



Sociedad Argentina de Emergencias

**Recomendación de categorización de riesgo inicial del
paciente adulto con DOLOR ABDOMINAL (DA)**

A.J.Machado

DESCARTAR CAUSAS DE COMPROMISO VITAL INMINENTE

Pensar en **ABDOMINALES**

- A** Ruptura Aneurisma de Aorta Abdominal
- B** Ruptura de Bazo
- D** de la Derecha: Colecistitis, colangitis
- O** Obstrucción Intestinal
- M** Isquemia Mesentérica
- I** IAM, Insuficiencia cardíaca congestiva
- N** No quirúrgico: Pancreatitis, causas extra-abdominales
- A** Apendicitis
- L** La úlcera sangrante o perforada
- E** Embarazo Ectópico
- S** Sustancias Tóxicas

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

Ubicación en el tema

6 a 10% de las consultas en los DE

La percepción del dolor puede expresarse en zonas remotas a su origen

El examen habitualmente se modifica con el tiempo de evolución

Síntomas banales pueden ser originados por patologías severas, y por otro lado, patologías benignas pueden desencadenar síntomas severos.

30% queda sin diagnóstico

Obligación en Medicina de Emergencias: Categorizar el riesgo

Interrogatorio en dolor abdominal

Además de valorar el dolor con **CALMA**

- C** calidad ó tipo, cantidad ó intensidad
- A** aparición ó inicio, tiempo ó duración
- L** localización, irradiación
- M** modificadores, factores que alivian o intensifican el dolor
- A** signos y síntomas asociados

Otras preguntas específicas:

(Modificado de Rosen P. et al. Rosen 's Emergency Mosby Inc., 2002.)

- ¿Edad? Riesgo creciente en pacientes de edad avanzada, especialmente ancianos.
- ¿Está relacionado con episodio traumático? Descartar sangrados y lesiones viscerales.
- ¿Qué comió, y cuando? En muchas oportunidades el dolor se relaciona con una trasgresión alimentaria, o con alimentos en mal estado.
- ¿Qué apareció primero: dolor o vómito? El dolor primero es generalmente peor, y es más probable que sea causado por enfermedad quirúrgica.
- ¿Cuanto tiempo lleva de dolor? El dolor de menos de 48 horas en general es peor.
- ¿Ha tenido alguna cirugía abdominal? Considere obstrucción en los pacientes que refieren cirugía abdominal anterior.

- ¿Es el dolor constante o intermitente? El dolor constante la mayoría de las veces es peor.
- ¿Ha tenido algún episodio previo similar? La ausencia de episodios anteriores es peor.
- ¿Tiene una historia de cáncer, de diverticulosis, de pancreatitis, de insuficiencia renal, de cálculos biliares, o de enfermedad inflamatoria del intestino? Todos son sugestivos de una enfermedad más seria.
- ¿Usted tiene HIV? Consideremos la infección oculta o la pancreatitis droga-relacionada.
- ¿Cuánto alcohol bebe por día? Considere pancreatitis, hepatitis, o cirrosis.
- ¿Hay síntomas o signos urinarios? Disuria, polaquiuria, hematuria, dolor en flanco o dorso, sugestivos de cólico renoureteral.
- ¿Está usted embarazada? Prueba para el embarazo en toda mujer de edad fértil, considere el embarazo ectópico.
- ¿Está relacionado con el ritmo menstrual, trastornos del flujo vaginal, sangrado vaginal? Orientan a problemas de origen ginecológico.
- ¿Usted está tomando antibióticos o corticoides? Éstos pueden enmascarar la infección.
- ¿El dolor comenzó centralmente y emigró al cuadrante inferior derecho? Alto especificidad para apendicitis.
- ¿Tiene una historia de enfermedad cardiovascular, de hipertensión, o de fibrilación auricular? Considere isquemia mesentérica y Aneurisma de aorta abdominal.

Examen físico focalizado:

Monitoreo meticuloso de los signos vitales

Inspección, distensión, signos cutáneos de compromiso interno, coloración de la piel, palidez en hemorragia, ictericia en compromiso hepático, piel marmórea o púrpura en flanco puede ser signo de hemorragia retroperitoneal (con mayor frecuencia ruptura de aneurisma de aorta abdominal o pancreatitis hemorrágica); palpación, tensión de la pared, considerar localización, irradiación, hepato y esplenomegalias, masas o tumoraciones, masa pulsátil, globo vesical, reacción peritoneal, puñopercusión renal, puntos ureterales, puntos dolorosos de vesícula y apéndice; percusión, gases, líquido, ascitis, reproducción del dolor; auscultación del abdomen, ruidos hidroaéreos; tacto rectal valorar tono del esfínter, presencia de sangrado; semiología de tórax, neumonía basal, insuficiencia cardíaca, descartar evento coronario; signos de compromiso general, alteración de conciencia

Causas más frecuentes según la edad

En los pacientes < 50 años un 40% de los DA son inespecíficos, y aproximadamente un 30% se deben a apendicitis; la colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, enfermedad diverticular, cáncer, hernias y problemas vasculares se presentan en bajo porcentaje.

En los pacientes > de 50 años los DA inespecíficos y los cuadros apendiculares son alrededor del 15% c/u, y aumentan los porcentajes de la colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, enfermedad diverticular, cáncer, hernias y problemas vasculares.

No olvidar causas extra-abdominales

PARED ABDOMINAL	Espasmo muscular, hematoma muscular, herpes zoster
TORÁNICAS	IAM, angina inestable, neumonía, TEP
SISTEMICAS	Cetoacidosis diabética y alcohólica, uremia, Porfíria, LES, vasculitis
TÓXICAS	Metanol, metales pesados, picadura de escorpión y araña, intoxicación alimentaria
INFECCIOSAS	Faringitis, mononucleosis infecciosa

Grupos especiales de riesgo (en adultos)

1) Edad mayor de 65 años:

- presentación atípica de enfermedades graves
- 40 % requieren cirugía
- mortalidad 6 a 8 veces mayor que adultos jóvenes
- Es muy prevalente la patología vascular:
 - Aneurisma de aorta abdominal (AAA)
 - Isquemia mesentérica
 - Infarto agudo de miocardio

2) Mujer joven:

- Ruptura de folículo ovario
- Embarazo ectópico
- Enfermedad pélvica inflamatoria

- Torsión de quiste ovárico
- Dolor menstrual

3) Paciente HIV:

- Enterocolitis
- Perforación Intestinal (Citomegalovirus CMV)
- Obstrucción por Linfoma
- Enfermedad biliar por CMV

Patologías subdiagnosticadas

IAM

Apendicitis

Embarazo ectópico

Ruptura de Aneurisma de Aorta Abdominal

Manejo y categorización de riesgo iniciales

Valoro **ABC**, inicio O₂, EV, Monitor, Oxímetro de pulso.

¿Es quirúrgico?, ¿Hubo trauma?

La edad y el sexo a simple vista ayudan en la primera categorización de riesgo. Crítico o no crítico están definidos por el compromiso de alguno de los signos vitales que rápidamente pueden ser valorados en emergencias: **TAS** (mmHg) > de 170 ó < de 90, **FC** (por min) > 100 ó < 60, **FR** (por min) > 24 ó < 10, **Temperatura Axilar** (°C) > 38 ó < 35,2; **Trastornos del nivel de conciencia**, son todos signos que indican alto riesgo.

Observaciones en dolor abdominal

Dolor abdominal en el anciano: es más probable que se deba a una patología severa.

En dolor abdominal en mujer en edad fértil, hay indicación de descartar embarazo ectópico.

En dolor abdominal con signos peritoneales, obtener la consulta de un cirujano. De igual forma, frente a la sospecha de dolor de origen ginecológico, que la paciente sea evaluada por este especialista.

El diagnóstico de dolor abdominal inespecífico se obtiene por exclusión, alcanza hasta el 40% de las consultas por dolor abdominal en menores de 50 años, la mayoría es de curso benigno, se debe tener especial cuidado con los gerontes, se aconseja brindar instrucciones al alta, y/o recitar el paciente.

La causa más frecuente de abdomen agudo en la embarazada sigue siendo la apendicitis aguda.

Todo paciente mayor con sospecha de cólico renal, dolor en flanco, o dorso lumbar, debe completar los estudios para descartar ruptura de Aneurisma de Aorta Abdominal. Es posible la confusión entre ambos.

En todo paciente con dolor en el cuadrante inferior derecho se debe considerar la apendicitis. Es posible la confusión con la gastroenteritis.

En pacientes con dolor abdominal y trauma se deben completar los estudios hasta descartar: sangrado, laceración hepática o esplénica.

Obstrucción intestinal: en intestino delgado comúnmente por adherencias, hernias incarceradas o cálculos migrados; en intestino grueso frecuentemente por cáncer, vólvulos, o diverticulitis.

Recordar que muchas patologías extra-abdominales se pueden presentar con dolor abdominal.

Dolor abdominal, donde el diagnóstico es difícil, y no queda claro el riesgo, debe ser admitido en la Unidad de Observación hasta completar los estudios.

La mayoría de los pacientes que se presentan con dolor pelviano e hipotensión tienen una patología quirúrgica. Se debe iniciar resucitación con líquidos y sangre, e inmediata consulta quirúrgica.

El dolor cólico abdominal intenso difuso orienta a la oclusión intestinal. El dolor desproporcionado a la palpación es frecuente en la isquemia intestinal, donde en etapas tempranas presenta abdomen blando. El dolor penetrante desde epigastrio a dorso es frecuente en la pancreatitis.

La administración de analgesia con derivados opioides en el paciente con dolor abdominal es segura, no enmascara otros posibles hallazgos, no incrementa la morbimortalidad, y en la mayoría de los casos clarifica el diagnóstico. Es un acto médico y humano básico.

Rosen P. et al. Eds. Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice 5º ed. Mosby Inc., 2002.

Tintinalli JE, ed. Emergency Medicine: a comprehensive study guide, 5º ed. McGraw-Hill, 2000.

American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med. October 2000;36: 406-415.