

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2	
		VIGENCIA	03/12/2021	
		PÁGINA 1 de 24		

GUÍA DE MANEJO DOLOR ABDOMINAL AGUDO

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 2 de 24	

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. DEFINICION	4
2. CLASIFICACIÓN:.....	4
2.1 DOLOR VISCERAL:	4
2.2 DOLOR SOMATICO:.....	4
2.3 DOLOR REFERIDO:	5
2.4 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL SITIO ANATÓMICO DE ORIGEN:.....	5
2.5 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA CONDUCTA TERAPÉUTICA:	5
3. DIAGNÓSTICO:	6
3.1 CÓDIGOS CIE 10:.....	6
3.2 ANAMNESIS	6
3.2.1 Antecedentes patológicos:	6
3.2.2 Localización del dolor:	7
3.3 Forma de instauración del dolor:	8
3.4 Características del dolor:	9
3.5 Irradiación del dolor:	9
3.6 Otros síntomas acompañantes	9
3.7 EXAMEN FÍSICO.....	10
3.7.1 Estado general:	10
3.7.2 Exploración torácica:	11
3.7.3 Exploración abdominal:	11
3.7.4 Tacto rectal y vaginal:	14
3.7.5 Otras:	14
3.8 CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACION ABDOMINAL.....	14
3.9 EXAMENES PARACLINICOS	15
3.9.1 Pruebas de laboratorio:	15
3.9.2 Electrocardiograma:	15
3.9.3 Radiología:	16
3.9.4 Otras exploraciones complementarias:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.10 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	16
4. PLAN DE MANEJO	18
4.1 PACIENTE INESTABLE:	18
4.2 PACIENTE ESTABLE:	19
5. CRITERIOS DE REMISIÓN.....	19
ANEXO.....	21
Algoritmo de manejo del dolor abdominal agudo.	21
BIBLIOGRAFIA	22

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 3 de 24	

METODOLOGÍA

Para la elaboración de la presente guía se hizo una revisión de las guías existentes en la institución relacionadas con los diagnósticos descritos.

En el Sistema integral de Calidad de la ESE Carmen Emilia Ospina, se encontró la siguiente guía –G-SU-06V1Guia_DolorAbdominal Agudo.

Posteriormente se hizo una búsqueda dirigida en la Internet en diferentes portales biomédicos (Biblioteca de la National Library of Medicine del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (pubmed), Cochrane, National Clearinghouse), con el fin de comparar su vigencia y de establecer el nivel de evidencia de cada una de las recomendaciones. Se usaron como criterios de búsqueda los términos Dolor Abdominal bajo los parámetros de Clinical Review, clinical practice y Guidelines practice.

Luego se hizo una búsqueda dirigida literatura colombiana y se revisaron las guías y protocolos de: LA FEDERACION PANAMERICANA DE FACULTADES DE MEDICINA (FEPAFEM), LAS GUIAS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, LAS GUIAS DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME), con el fin de comparar su vigencia y de establecer el nivel de evidencia de cada una de las recomendaciones.

Se hicieron adaptaciones con base en otras publicaciones mencionadas en la bibliografía.

Esta guía tendrá una vigencia de dos años y será la Gerencia quien designará el responsable de su revisión.

En vista de que las guías específicas que hacen parte de ésta, ya han sido liberadas y probadas no solo en esta institución sino en diferentes lugares del mundo, la presente guía no requiere de una prueba piloto que la valide.

	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 4 de 24	

1. DEFINICION

Clínicamente cursa con dolor súbito, agudo, urgente, evoluciona con rapidez, acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave.

2. CLASIFICACIÓN:

Hay tres tipos distintivos de dolor abdominal: dolor visceral, dolor somático, dolor referido.

2.1 DOLOR VISCERAL:

Se origina en órganos abdominales cubiertos por peritoneo visceral y las fibras de nervios aferentes viscerales conducen los impulsos a la médula espinal.

Los estímulos adecuados para el dolor visceral son los que se origina en su propio medio, (aumento de la tensión de la pared de las vísceras huecas por distensión o contracción espástica, Distensión de las cápsulas de vísceras sólidas, isquemia y algunas sustancias químicas). Es mal localizado alrededor de la zona media del abdomen. Los ejemplos característicos son los de una diarrea y una apendicitis en su estadio inicial.

2.2 DOLOR SOMATICO:

Es el que se origina en la pared abdominal, sobre todo el peritoneo parietal, la raíz de los mesenterios y el diafragma; es mediado por los aferentes raquídeos segmentarios. Se caracteriza por ser agudo, más claro, por estar localizado cerca al sitio de la estimulación; es característico el dolor de la apendicitis aguda cuando se origina peritonitis. Es decir a un proceso inflamatorio en peritoneo.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
	PÁGINA 5 de 24			

2.3 DOLOR REFERIDO:

Es el dolor localizado a una distancia considerable de la víscera enferma. Se presenta por la convergencia de las fibras aferentes en la misma neurona en un punto de la vía nerviosa para el dolor. Corresponde al dolor de cicatriz en operación previa ó el dolor referido a epigastrio en la apendicitis, el irradiado a hombro en la colecistitis. Entonces corresponde a un mecanismo reflejo Sin compromiso inflamatorio del peritoneo o peritonismo.

2.4 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL SITIO ANATÓMICO DE ORIGEN:

- Origen ginecológico: Salpingitis, embarazo ectópico, rotura uterina.
- Origen urinario: Absceso del tracto urinario, pielonefritis, neoplasia renal, rotura renal o vesical, cólico nefrítico.
- Origen vascular: Infección de prótesis, rotura de aneurisma, trombosis/ isquemia mesentérica.
- Origen abdominal: Apendicitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc.
- Origen torácico: Osteocondritis, Herpes, Neuropatía, distensiones musculares.

2.5 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA CONDUCTA TERAPÉUTICA:

Dolor abdominal agudo quirúrgico: También denominado Abdomen Agudo. La aparición rápida de dolor, dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en la Historia Clínica. Los signos de Peritonitis (dolor a la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 6 de 24	

las impresiones de la Historia clínica. Recordar que todos estos signos y síntomas pueden no darse en determinados grupos de edad.

Dolor abdominal agudo no quirúrgico: En este tipo de pacientes, la presencia de dolor a la palpación, localizado ó con defensa, evolución lenta (> 48 horas) y con historia de misma sintomatología anterior, sugiere estudio y seguimiento ambulatorio.

3. DIAGNÓSTICO:

3.1 CÓDIGOS CIE 10:

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
Abdomen agudo	R100
Dolor abdominal localizado en parte superior	R101
Dolor pélvico y perineal	R102
Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	R103
Otros dolores abdominales y los no especificados	R104

3.2 ANAMNESIS

Ante un paciente que acude por dolor abdominal es fundamental realizar una buena historia clínica de urgencias. Si no nos es posible realizarla correctamente a través del paciente recurriremos a los familiares o acompañantes.

3.2.1 Antecedentes patológicos:

Existencia de cirugía previa, episodios similares previos, enfermedades previas, hernias, ulcus, colelitiasis, ingesta de fármacos y alimentos, alcohol, diabetes, ciclo menstrual, fecha de la última regla (FUR), posibilidad de embarazo.

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 7 de 24	

3.2.2 Localización del dolor:

La localización del dolor tiene una gran importancia. El dolor vago y difuso, en la línea media, casi siempre es de origen visceral. La progresión de este tipo de dolor hacia la localización sugiere afectación del peritoneo parietal.

UBICACIÓN DEL DOLOR	CAUSA DEL DOLOR
Hipocondrio derecho	Colecistitis aguda, cólico biliar, úlcera duodenal, neumonía con reacción pleural, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda, hepatomegalia congestiva, herpes zoster, angor, absceso hepático, IAM, cólico nefrítico.
Epigastrio	Úlcera péptica, IAM, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis.
Hipocondrio izquierdo	Vólvulo gástrico, úlcera péptica, neumonía con reacción pleural, pancreatitis, pielonefritis, IAM, perforación gástrica, cólico nefrítico.
Fosa ilíaca derecha	Apendicitis, hernia incarcerada, litiasis renal. Diverticulitis de Meckel, adenitis mesentérica, salpingitis aguda, embarazo ectópico, cólico nefrítico.
Periumbilical	Trombosis mesentérica, pseudoobstrucción intestinal, Obstrucción intestinal, aneurisma de aorta, apendicitis aguda, divertículo de Meckel.
Hipogastrio	Pseudoobstrucción intestinal, patología urogenital.
Fosa ilíaca izquierda	Diverticulitis, hernia incarcerada, litiasis renal.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4	
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO			VERSIÓN	2
				VIGENCIA	03/12/2021
	PÁGINA 8 de 24				

Espalda	Aneurisma aorta abdominal, cólico nefrítico.
Sin localización concreta	Obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, vólvulo colónico, porfirias, gastroenteritis, intoxicación alimentaria, intoxicación por plomo, alcohol metílico.

3.3 Forma de instauración del dolor:

Para la valoración del dolor abdominal es fundamental conocer las horas de evolución del mismo, el comienzo del mismo, su relación con las comidas (ulcus péptico, pancreatitis, etc.), y la existencia de factores que agraven o mejoren el mismo.

FORMA DE INSTAURACION DEL DOLOR	CAUSA DEL DOLOR
Instauración Brusca	Embolia mesentérica, vólvulo colónico o gástrico, perforación de úlcera péptica, infarto de algún órgano abdominal, IAM, TEP, aneurisma aórtico disecante, rotura de embarazo ectópico, neumotórax espontáneo.
Instauración rápida	Trombosis arterial mesentérica, trombosis venosa mesentérica, perforación de víscera hueca, estrangulación de víscera hueca, pancreatitis, colecistitis aguda, cólico biliar y renal, diverticulitis, apendicitis, obstrucción intestinal alta.
Instauración gradual	Obstrucción intestinal, apendicitis, hernia abdominal estrangulada, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, perforación tumor digestivo, isquemia

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
	PÁGINA 9 de 24			

	intestinal, gastroenteritis, retención urinaria, obstrucción intestinal baja, salpingitis.
--	--

3.4 Características del dolor:

- **Constante.** En general debemos pensar en aquellos procesos que se acompañan de irritación peritoneal: Colecistitis, pancreatitis, isquemia mesentérica.

El dolor abdominal más intenso, que no cede con ninguna maniobra y que se acompaña de un estado general grave: Isquemia intestinal, disección aórtica o pancreatitis.

- **Cólico.** Pensaremos fundamentalmente en afectación de vísceras huecas: trombosis mesentérica, obstrucción intestinal u otras patologías relacionadas con vísceras huecas.

3.5 Irradiación del dolor:

- Patología del tracto biliar: Escápula derecha.
- Patología pancreática: Directamente a espalda “en cinturón”.
- Patología hepatobiliar: Hombro derecho.
- Patología renoureteral: Fosa ilíaca y genitales.

3.6 Otros síntomas acompañantes

SINTOMAS	CAUSA DEL DOLOR
Escalofríos	Peritonitis, colangitis.
Náuseas, vómitos	Colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, ulcus péptico.
Diarrea	Isquemia mesentérica, pseudoobstrucción intestinal.
Estreñimiento	Pseudoobstrucción intestinal.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 10 de 24	

Pérdida de peso	Trombosis mesentérica, ulcus péptico.
Cuadro confusional	Aneurisma, colecistitis, colangitis.
Disnea, tos y fiebre	Neumonía.
Fibrilación auricular	Trombosis mesentérica.
Síntomas miccionales	Cólico renoureteral, pielonefritis.
Flujo vaginal	Embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria.

3.7 EXAMEN FÍSICO

Además de la anamnesis, otro aspecto fundamental en la valoración del dolor abdominal es la exploración física. Esta debe incluir, además de los aspectos generales del paciente: exploración del tórax, exploración del abdomen, y exploración genital; ya que muchos dolores abdominales son dolores referidos de otro tipo de patologías.

3.7.1 Estado general:

- Determinar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, y pulsos arteriales (amplitud y frecuencia).
- Valorar capacidad del sujeto para responder a las preguntas y el nivel de conciencia.
- Grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis).
- Posición adoptada por el sujeto, su actitud y la sensación de enfermedad. En un abdomen agudo lo habitual es encontrar a un paciente con el estado general afectado, que guarda una posición antiálgica que mantiene el abdomen inmóvil para intentar aliviar el dolor. Puede ocurrir que se encuentre agitado, inquieto e hiperkinético, lo que nos debe orientar hacia un dolor cólico en relación con obstrucción de víscera hueca.

Claves diagnósticas:

Normotermia y bradicardia: Necrosis intestinal.

Hipotensión + taquicardia: Shock, hemorragia.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 11 de 24	

Ausencia de fiebre y taquicardia: Apendicitis, colecistitis, obstrucción de intestino delgado.

Hipotensión + obnubilación + dolor de espalda: Aneurisma aórtico.

Hipotensión + fiebre + ictericia: Colangitis.

3.7.2 Exploración torácica:

Realizaremos una exploración completa y sistemática que incluya la auscultación (descartar la fibrilación auricular, neumonía, etc.), la inspección y la palpación.

3.7.3 Exploración abdominal:

1. Inspección: Mediante la inspección podremos valorar la actitud del paciente, la inmovilidad y la respiración superficial, típicos del abdomen agudo.

La existencia de cicatrices de laparotomías previas, que nos pueden orientar a la existencia de bridas postoperatorias, como responsables del dolor.

Claves diagnósticas:

Signos externos de procesos infecciosos y traumáticos: Fístulas, abscesos, heridas, hematomas.

Distensión abdominal: Obstrucción intestinal, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea.

Peristaltismo visible o de lucha: Obstrucción intestinal.

Lesiones ó erupciones cutáneas: Herpes zoster, etc.

Circulación colateral: Hipertensión portal.

Asimetrías: Tumores abdominales.

2. Auscultación abdominal: Para que ésta sea valorable debemos efectuarla antes de la palpación para no alterar la frecuencia de los ruidos intestinales, y se prolongará más de tres minutos. La auscultación nos permite detectar anomalías de los movimientos peristálticos intestinales y de los pulsos arteriales.

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 12 de 24	

Claves diagnósticas:

Peristaltismo ausente: íleo intestinal, peritonitis, pancreatitis.

Peristaltismo aumentado: gastroenteritis aguda, inicio de obstrucción intestinal.

Ruidos hidroaéreos o borborigmos: son ruidos de lucha cuando hay aire y líquido abundantes en la luz intestinal.

Ruidos metálicos: obstrucción intestinal avanzada.

Soplos arteriales: estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre.

3. Palpación abdominal:

La palpación abdominal (superficial y profunda) debemos realizarla de forma sistemática, con suavidad y con las manos calientes, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, para evitar el componente de contracción muscular voluntaria y espontánea del paciente, que tiende a defenderse de algo que le va provocar dolor. Esta circunstancia es mucho más evidente en el niño y muy débil en el paciente anciano.

Valoraremos la tensión del abdomen (ascitis a tensión), y la presencia de masas o organomegalias.

Mediante la palpación abdominal podemos obtener una serie de hallazgos de gran utilidad para el diagnóstico:

- Maniobra de Blumberg o signo del rebote: el dolor selectivo a la descompresión abdominal es un dato esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal. Este signo puede estar ausente en el paciente anciano.
- La contractura involuntaria es un signo fidedigno de peritonitis. Suele ser una contractura parcial y cercan a la zona afecta. En la peritonitis generalizada, el dolor es difuso y el abdomen puede estar rígido con una gran contractura muscular; esto es lo que denominamos abdomen o vientre en tabla. Este dato puede estar ausente en muchos pacientes

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 13 de 24	

ancianos ó en los pacientes a los que se les han administrado analgésicos. Recordar que hay órganos abdominales que no producen irritación peritoneal, como son riñón, páncreas y la mayor parte del duodeno; de ahí la dificultad para diagnosticar procesos retroperitoneales.

- El signo de Murphy: dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración; es característico de la colecistitis aguda.
- Signo de McBurney: compresión dolorosa en el punto de McBurney (trazando una línea desde el ombligo a la EIAS derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores): apendicitis aguda.
- Signo de Rovsing: dolor en el punto de McBurney al comprimir el colon descendente: apendicitis aguda.
- Signo de Courvoisier- Terrier: palpación de la vesícula biliar: colecistitis aguda, ictericia obstructiva baja.
- Signo de Klein: dolor que cambia al colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo: apendicitis aguda, adenitis mesentérica.

En ocasiones puede palparse una masa abdominal, sobre todo en el paciente anciano debido a su delgadez y a la menor contractura muscular en presencia de irritación peritoneal: colecistitis aguda, diverticulitis, absceso pericólico, acúmulo de heces en colon, etc.

Es fundamental la exploración genital y de los orificios herniarios sistemáticamente.

No olvidar la búsqueda de los pulsos femorales. La palpación de una masa abdominal pulsátil dolorosa debe hacer pensar en un aneurisma de aorta abdominal.

La presencia de **globo vesical** suele ser muy doloroso y de fácil resolución mediante sondaje vesical.

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 14 de 24	

4. Percusión abdominal: Nos permite detectar variaciones de la normalidad. Lo habitual es la matidez hepática y la presencia de aire de forma discreta en el resto del abdomen. En la obstrucción intestinal la percusión va a ser fundamentalmente timpánica. No debemos olvidar la *puñopercusión renal bilateral*.

3.7.4 Tacto rectal y vaginal:

Nos permiten explorar el interior de ambas cavidades.

- Inspección de la zona sacrocoxígea, anal y perianal: fisuras, hemorroides, sangre, abscesos.
- Tono del esfínter, dolor al tacto.
- Presencia de masas, zonas ulceradas, fecalomas.
- Presencia o ausencia, y consistencia de heces en ampolla rectal.
- Dolor a la movilización del cervix o ambas fosas ilíacas, ocupación del espacio de Douglas (pared anterior).
- Tamaño y consistencia de la próstata.
- *Siempre debemos observar el dedo de guante* ⇒ sangre, mucosidad, color de las heces.

3.7.5 Otras:

Valoración del contenido gástrico por medio de SNG (sangrado digestivo, aspirado fecaloideo en obstrucción intestinal distal...).

3.8 CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACION ABDOMINAL

- Frecuencia respiratoria > 30 ó < 10 r.p.m.
- Ausencia o asimetría de pulsos periféricos.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Signos de hipoperfusión en piel y mucosas.
- Distensión abdominal.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 15 de 24	

- Hematomas o heridas.
- Ruidos de lucha o silencio abdominal.
- Duración > 6 horas.
- Presencia de masa pulsátil.

Pacientes ancianos ó con enfermedades crónicas pueden presentar una clínica atípica, por ejemplo, los pacientes sometidos a tratamiento con corticoides durante largo tiempo, pueden presentar una perforación intestinal sin signos detectables a la exploración física.

3.9 EXAMENES PARACLINICOS

Estas exploraciones están indicadas cuando con la historia clínica no se ha llegado a un diagnóstico, o para valorar el grado de repercusión clínica.

3.9.1 Pruebas de laboratorio:

- Hemograma: anemia (hemoperitoneo), leucocitos y desviación a la izquierda (procesos inflamatorios e infecciosos, leucopenia (sepsis) y plaquetopenia (sepsis, hiperesplenismo).
- Bioquímica: glucemia, urea y creatinina (para valorar la repercusión renal), electrolitos (en casos de obstrucción intestinal), amilasemia (sospecha de pancreatitis, elevada tres veces el valor normal), LDH y GOT (colecistitis aguda), bilirrubina (ictericia obstructiva, colangitis).
- Analítica de orina: hematuria (cólico renoureteral), piuria (infección urinaria), amilasuria (pancreatitis).
- Test de embarazo: (si posibilidad de gestación).

3.9.2 Electrocardiograma:

Fundamental para descartar IAM en dolor epigástricos, fundamentalmente en pacientes ancianos y diabéticos, y cualquier paciente con importantes factores de riesgo cardiovascular.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 16 de 24	

3.9.3 Radiología:

- RX Tórax postero-anterior y lateral: condensación pulmonar (neumonía, derrame pleural), neumoperitoneo (perforación de víscera hueca), deformidad diafragmática (traumatismo abdominal), elevación diafragmática (absceso subfrénico, pancreatitis).
- RX simple de abdomen: ausencia de la línea del psoas derecha (apendicitis aguda), imagen en “grano de café” (vólvulo), ausencia de aire en determinados tramos intestinales (obstrucción intestinal), dilatación de asas (obstrucción intestinal), cuerpos extraños.
- RX simple en bipedestación: se realiza sobre todo para confirmar obstrucción intestinal, mediante la visualización de niveles hidroaéreos.
- RX simple en decúbito lateral izquierdo: detecta niveles hidroaéreos o neumoperitoneo en hipocondrio derecho.

3.10 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las características del dolor, los síntomas acompañantes y la exploración nos deben permitir establecer la gravedad del cuadro y establecer un diagnóstico de presunción al menos de una serie de cuadros clínicos que requieren actuación médico-quirúrgica inmediata. Sin embargo, el elevado número de causas que pueden ser responsables del mismo y el carácter muchas veces inespecífico del mismo, pueden dificultar enormemente el diagnóstico.

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4	
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO			VERSIÓN	2
				VIGENCIA	03/12/2021
				PÁGINA 17 de 24	

CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL	MANIFESTACIONES
Rotura de Aneurisma abdominal	Dolor epigástrico intenso que irradia a la espalda, de inicio brusco (a veces presentan dolor desde hace varias semanas), con masa pulsátil en epigastrio. Suele darse en pacientes varones de edad avanzada. ECO-TAC abdomen.
Hemoperitoneo (rotura esplénica, etc.)	Dolor de comienzo súbito, con palidez y Shock, distensión abdominal, y leve peritonismo. ECO.
IAM (sobre todo inferior)	Dolor epigástrico fundamentalmente en pacientes ancianos o diabéticos, y en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. EKG.
Embarazo ectópico	Dolor anexial agudo acompañado muchas veces de signos de hipovolemia. ECO y β -HCG.
Perforación de víscera hueca	Dolor abdominal muy intenso súbito, con el paciente inmóvil, y signos de irritación peritoneal generalizada. RX Tórax PA: neumoperitoneo.
Obstrucción intestinal	Dolor cólico inicialmente con aumento de ruidos, posteriormente dolor continuo por irritación peritoneal con disminución de ruidos, abdomen distendido y timpanizado. RX simple de abdomen: asas dilatadas y niveles hidroaéreos.
Apendicitis aguda	Dolor periumbilical seguido de dolor en FID, vómitos, Blumberg (+), tacto rectal doloroso,

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 18 de 24	

	anorexia, fiebre y leucocitosis.
Colecistitis aguda	Dolor epigástrico y en HD, Murphy (+), fiebre y leucocitosis. AP de coledocitis ECO.
Pancreatitis aguda	Dolor epigástrico irradiado a espalda “en cinturón”, con leve defensa abdominal, disminución de ruidos. Amilasa.
Isquemia mesentérica	Dolor difuso, rectorragia y acidosis metabólica.
Diverticulitis aguda	Dolor intenso en FII, con signos de irritación peritoneal, Blumberg (+) ⇒ TAC Abdomen.
Cólico renoureteral	Dolor intenso en fosa renal que irradia por flanco hasta genitales. Hematuria.

4. PLAN DE MANEJO

Ante todo paciente que acude a un Servicio de Urgencias con un dolor abdominal agudo, debemos identificar primero los signos de gravedad y de compromiso vital, mediante la toma de constantes vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) y valorando el estado general del paciente. Nos podemos encontrar dos situaciones:

4.1 PACIENTE INESTABLE:

Este tipo de enfermos habrá que tratar y valorarlos en una unidad de críticos, procurando estabilizar hemodinámicamente al paciente, siguiendo el ABC (vía aérea, ventilación y circulación), mediante los protocolos ya establecidos. Una vez estabilizado al paciente realizaremos la *historia clínica*, al paciente, o a los familiares o acompañantes si la situación de éste no lo permite.

- Canalizar dos vías venosas periféricas.
- Monitorización, oxigenoterapia, y realización de EKG completo.
- Realizar exploración abdominal inicial.
- Extraer muestras de sangre y orina: hemograma, bioquímica disponible, sedimento urinario, pruebas cruzadas con sangre en previsión.
- Colocación de sonda nasogástrica + dieta absoluta + sonda vesical.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 19 de 24	

El paciente debe ser valorado por el cirujano ante la menor duda de indicación quirúrgica.

4.2 PACIENTE ESTABLE:

- Realizar historia clínica.
- Solicitar EKG si se trata de un dolor en hemiabdomen superior, sobre todo en pacientes ancianos, diabéticos, o con factores de riesgo cardiovascular.
- Dieta absoluta.
- Colocación de SNG (si hay distensión abdominal o sospecha de obstrucción)
- Canalizar una vía venosa periférica.
- Extraer muestras de sangre y orina, según la sospecha diagnóstica. No olvidar la realización de un test de embarazo ante la sospecha de patología ginecológica.
- Si no es estrictamente necesario, no se administrará analgesia hasta que no tengamos un diagnóstico o haya habido una valoración por el especialista.
- Posteriormente se solicitarán las exploraciones complementarias necesarias en función de la sospecha diagnóstica y de los resultados de las exploraciones previas.

Si a pesar de la valoración clínica y las exploraciones complementarias no se llega a un diagnóstico, se mantendrá al paciente en observación, reevaluando al paciente de forma continua. Mientras tanto, el paciente estará en dieta absoluta, con hidratación intravenosa, y sin analgesia.

5. CRITERIOS DE REMISIÓN

- Necesidad de manejo quirúrgico del dolor abdominal de acuerdo a su etiología o evolución (ver algoritmo anexo)
- Cualquier causa de peritonismo que pueda ó comprometa hemodinámicamente al paciente: Pancreatitis, absceso hepático etc.
- Necesidad de pruebas diagnósticas para definir manejo o medicamentos no disponibles en la red prestadora para el primer nivel de atención.

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 20 de 24	

- Evolución desfavorable a pesar de tratamiento médico instaurado.
- Abdomen agudo ó peritonitis
- Cuadro de dolor abdominal de difícil diagnóstico.
- Cuadro de dolor abdominal con diagnóstico que implique manejo quirúrgico de urgencias

MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA

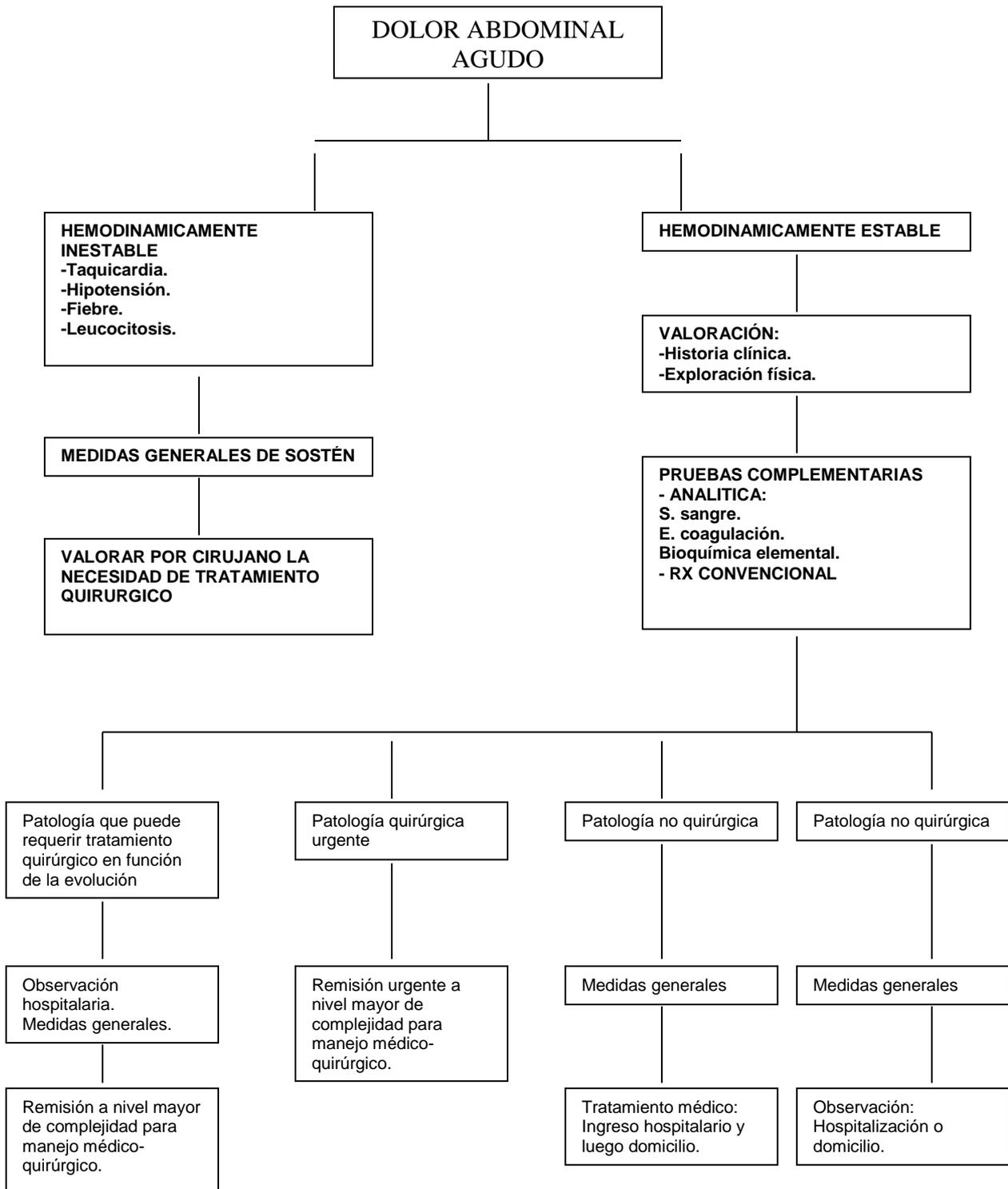
Serán criterios para la evaluación de la adherencia a la presente guía

- 1) Pertinencia médica
 - a) El manejo en urgencias debe ser efectuado por medico general.
 - b) Todo caso complicado debe ser manejado por pediatría –Cirujano Pediatra en caso de niños o Cirugía General Adultos.
- 2) Pertinencia de laboratorio
 - a) Los para clínicos utilizados deben estar acorde con los recomendados de la presente guía
- 3) Pertinencia de medicamentos
 - a) Los medicamentos utilizados deben estar acorde con las recomendaciones de la presente guía (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos.)
- 4) Pertinencia de medidas de apoyo
 - a) Se deben dar instrucciones sobre signos de alarma.

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 21 de 24	

ANEXO

Algoritmo de manejo del dolor abdominal agudo.



	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 22 de 24	

BIBLIOGRAFIA

- Ospina JA. Guías para el manejo de urgencias. Capítulo III. Dolor abdominal agudo. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2005.
- 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.
- Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA.* 1996;276(19): 1589-1594.
- Böhner H, Yang Q, Franke C, Verreet PR, Ohmann C. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. *Eur J Surg.* 1998;164(10):777-784.
- Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA.* 2003; 289(1):80-86.
- Singer AJ, McCracken G, Henry MC, Thode HC, Cabahug CJ. Correlation among clinical, laboratory, and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute cholecystitis. *Ann Emerg Med.* 1996; 28(3):267-272.
- Tamayo-Sarver JH, Dawson NV, Cydulka RK, Wigton RS, Baker DW. Variability in emergency physician decision making about prescribing opioid analgesics. *Ann Emerg Med.* 2004;43(4):483-493.
- Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2006.
- Marx J. Abdominal Pain. In: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 6th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2006: Chap 22.
- Ebell MH. Diagnosis of appendicitis: part 1. History and physical examination. *Am Fam Physician.* 2008 Mar 15;77(6):828-30. Review. No abstract available.
- Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician.* 2006 Nov 1;74(9):1537-44. Review.
- Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, Perrin EM, Katznelson J, Rice HE. Does this child have appendicitis? *JAMA.* 2007 Jul 25;298(4):438-51. Review.
- Fraser AG, Ali MR, McCullough S, Yeates NJ, Haystead A. Diagnostic tests for *Helicobacter pylori*-can they help select patients for endoscopy? *N Z Med J.* 1996;109(1018):95-98.
- Adedeji OA, McAdam WA. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people. *J R Coll Surg Edinb.* 1996; 41(2):88-89.
- Buckley RG, King KJ, Disney JD, Gorman JD, Klausen JH. History and physical examination to estimate the risk of ectopic pregnancy: validation of a clinical prediction model. *Ann Emerg Med.* 1999;34(5):589-594.
- Kessler N, Cyteval C, Gallix B, et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology.* 2004;230(2):472-478.
- Frank B, Gottlieb K. Amylase normal, lipase elevated: is it pancreatitis? A case series and review of the literature. *Am J Gastroenterol.* 1999;94(3):463-469.
- Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, Kernan L, MacKersie A, Lane MS. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the

	GUÍA	CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	03/12/2021
		PÁGINA 23 de 24	

Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) phase I study. Am J Emerg Med. 2005;23(6): 709-717.

- Jones RS, Claridge JA. Acute abdomen. In: Townsend. Sabiston Textbook of Surgery. 17th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders; 2004:1219-1240.
- Stabile I, Campbell S, Grudzinskas JG. Can ultrasound reliably diagnose ectopic pregnancy? Br J Obstet Gynaecol. 1988;95(12):1247-1252.

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	GUÍA		CÓDIGO	SU-S1-G4
	DOLOR ABDOMINAL AGUDO		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	03/12/2021
			PÁGINA 24 de 24	

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento	04/05/2012
2	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso de "Gestión del servicio de urgencias" se realiza los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de la vigencia. • Ajustes estructurales. 	03/12/2021
Nombre: Juan Felipe Cabrera Peña Contratista área garantía de la Calidad.	Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área garantía de la Calidad.	Nombre: Ingrid Alexandra Suarez Castro. Subgerente Técnico Científica.
Elaboró	Revisó	Aprobó