



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO TERAPÉUTICO DEL ABDOMEN AGUDO EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD

NOLASCO CORDOVA JAIME RAFAEL
MÉDICO

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO TERAPÉUTICO DEL ABDOMEN AGUDO EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

NOLASCO CORDOVA JAIME RAFAEL
MÉDICO

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO TERAPÉUTICO DEL ABDOMEN AGUDO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD

NOLASCO CORDOVA JAIME RAFAEL
MÉDICO

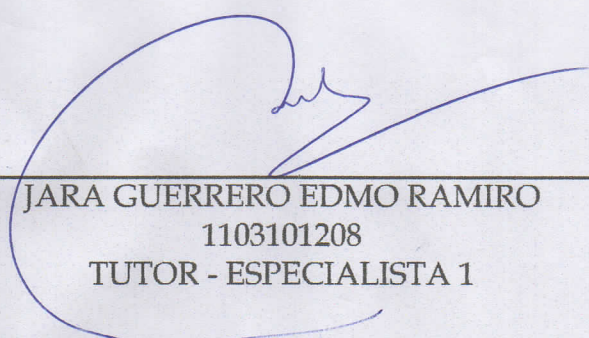
JARA GUERRERO EDMO RAMIRO

MACHALA, 01 DE FEBRERO DE 2019


MACHALA
01 de febrero de 2019

Nota de aceptación:

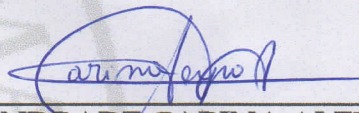
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado MANEJO TERAPÉUTICO DEL ABDOMEN AGUDO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



JARA GUERRERO EDMO RAMIRO
1103101208
TUTOR - ESPECIALISTA 1



CUENCA BUELE SYLVANA ALEXANDRA
0702834045
ESPECIALISTA 2



SERPA ANDRADE CARINA ALEXANDRA
0302005913
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: viernes 08 de febrero de 2019 - 10:34

Urkund Analysis Result

Analysed Document: JAIME RAFAEL NOLASCO CÓRDOVA.docx (D47096095)
Submitted: 1/22/2019 4:12:00 AM
Submitted By: jnolasco_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, NOLASCO CORDOVA JAIME RAFAEL, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado MANEJO TERAPÉUTICO DEL ABDOMEN AGUDO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

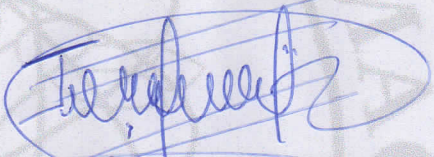
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de febrero de 2019



NOLASCO CORDOVA JAIME RAFAEL
0705214005

RESUMEN

Introducción: Abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración en casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto, requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata. De todo esto mediante estudios podemos definirlo como un abdomen agudo quirúrgico o como un abdomen agudo no quirúrgico siendo este último de manejo en la atención primaria de salud, así el tratamiento inicial debe dirigirse a una historia clínica detallada y un examen físico minucioso llegando a ser muy importantes para establecer la aproximación correcta al diagnóstico clínico. El tratamiento inicial que se debe seguir en un dolor abdominal agudo incluye: control de signos vitales, oximetría de pulso, monitoría electrocardiográfica, acceso intravenoso y oxígeno con base en su condición clínica. Al mismo tiempo, en la mayoría de los casos se debe suspender la vía oral y no utilizar analgésicos dado que pueden enmascarar aún más el cuadro clínico, puesto que de por sí los cambios con el envejecimiento, la comorbilidad y los medicamentos son factores que dificultan la realización de un diagnóstico precoz y una conducta terapéutica adecuada. **Objetivo:** Describir las medidas terapéuticas adecuadas para el manejo del abdomen agudo, mediante la investigación bibliográfica de artículos científicos para la realización del trabajo de titulación. **Metodología:** Se realizó una investigación bibliográfica de los últimos 5 años en artículos científicos referentes al tema. **Conclusiones:** Por largo tiempo se ha privado de analgesia a pacientes con abdomen agudo por la errónea concepción de que el uso de analgésicos pudiera ocultar síntomas relevantes para la correcta evaluación del cuadro. Numerosos son los estudios que demuestran que el uso de analgésicos, en su mayoría opioides, no dificultan e incluso facilitan la evaluación del enfermo. Hay reportes que demuestran incremento del éxito diagnóstico debido a que disminuyen la ansiedad del paciente y relajación de la resistencia muscular voluntaria, permitiendo un examen clínico adecuado

Palabras claves: dolor abdominal, causas, diagnóstico, tratamiento, analgésicos

ABSTRACT

Introduction: Acute abdomen is defined as a syndrome characterized by abdominal pain of acute installation, lasting more than 6 hours, progressive and potentially fatal; that causes local and systemic alterations that depend on the etiology and its evolutionary stage, therefore they require an opportune and immediate diagnosis and treatment immediately. From all this through studies we can define it as an acute surgical abdomen or as an acute non-surgical abdomen being the latter of management in primary health care, so the initial treatment should be directed to a detailed clinical history and a thorough physical examination becoming very important to establish the correct approach to the clinical diagnosis. The initial treatment to be followed in acute abdominal pain includes: vital signs control, pulse oximetry, electrocardiographic monitoring, intravenous access and oxygen based on their clinical condition. At the same time, in most cases the oral route should be discontinued and no analgesics should be used since they can mask the clinical picture even more, since changes with aging, comorbidity and medications are factors that make it difficult the realization of an early diagnosis and an adequate therapeutic behavior. **Objective:** To know the adequate therapeutic measures for the management of acute abdominal pain, through the bibliographic research of scientific articles for the realization of the titration work. **Methodology:** A bibliographic investigation of the last 5 years was carried out in scientific articles on the subject. **Conclusions:** For a long time patients with abdominal pain have been deprived of analgesia due to the erroneous conception that the use of analgesics could hide relevant symptoms for the correct evaluation of the symptoms. Numerous studies show that the use of analgesics, mostly opioids, do not hinder and even facilitate the evaluation of the patient. There are reports that show an increase in diagnostic success due to the decrease in patient anxiety and relaxation of voluntary muscular resistance, allowing an adequate clinical examination

Keywords: abdominal pain, causes, diagnosis, treatment, analgesics

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	6
DESARROLLO	8
CONCEPTO	9
CAUSAS	9
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABDOMEN AGUDO	10
Examen físico	10
CLASIFICACIÓN	11
FISIOPATOLOGÍA	13
DIAGNÓSTICO	14
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
TRATAMIENTO	16
CONCLUSIÓN	19
BIBLIOGRAFÍA	20

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es originado por una amplia gama de enfermedades y trastornos que son, en la mayoría de los casos, de origen benigno; sin embargo, en algunas situaciones, se debe a un proceso grave o enfermedad que pone en peligro la vida. (2)

“Se define como un síndrome doloroso, habitualmente severo, de menos de una semana de evolución y que suele presentarse con otros signos y síntomas de inflamación peritoneal, que con frecuencia requiere manejo médico o quirúrgico de urgencia. Desde el punto de vista operativo, en el servicio de cirugía de la universidad y en el hospital se ha definido el abdomen agudo como: todo dolor abdominal que obliga al paciente a consultar de manera urgente”. (1)

“El abdomen agudo debe ser considerado, por tanto, como un auténtico desafío clínico. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales o de aquellos factores que con frecuencia conducen a error. Tres ejemplos representativos son el paciente anciano, el sexo femenino y la inmunosupresión”. (3)

“La agresión a la cavidad peritoneal despierta una respuesta general inflamatoria común, que fisiopatológicamente cursa en cuatro fases: a) fase de ataque etiopatogénico; b) fase de respuesta inflamatoria local; c) fase de respuesta inflamatoria sistémica y d) fase de fracaso”. (4)

Por muchos años, la indicación de analgesia en pacientes con abdomen agudo se ha considerado prohibida o se ha diferido al menos hasta establecer el diagnóstico definitivo por temor a enmascarar los síntomas. Generar un cambio en la exploración física u obstruir el proceso de diagnóstico de una enfermedad tratable quirúrgicamente. (5)

“El tratamiento inicial que se debe seguir en un dolor abdominal agudo incluye: control de signos vitales, oximetría de pulso, monitoría electrocardiográfica, acceso intravenoso y oxígeno con base en su condición clínica. Al mismo tiempo, en la mayoría de los casos se debe suspender la vía oral y no utilizar analgésicos dado que pueden enmascarar aún más el cuadro clínico, puesto que de por sí los cambios con el envejecimiento, la comorbilidad y los medicamentos son factores que dificultan la realización de un diagnóstico precoz y una conducta terapéutica adecuada”. (1)

DESARROLLO

El término abdomen agudo fue propuesto desde el Lankenau Hospital, en Filadelfia, por John B. Deaver. La frase se popularizó y es asumida universalmente para referirse a cualquier afección aguda de la cavidad abdominal que necesita tratamiento urgente, en ocasiones médico, pero la mayoría de las veces quirúrgico en cuyo caso debe llamarse abdomen agudo quirúrgico. (6)

“El abdomen agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por abdomen agudo. Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta abdomen agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas. En general, 10% a 25% de los pacientes con abdomen agudo presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico”. (7)

El abdomen agudo es una causa común de consulta en los servicios de urgencias. Es uno de los tres síntomas principales por los cuales los pacientes acuden al servicio de urgencias y representa entre el 5% y el 10% de todas las enfermedades tratadas en el servicio de urgencias (Stone 1998). Las causas más comunes de abdomen agudo son apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal, cólico urinario, gastritis, úlcera péptica perforada, gastroenteritis, pancreatitis, diverticulitis, trastornos ginecológicos en mujeres y abdomen agudo no quirúrgico (Ahn 2002). Las opciones de diagnóstico que permiten la diferenciación entre problemas abdominales agudos graves y menos graves son la historia clínica, la exploración física y los resultados de pruebas de laboratorio generales (Mahler 2004). (5)

CONCEPTO

Abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con duración en casos mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata. (8)

CAUSAS

“En un estudio realizado en el Hospital de San Bernardo, Chile, indican que la causa del abdomen agudo en 71,4% de los casos de la población menor de 65 años responde sólo a dos etiologías: apendicular (47,9%) y biliopancreática (23,5%). Para los pacientes de más de 65 años los diagnósticos de abdomen agudo cambian significativamente. El 71% de los casos está dado por cuatro causas: patología biliopancreática (31,1%), obstrucción intestinal (17,7%), hernia complicada de la pared abdominal (13,3%) y enfermedad ulcerosa péptica (8,9%). La apendicitis aguda fue significativamente menos frecuente en este grupo etario y sólo representó el 6,7% de los cuadros. Igualmente son menos frecuentes los cuadros de origen ginecológico y los de dolor abdominal no específico como causa de hospitalización”. (9)

En un estudio realizado en el Hospital de Caldas entre julio y diciembre del 2002, indica que “las principales causas de dolor abdominal agudo fueron enfermedad del tracto biliar, enfermedad ácido péptica y enfermedades cardiovasculares. La enfermedad del tracto biliar es descrita como la principal causa en la literatura revisada; sin embargo, en cuanto a la distribución etiológica se encuentran diferencias frente a enfermedad diverticular, dolor abdominal inespecífico, apendicitis, neoplasias y obstrucción intestinal que en la literatura tienen una presentación mucho más frecuente”. (10)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABDOMEN AGUDO

Dolor abdominal: aparición, tiempo de evolución, localización, intensidad, características, irradiación y síntomas acompañantes (fiebre, escalofríos, anorexia, náusea, vómitos, diarrea, estreñimiento, pérdida de peso, hemorragia digestiva, cuadro confusional, disnea, tos, síntomas miccionales, ictericia, coluria, flujo vaginal y otros) (11)

A: Alergias

M: AINES (diclofenaco, aspirina), corticoides, antibióticos, anticoagulantes, tiazídicos y otros.

P: Antecedente de cirugía abdominal, úlcera gastrointestinal, gastritis, cardiopatías, HTA, diabetes, coleditiasis, hernias, embarazo, episodios similares previos y otras.

L: Alcohol, cigarrillo y drogas.

I: Ingesta de comida (lugar y tipo).

A: Lugar del evento, estrés.

• Fecha de última menstruación. • Es importante identificar si el dolor abdominal es súbito o tiene antecedentes de varias horas o días, y si el paciente tiene estabilidad hemodinámica, pues esto orientará el diagnóstico diferencial y, por tanto, permitirá el tratamiento temprano (por ejemplo, probables signos de apendicitis días antes orientan a shock séptico, o dolor súbito abdominal en paciente hipertenso orienta a disección aórtica y shock hipovolémico).(11)

Examen físico

Inspección: General: ictericia, diaforesis, palidez, grado de agitación, posición antiálgica. Abdomen: cicatrices, fístulas, abscesos, heridas, hematomas, distensión abdominal, peristaltismo visible, lesiones cutáneas, asimetrías abdominales, circulación colateral.(11)

Auscultación: Ruidos hidroaéreos ausentes o aumentados, y soplos arteriales.

Palpación: Defensa local o difusa, presencia de tensión abdominal, masas o visceromegalias, signo de Blumberg (11)

Percusión: Timpanismo, puño-percusión positivo o negativo.(11)

CLASIFICACIÓN

I . ABDOMEN AGUDO DE TIPO INFLAMATORIO

II . ABDOMEN AGUDO DE TIPO OBSTRUCTIVO

III. ABDOMEN AGUDO DE TIPO PERFORATIVO

IV. ABDOMEN AGUDO DE TIPO VASCULAR

V. ABDOMEN AGUDO TRAUMÁTICO

VI. DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO ESPECÍFICO

Tipo de abdomen agudo	Característica
Abdomen agudo de tipo inflamatorio	Pacientes con patologías inflamatorias intraabdominales tales como: Apendicitis, peritonitis, abscesos intraabdominales, diverticulitis, pancreatitis, y otras entidades que produzcan inflamación o infección intraabdominal; por lo general son pacientes menores de 30 años y pueden o no necesitar un tratamiento quirúrgico.
Abdomen agudo de tipo obstructivo	Pacientes con patologías obstructivas intraabdominales como: hernias, bridas, eventraciones, masas, vólvulos, intususcepción, obstrucciones de vísceras huecas; por lo general son pacientes mayores de 30 años, poseen antecedentes de cirugías previas. Estos pacientes requieren con mayor frecuencia un tratamiento quirúrgico.
Abdomen agudo de tipo perforativo	Pacientes con patologías perforativas intraabdominales como: Úlcera perforada, colecistitis perforada, neoplasias perforadas, perforaciones de órganos intraabdominales; por lo general son pacientes mayores de 60 años. El

	<p>diagnóstico tardío presenta alta morbilidad y mortalidad y generalmente siempre son quirúrgicos.</p>
<p>Abdomen agudo de tipo vascular</p>	<p>Pacientes con patologías vasculares intraabdominales que producen hemorragia y/o isquemia como: embarazo ectópico roto, aneurisma de aorta abdominal, accidentes vasculares mesentéricos arteriales o venosos, y otras causas de hemorragia intraabdominal o retroperitoneal; generalmente son pacientes mayores de 60 años. El dolor abdominal no corresponde con los hallazgos al examen físico y se requiere un diagnóstico temprano.</p>
<p>Abdomen agudo traumático</p>	<p>Pacientes con patologías dolorosas agudas intraabdominales, pero con trauma abdominal previo como: hematoma de la pared abdominal y lesiones abdominales y retroperitoneales traumáticas</p>
<p>Dolor abdominal no específico (NSAP)</p>	<p>Pacientes con patologías dolorosas agudas intraabdominales no traumáticas cuya etiología no se ha logrado definir y en el cual se descartan las causas más comunes de Abdomen Agudo; generalmente corresponde a pacientes de sexo femenino, jóvenes previamente sanos, usualmente presentan depresión y/ o trastornos psico-sociales, usualmente el dolor es menos intenso y mayor de 24 horas y las manifestaciones clínicas adicionales están ausentes o son atípicas.</p>

Fuente: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen_agudo.pdf. Clasificación del abdomen agudo. (12)

El tipo de dolor abdominal agudo puede ser, en función de su origen: abdominal o extraabdominal. Abdominal: el que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, en cualquier víscera sólida o estructura abdominal (hígado, bazo, páncreas, páncreas, vesícula o mesenterio), del sistema genitourinarios, de la columna vertebral, de la piel o estructuras blandas de la pared abdominal. Extraabdominal: cuyo origen puede situarse fuera del abdomen, como tórax, estructuras ORL o bien neuropsicológico(13)

“En una de las varias clasificaciones existentes, el abdomen agudo se clasifica en traumático o no traumático. A su vez, este último se clasifica en falso (causa extraabdominal) o verdadero (causa intraabdominal), el cual puede requerir tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. De acuerdo con su etiología, las enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico son de causa obstructiva, inflamatoria o vascular”. (14)

El abdomen agudo puede clasificarse según su etiología en: obstructivo (obstrucciones congénitas o adquiridas), inflamatorio (apendicitis aguda, diverticulitis, etc), traumático (trauma cerrado o penetrante), vascular (poco frecuente en la edad pediátrica, en el cual se encuentran patologías como la isquemia mesentérica o las complicaciones secundarias al aneurisma de aorta abdominal) o misceláneo (corresponde a una combinación de los anteriores).(15)

FISIOPATOLOGÍA

Fisiopatológicamente, el dolor abdominal agudo puede ser de tres tipos: dolor visceral, dolor somático o peritoneal y dolor referido(13)

1) El visceral, producido por distensión, espasmo, isquemia e irritación, el cual que se manifiesta como un síntoma profundo, difuso y mal localizado, que en cuadros severos se acompaña de hiperestesia, hiperbaralgesia y rigidez muscular involuntaria, 2) El dolor somático, síntoma más

agudo y localizado que se origina desde el peritoneo parietal, raíz del mesenterio y diafragma, y 3) El dolor referido, relacionado con el sitio del proceso original y manifestado en el trayecto de una metámera o de una extensión inflamatoria o infecciosa(8).

Los receptores de dolor visceral que están localizados en las superficies de la serosa, mucosa y muscular de las vísceras huecas y en el mesenterio, responden a los estímulos químicos, a la distensión y a la isquemia a través de fibras C amielínicas de dolor visceral, que entran a la médula espinal de forma bilateral y a múltiples niveles, haciendo que el dolor sea pobremente localizado, inespecífico y percibido a nivel de la línea media. Hay tres áreas de dolor con diferentes asociaciones anatómicas: las que vienen del intestino anterior (esófago y estómago) que son percibidas en el área epigástrica, las del intestino medio (intestino delgado) que se sienten en el área periumbilical y el dolor de las estructuras del intestino posterior (colon) que es percibido en el hemiabdomen inferior.(15)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de abdomen agudo engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente, con carácter de síntoma importante que requiere un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de un tratamiento quirúrgico urgente. La interpretación del dolor abdominal agudo constituye uno de los desafíos más importantes a los que tiene que hacer frente el médico, debido a que en primera instancia debe resolver si la patología responsable del cuadro va a ser pasible de tratamiento médico o quirúrgico. (16)

“Se estima que hasta 10% de las consultas médicas de urgencia son motivadas por un cuadro de abdomen agudo (AA), su correcta evaluación es el paso fundamental para instituir un tratamiento adecuado y oportuno”. (9)

Para una correcta orientación es imprescindible una cuidadosa anamnesis (características de dolor, tiempo de evolución, número de episodios similares) y una detallada exploración física (desde la existencia de signos que orienten a un cuadro quirúrgico, a la normalidad en la exploración que nos oriente a un dolor abdominal funcional) (16) Nada puede sustituir a una historia clínica detallada. En los casos de dolor abdominal agudo, muchas veces se puede establecer el diagnóstico fácilmente(17)

Las exploraciones complementarias nos ayudarán en el diagnóstico, una vez hayamos orientado el dolor abdominal mediante la anamnesis y la exploración física. Las exploraciones iniciales a considerar comprenden: analítica sanguínea (hemograma con VSG, glucemia, función hepática y renal, amilasa, lipasa), ecografía abdominal, analítica de orina, investigación parásitos (en especial Giardia lamblia), prueba del aliento con urea marcada con C13 y prueba del hidrógeno espirado.

“Conforme la población envejece, un número cada vez mayor de pacientes tendrá cuadros abdominales agudos que requieran atención. El anciano acude al médico en etapa tardía de su enfermedad y con frecuencia tiene otros trastornos concomitantes. El diagnóstico del cuadro abdominal agudo en estos pacientes es complicado por la falta relativa de signos físicos. Los problemas quirúrgicos en éste también tienden a causar más rápidamente la muerte que en los de menor edad y ello destaca una vez más la necesidad de un diagnóstico rápido en el individuo anciano que acude al médico por dolor abdominal”. (10)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial del abdomen agudo consideraremos como causas más frecuentes:

– Causas orgánicas: estreñimiento; intolerancia a la lactosa; parasitosis intestinales (especialmente por Giardia lamblia); gastritis por Helicobacter pylori; úlcera gastroduodenal; tumoraciones abdominales; enfermedad de Crohn; causas ginecológicas: dolores de ovulación, hematócolpos; litiasis urinaria; litiasis biliar; pancreatitis.(15)

– Causas funcionales: dispepsia funcional, síndrome del intestino irritable, dolor abdominal funcional.

(15)



Fuente: Gordó JMC. Del síntoma a la enfermedad : astenia. 2009;XI(Supl 17):425–31. Cuadro de diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo (17)

TRATAMIENTO

Por largo tiempo se ha privado de analgesia a pacientes con dolor abdominal por la errónea concepción de que el uso de analgésicos pudiera ocultar síntomas relevantes para la correcta evaluación del cuadro. Existen estudios que demuestran que el uso de analgésicos, en su mayoría opioides, no dificultan el diagnóstico, por el contrario, facilitan la evaluación del enfermo. Hay reportes que demuestran incremento del éxito diagnóstico debido a que disminuyen la ansiedad del paciente y relajación de la resistencia muscular voluntaria, permitiendo un examen clínico adecuado. (19)

En caso de iniciar analgesia, se recomienda como medicamento de primera línea, los AINEs, pero si existe algún indicio de falla renal o deshidratación asociada y particularmente si se necesita realizar escáner contrastado, es recomendable evitar el uso de estos fármacos. Si así lo fuere, una buena alternativa sería Paracetamol endovenoso. Es habitual la necesidad de complementar la analgesia con antiespasmódicos y antieméticos. No se recomienda usar opioides para el manejo del dolor en enfermos con patología biliar o pancreática. En otras palabras, el manejo analgésico inmediato y efectivo en el contexto de un paciente con dolor abdominal severo, no interfiere en la evaluación clínica, por el contrario es muy seguro, humanitario y eventualmente mejora el proceso diagnóstico.(19)

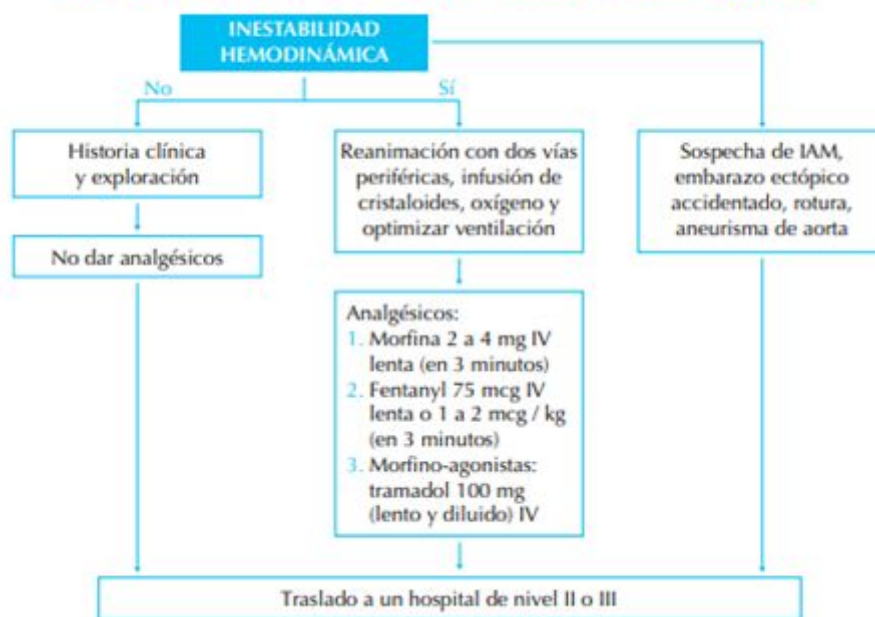
Son numerosas las contraindicaciones para el uso de AINEs, algunas muy frecuentes y conocidas, otras poco frecuentes y menos recordadas. Las contraindicaciones más frecuentes son: Insuficiencia renal crónica o aguda, insuficiencia cardíaca, alergia a AINEs, úlcera péptica o antecedentes de sangrado gastrointestinal, antecedentes de cirugía de bypass coronario, infarto agudo al miocardio reciente, uso de diuréticos e insuficiencia hepática. De las contraindicaciones menos recordadas derivan de su interacción con los anticoagulantes orales y antiplaquetarios (Aspirina, clopidrogel), litio, fenitoína, ciclosporina y otros AINEs, que muchas veces los pacientes toman de forma frecuente, pero no los mencionan al momento de la anamnesis. Especial cuidado se debe tener en la prescripción de AINEs en los adultos mayores, sobre todo en aquellos con comorbilidades que puedan repercutir en la función renal como la hipertensión arterial o la diabetes, y particularmente en aquellos enfermos que, de manera crónica, ya se encuentran utilizando medicamentos que puedan alterarla como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina(19)

En caso de dolor abdominal intenso, administre analgésicos morfínicos previa consulta al especialista del hospital receptor, si no hay contraindicaciones. • Morfina 2 a 4 mg IV lenta (en 3 minutos). • Fentanyl 75 mcg IV lenta o 1 a 2 mcg/kg (en 3 minutos). • Morfino agonistas: Tramadol 100 mg (lento y diluido IV)(11)

Desde el punto de vista del abordaje farmacológico es necesario diferenciar el dolor visceral con causa diagnosticada (sea oncológico o benigno) del dolor visceral funcional.(20)

Entre los nuevos antagonistas de los receptores μ periféricos (alvimopan, metilnaltrexona) aprobados por la FDA en 2008 la metilnaltrexona se presenta como una opción para atenuar el estreñimiento asociado a opioides. Al no atravesar la barrera hematoencefálica podría impactar positivamente sobre el manejo analgésico, minimizando uno de los efectos colaterales más limitantes. Sin embargo las indicaciones aprobadas son escasas, y uno de sus efectos colaterales más habituales es el dolor abdominal. Una opción planteada como beneficiosa en el manejo multidimensional del dolor crónico, se desestima por falta de indicación y potencial exacerbación de la clínica de base, pudiendo en cualquier caso abrir nuevas esperanzas al diseño de otros fármacos(20)

Algoritmo n.º 21 Dolor abdominal agudo



Fuente: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017300391>. Algoritmo del manejo del dolor abdominal agudo (19)

CONCLUSIÓN

Por mucho tiempo se ha prohibido la analgesia en pacientes con abdomen agudo por la errónea concepción de que el uso de analgésicos pudiera ocultar síntomas relevantes o enmascarar el cuadro clínico, para realizar el diagnóstico correcto. Existen muchos estudios que demuestran que el uso de analgésicos, en su mayoría opioides, no dificultan la evaluación del paciente, es más indican que facilitan la evaluación del paciente. Los resultados demuestran un incremento del éxito diagnóstico debido a que disminuyen la ansiedad del paciente y relajación de la resistencia muscular voluntaria, permitiendo un examen clínico adecuado y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. OCAMPO CHAPARRO JM, GONZÁLEZ HADAD A. Abdomen agudo en el anciano. Rev Colomb Cirugía [Internet]. 2006;21(4):266–82. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534474002>
2. Shoemaker S. International Phenomenological Society Self-Knowledge and " Inner Sense ": Lecture I: The Object Perception Model Published by: International Phenomenological Society Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/2108488> Self-Knowledge and " Inner Sense '. 2016;54(2):249–69.
3. Gindera LB, Donas KP, Torsello G, Bisdas T, Stavroulakis K. Significant CT-angiographic evidence of coexisting abdominal aortoiliac aneurysms with simple renal cysts and abdominal wall hernias. Minerva Chir. 2015;70(6):409–16. https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf
4. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Vázquez Gallego JM. Abdomen agudo. Med [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2016;12(7):363–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2016.03.012>
5. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain (Review). Cochrane Collab [Internet]. 2011;1(1):1–31. Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>
6. Rafael Casado Méndez PI, Peña Rosa YI, Michel Reyna Aguilar MI, Aurelio Méndez López III H, Magdalena Remón Elías LI, Méndez Jiménez OI. Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria Evaluation of the quality of the diagnosis of acute appendicitis in the primary and secondary care. Arch Med Camagüey [Internet]. 2016;20(1):25–35. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc161e.pdf>

7. Bejarano M, Ximena C, Góms R. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Rev Colomb Cir [Internet]. 2011;26(18):33–41. Available from: <http://www.revistacirugia.org/media/k2/attachments/FrecuenciaZdeZabdomenZagudoZquirrgico.pdf>
8. Montalvo Javé EE, Rodea Rosas H, Athié Gutiérrez C, Zavala Habib A. Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. Trauma. 2008;11(3):86–91. <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2008/tm083d.pdf>
9. Espinoza R, Balbontín P, Feuerhake S, Piñera C, Av G, San C. Abdomen agudo en el adulto mayor Acute abdomen in the elderly. Rev Méd Chile [Internet]. 2004;132:1505–12. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n12/art08.pdf>
10. Parra GS, MArulanda F, Santacoloma M, Osorio M, Chacón JA. Dolor abdominal agudo en el anciano en el Hospital de Caldas. Rev Colomb Gastroenterol. 2003;18(3):146–52. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572003000300006
11. Ruilova Davila, Dora; Guzman, Patricia; Pancho, Mario; Meneses C. Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas. Protocolos. 2011;1:171. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20PREHOSPITALARIA%20PARA%20EMERGENCIAS%20M%C3%89DICAS.pdf>
12. Arenas MS, Angarita HC, Centeno Contreras, Luis Alberto Grimaldos Villar LA, Serpa Reyes WG, Pradilla G, Fry D. Guías De Practica Clínica Basadas En La Evidencia-Abdomen Agudo. 1999;71. Available from: [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen agudo.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen%20agudo.pdf)
13. Lora-Gómez RE. Dolor abdominal agudo en la infancia. Pediatr Integr. 2010;14(5):379–84. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii04/02/219_228.pdf

14. Prieto RG, Carvajal GD, Santos JH, Upegui D, Rendón J. Unexpected causes of acute abdomen. *Rev Colomb Cirugía* [Internet]. 2016;31(4):269–75. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Herrera-toro N. Memorias XI Congreso Nacional Médicas UIS 2017 “ Urgencias Quirúrgicas , entre el arte y la experiencia ” Enfoque del abdomen agudo en Pediatría. 2018; http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000100071
16. Enfoque del Paciente con Dolor Abdominal. Manejo urgente del dolor abdominal agudo. *Medicina de urgencias-Guía diagnóstica y protocolos de actuación.*, 282 Intramed. https://www.intramed.net/sitios/librovirtual1/pdf/librovirtual1_32.pdf
17. Gordó JMC. Del síntoma a la enfermedad : astenia. 2009;XI(Supl 17):425–31. http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf
18. Gonzales EM. EDUCACION MEDICA CONTINUA Dolor abdominal en niños. *Rev la Soc Boliv Pediatría.* 2013;52(1):50–7. http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v52n1/v52n1_a12.pdf
19. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. Manejo Del Dolor Agudo En El Servicio De Urgencia. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. Clínica Las Condes; 2017;28(2):248–60. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017300391>
20. Peláez R, Fernández S, Aguilar JL. Tratamiento farmacológico del dolor abdominal visceral crónico. Evaluación crítica de la evidencia disponible. *Rev la Soc Esp del Dolor.* 2011;18(6):332–41. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n6/revisionmbe.pdf>