

Dolor Abdominal

A propósito de un caso



Alexandra Ibáñez Leza
Yolanda Sánchez Díaz – Aldagalán
Nuria Sedano García

Caso clínico 1

Hombre de 51 años con dolor en epigastrio

Caso Clínico 1

- Paciente de 51 años que acude por dolor en epigastrio, que irradia en cinturón hacia la espalda. No fiebre, náuseas, no vómitos. No alteración intestinal. No síndrome miccional.
- AP:
 - NO AMC.
 - Fumador de 10 cig/día
 - Bebedor de 1L-1,5L/ día de vino
 - Ingresado en digestivo en DIC/2010: hematoma en hilio esplénico.
 - Ingreso en Digestivo en Julio/2012: reagudización pancreatitis aguda de origen enólico. Pseudoquiste en evolución.
 - Seguido en CEX Digestivo, última visita Octubre/2011: pancreatitis aguda de origen enólico.
 - No intervenciones quirúrgicas.
 - Tratamiento habitual: ibuprofeno por lumbalgia.
- EF

T. A. s. 150 mm Hg T. A. d. 95 mm Hg Fc 73 l.p.m. Tª 36.1 Grado C° Sat. O2 96 %

 - BEG. Afectado por el dolor. Consciente, orientado, colaborador.
 - AC: tonos rítmicos sin soplos, ni roces.
 - AP: murmullo vesicular conservado con buena ventilación en ambos campos pulmonares.
 - Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin defensas ni irritación peritoneal. Sin masas, ni visceromegalias. Peristaltismo ligeramente disminuido.

- Pruebas complementarias:

- Analítica:

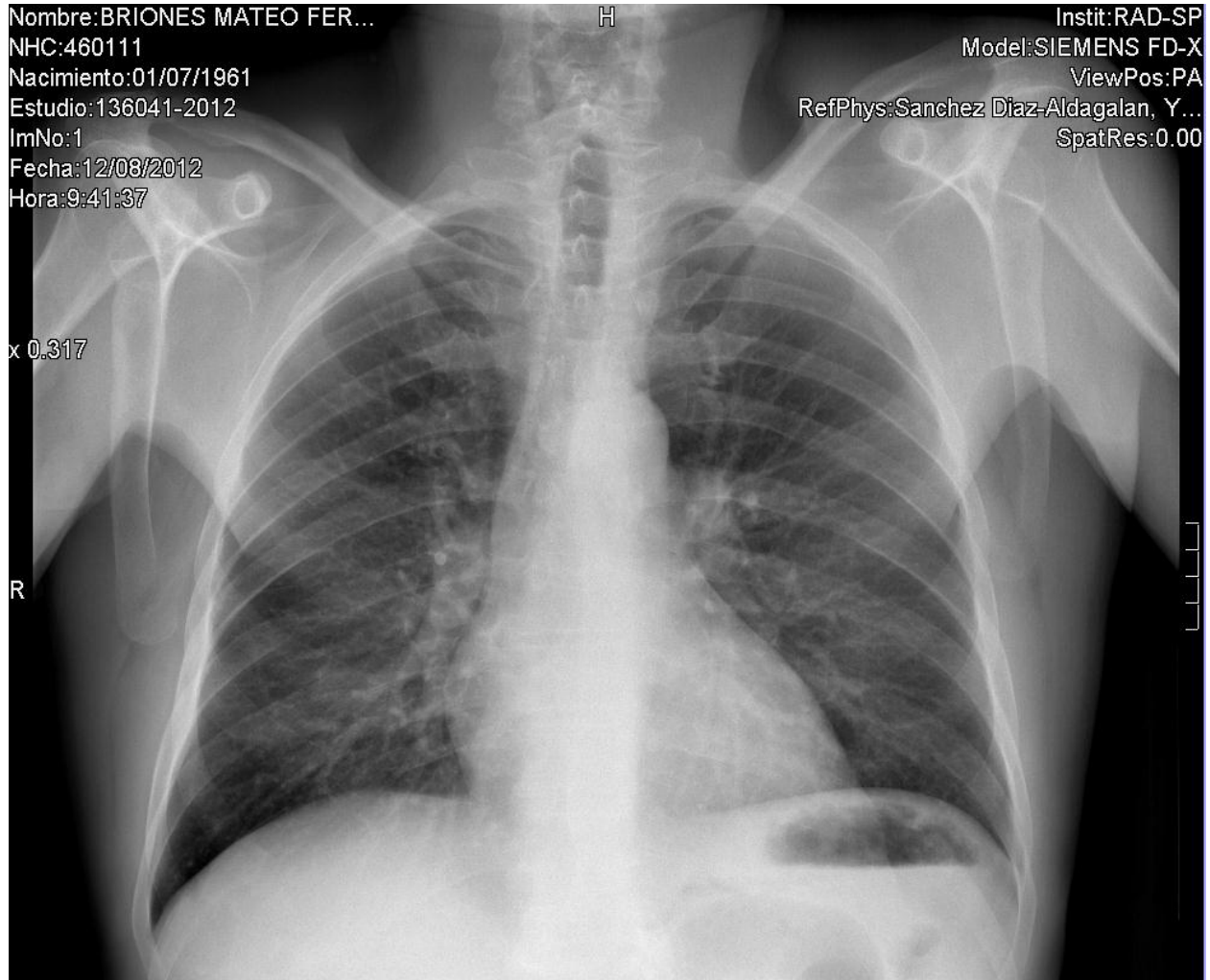
- BQ: glucosa 238 mg/dL, **amilasa 3018 U/L**, iones normales, función renal, función hepática y Brb normales. Resto normal.
- **PCR 43 mg/dL.**
- **Etanol < 10 mg/dL.**
- Hemograma: Hematíes 3,75; Hb 12,9 g/dL, Htco 38,0 %, VCM 101,2 fL, HCM 34,4; **leucocitos 19,2** con neutrófilos 16,9 (87,9%) y linfocitos 1,1 (5,7%). Resto normal.
- Coagulación: normal.
- Sist. y sedimento de orina: c. cetónicos 10 mg/dL. Resto normal.

- ECG: taquicardia sinusal a 73 lpm, sin alteraciones de la repolarización.

- Rx tórax: sin signos de patología aguda

- Rx abdomen: asas dilatadas de intestino delgado en hipocondrio izquierdo.

Rx tórax PA



Rx abdomen AP



- Tratamiento administrado en urgencias:
 - Metamizol 1 ampolla iv.
 - Dolantina ½ ampolla iv.
- Evolución en urgencias: tras analgesia, mejoría del dolor.
- Impresión clínica: Pancreatitis aguda.
- Ingreso en Servicio de Digestivo.

Caso Clínico 2

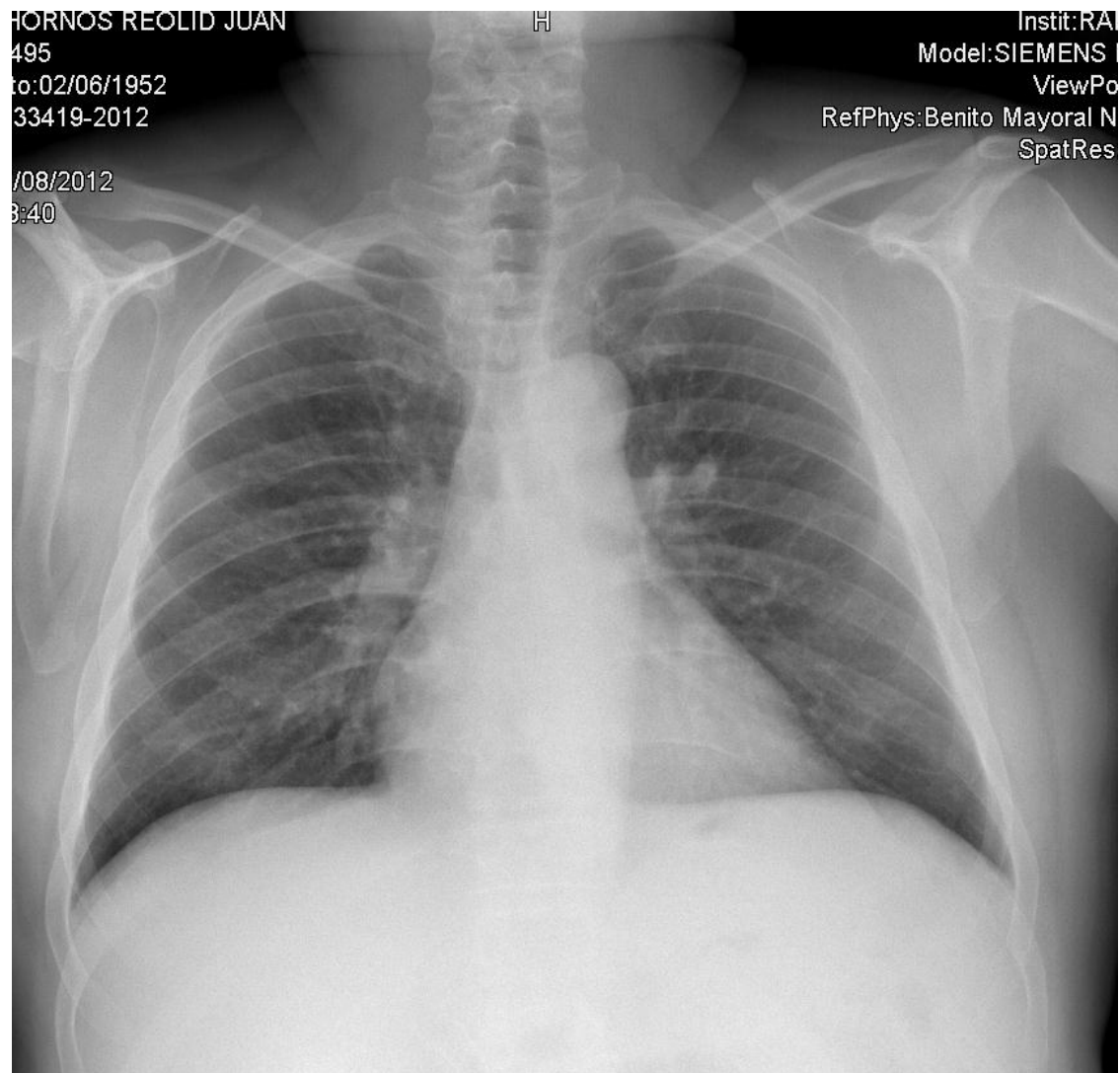
Hombre de 60 años con dolor en epigastrio irradiado a HD.

- Hombre de 60 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, de inicio brusco en epigastrio irradiado a HD con sensación nauseosa sin llegar a vomitar. Afebril.
- AP:
 - No AMC
 - HTA, DM, no dislipemia.
 - Asma bronquial
 - Calangiocarcinoma con colocación de prótesis en Julio de 2012 y diagnóstico de neoplasia esofágica.
 - Trat. Habitual: ranitidina, enalapril-HTZ, symbicort, paracetamol.
- EF
 - Afectado por el dolor. Consciente, orientado, colaborador.
 - Palidez cutánea.
 - Eupneico en reposo.
 - AC: tonos rítmicos.
 - AP: murmullo conservado.
 - Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e HD. Murphy (+). Peristaltismo disminuído.
 - Pulsos femorales presentes.

- Pruebas complementarias:

- BQ: glucosa 116, urea 30, Cr 0.81, Na 140, K4.4, Cl 105, TT 6.3, Amilasa 47, CK 81, GOT 22, GPT 37, Brb total 0.9, PCR 33.
- SYS: normal
- Hemograma: Hb 13.9, Htco. 39.9, plaquetas 213.000, leucocitos 8200, Neutros 4600.
- Coagulación: INR 0.92
- ECG: bradicardia sinusal a 54 lpm, sin alteraciones de la repolarización.
- Rx tórax: no patología aguda.
- Rx abdomen: gases y heces en marco cólico y ampolla.
- ECO abdomen: hígado sin lesiones focales, muestra aerobilia que predomina en lóbulo izquierdo, relacionado con antecedentes. Vesícula hidrópica, mostrando engrosamiento parietal de unos 5 mm hacia región infundibular. Existe Murphy ecográfico, aunque aparentemente el dolor es mayor hacia la región de epigastrio. Aparentemente la vía biliar no está dilatada. Región pancreática no valorable. Bazo normal. Riñones de morfología normales, sin dilatación de vías. Vejiga urinaria con poco contenido. No existe líquido libre abdominal.

Rx tórax



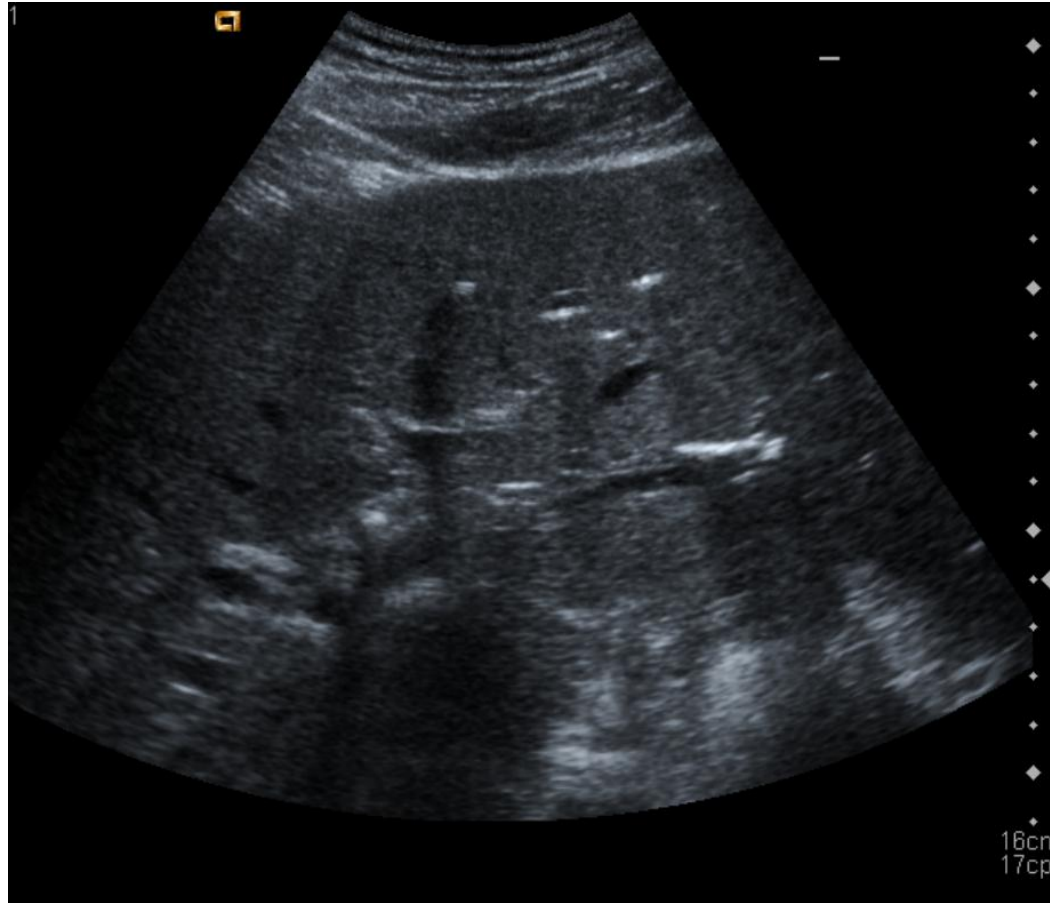
Rx abdomen



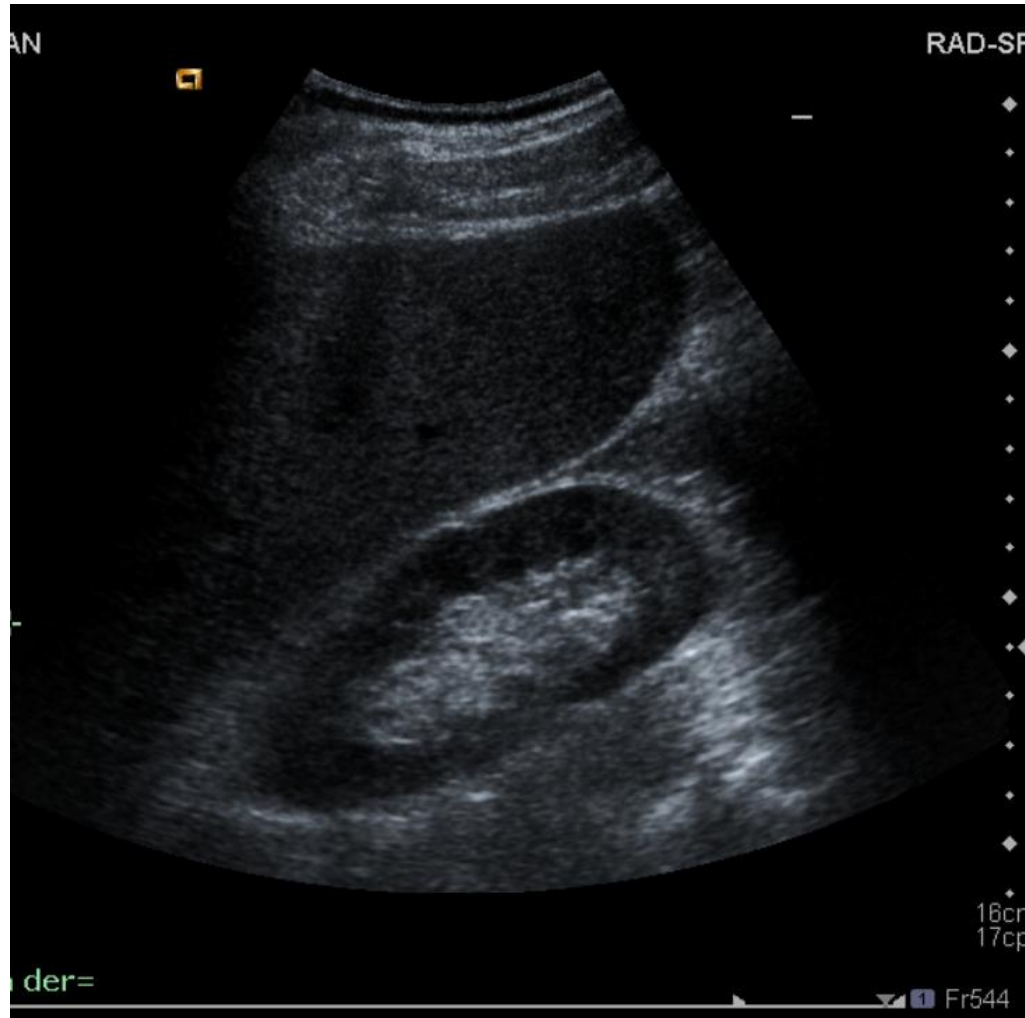
Rx Abdomen



ECO Abdomen



ECO abdomen



- Tratamiento administrado en urgencias:
 - omeprazol 1 amp iv
 - paracetamol 1g iv
 - droal 1 amp iv
 - ranitidina 1 amp iv.
- Impresión clínica: colecistitis aguda en paciente portador de prótesis biliar.
- Ingresa en servicio de Cx General para control evolutivo y tratamiento.

Dolor Abdominal Agudo en Urgencias



Introducción

- El Abdomen agudo es aquel dolor abdominal de instauración rápida que puede o no necesitar intervención quirúrgica.



Requiere un diagnóstico y tratamiento adecuados.

- Es uno de los síntomas que con más frecuencia hacen acudir al paciente al médico, pudiendo ser de origen intra y/o extraabdominal.
- El dolor abdominal inespecífico es la causa más frecuente, de curso breve y autolimitado, localizado con frecuencia en hemiabdomen superior.

Etiopatogenia

- La comprensión detallada de los mecanismos anatómicos, fisiológicos y etiopatogénicos básicos del dolor abdominal es esencial para enfrentarnos al paciente.
- En la práctica clínica:
 - Intestino anterior → epigastrio
 - Intestino medio → periumbilical
 - Intestino posterior → hipogastrio
- La clasificación etiológica es compleja, pero hasta un 40-50% de los pacientes quedan sin diagnóstico etiológico inicial: dolor abdominal inespecífico o no preocupante.

Tipos de Dolor

- Según el origen de la lesión y la vía de transmisión se distinguen 3 tipos:
 1. **Visceral** → sordo, profuso, difuso, alrededor de la línea media. Se acompaña con frecuencia de clínica vegetativa (náuseas, vómitos, palidez, sudoración). Distensión de víscera hueca o isquemia.
 2. **Parietal** → intenso y mejor localizado. Empeora con los movimientos y las maniobras de Valsalva.
 3. **Referido** → origen extrabdominal e irradia al abdomen por fibras sensitivas de distribución metamérica. Así el dolor de origen vesicular se percibe en HD y la úlcera perforada causa dolor en el hombro secundario a irritación diafragmática.

Etiología

75 %

Dolor abdominal inespecífico
Apendicitis
Colecistitis aguda / cólico biliar

15%

Obstrucción intestinal
Diverticulitis
Pancreatitis aguda
Úlcera perforada
Cólico renoureteral

10%

Resto

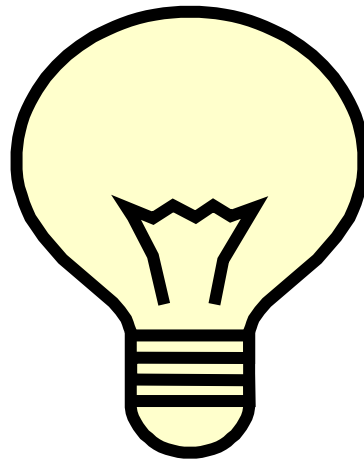
Causas: origen abdominal

Distensión de Víscera Hueca	Inflamatorias	Vasculares
Meteorismo	Absceso abdominal	Isquemia intestinal
Impactación fetal	Apendicitis aguda	Rotura / disección de aneurisma aórtico
Obstrucción biliar	Colecistitis	Vasculitis
Obstrucción ureteral	Enfermedad inflamatoria pélvica	
Oclusión intestinal	Enf. Crohn	
Suboclusión intestinal	Colitis ulcerosa	
Síndrome del intestino irritable	Embarazo ectópico	
	Linfomas	
	Gastroentiritis aguda	
	Pancreatitis	
	Linfadenitis aguda	
	Perforación de víscera	
	Fiebre mediterránea familiar	

Causas: origen extraabdominal

Endocrinometabólico	Cetoacidosis diabética, uremia, hipoK ⁺ , porfirias, hiperlipemias, insuficiencia suprarrenal, hiperparatiroidismo.
Neurogénico	Radiculopatías (hernia discal, artrosis, espondilitis), herpes zoster, tabes dorsal.
Referido	Neumonía, cardiopatía isquémica, urológicas (orquitis, prostatitis, etc.).
Psicógeno	Trastornos conversivos, anímicos (depresión, ansiedad)
Otros	Hemopatías (anemia hemolítica, drepanocitosis , LA) Toxinas (reacción alérgica, picadura de insecto, mordedura de reptiles) Infecciones (herpes zóster, osteomielitis, fiebre tifoidea) Golpe de calor, retirada de psicofármacos (narcóticos), etc.

- En cualquier caso, lo más importante será reconocer aquellos procesos intraabdominales graves, que requieran una solución quirúrgica urgente.



Evaluación Clínica

El instrumento de mayor importancia en la valoración: historia clínica, con un interrogatorio bien dirigido, y una exploración física completa y exhaustiva. El propósito de las exploraciones complementarias es confirmar o excluir las posibilidades diagnósticas que se están considerando.

Anamnesis

- **Edad y sexo:**
 - Jóvenes: inespecífico y apendicitis
 - Ancianos: patología biliar, obstrucción intestinal, neoplasias y patología vascular
 - Mujeres: historia ginecológica
- **Antecedentes familiares:** enf. hereditarias:
 - Anemia falciforme
 - Fiebre mediterránea familiar

- **AP:**
 - Episodios previos: (obstrucción parcial del ID, cólico renal, EIP)
 - Cirugías abdominales previas: bridas
 - Enfermedades: DLP, HTA, enfermedad C-V.
 - Arritmias o enf. vascular periférica → isquemia mesentérica
 - alergias medicamentosas, FUR, posibilidad de embarazo...

- **Hábitos sociales:** viajes recientes, contacto con otros enfermos, animales, hábitos tóxicos...
- **Consumo de fármacos:**
 - F. gastrolesivos (AINES)
 - Corticoides
 - Antibióticos

- **Enfermedad actual:** DOLOR!!!

- Forma de inicio:

- Brusco, intenso, localizado → rotura, isquemia
- Progresivo → inflamatorio

- Progresión:

- Apendicitis: progresivo
- GEA: autolimitado

- Duración:

- > 6h y < 48h. → causa quirúrgica
- Dolor máximo al inicio → emergencia vascular abdominal o extraabdominal
- Dolor de larga evolución (días- semanas) → menos riesgo vital

- Localización:

- Dolor visceral → sordo y difuso
- Dolor parietal → lugar de la lesión

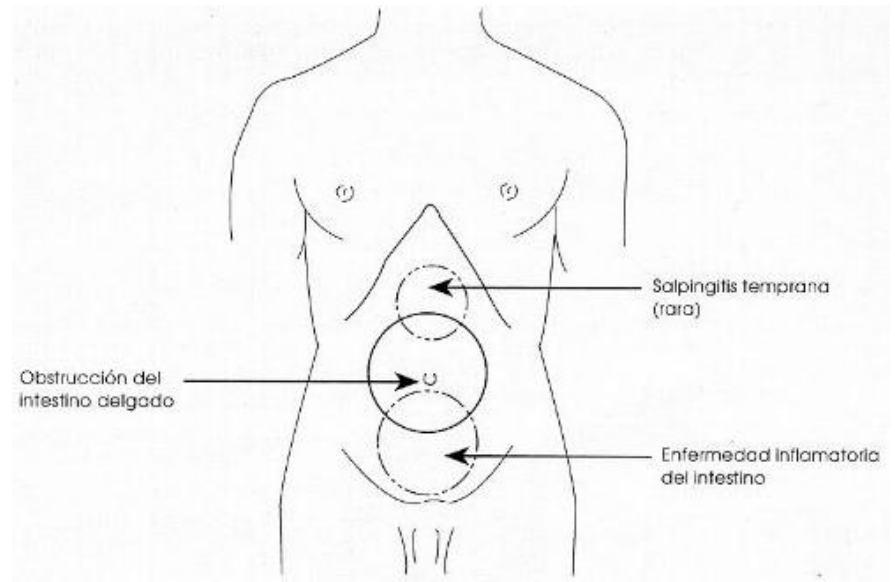
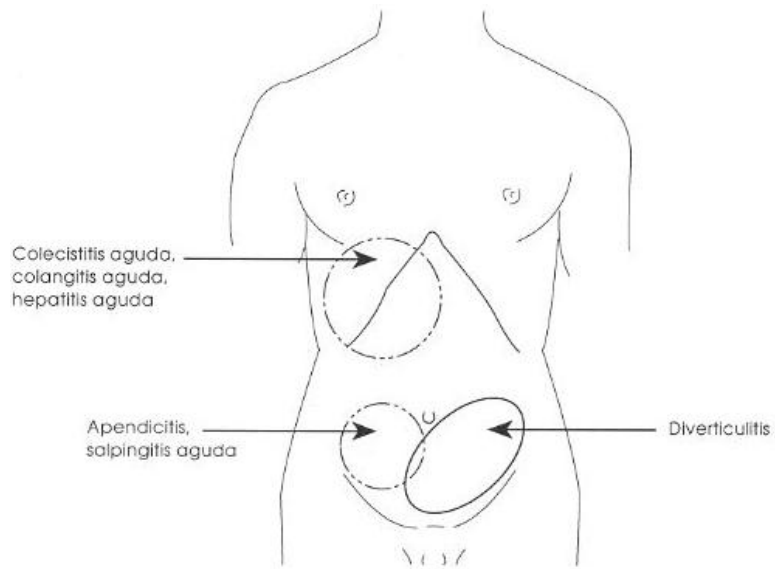
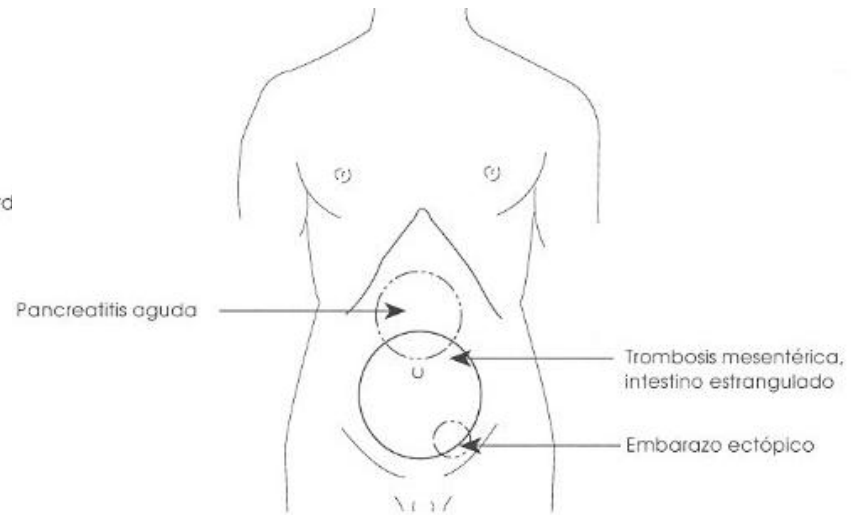
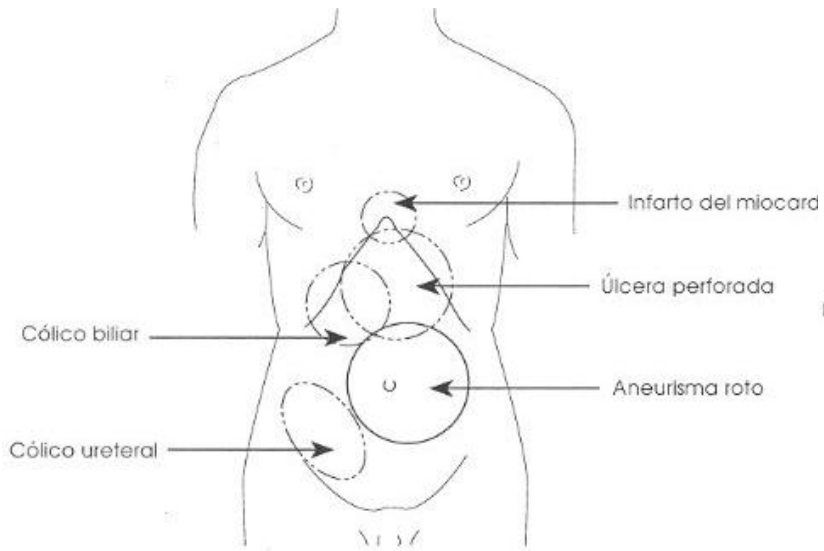
Clave para el DD

Causas según localización

Epigastrio	Úlcera péptica, pancreatitis, esofagitis, cardiopatía isquémica, apendicitis, rotura esofágica.
Mesogastrio	Trombosis mesentérica, obstrucción intestinal, apendicitis, aneurisma aórtico, diverticulitis, úlcera duodenal, cetoacidosis diabética, uremia, hernia umbilical o inguinal estrangulada, pancreatitis.
Hipocondrio derecho	Neumonía, absceso subdiafragmático, pleuritis, cólico biliar y colecistitis, pancreatitis, úlcera péptica, hepatitis aguda, colon perforado, cólico nefrítico, apendicitis retrocecal, cardiopatía isquémica, pielonefritis aguda.

Hipocondrio izquierdo	Neumonía, pleuritis, diverticulitis, úlcera péptica, perforación de colon, pancreatitis, isquemia mesentérica, infarto esplénico, cardiopatía isquémica, pielonefritis aguda, rotura de bazo.
Fosa ilíaca derecho	Apendicitis, embarazo ectópico, torsión de ovario, colon perforado, absceso de psoas, diverticulitis, EII, enfermedad inflamatoria pélvica, hernia inguinal estrangulada, litiasis ureteral, epididimitis aguda, pielonefritis aguda, quiste ovario.
Fosa ilíaca izquierdo	EII, enfermedad inflamatoria pélvica, diverticulitis sigmoide, embarazo ectópico, torsión/hemorragia de ovario, quiste ovárico, colon perforado, absceso de psoas, hernia inguinal estrangulada, litiasis ureteral, epididimitis.

Causas según localización



- Irradiación:

- *Espalda* → patología biliar, úlcera péptica penetrante o perforada, pancreáticos, patología vertebral, aneurisma de aorta abdominal ...
- Región *subescapular* → colecistitis
- *En cinturón* → patología pancreática
- *Desde lumbar a genital* → patología renoureteral

- Características:

- *Continuo* → proceso con afectación peritoneal
- *Intermitente* → afectación de víscera hueca
- *Punzante* → úlcera péptica
- *Lancinante* → rotura o disección de aneurisma

- Factores que lo modifican: Ingesta, Posición, Vómitos

- Dolor por **irritación peritoneal**: Aumenta con movimientos y Valsalva. Mejora con flexión de EE,
- Dolor por **colitis/Sde de intestino irritable**: mejora con deposición
- Dolor por **pancreatitis**: mejora al inclinarse hacia delante y flexionar las piernas
- Cuadro **obstructivo** de tubo digestivo: mejora con vómitos
- **Úlcera duodenal**: calma con la ingesta
- **Úlcera gástrica, isquemia mesentérica, obstrucción intestinal**: empeora con alimentos

- **Síntomas asociados:**

- Fiebre

- Náuseas y vómitos (obstrucción intestinal mecánica, procesos inflamatorios viscerales):

- Frecuencia

- Contenido:

- gástrico,

- biliar,

- fecaloideo (obstrucción intestinal),

- hemático (lesiones sangrantes en duodeno, estómago, esófago)

-Tránsito intestinal:

- Frecuencia: su ausencia → oclusión intestinal o íleo paralítico.
- Productos patológicos: sangre, moco, pus...
- Ritmo: alternancia diarrea/estreñimiento → neo oclusiva de colon
- Rectorragia/hematoquecia: lesiones sangrantes por debajo del ángulo de Treitz
- Melenas: lesiones sangrantes por encima

- Síndrome constitucional: astenia, anorexia, pérdida de peso

Exploración Física

- Junto con la **historia clínica**, la **exploración física** representa un pilar básico en la valoración del paciente con dolor abdominal.
- Entre ambas un médico será capaz de **diferenciar el dolor orgánico del funcional** en aproximadamente el 80% de los casos.
- No aportan la **sensibilidad ni especificidad del TAC** pero no representan riesgo para el paciente, ni generan coste.

Exploración Física

Exploración	Exploración General
Exploración Abdominal	Inspección
	Ruidos abdominales
	Percusión
	Palpación
	Tacto rectal
	Exploración ginecológica *

Exploración Física

Exploración General

- Importancia de la **detección precoz** de los **signos y síntomas**.

- Facies hipocrática.**
- Ojos Hundidos.**
- Mirada sin brillo.**
- Hidratación y coloración de piel y mucosas.** Ejemplo:
 - La presencia de **Ictericia** habla a favor de afectación hepatobiliar o anemia hemolítica.
 - La **palidez cutánea sin hemorragia externa o hematomas** evolucionados debemos pensar en rotura esplénica, hepática o hemoperitoneo.



Exploración Física

Exploración General

- La actitud del enfermo puede aportar datos orientadores:
 - **Dolor visceral:** el paciente suele estar **inquieto y agitado**.
 - **Dolor parietal:** el paciente permanece **inmóvil**.



Exploración Física

Exploración General

Valoración del estado general

- Costantes vitales:
 - TA
 - Pulso
 - Temperatura corporal

Fiebre $> 39^{\circ}$ de inicio \rightarrow proceso infeccioso en zonas muy vascularizadas.

Si fiebre discreta y tardía \rightarrow procesos inflamatorios y localizados.

Si fiebre tardía, moderada y persistente \rightarrow procesos primariamente no infecciosos.

En extremos de la vida o pacientes sépticos, la hipotermia puede ser signo de proceso intraabdominal.

Exploración Física

Exploración General

Valoración del estado general

- Costantes vitales:
 - TA
 - Pulso
 - Temperatura corporal

Fiebre > 39° de inicio → proceso infeccioso en zonas muy vascularizadas.

Si fiebre discreta y tardía → procesos inflamatorios y localizados.

Si fiebre tardía, moderada y persistente → procesos primariamente no infecciosos.

En extremos de la vida o pacientes sépticos, la hipotermia puede ser signo de proceso intraabdominal.

Exploración sistemática.

- Exploración cardiopulmonar, palpación de pulsos periféricos y exploración de la columna.

Exploración Física

Exploración General	
Exploración	
Exploración Abdominal	
Inspección	
	Palpación
	Tacto rectal
	Exploración ginecológica *

Exploración Física



Exploración Abdominal

- Inspección (1):
 - **Movilidad espontanea de la pared abdominal.**
 - Un abdomen plano, inmóvil y tenso que no se moviliza durante la respiración, nos orienta hacia irritación peritoneal difusa.
 - **Distensión abdominal:**
 - Una grave distensión esta asociada a íleo obstructivo, o a peritonitis generalizada.



Exploración Física



Exploración Abdominal

- Inspección (2):
 - Existencia de cicatrices, la simetría abdominal y masas.
 - Presencia de circulación co-lateral, vesículas (HZ), Ictericia.
 - Coloración: signo de Gray-Turner en pancreatitis hemorrágicas o signo de Cullen.



Exploración Física

Exploración General	
Exploración	
Exploración Abdominal	
Auscultación	
	Palpación
	Tacto rectal
	Exploración ginecológica *

Exploración Física



Exploración Abdominal

- **Auscultación:**
 - **Silencio intestinal**
 - Signo de ilio paralitico o de peritonitis generalizada.
 - **Ruidos intestinales aumentados:**
 - Propios de obstruccion intestinal mecanica y de gastroenteritis aguda.
 - **Soplos abdominales:**
 - Hepatitis aguda alcoholica, aneurisma.
 - **Roces**



Exploración Física

Exploración General	
Exploración	
Exploración Abdominal Percusión.	
	Palpación
	Tacto rectal
	Exploración ginecológica *

Exploración Física

Exploración Abdominal

- **Percusión:**
 - Permite averiguar si la distensión abdominal corresponde a líquido o a gas intraperitoneal.
 - **Timpanismo:**
 - Obedece a presencia de obstrucción abdominal intestinal.
 - **Matidez:**
 - Permite establecer el tamaño de vísceras como bazo o hígado.



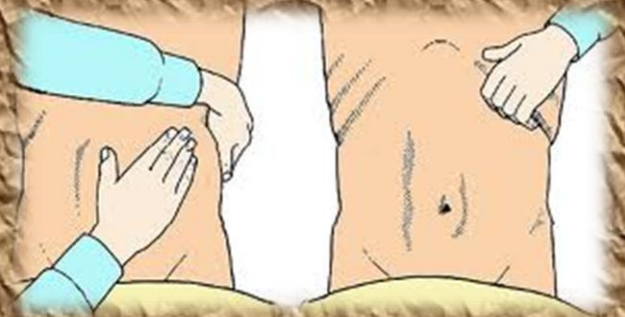
Exploración Física

Exploración General	
Exploración	
Exploración Abdominal Palpacion.	
	Palpación
	Tacto rectal
	Exploración ginecológica *

Exploración Física

Exploración Abdominal

- Palpación:
 - **Superficial:**
 - La presencia de contractura muscular, puede ser respuesta a la irritación peritoneal.
 - *Ausencia de contractura abdominal en los siguientes casos:*
 - *Ancianos, obesos, multíparas, tto corticoideo prolongado, infarto mesentérico, etc...*



Exploración Física

Exploración Abdominal

- Palpación(2):
 - **Superficial:**
 - Existen distintas **maniobras exploratorias** para buscar inflamación intraabdominal y tratar de diferenciar si la causa es intramural.

Signo de Blumberg



Se comprime con los dedos una parte del abdomen y se suelta súbitamente. Positivo si dolor. Signo de irritación peritoneal.

Signo de McBurney



En FID indicativo de apendicitis

Exploración Física

Exploración Abdominal

- Palpación(2):
 - **Superficial:**
 - Existen distintas **maniobras exploratorias** para buscar *inflamación intraabdominal* y *tratar de diferenciar si la causa es intramural*.

Signo de Murphy



Se colocan los dedos en hipocondrio derecho y el paciente realiza inspiración profunda descendiende diafragma y se palpa hígado y vesícula. Positivo si dolor.

Signo del Psoas



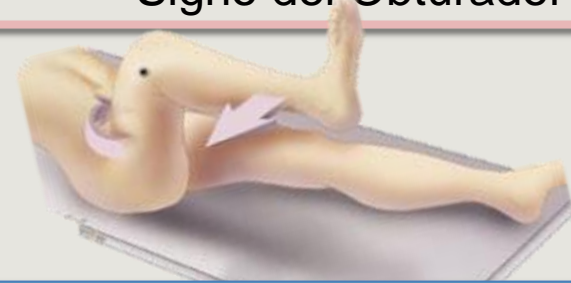
La flexion activa de cadera derecha ↑ dolor en FID (Apendicitis).

Exploración Física

Exploración Abdominal

- Palpación(3):
 - Superficial:
 - Existen distintas **maniobras exploratorias** para buscar inflamación intraabdominal y tratar de diferenciar si la causa es intramural.

Signo del Obturador



Al colocar el muslo del paciente en ángulo recto y rotar a interna y externa, se produce dolor en FID (apendicitis pélvica).

Signo de la oleada



Exploración Física

Exploración Abdominal

- Palpación(4):
 - Profunda:
 - Pone de manifiesto la existencia de visceromegalia, hernias, masas o tumoración.



Exploración Física

Exploración General	
Exploración	
Exploración Abdominal	
Tacto rectal	
Expl. Ginecologica.	
	Tacto rectal
	Exploración ginecológica *

Exploración Física

Exploración Abdominal

- Tacto rectal:
 - **Inspección:**
 - Fisuras, hemorroides o abscesos
 - **Palpación.**
 - Masas, tumores, fecalomas, pared anterior de próstata y cuello uterino.
 - Dolor en fondo de saco de Douglas (signo de irritación peritoneal).
 - **Siempre observar el dedo del guante.**

- Exploración ginecológica:



Exploraciones complementarias

Exploraciones complementarias	Analítica
	Pruebas de imagen
	Laparotomía exploratoria

Pruebas complementarias

Analítica

- En casi todas las situaciones se obtendrán:
 - **Hemograma**
 - **Bioquímica** (Glu, iones, Creatinina, GOT, GPT, amilasa). Si sospecha de patología biliar, pedir bilirrubina total y directa.
 - **Coagulación**
 - **Gasometría venosa**
 - **Sistemática de orina**
- No olvidar realizar **prueba de embarazo** en mujeres en edad fértil con dolor abdominal en hemiabdomen inferior.



Exploraciones complementarias

Exploraciones complementarias	Analítica
	ECG
	Pruebas de imagen
	Laparotomía exploratoria

Pruebas complementarias

ECG

- Cuando el dolor este localizado en hemiabdomen superior, fundamentalmente en *pacientes ancianos, diabéticos y con FR cardiovascular*, se determinan enzimas cardiacas que, junto a los hallazgos en el ECG servirán para descartar patología isquémica cardiaca.



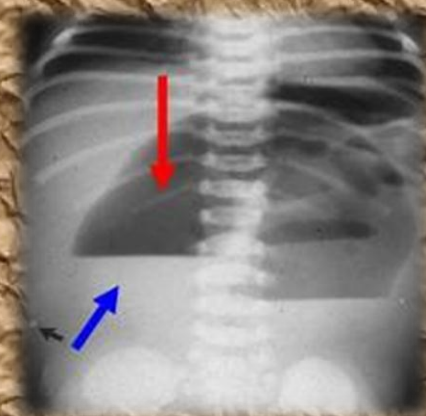
Exploraciones complementarias

Exploraciones complementarias	Analítica
	ECG
	Pruebas de imagen
	Laparotomía exploratoria

Pruebas complementarias

Pruebas de Imagen

- Rx tórax:
 - Descarta patología pleuro-pulmonar y neumoperitoneo.
- Rx Abdomen:
 - Para ver localización, volumen y distribución de aire intraluminal.
 - Presencia y distribución de niveles hidroaereos.
 - Presencia o ausencia de neumoperitoneo.
 - Calculos radiosensibles



Pruebas complementarias

Pruebas de Imagen

- **Eco abdominal**
 - De elección cuando se sospecha **patología de la vía biliar, renoureteral y pélvica.**
 - Además permite visualizar presencia de **liquido libre intraperitoneal**
 - Realizar **siempre frente a la necesidad de descartar intervención quirúrgica urgente.**



Pruebas complementarias

Pruebas de Imagen

- Tac abdominal
 - Traumatismo abdominal.
 - Pancreatitis aguda con criterios de gravedad.
 - Sospecha de disección aortica.
 - Valoración de cirugía de urgencia.



- Laparotomía exploratoria
 - Indicada en pacientes que presentan abdomen agudo sin clara causa etiológica, a pesar de realizar exploraciones complementarias pertinentes.
 - Además de la detección de la causa sirve para el tratamiento de la misma.



DAI

La mitad de los dolores abdominales que acuden a la urgencia quedan sin diagnóstico etiológico, denominándose como dolor abdominal inespecífico (DAI).

Dolor que dura máximo 7 días, sin causa inmediata aparente y que no requiere IQ.

Dx de exclusión:

10% de >50 años con DAI → neo abdominal mg.

Asociación de DAI y síndrome de colon irritable y enfermedad celiaca

Mujeres: 75% de ingresos con DAI (la laparoscopia precoz no muestra beneficio)

¿Uso de analgesia previo a la valoración quirúrgica?

Múltiples estudios han demostrado que la analgesia, incluidos los opioides, no enmascaran la irritación peritoneal y permiten valorar al paciente en mejores condiciones,

Manejo terapeutico

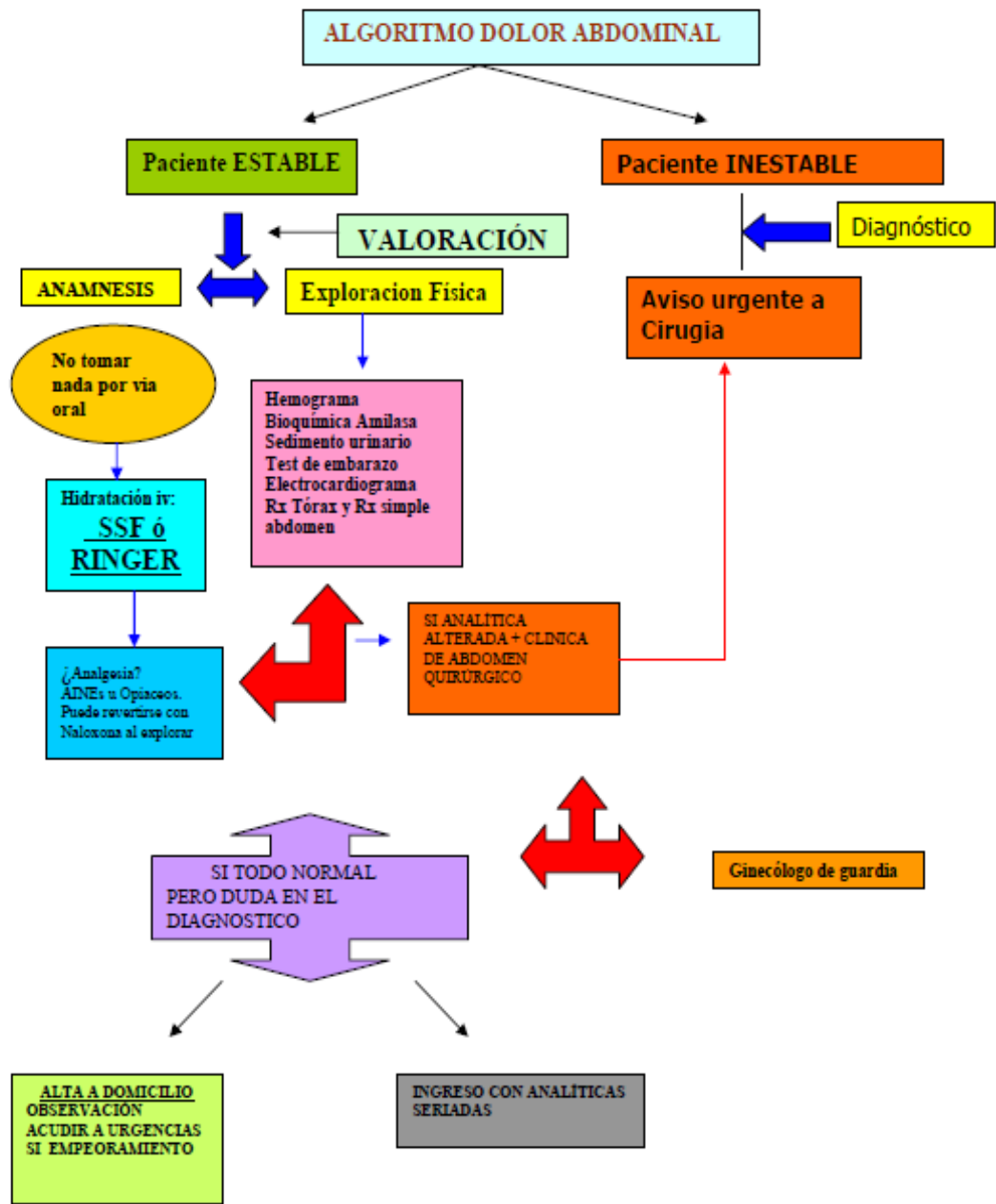
Medidas generales iniciales:

- ❑ **Dieta absoluta**
- ❑ **Canalizar una vía iv** (o dos en pacientes inestables) para:
 - ✓ Administrar sueros.
 - ✓ Electrolitos.
 - ✓ Concentrados de hematíes (si existe anemia e inestabilidad hemodinámica)
 - ✓ Medicación.
 - Antibióticos de amplio espectro si sospecha sepsis.
 - Analgésicos si el dolor es muy intenso.
 - Antitermicos si fiebre y sacar hemocultivos.
- ❑ **Sonda nasogástrica** si se sospecha obstrucción intestinal
- ❑ **Sonda vesical** en pacientes con retención urinaria o que precisen monitorizar la diuresis.

Manejo terapeutico

Tratamiento etiológico

- ❑ **Procesos abdominales que requieren tto qco urgente** → derivar a servicio de Cirugía.
- ❑ **Procesos abdominales que según su evolución y/o características pueden o no requerir tto qco.** → ingreso hospitalario y observación con reevaluación periódica.
- ❑ **Procesos sin dx etiológico que no van a requerir tto qco.** → observación domiciliaria + acudir a URG si la evolución es desfavorable.



Errores más frecuentes



- No realizar ECG en un dolor epigástrico.
- No realizar una prueba de embarazo en mujeres en edad fértil con dolor abdominal en hemiabdomen inferior.

Bibliografía

- Murillo. Manejo urgente del dolor abdominal agudo. Medicina de urgencias; 1994, 30: 273
- SemFYC. Guía de Actualización en Atención Primaria; 2011. Vol 1. Dolor abdominal agudo. 4.9. 331 – 335.
- González F., Martín M.J. Perianes E., Rodríguez A. Dolor abdominal agudo en el adulto. Medicine. 2012; 11 (6): 335-64.
- García A., Sánchez T., Camarero C., Turégano F. Dolor Abdominal. Abdomen agudo. Medicine. 2011; 10 (90): 6069-77.
- Santisteban Y., Hermida I., Albadalejo C., Hernández A. Dolor abdominal agudo. Medicine. 2007; 9 (88): 5657 – 5664.



Gracias por vuestra atención....

