



## GUÍA PARA EL MANEJO DEL ABDOMEN AGUDO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Dr. Orlando Águila Melero \**

*Dr. Raúl Rodríguez Fernández \*\**

*Dr. Reinaldo Jiménez Prendes \*\*\**

*Dr. Jesús I. González Batista \*\*\*\**

*Dr. Lázaro Guedes Sardiñas \*\*\*\*\**

*Dra. Nancy Capín Sarría \*\*\*\*\**

### Abdomen agudo

El diagnóstico y manejo de un paciente con dolor abdominal agudo es uno de los retos más grandes para el médico general y el cirujano. Este protocolo pretende ofrecer una visión general de los aspectos más importantes que se deben tener en cuenta al iniciar la valoración de los pacientes con esta patología.

### Definición

#### Abdomen agudo

Toda afección abdominal aguda, de evolución rápida, que requiere para su solución de una intervención quirúrgica, que de no practicarse de forma inmediata, puede provocar la muerte o condicionar la aparición de graves complicaciones en el paciente.

Se diferencia del Abdomen Agudo Médico en que en este caso no se requiere de una intervención quirúrgica para su solución.

### Clasificación

1. Síndromes Peritonítico o Inflamatorio Visceral
2. Síndrome Oclusivo
3. Síndrome Hemorrágico
4. Síndrome Mixto o Indefinido

\* Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos

\*\* Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos

\*\*\* Especialista de Primer Grado en MGI y Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos

\*\*\*\* Especialista de Primer Grado en MGI y Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos

\*\*\*\*\* Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos

Correspondencia a: Dr. Orlando Águila Melero. Hospital Universitario Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Ave 5 de Septiembre y 51, Cienfuegos 55 100, Cuba.

### Enfoque del abdomen agudo

Para llegar a un adecuado diagnóstico es de vital importancia realizar una historia clínica completa y un excelente examen físico, ya que el enfoque del abdomen agudo está basado en un 80 % en la historia clínica y el examen físico y un 20 % en las ayudas diagnósticas.

Se debe hacer énfasis en el dolor, que es un síntoma cardinal en el abdomen agudo y que según estudios el de causa quirúrgica precede a otros síntomas como vómito, fiebre, náuseas, siendo a la inversa para los dolores de causa médica. Con respecto al dolor se debe preguntar: Aparición, localización, irradiación, características, intensidad y síntomas asociados.

Indagando acerca de los antecedentes del paciente se puede determinar si este pertenece a la categoría de pacientes especiales, ya que estos requieren una observación y manejo diferentes al de la población general.

### Los pacientes denominados especiales son

- Pacientes mayores de 60 años de edad
- Pacientes embarazadas
- Pacientes obesos
- Pacientes inmunosuprimidos
- Pacientes intoxicados
- Niños
- Pacientes con enfermedades sistémicas como Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Cirrosis hepática, con enfermedades hematológicas o que estén recibiendo anticoagulantes, con Diabetes, neoplasias previas, compromisos sensoriales medulares
- Pacientes gravemente enfermos con sepsis, o insuficiencia de múltiples órganos

### Clasificación de los pacientes con dolor abdominal agudo no traumático según severidad y conducta inicial

#### ESTADIO 0

**A.** Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo cuyo diagnóstico clínico corresponde a una patología leve de manejo médico.

#### Conducta

- No requiere hospitalización
- No requiere observación
- No valoración por especialista

**B.** Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo, que no presenta otra sintomatología significativa a la evaluación ni hallazgos que sugieran un proceso patológico intrabdominal.

### Conducta

- No requiere hospitalización
- Sí requiere observación

### ESTADIO I

A. Pacientes con dolor abdominal agudo, con hallazgos clínicos que sugieran un padecimiento intrabdominal, pero el diagnóstico no está claro en ese momento, estos pacientes no tienen factores de riesgo y no pertenecen al grupo de pacientes especiales.

### Conducta

- Requieren hospitalización
- Suspender vía oral
- Examen clínico repetido
- Solicitar exámenes de laboratorio según sospecha clínica
- No dar analgésicos
- No dar antibióticos
- Valoración por cirujano

### ESTADIO II

A. Pacientes con hallazgos clínicos muy sugestivos de una patología intrabdominal aguda que requiere tratamiento quirúrgico o médico para resolver su problema.

B. Pacientes que pertenecen a la categoría de especiales.

C. Pacientes con dolor abdominal agudo que requieren otros estudios diagnósticos para valorar su dolor abdominal.

### Conducta

El primer paso a seguir es determinar si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable o inestable.

#### Paciente hemodinámicamente inestable

Si el paciente tiene historia conocida de aneurisma de aorta abdominal o si presenta síntomas como dolor de espalda, palidez, hipotensión y masa abdominal pulsátil se debe sospechar la ruptura del aneurisma abdominal y debe ser remitido de manera inmediata al nivel secundario de salud.

Si en una forma satisfactoria se descarta la posibilidad de un aneurisma abdominal roto, se tiene que reanimar adecuadamente y solicitar la valoración por el cirujano.

#### Paciente hemodinámicamente estable

En estos pacientes se debe determinar si existe rigidez abdominal, si este hallazgo es positivo debe solicitarse radiografía de tórax de pie, con el propósito de que el cirujano pueda evaluar si hay neumoperitoneo. Si la radiografía de tórax de pie es normal entonces se procederá a solicitar amilasas.

En el paciente que se encuentra hemodinámicamente estable y no presenta rigidez abdominal el enfoque debe realizarse según la localización de los síntomas y signos.

### Signos y síntomas mal localizados

Sugieren cualquiera de las patologías intrabdominales en su estadio inicial o un proceso retroperitoneal. En este tipo de pacientes se deben tener en cuenta las siguientes patologías:

- Aneurisma aórtico abdominal
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Obstrucción intestinal temprana
- Isquemia mesentérica
- Apendicitis en estadio inicial
- Enteritis
- Pancreatitis
- Enfermedades metabólicas

### Conducta

- Hospitalizar
- Suspender vía oral
- Colocar líquidos endovenosos isotónicos
- Solicitar paraclínicos de acuerdo a la sospecha clínica
- Requiere valoración por especialista

### Signos y síntomas localizados en epigastrio

En el paciente con signos y síntomas localizados en epigastrio se debe pensar en:

- Enfermedad acidopéptica
- Esofagitis
- Patología biliar
- Pancreatitis
- Isquemia miocárdica
- Otras

### Conducta

- Hospitalizar
- Suspender vía oral
- Colocar líquidos endovenosos isotónicos
- Aplicar dosis de anti H<sub>2</sub>
- Si hay sospecha más factores de riesgo de evento coronario agudo, entonces solicitar ECG
- Si el dolor compromete el hemiabdomen superior y está asociado a vómito intenso, entonces sospechar pancreatitis y solicitar amilasas
- Requiere valoración por especialista

### Signos y síntomas localizados en cuadrante superior derecho

En estos pacientes se debe pensar en las siguientes patologías:

- Patología biliar
- Hepatitis
- Enfermedad acidopéptica
- Patología pulmonar
- Patología de origen urológico
- Isquemia miocárdica
- Alteraciones musculoesqueléticas



- Absceso hepático
- Herpes Zóster
- Apendicitis
- Síndrome de Budd-Chiari

**Conducta**

- Hospitalizar. Admisión en AIM hasta definir diagnóstico
- Suspender la vía oral
- Colocar líquidos endovenosos isotónicos
- Aplicar una dosis de antiH<sub>2</sub>, de antiespasmódico y analgésico
- Valoración por especialista
- Si hay alta sospecha de patología biliar solicitar ecografía de hígado y vías biliares
- Si hay sospecha de patología urinaria solicitar parcial de orina
- Si hay sintomatología del tracto respiratorio solicitar radiografía de tórax

**Signos y síntomas localizados en cuadrante superior izquierdo**

En esta localización es menos frecuente que se presenten síntomas en ausencia de trauma. Lo primero que se debe tener en cuenta en pacientes que se presentan con dolor abdominal no traumático en esta localización son catástrofes vasculares como Aneurisma Aórtico Abdominal o Aneurisma de Arteria Esplénica, patologías relacionadas con el bazo como Infarto Esplénico, esplenomegalia y enfermedades que comprometan el colon. Otras causas a tener en cuenta son:

- Patología urológica
- Pancreatitis
- Isquemia miocárdica
- Patología pulmonar
- Enfermedad acidopéptica
- Pericarditis
- Herpes Zóster
- Fracturas costales
- Absceso subdiafrágmatico

**Conducta**

- Hospitalizar. Admisión en AIM hasta definir diagnóstico
- Suspender la vía oral
- Colocar líquidos endovenosos isotónicos
- Aplicar una dosis de anti H<sub>2</sub>, de antiespasmódico y analgésico
- Valoración por especialista
- Si hay alta sospecha de patología biliar solicitar ecografía de hígado y vías biliares
- Si hay sospecha de patología urinaria solicitar parcial de orina
- Si hay sintomatología del tracto respiratorio solicitar radiografía de tórax

**Signos y síntomas localizados en el cuadrante inferior derecho**

Cuando el dolor está localizado en el hemiabdomen inferior es de suma importancia tener en cuenta el sexo del paciente al momento de hacer el diagnóstico, debido a que en las mujeres se aumenta el número de diagnósticos diferenciales. Las patologías más frecuentemente localizadas en este cuadrante son:

- Apendicitis
- Diverticulitis
- Patología urológica
- Hematoma de pared
- Absceso del Psoas
- Herpes Zóster
- Adenitis mesentérica
- Aneurisma aorta abdominal
- Enteritis
- Aneurisma de la arteria iliaca
- Hernia de disco

En las pacientes mujeres sospechar además:

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Quiste torcido de ovario
- Embarazo ectópico
- Mittelschmerz
- Absceso ovárico
- Endometriosis

**Conducta**

- Hospitalizar. Admisión en AIM hasta definir diagnóstico
- Suspender la vía oral
- Colocar líquidos endovenosos
- Valoración por especialista
- No aplicar analgésicos
- No aplicar antibióticos
- Solicitar paraclínicos de acuerdo a la sospecha clínica

**Signos y síntomas localizados en el cuadrante inferior izquierdo**

Las patologías a considerar son:

- Diverticulitis
- Absceso del Psoas
- Absceso diverticular
- Enfermedad de Crohn
- Neoplasia perforada
- Hematoma de pared
- Obstrucción intestinal
- Patología urológica
- Colitis
- Herpes Zóster

- Aneurisma aorta abdominal
- Aneurisma arteria ilíaca
- Hernia de disco
- Y en las mujeres sospechar además las patologías mencionadas en el cuadrante inferior izquierdo

**Conducta:**

- Hospitalizar. Admisión en AIM hasta definir diagnóstico
- Suspender vía oral
- Colocar líquidos endovenosos isotónicos
- Solicitar paraclínicos de acuerdo a la sospecha clínica
- No dar analgésicos
- No dar antibióticos
- Valoración por especialista

**Consideraciones generales**

- En toda paciente mujer con signos y síntomas localizados en el cuadrante inferior del abdomen es **mandatorio** realizar tacto vaginal
- A todo paciente **remitido** de instituciones de otro nivel de atención con impresión diagnóstica de dolor abdominal se debe solicitar la valoración por cirugía
- El cirujano es el médico que posee el mejor enfoque diagnóstico del paciente con abdomen agudo y quien será el responsable en la mayoría de los casos de su manejo, por esta razón su evaluación no debe solicitarse tardíamente
- En los grupos denominados especiales el Abdomen Agudo se comporta como una entidad más compleja

y la morbimortalidad es mayor, por lo cual desde el ingreso requieren de manejo especializado

- **Para prevenir complicaciones como broncoaspiración, colocar sonda nasogástrica en pacientes con**

- Hematemesis
- Distensión abdominal
- Vómito intenso
- Ileo paralítico
- Pacientes con alteraciones del sensorio
- Intoxicados
- Gravemente enfermos
- Ancianos

**Conducta**

- Solicitar paraclínicos de acuerdo a la sospecha clínica
- No dar analgésicos
- No dar antibióticos
- Valoración por especialista
- Si un paciente con dolor abdominal agudo presenta dolor **intolerable**, entonces aplicar una dosis única de opiáceos
- Solicitar exámenes solo si sus resultados van a modificar la conducta

A continuación se muestra en la Figura 1 el flujograma del manejo del abdomen agudo e inmediatamente después la Figura 2 que muestra el flujograma de manejo para paciente con Abdomen Agudo pero con dolor localizado.

**Figura 1. Flujograma de manejo de Abdomen Agudo**

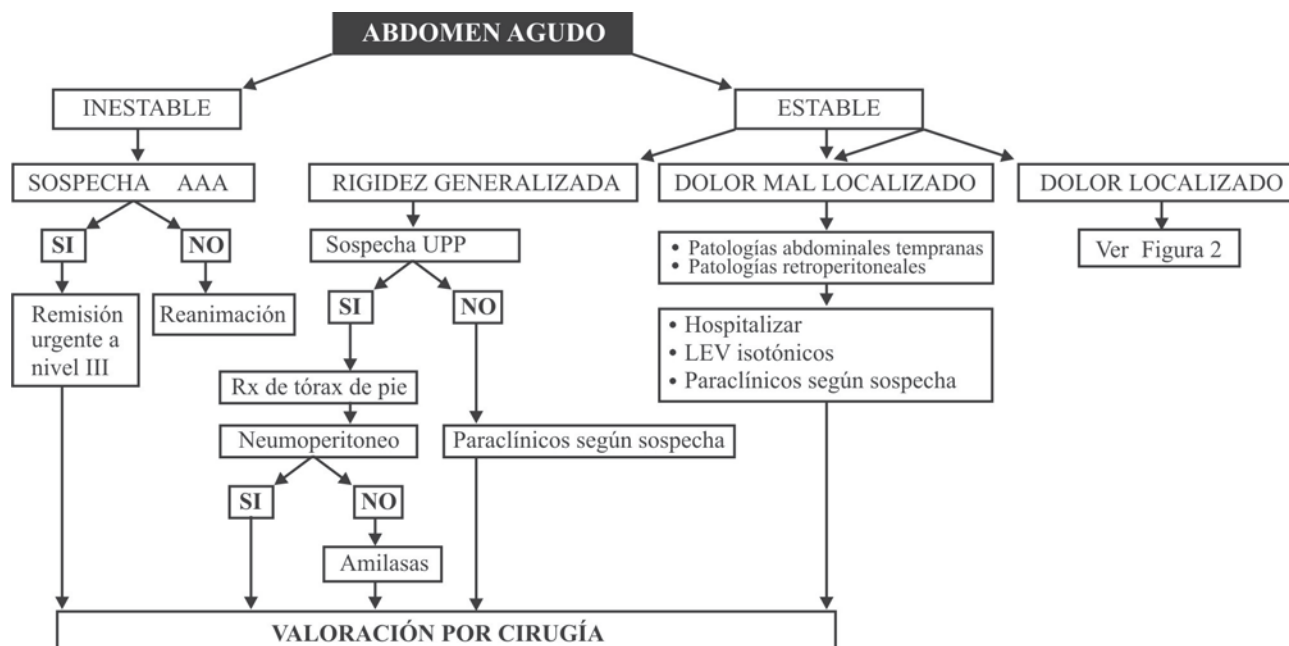
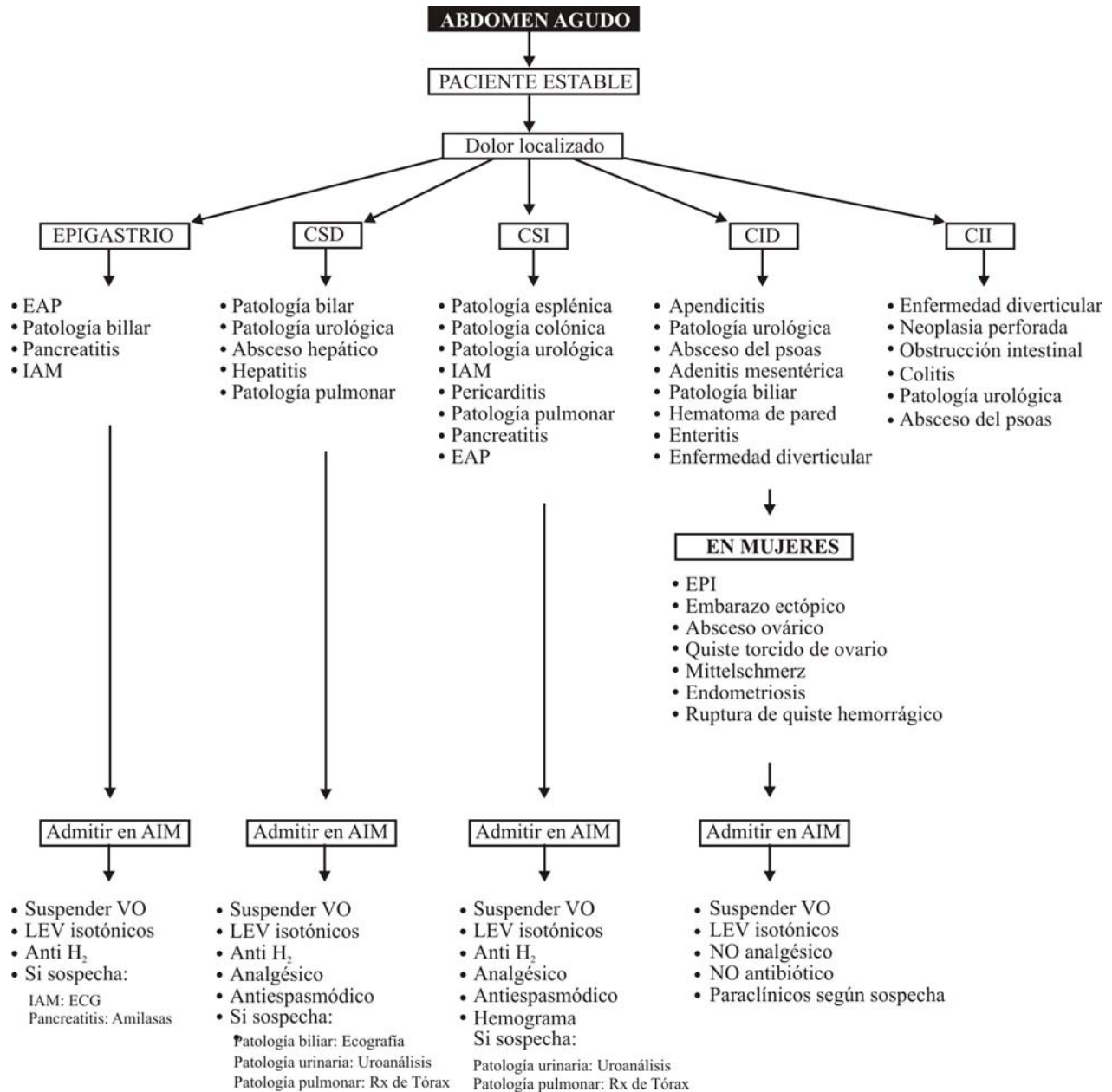




Figura 2. Flujoograma de manejo para paciente con Abdomen Agudo y dolor localizado



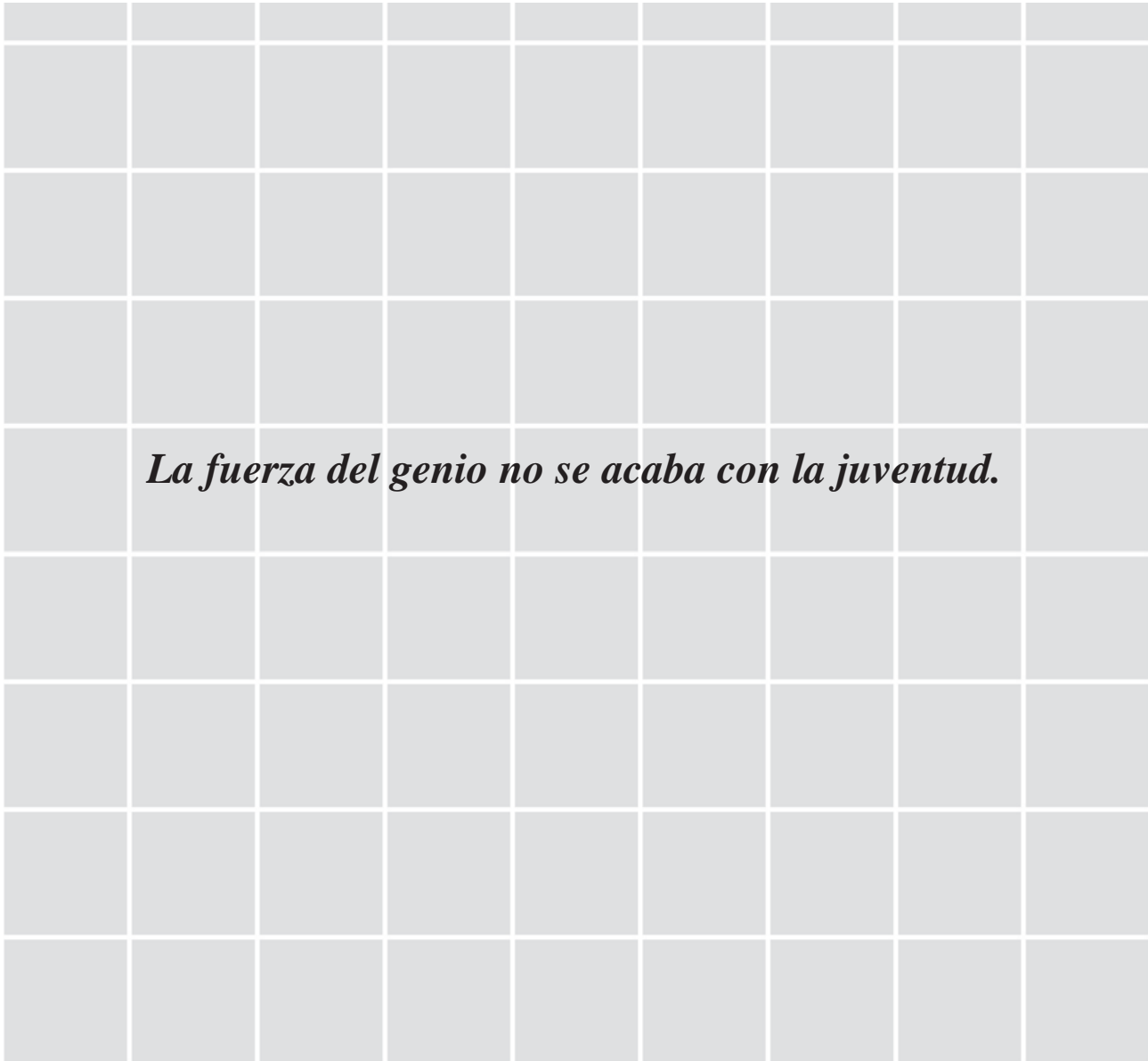
**Leyenda de las siglas empleadas**

- AAA: Aneurisma aórtico abdominal
- EAP: Enfermedad ácido péptica
- UPP: Úlcera péptica perforada
- CII: Cuadrante inferior izquierdo
- CSD: Cuadrante superior derecho
- CID: Cuadrante inferior derecho
- CSI: Cuadrante superior izquierdo

- VO: Vía oral
- IAM: Infarto agudo del miocardio
- EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria
- LEV: Líquidos endovenosos
- ECG: Electrocardiograma
- Anti H<sub>2</sub>: Bloqueador receptor histamina 2
- AIM: Área Intensiva Municipal

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- Diethelm AG. The acute abdomen in Sabiston D.C. Text book of surgery. Saunders and company, Thirteen Edition, 1986; 1:790.
- Golden GT, Shaw A. Primary peritonitis. Surg Gyn and Obst 1972; 135:513.
- Gleen F, Thorbjarnarson J. The surgical treatment of acute cholecystitis. Surg Gyn and Obst 1963; 116:61.
- Haslett H, Chilvers E R, Hunter J A, Boon NA. Davinson's. Principles and Practice of Medicine, 18th Ed. Churchill-Livingstone, London 1999.p.599 -736.
- Jung PJ and Merrell RC. Acute abdomen. Gastroenterology Clinics of N Amer 1988; 17:227.
- Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. American Journal Emergency Medical 1998; 16(4):357.
- Rodríguez-Loeches J. Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo. Editorial Científico Técnica; 1979.p.89.
- Sabiston D.C., Kim Lgerly H. Sabiston Essentials of Surgery. 2nd Ed. W. B. Saunders, Philadelphia; 1994.p.274-281.
- Schwartz SI. Principles of Surgery, 7th Ed. McGraw-Hill. New Cork; 1999.p.1181- 1551.
- Salky BA, Edey MB. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain. Surgery Endoscopy 1998; 12(7):911.
- Staniland JR, Ditchborn J. De Dombal FF. Clinical presentation of acute abdomen: Study of 600 patients. Brit Med Journal 1972; 3: 393.
- Steinerherber FU. Medical conditions mimicking de acute surgical abdomen. Medical Clin of N. Amer 1973; 57:1559.
- Synnott K, Mealy K, Merry C, Kyne L, Keana C, Quill R. Timing of surgery for fulminating pseudomenbranoues colitis. British Journal of Surgery 1998; 85(2):229.
- Martin, Ronald MD. And Rossi Ricardo L. MD. The Surgical Clinics of North America. The Acute Abdomen, 1997; p1227-1243.



*La fuerza del genio no se acaba con la juventud.*