presenta en los dos primeros años de vida, se evidencia por una masa abdominal palpable y es el cáncer hepático más frecuente en los niños; Así mismo, un adulto mayor puede presentarse con una patología infecciosa; pero estas situaciones no son las más frecuentes; lo más frecuente es lo que está esquematizado en la Figura 1, lo que significa que son las primeras patologías a considerar y a identificar, pero siempre habrá un espacio reservado para las causas raras o poco frecuentes. En la tabla 2 se mencionan las causas más frecuentes de abdomen agudo de acuerdo con la edad (González y Velásquez, 2010).

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO POR GRUPO ETARIO				
Recién Nacidos	Lactantes	Niños Adolescentes	Adultos	Ancianos
Atresias int. Estenosis int Malrotación Ileo mecon. RGE Enterocolitis Hirschsprung	Apendicitis Estenosis pilórica Invaginación intestinal RGE, Hernias Gastroenteritis Div. Meckel	Apendicitis Gastroenteritis Adenitis mesentérica IVU, Hernias, EPI Estreñimiento Parasitismo, Síndromes hematológicos Patología testicular	Apendicitis Colecistitis Pancreatitis Urolitiasis EAP Pat. ginecol. Bridas	Apendicitis Colecistitis Diverticulitis Obstrucción intestinal Neoplasias Isquemia mesentérica AAA roto

Tabla 2. Causas más frecuentes de dolor abdominal agudo dependiendo de la edad. RGE=Reflujo Gastroesofágico, IVU=infección de vías urinarias, EPI=enfermedad pélvica inflamatoria, EAP=enfermedad ácido.péptica, AAA=aneurisma de aorta abdominal. Modificado de: González y Velásquez, 2010.

La edad del paciente es la primera característica que orienta la etiología del abdomen agudo; a menor edad, mayor probabilidad de patologías congénitas, benignas e infecciosas; en los adultos medios predominan las causas inflamatorias y en los adultos mayores predominan las patologías neoplásicas y vasculares

GÉNERO

En términos generales puede afirmarse que las mujeres por la patología ginecológica y urológica tienen una buena posibilidad de cursar con un abdomen agudo de manejo médico; los hombres jóvenes, al no tener estas patologías, tienen una mayor probabilidad de cursar con un abdomen agudo quirúrgico si el dolor es persistente y los obliga a acudir a un servicio de urgencias.

SEXO

La segunda característica que orienta hacia la etiología del abdomen agudo es el género del paciente; un hombre adulto, consultante a urgencias por dolor abdominal, tiene mayor probabilidad de tener un abdomen agudo quirúrgico que una mujer consultante a urgencias; a toda mujer en edad fértil se le debe realizar una prueba de embarazo de manera sistemática

El embarazo siempre debe ser descartado en toda mujer en edad fértil aunque la paciente niegue enfáticamente la posibilidad de un embarazo (Cartwright & Knudson, 2008).

EPIDEMIOLOGÍA



Un proverbio médico dice: “cuando oigas cabalgar, piensa en caballos, no en cebras”, lo que significa que cuando veas un síntoma o signo, piensa en la enfermedad asociada más frecuente, no en la más rara. En la medicina las posibilidades son innumerables; sin embargo, algunas patologías no las verás en toda tu vida. Una de las enseñanzas a los estudiantes de medicina es que se debe ir de lo más común a lo más raro, tanto en pensamiento como en búsqueda diagnóstica. Como la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, y además se presenta sin respetar edad, raza, género o condición social, debe siempre ser descartada y considerada.

EPIDEMIOLOGÍA

Considerando que la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis, y que dicha patología se presenta a cualquier edad y en todos los grupos etáricos, en ambos géneros y sin distingo de raza, religion condición social, en todo paciente consultando por dolor abdominal debe considerarse y descartarse una apendicitis, de manera sistemática

La evolución y otros hallazgos permitirán descartarla; una vez descartada, se deben considerar las otras patologías más frecuentes para el grupo etárico, para el género y para la ubicación del dolor en el abdomen.

OTROS ASPECTOS DE LA PERSONA

De suma importancia conocer la procedencia, situación social y familiar, y actividad laboral, ya que puede sugerir que el paciente es parte de una

epidemia, o procede de una región con patologías comunes, o en su trabajo se encuentra expuesto a soldaduras, pinturas, baterías, mercurio, etc., de manera que pueda sufrir intoxicaciones. Adicionalmente, se debe indagar a que ha estado expuesto en términos de hábitos, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, así como productos naturales y herbales que pueda haber ingerido.

ASPECTOS CLAVES DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES

Toxicológicos, alérgicos, gineco-obstétricos, personales y familiares, pueden brindar una explicación para el dolor. De suma importancia, si ha sido intervenido quirúrgicamente, apendicectomizado, o que medicamentos toma y que comorbilidades ha tenido o sufre actualmente.

ENFERMEDAD ACTUAL

El Síntoma principal y motivo de consulta es el dolor; para que configure un cuadro de abdomen agudo debe ser un dolor de más de 6 horas de evolución. Las características del dolor son fundamentales para orientar el problema. La Figura 2, ilustra las características que deben indagarse en relación con el dolor.



Figura 2. Características que deben ser evaluadas en relación con el dolor abdominal.

Bajo ningún punto de vista se debe obviar la indagación de estas características, pues su conocimiento nos acerca al diagnóstico en un 60% (González & Velásquez, 2010).

CRONOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS

De suma importancia establecer la cronología de los síntomas; característicamente, en el abdomen agudo quirúrgico, el dolor es el primer síntoma; la fiebre, taquicardia e hipotensión se presentan posteriormente y

cuando lo hacen, generalmente indican perforación y peritonitis; mientras que en el abdomen agudo de manejo médico, suelen presentarse síntomas generales, constitucionales y/o fiebre de manera inicial y es posteriormente que aparece el dolor abdominal.

Séptima Premisa:

Si la cronología indica que el dolor fue posterior a otros síntomas, a menudo sistémicos como fiebre, malestar, etc, muy seguramente el abdomen agudo será de manejo médico; por el contrario, el abdomen agudo de manejo quirúrgico suele iniciarse con el dolor y los síntomas acompañantes hacen su aparición de manera más tardía.

ASPECTOS CLAVES EN EL EXAMEN FÍSICO

Cada aparte tratado en esta guía es de suma importancia y el examen físico no lo es menos que el interrogatorio. El estado de conciencia y los signos vitales inician el examen físico, seguido por la exposición y examen de toda la economía corporal. Especial énfasis debe hacerse a la detección de choque o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Característicamente, en el abdomen agudo quirúrgico, la fiebre, la taquicardia > 100 x mto, la deshidratación y la hipotensión son signos tardíos e indican una complicación, con frecuencia una perforación y deben propiciar la urgente interconsulta al cirujano sin más dilación. Por ello es importante, establecer el tiempo de evolución; si el acceso al servicio de urgencia es adecuado y el paciente consulta prontamente, estos signos suelen presentarse en el desarrollo de la evolución y durante el periodo de observación cuando no se interviene

quirúrgicamente a tiempo; sin embargo, si el paciente tiene problemas de acceso al servicio de urgencias, geográfico, social, o de cualquier índole, y la enfermedad ha evolucionado por horas o días extrainstitucionalmente, estos signos dan cuenta de lo avanzado y grave del compromiso.

El exámen físico en estos casos tiene dos componentes: el examen general y el examen abdominal; debe iniciarse con el examen general; además de los signos vitales, el estado de hidratación y el compromiso del sensorio nos indican el estado de gravedad o compromiso sistémico del paciente. La identificación de la ictericia sugiere problemas hepatobiliopancreáticos. Un completo examen semiológico, con buena luz, sin omitir ningún área y que incluya el tacto rectal y/o vaginal son de gran ayuda.

El examen abdominal debe ir enfocado a identificar el sitio de mayor dolor y la presencia de signos de irritación peritoneal evidenciados por la defensa involuntaria y el Blumberg o el microBlumberg considerado por algunos como más sensible.

Octava Premisa:

Compromiso sistémico importante en el examen físico de ingreso en un cuadro de muy poco tiempo de evolución, sugiere una patología de base de tipo medico; Empeoramiento del estado del paciente en el tiempo, a pesar del manejo inicial sugiere un abdomen agudo quirúrgico que se está complicando

PARACLÍNICOS DE RUTINA

De manera sistemática y rutinaria, la información anterior debe ser complementada con un cuadro hemático completo que incluya recuento de plaquetas, y un citoquímico de orina que incluya un Gram.

Hay un grupo importante de pacientes en los que el examen abdominal puede ser engañoso y no evidenciar los signos de irritación peritoneal; en estos pacientes, la presencia de un abdomen blando, no debe tranquilizar al médico por pensar que el paciente no cursa con un abdomen agudo quirúrgico; entre este grupo se encuentran: los pacientes geriátricos, los pacientes que han sido manejado agresivamente con antiinflamatorios y antipiréticos, los pacientes inmunosuprimidos, los diabéticos y los desnutridos. En ellos, cobra aun más relevancia el uso de paraclínicos que nos permitan una mirada más objetiva del estado general del paciente.

Novena Premisa:

La evaluación de un paciente con dolor abdominal nunca estará completa sin la realización sistemática de un cuadro hemático completo y un parcial de orina con Gram, como exámenes iniciales

La hemoglobina, el recuento de leucocitos, la desviación a la izquierda, las formas inmaduras en sangre, la trombocitopenia o trombocitosis, son hallazgos que permiten orientar sobre si el abdomen agudo es de tipo médico o quirúrgico; de mayor importancia, es la evolución en el tiempo y el cuadro hemático de control en el que se puede evidenciar una leucocitosis en aumento, o una pérdida sanguínea importante, etc. Un cuadro hemático inicial normal no

garantiza que el paciente no curse con un abdomen agudo quirúrgico, a menos que el paciente lleve varios días de evolución y uno confirme que el cuadro hemático no se modifica en el tiempo. En las etapas iniciales, las patologías quirúrgicas pueden no verse reflejadas en alteraciones del cuadro hemático, pero en la evolución en el tiempo, se reflejará sin excepción.

Un citoquímico de orina con bacterias y leucocitos NO confirma una infección urinaria; La presencia de Nitritos + si es un signo claro de proceso infeccioso, pero su ausencia no descarta la infección ya que si bien la presencia de nitritos en el análisis elemental de orina orienta hacia gérmenes productores de ureasa, fundamentalmente enterobacterias como la *Escherichia Coli*, puede haber una infección urinaria generada por bacterias no fermentadoras de nitratos como los siguientes: *Enterococcus spp*, *Acinetobacter spp*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Mycobacterium spp*, *Corynebacterium*, *Pseudomona spp*, *Neiseria gonorrhoeae*, anaerobios y *Cándida spp*. (Lozano-Triana, 2016).

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

En Todos los casos de dolor abdominal es prudente la realización de una ecografía abdominal total o abdomino-pélvica; pese a ser un examen observador-dependiente y a tener limitaciones por gas interpuesto o tejido adiposo, puede brindar información de suma utilidad en el enfoque diagnóstico de la etiología y complementa los pasos anteriores.

No invasivo, disponible, fácil de realizar, puede practicarse al lado de la cama sin desplazar al paciente, poco costoso, puede repetirse en el tiempo y permite una clara visión de muchas estructuras intrabdominales. No obstante, se debe

ser consciente de sus limitaciones y potencial margen de error tanto para falsos positivos como para falsos negativos.

Décima Premisa:

La imagenología inicial debe incluir la realización de una ecografía abdominal pero total; no es procedente, dada la dinámica del dolor abdominal agudo, solicitar ecografías abdominales superiores o solamente pélvicas, que nos brindan información incompleta de las estructuras intrabdominales

Especialmente en las mujeres, es imperdonable no hacer uso de esta valiosa herramienta para obtener más información de la parte ginecológica. Considerando que la patología biliar es tan frecuente en nuestro país, es imperdonable no evaluar el abdomen superior.

En este punto es importante aclarar, que algunos autores y profesionales recomiendan que la imagen inicial correcta depende de la ubicación del dolor en el abdomen y puede ser, en vez de una ecografía, una tomografía abdominal computarizada contrastada; la razón principal es que en algunas instituciones puede ser más expedito realizar una tomografía que una ecografía y que solicitar la ecografía solo dilataría la realización de la tomografía que puede requerirse para llegar al diagnóstico final. La disponibilidad de un radiólogo para la realización de una ecografía en un alto nivel de complejidad es un requisito de interdependencia y de habilitación; sin embargo, nos podemos encontrar en una situación en donde este requisito no está disponible.

Cartwright y colaboradores (2008), precisan las recomendaciones para la imagenología inicial con base en la localización del dolor abdominal y se ilustra

en la tabla 3. Considerar en las mujeres en edad fértil la posibilidad de embarazo y descartarla antes de solicitar imagenología de riesgo para el feto.

ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS RECOMENDADOS CON BASE EN LA LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL	
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR	IMAGEN
Cuadrante superior derecho	Ultrasonografía
Cuadrante superior izquierdo	TAC
Cuadrante inferior derecho	TAC con contraste IV
Cuadrante inferior izquierdo	TAC con contraste oral e IV
Suprapúbico	Ultrasonografía

Tabla 3. Estudios imagenológicos sugeridos dependiendo de la localización del dolor abdominal en recomendación de algunos autores internacionales. Tomado de: Cartwright et al., 2008.

Si con todos los pasos anteriores y la ecografía abdominal total inicial, aún no tenemos claridad sobre el manejo de este dolor abdominal y la causa, el siguiente estudio imagenológico de utilidad es la tomografía axial computarizada con contraste oral e IV.

Las demás ayudas diagnósticas ya no son generales sino específicas y su solicitud se deriva de los hallazgos obtenidos con estos pasos descritos y enfoca a patologías concretas; tal es el caso de exámenes a solicitar con un diagnóstico orientado como la amilasemia, el perfil hepático, las enzimas miocárdicas, las pruebas de función renal, etc.

TRATAMIENTO INICIAL

Esta sección hace referencia al momento en que se recibe al paciente y al manejo cuando aún no se tiene un diagnóstico claro ni de si el abdomen es médico o quirúrgico, ni de la etiología específica que genera el dolor abdominal agudo.

En primera instancia se debe **suspender la vía oral**; esto proporcionará un reposo gástrico necesario en la mayoría de patologías y también preparará el terreno en caso de que el abdomen agudo sea quirúrgico.

En segundo lugar, se debe canalizar una vena periférica con un catéter 14 o que permita el paso rápido de líquidos cristaloides y se debe iniciar solución salina al 0,9% a necesidades basales (20-30 cc/Kg/día) con reposición de pérdidas y cálculo cuidadoso según el estado de deshidratación del paciente; no se recomienda el uso rutinario de potasio iv el primer día a menos que un examen de laboratorio confirme una hipocalcemia importante. En los casos de choque hemorrágico, se recomienda adherirse a los protocolos de reanimación retardada o hipovolémica, mediante bolos de 200-250 cc buscando una presión arterial media de 70 con el fin de no incrementar la pérdida sanguínea, la coagulopatía dilucional y la hipotermia.

En tercer lugar, es altamente recomendable iniciar ranitidina iv con horario ya que el paciente estará en ayuno prolongado, en situación de estrés y dada la alta frecuencia de la enfermedad ácido-péptica en la población, sea como causante del cuadro abdominal o como acompañante del mismo.

Para el manejo del dolor se puede emplear butil bromuro de hioscina con horario; tendrá efecto sobre aquellas patologías en que sea conveniente relajar el músculo liso y permitirá que el paciente vea que si se le coloca un analgésico para su dolor; en caso de dolor severo, o que se incremente o que no mejore se puede colocar una dosis de algún derivado opiáceo por ser buen analgésico, tener vida media corta y no tener efecto antiinflamatorio ni antipirético, de manera que permite continuar la vigilancia de signos inflamatorios y la fiebre.

No se recomienda el uso ni de antiinflamatorios no esteroideos, ni de antibióticos hasta tanto no se haya dilucidado si el abdomen agudo es quirúrgico y la causa subyacente. En los casos en que el paciente ya haya recibido tales medicamentos al ingreso, debe tenerse en mente que la disminución de la intensidad del dolor, la ausencia de fiebre y la presencia de dolor leve o moderado a la palpación abdominal pueden ser consecuencia de estos medicamentos aun en presencia de un abdomen agudo quirúrgico; en estos casos, es de gran ayuda el cuadro hemático de control que no se verá influenciado por los medicamentos suministrados.

SIGNOS DE ALARMA

En términos generales, cuando el dolor abdominal agudo es ocasionado por una patología de manejo quirúrgico, el paciente no mejorará; en los casos de abdomen agudo médico y en la mayoría de los casos como lo expresamos anteriormente, el dolor mejorará con las medidas implementadas y especialmente, porque es autolimitado. La evolución clínica favorable con remisión del dolor, el cuadro hemático de control en el que no hay incremento

en el recuento de leucocitos y finalmente, que el paciente tolere la vía oral, son aspectos tranquilizadores y premonitorios del alta médica.

De suma importancia, son las recomendaciones al dar de alta al paciente, en las que se enfatice la necesidad de acudir de nuevo al servicio de urgencias en caso de que el dolor recurra o haya signos de alarma; estos signos de alarma son considerados indicación de acudir a urgencias o signos de alarma si acompañan al dolor abdominal de primera vez o en un dolor que recurra (tabla 4).

SIGNOS DE ALARMA EN EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO
CONSULTE AL SERVICIO DE URGENCIAS O A SU MÉDICO SI ...
<ul style="list-style-type: none"> • El dolor es severo, recurrente, o persistente (> 6 horas de duración) • El dolor empeora y le impide comer o moverse • El abdomen se distiende y está sensible o doloroso • El dolor se asocia a imposibilidad de orinar, hacer deposición o pasar flatos • El dolor se acompaña de disnea, mareo, emesis o fiebre • El dolor se irradia al tórax, cuello y hombro • Se presenta hematemesis • El dolor se acompaña de hemorragia vaginal • Se presenta hematuria o sangre con las heces

Tabla 4. Signos de alarma que indican acudir a urgencias en caso de presentarse asociados a un dolor abdominal agudo. Tomado de: Zeller et al, 2006.

Finalmente, se anexa un esquema resumen de todo lo anteriormente expresado.

TRIAGE EN DOLOR ABDOMINAL AGUDO:

La importancia del triage en el dolor abdominal agudo radica en que los sistemas de triage permiten priorizar pacientes de acuerdo a la gravedad de su estado clínico y basado en signos y síntomas presentes que significan una alerta o riesgo para su vida; asegura entonces que el paciente quien requiere atención inmediata sea tratado oportunamente en caso de que el servicio de urgencias este sobrepoblado o haya sobrepasado la capacidad instalada y de atención del personal de salud en servicio en un determinado momento.

Hay numerosos sistemas de triage en el mundo; uno de los más reconocidos, es el Manchester Triage System de los ingleses, también usado en algunos países de Europa; otros, son los Australianos y Canadienses, además de las guías de manejo de diferentes asociaciones científicas en tópicos específicos. Lejos de que este documento se convierta en una revisión de los sistemas y guías existentes, se ilustra a continuación la propuesta de prioridad de manejo para los pacientes que consultan al servicio de urgencias con dolor abdominal agudo, según la clasificación del riesgo; para su diseño se tuvieron en cuenta diferentes sistemas de triage y una investigación realizada en Sao Paulo, Brasil en la que se revisaron e incluyeron los sistemas de triage ya mencionados (Zachariasse et al., 2017)(Figura 3); la importancia de hablar del triage en dolor abdominal agudo, radica en la alerta que la presencia de los signos y síntomas mencionados debe generar también en el médico al brindar la atención y al considerar si hospitalizar o dar de alta al paciente con abdomen agudo.



Figura 3. Prioridad de manejo para el dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias de acuerdo con la clasificación del riesgo.

ALGUNAS PREGUNTAS FINALES DE IMPORTANCIA:

¿ Qué criterios nos guían para decidir si hospitalizar al paciente con dolor abdominal agudo o dar de alta?

Para tomar esta decisión se debe tener en cuenta el cuadro clínico del paciente, la presencia de compromiso sistémico evaluada en los signos vitales, el estado de hidratación y la presencia de signos de irritación peritoneal, así como los paraclínicos y la evolución con el manejo inicial; estos aspectos nos indican si hay patologías subyacentes de manejo quirúrgico. Dar de alta a un paciente con un problema quirúrgico sin detectarlo y sin operarlo, no solo pone en riesgo la vida del paciente, sino que es uno de los más graves errores del manejo médico; por tanto, deben ser implementadas todas las medidas posibles y necesarias para asegurarnos de que el paciente NO tiene una patología quirúrgica. El manejo inapropiado del dolor abdominal puede oscilar entre 5% y 82% según reporte (Tirotta et al., 2014).

¿Cuál es el valor de la severidad del dolor abdominal?

La severidad del dolor abdominal es relativa porque el umbral del dolor es variable de persona a persona; más importante que la severidad del dolor es el estado general del paciente en asociación al dolor; hay 3 aspectos más importantes que solamente la severidad del dolor, y son:

1. El estado general del paciente:

Clave en el estado del paciente es identificar signos clínicos de choque como taquicardia, hipotensión, hemorragia, confusión, dificultad respiratoria, oliguria o

anuria, anemia, los signos biológicos como anemia, deshidratación, acidosis, falla renal; todos estos indicativos de una situación de **EMERGENCIA**, entendida como una situación que si no es atendida de inmediato, el paciente puede fallecer en el momento.

2. La evolución del dolor:

Más importante que la severidad inicial del dolor es la evolución del mismo; el hecho de que el dolor empeore pese a las medidas implementadas (reposo gástrico, antagonistas H2, hidratación, etc.) indica que el paciente se está complicando, indica que puede estar cursando con un abdomen agudo que requiera cirugía y aun no lo hemos operado, indica que su vida está en riesgo.

3. La presencia de signos de irritación peritoneal:

Un dolor que el paciente refiere como severísimo no es tan preocupante si se acompaña de un abdomen que al examen físico no se correlaciona con la severidad del dolor; es decir, si el abdomen es blando, depresible, sin defensa involuntaria, sin signos de irritación peritoneal; todo esto indicaría que la patología subyacente tiene una alta probabilidad de ser de manejo médico. Sin embargo, esto no es 100% cierto ya que, por ejemplo, los pacientes de edad avanzada, los inmunosuprimidos, los diabéticos y los obesos pueden no expresar claramente la severidad del dolor y/o los signos al palpar el abdomen.

¿El cuadro clínico se modifica por la edad?

Hay grupos de riesgo en los que no manifiestan claramente los signos o síntomas de abdomen agudo quirúrgico; un ejemplo claro de esto es el hecho de que los ancianos (edad > 65 años) presentan cambios fisiológicos por el envejecimiento que afectan todo el organismo y favorecen la presentación atípica de patologías intra-abdominales tales como menor capacidad de respuesta a las infecciones, alteración en la respuesta a pirógenos endógenos y exógenos con menor capacidad de generar calor y fiebre, menor tasa de filtración glomerular y menor capacidad de concentrar la orina siendo más proclives a la deshidratación, el vaciamiento gástrico se entorpece, la producción de prostaglandinas disminuye, la masa hepática es menor con menor producción de albúmina por lo que la vida media de algunos fármacos se prolonga, cursa con anorexia fisiológica con menor ingesta de alimentos y líquidos lo que los predispone a la constipación; la percepción del dolor disminuye y en presencia de patología quirúrgica puede no haber irritación peritoneal (Treuer, 2017).

¿Los analgésicos deberían ser negados?

NO. Es inhumano dejar a un paciente con su dolor; va en contra de la humanización y la calidad de la atención en salud; si un médico no puede calmar el dolor hoy en día, entonces deberíamos replantear su formación. Lo que si es importante es seleccionar los analgésicos a emplear y en este sentido no es recomendable suministrar anti-inflamatorios no esteroideos porque su efecto anti-inflamatorio si puede enmascarar los signos y síntomas como la fiebre, la respuesta inflamatoria sistémica, etc.

De otro lado, una reciente revisión sistemática de Cochrane recomienda el uso de analgésicos opioides para controlar el dolor abdominal ya que no afecta el diagnóstico ni el curso de manejo (Manterola et al., 2011).

¿Hay criterios que permiten asociar un dolor abdominal a un síndrome abdominal específico?

Por supuesto. La combinación de signos, síntomas o hallazgos paraclínicos sean de laboratorio o imagenológicos guían a la causa del cuadro abdominal. No siempre el cuadro clínico es claro desde el comienzo, pero cuando no lo es, la evolución y la búsqueda paraclínica e imagenológica complementan la información y en el más alto porcentaje de casos permiten encontrar una causa. Un ejemplo de esto son las dos siguientes situaciones: 1. Paciente hombre, fumador crónico, hipertenso, de 76 años se presenta con dolor intenso y súbito a nivel de abdomen, asociado a mareo y desmayo; al ingreso, choqueado, pálido y con defensa abdominal: diagnóstico más probable: aneurisma de aorta abdominal roto. El mismo cuadro pero en una mujer joven en edad fértil con vida sexual activa: embarazo ectópico roto.

Bibliografía

- Cartwright SL & Knudson MP. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. American Family Physician. Vol 77, No. 7, April 2008. Pag. 971-978.
- González Hadad A., & Velásquez Galvis. Abdomen Agudo. Un Enfoque Práctico. Cali: Editorial Universidad del Valle, 2010.
- Kamin RA, Nowicki TA Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 2003; 21(1): 61-72.
- Lozano-Triana CJ. Examen general de orina: una prueba útil en niños. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 1: 137-47.
- Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database Syst Rev 2011; (1): CD005660.
- Tirotta D, Marchetti A, Di Lillo M, Pomero F, Re R, Meschi M, Montemurro D, Gnerre P, Bozzano C, La Regina M. Abdominal pain: a synthesis of recommendations for its correct management. Italian Journal of Medicine 2015; Vol. 9: 193-202.
- Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 28, Issue 2, March-April 2017, Pag. 282-290.
- Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, Roukema GR, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. PLoS ONE 12(2): e0170811.
- Zeller JL, Burke AE, Class RM. Acute Abdominal Pain. JAMA; Vol. 296, No. 14, October 11, 2006; Pag. 1800.