

Abordaje inicial de paciente con abdomen agudo en el Servicio de Urgencias

Initial management of patients with acute abdomen in the Emergency Department

Josefina Serrano Pérez,^{*,‡} Armando Agustín Calzada Salas,^{*,§}
Abilene Cirenía Escamilla Ortiz^{*,¶}

Palabras clave:

abdomen agudo,
dolor abdominal,
urgencia abdominal,
analgésicos, cirugía.

Keywords:

acute abdomen,
abdominal pain,
abdominal emergency,
analgesics, surgery.

RESUMEN

El dolor abdominal agudo es una de las consultas más frecuentes en los servicios de urgencias, se requiere una evaluación diagnóstica y un tratamiento rápido para evitar complicaciones graves y potencialmente mortales. Las causas pueden variar desde enfermedades inflamatorias, infecciosas, obstructivas, hasta condiciones isquémicas o traumáticas que afectan a órganos intraabdominales y extraperitoneales. La complejidad de su diagnóstico radica en la diversidad de presentaciones y en la superposición de síntomas, lo que exige un abordaje sistemático basado en una combinación de historia clínica detallada, examen físico exhaustivo, estudios de imagen y, en algunos casos, intervención quirúrgica urgente. Este artículo revisa los principios fundamentales para el diagnóstico y el manejo inicial del abdomen agudo en el Servicio de Urgencias, abordando los pasos críticos en la evaluación y tratamiento que pueden impactar de manera decisiva en la evolución clínica del paciente. También se discuten algoritmos y recomendaciones actuales que buscan estandarizar la atención en estos casos, priorizando un enfoque multidisciplinario y personalizado.

ABSTRACT

Acute abdominal pain is one of the most frequent consultations in emergency departments, requiring prompt diagnostic evaluation and treatment to avoid serious and life-threatening complications. Causes can range from inflammatory, infectious, obstructive diseases to ischaemic or traumatic conditions affecting intra-abdominal and extra-abdominal organs. The complexity of diagnosis lies in the diversity of presentations and overlapping symptoms, requiring a systematic approach based on a combination of detailed clinical history, thorough physical examination, imaging studies and, in some cases, urgent surgical intervention. This article reviews the fundamental principles for the diagnosis and initial management of the acute abdomen in the emergency department, addressing the critical steps in evaluation and treatment that can decisively impact the patient's clinical outcome. It also discusses current algorithms and recommendations that seek to standardise care in these cases, prioritising a multidisciplinary and personalised approach.

* Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, México.

‡ Jefa del Centro de Innovación Educativa en Medicina y Simulación Clínica. ORCID: 0000-0002-0451-5285

§ Médico adscrito al Servicio de Urgencias, Hospital General Iztapalapa, IMSS-Bienestar. ORCID: 0009-0009-9441-3482

¶ Médico adscrito a Cirugía General, Hospital General Tacuba, ISSSTE. ORCID: 0000-0001-5635-5845

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es una de las consultas frecuentes en los servicios de urgencias, se reporta hasta 5%, las causas son muchas desde lo más sencillo hasta patologías que ponen en peligro la vida, requiere de un manejo oportuno para prevenir mortalidad. El manejo depende de la experiencia y el instinto del médico. El abdomen agudo es manejado por varios especialistas.¹

En 1921 Vincent Zachary Cope cirujano, historiador y poeta escribió un tratado del diagnóstico precoz del abdomen agudo, le preocupaba que varios pacientes presentaban retraso en el diagnóstico clínico y en el tratamiento del abdomen agudo. Cope creía que con una buena anamnesis y exploración física minuciosa del paciente con signos y síntomas llevarían a un diagnóstico preciso sin disponer de estudios de imagen.²

En 2015 se crearon las guías de manejo de abdomen agudo, participaron médicos de

Recibido: 15/05/2024
Aceptado: 01/09/2024



Citar como: Serrano PJ, Calzada SAA, Escamilla OAC. Abordaje inicial de paciente con abdomen agudo en el Servicio de Urgencias. Cir Gen. 2024; 46 (4): 239-247. <https://dx.doi.org/10.35366/118863>

primer contacto, gastroenterólogos, cirujanos, médicos con especialidad en urgencias, ginecoobstetras y cirujanos vasculares.¹ Cualquier enfermedad abdominal con inicio de dolor abdominal agudo que requiere intervención inmediata incluyendo cirugía de urgencia se denomina abdomen agudo.¹ La mayor parte de las veces el dolor es causado por patología digestiva, pero puede ser causado por enfermedades extraabdominales.¹ Debe evitarse que se agrave el cuadro clínico, por lo tanto, debe tener atención oportuna, incluyendo cirugía de urgencia.¹

Las causas de abdomen agudo se clasifican en: dolor abdominal localizado, condición inflamatoria o infección, obstrucción mecánica, alteración circulatoria, patología extraabdominal y grados de emergencia.¹

Las causas más frecuentes son: apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal, litiasis renoureteral, gastritis, úlcera péptica perforada, gastroenteritis, pancreatitis aguda, diverticulitis, patología ginecológica y no deben olvidarse patologías extraabdominales que asemejan abdomen agudo como pueden ser infarto agudo de miocardio, torsión testicular y enfermedades sistémicas.¹

FACTOR PRONÓSTICO EN ABDOMEN AGUDO

Se observa alta mortalidad y morbilidad en dolor abdominal secundario a problemas cardiovasculares como puede ser infarto al miocardio, isquemia mesentérica, ruptura de aneurisma. Si un paciente se presenta con signos vitales anormales y abdomen agudo también se considera de mal pronóstico, los padecimientos que entran en este rubro son: perforación de víscera hueca, necrosis intestinal debida a estrangulación. También se ha observado alta mortalidad y morbilidad en pacientes de la tercera edad, el uso de esteroides, disfunción respiratoria o circulatoria, puntuación alta en escala de *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II), *Sequential Organ Failure Assessment Score* (SOFA), *Physiologic and Operative Severity Score for the Study of Mortality and Morbidity* (POSSUM), E-PASS, clasificación de *American Association of Anesthesiology* (ASA) mayor a 3, falla orgánica múltiple o cirugía invasiva reciente.¹

El diagnóstico de abdomen agudo en el adulto mayor es más desafiante por la alta mortalidad. Debe ser evaluado para diferenciar qué casos requieren cirugía de urgencia, el sitio y características del dolor abdominal, todo lo relacionado al dolor como inicio de síntomas, localización, qué lo incrementa y/o acompaña, si tiene hematemesis, hematoquecia, vómito, diarrea o constipación. De igual forma se deben incluir pacientes con alergias, que tengan historia de tomar medicamentos, historia de alguna patología abdominal, bajo alguna dieta y mujeres embarazadas en etapa reproductiva¹ (nivel 2, recomendación A).

En los pacientes con dolor abdominal intenso y que se encuentran inestables, no se cuenta con el tiempo de una historia clínica completa, por lo que en estos casos se debe hacer una historia clínica breve para diferenciar los casos que sí deben ir a quirófano (nivel 4).

El uso del acrónimo SAMPLE: signos y síntomas, alergias, medicación previa, padecimientos del paciente, último alimento, enfermedades relacionadas al evento, o el de OPQRST: momento de inicio, provocación o paliación, calidad, región o irradiación, severidad y tiempo.¹

La localización del dolor es útil para orientar al diagnóstico, por ejemplo, en el cuadrante superior derecho puede ser colecistitis, si migra al cuadrante inferior derecho apendicitis, en el caso de la diverticulitis el dolor es en mesogastrio o en cuadrante inferior izquierdo. En el caso de úlcera péptica o esofagitis el dolor es en epigastrio, y sospechar de úlcera péptica, sobre todo si se consumen antiinflamatorios no esteroideos y más en pacientes de la tercera edad.¹

El dolor de un cuadro de pancreatitis generalmente se irradia hacia la espalda, y un cólico renal inicia en la espalda o parte posterior, pero se irradia hacia los genitales o cara interna del muslo.¹

La duración del dolor, si disminuye o incrementa es importante, ya que en el caso de alguna patología con perforación y que ocasiona peritonitis es de instalación rápida y se considera severo desde un inicio.¹

La severidad del dolor también puede orientar, por ejemplo, un dolor cólico que no cede puede ser renal, un cólico intermitente puede ser obstrucción intestinal.

En pacientes que toman esteroides o en la tercera edad se puede enmascarar el dolor. Hay que preguntar si aumenta o disminuye el dolor, lo mismo que los síntomas acompañantes como vómito, diarrea, baja de peso, etcétera.¹

Debe descartarse embarazo en mujeres en edad reproductiva, debe interrogarse la última menstruación, cómo es su ciclo menstrual, si ha tenido sangrado anormal, uso de anticonceptivos, historia de esterilidad.¹ Si el paciente ha estado con antimicrobianos y hay dolor, se debe pensar en colitis pseudomembranosa.

Si hay antecedente de cirugía previa, hacer buena anamnesis del evento o eventos previos para descartar oclusión intestinal por adherencias o hernia estrangulada.¹

El tipo de dolor abdominal se divide en cólico (visceral) o somático. El dolor cólico es periódico, intermitente y como calambre, si la duración del cólico es de cuatro a cinco minutos puede ser de origen yeyunal, si es de ocho a 10 minutos, obstrucción de íleon y hasta 15 minutos obstrucción de intestino grueso. Si el dolor persiste más de seis horas es indicativo de intervención quirúrgica.¹

Al contrario, el dolor somático es persistente y se refiere como “piquetes” y se deriva de inflamación local debido a estimulación parietal del peritoneo y mesenterio.

EXAMEN FÍSICO¹

Se debe llevar a cabo evaluación de la apariencia física, signos vitales y estimar el grado y severidad del dolor para poder determinar si se requiere cirugía de urgencia.

La exploración abdominal debe incluir inspección, auscultación, percusión y palpación. El tórax, espalda baja, recto y aparato urogenital deben ser examinados de ser necesario (Recomendación A).

Un dolor abdominal severo indica riesgo de mortalidad, un padecimiento serio puede estar enmascarado en pacientes de tercera edad que aparentan tener un padecimiento menor.

Si el paciente se niega a cambiar de postura, es posible que esté cursando con peritonitis, al contrario del paciente que se mueve mucho puede ser litiasis renal.

La toma de signos vitales es importante, por ejemplo, si hay cambios en la presión arterial

ortostática nos puede decir que el paciente tiene alguna alteración intraabdominal. El paciente puede o no tener fiebre, sobre todo en adultos mayores o inmunocomprometidos. Se deben revisar conjuntivas, identificar palidez que puede deberse a anemia, o pueden estar con ictericia que sugiere patología biliar o hepática entre otras causas.

No olvidar que la neumonía o el infarto al miocardio pueden manifestarse con dolor en epigastrio, por lo que se debe explorar tórax en búsqueda de estertores, sibilancias y espasmos, frote, murmullo, etcétera.

En el abdomen, el examen físico va del apéndice xifoides hasta la región inguinal, en la inspección se deben identificar cicatrices, estigmas de cirrosis, hernias, equimosis, cambios de coloración, alguna dermatosis, etcétera.

La percusión ayuda a descartar hepato o esplenomegalia, se debe identificar dónde hay timpanismo y matidez. A la palpación, si hay rigidez muscular, descartar que no sea voluntaria, identificar aumento de volumen o masas, sobre todo en cicatrices. Una masa pulsátil debe hacer sospechar de aneurisma aórtico.

Debe tomarse en cuenta la expresión facial del paciente durante la evaluación, con una especificidad de 93.5%, si el paciente cierra los ojos en la exploración es más probable que no tenga patología orgánica.

Si hay dolor localizado en un dermatomo con hiperestesia, se debe descartar herpes zóster. El signo de Carnett tiene la utilidad de diferenciar entre dolor visceral o parietal. En los hombres debe evaluarse dolor derivado de testículos. Si él o la paciente presenta taquipnea, se sospecha primero de neumonía o falla cardiorrespiratoria o bacteriemia.

La taquicardia, la hipotensión y la temperatura se correlacionan con el pronóstico y la severidad, debe incluirse saturación de oxígeno, por lo tanto, todo paciente con dolor abdominal debe hacerse toma de signos vitales. Se ha visto que si el paciente tiene taquicardia se asocia a más severidad y aumenta tasas de mortalidad. La hipotensión se asocia a peor pronóstico y está asociada a riesgo de muerte, principalmente en pacientes con bacteriemia. Si se incrementa el pulso con la postura (≥ 30 /min) puede indicar pérdida de volumen y tiene más utilidad que la hipotensión postural.

La frecuencia respiratoria se asocia con peritonitis, obstrucción intestinal y hemoperitoneo, si está incrementada al doble entonces debemos pensar en patología intratorácica. Si hay ortopnea puede ser una cantidad considerable de líquido de ascitis. Pacientes con temperatura de 36.5 °C o menos se relaciona con mortalidad asociada a bacteriemia.

No hay un consenso de cómo debe ser la auscultación, si en un cuadrante la peristalsis es normal, se puede considerar que estará bien en otros (recomendación 1C). Hay pocos estudios que avalen la utilidad de la duración apropiada, el sitio de auscultación o la interpretación del murmullo peristáltico.

El murmullo peristáltico se produce por el estómago, después intestino grueso y con poca contribución el intestino delgado.

En el caso de oclusión intestinal el auscultar ruidos peristálticos tiene especificidad hasta de 88%. En un análisis multivariado se demostró la utilidad de la auscultación cuando hay distensión abdominal en el abdomen agudo. No hay un criterio definitivo para definir si los ruidos intestinales están disminuidos, aumentados o normales, por lo que se deben hacer más estudios.

En 28% de los pacientes con aneurisma aórtico abdominal se reporta soplo, se puede escuchar hasta en 31% de pacientes asintomáticos sin traducir alguna patología.

Al llevar a cabo la percusión permite identificar dolor, ascitis y hepatoesplenomegalia.

Timpanismo sobre la superficie hepática puede indicar aire libre por perforación de víscera hueca en pacientes con abdomen agudo, aunque no se tiene la sensibilidad y especificidad.

En la percusión se puede identificar ascitis con sensibilidad de 84% y especificidad de 54%; sin embargo, el ultrasonido tiene más sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de ascitis. Si hay defensa muscular, rigidez muscular o rebote a la palpación superficial, sirven para confirmar la presencia de irritación peritoneal (nivel 2 recomendación A). En la palpación profunda se pueden detectar crecimientos y masas (nivel 2, recomendación C1). En caso de sospecha de aneurisma aórtico, no se ha reportado ruptura a la palpación.

La sensibilidad y especificidad del signo de Murphy se reporta en 65 y 87% respectivamente, pero se dice que es superior el signo

de Murphy ecográfico. Los signos de estimulación peritoneal sugieren peritonitis (nivel 2 recomendación B).

Referente a los estudios de gabinete, las radiografías simples de abdomen sólo son útiles si en el hospital no se cuenta con equipo de ultrasonido o tomografía (nivel 2, recomendación C1). Las placas simples de abdomen tienen poca sensibilidad y especificidad comparado con la tomografía; sin embargo, en ciertas circunstancias es útil para revisar si existe aire libre.

Las radiografías simples pueden servir para observar el patrón de distribución del gas intestinal, calcificaciones, obstrucción intestinal, aire libre por sospecha de perforación intestinal, cuerpos extraños y litos urinarios (nivel 2). Estos estudios tienen poca sensibilidad y especificidad comparada con la tomografía.^{2,3}

La radiografía de tórax debe considerarse en perforación gastrointestinal, neumonía, pericarditis o infarto de miocardio (nivel 3 recomendación B). La telerradiografía de tórax forma parte de la serie de abdomen.

En caso de sospecha de colecistitis aguda, se recomienda el ultrasonido abdominal en pacientes que, por su condición (embarazo o infancia), no es recomendable la radiación de un estudio radiográfico. Sin embargo, se debe considerar que quien lo realice tenga experiencia, ya que es operador dependiente (Nivel 2 recomendación A).

El ultrasonido también tiene la utilidad en el diagnóstico de apendicitis aguda, diverticulitis, aneurismas de aorta, patología renal y en ginecología y obstetricia. Además, identifica colecciones intraabdominales, líquido de ascitis o hemoperitoneo.

La tomografía computada de abdomen se puede indicar en todo paciente con abdomen agudo (nivel 2 recomendación A); apoya para el diagnóstico de isquemia intestinal, perforación, apendicitis aguda, enfermedad diverticular, oclusión intestinal y pancreatitis. En el caso de diverticulitis, la tomografía con medio de contraste tiene alta sensibilidad y especificidad.³ La aplicación del medio de contraste puede ser oral, rectal o intravenosa.

La angiotomografía con administración de medio de contraste intravenoso de abdomen y pelvis se ha convertido en los primeros estudios de imagen para evaluar el dolor abdominal agu-

do. Este estudio puede identificar con precisión el lugar de la inflamación, perforación o isquemia y tiene un alto valor predictivo positivo.²

Los estudios sin medio de contraste tienen 30% menos precisión que en los que sí se aplica, además de que puede identificar diagnósticos secundarios.² Aunque el uso de medio de contraste preocupa a algunos por la posibilidad de reacción o nefrotoxicidad, se reporta que este es bajo, aun así, en caso de utilizarlo se debe firmar el consentimiento informado correspondiente.²

El uso de medio de contraste oral no es un componente estándar en el caso de pacientes con dolor abdominal agudo.

La atención del paciente y la interconsulta a cirugía no debe retrasarse esperando la interpretación de los estudios de imagen. Las imágenes diagnósticas deben ser revisadas por el especialista y apoyarse en otros médicos para la toma de decisiones en el manejo del paciente.² Está demostrado que el solicitar la interconsulta a cirugía lo más pronto posible reduce complicaciones e incluso la muerte.

¿CUÁL ES EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS?

Toma de signos vitales y A: vía aérea; B: respiratorio; C: circulación.

En caso de tener la causa, hacer el tratamiento dirigido, si no se cuenta con lo necesario para la atención, debe estabilizarse y buscarse traslado a otro nivel de atención (nivel 4 recomendación A).

Si los signos vitales están estables, se deben tomar en cuenta los laboratorios y estudios de gabinete para determinar si requiere intervención quirúrgica (Nivel 4 Recomendación A).

El realizar tacto rectal tiene un rol limitado en diagnosticar apendicitis o dolor abdominal no diferenciado, pero en casos específicos como constipación sí puede ser útil, lo mismo que en hemorragia de tubo digestivo, en patología anorrectal, cuerpos extraños en recto, o en impactación fecal.³

La proteína C reactiva se incrementa rápidamente en respuesta a condiciones inflamatorias o infecciosas. Se reporta elevación en casos de apendicitis y se correlaciona con la tomografía.

Aunque se tengan valores bajos, en la tomografía puede tener datos de apendicitis.³

La procalcitonina es precursora de la calcitonina, en sujetos normales es indetectable, si una endotoxina o una citoquina estimula a estas células, entonces se produce procalcitonina. En el caso de apendicitis es más certera para el diagnóstico con sensibilidad 62% y especificidad 94%.³

El dímero D se eleva en muchas condiciones incluyendo trauma, malignidad, tromboembolismo venoso y disección aórtica, en isquemia mesentérica tiene alta sensibilidad, en el caso de apendicitis tiene poco valor.³

Cuando hay disrupción intestinal y/o de la mucosa debido a poco flujo y necrosis, las proteínas que unen ácidos grasos de intestinos (I-FABP) se liberan a la circulación, esto se ha visto en modelos de isquemia, se requieren estudios en humanos para correlacionar estos hallazgos.³

El lactato se eleva en causas abdominales de origen vascular, al haber hipoxia tisular se eleva, se refiere como una buena prueba para diagnóstico temprano, aunque algunas veces se encuentra normal ya iniciado un problema.

Eventualmente se solicitan amilasa y lipasa por dolor en epigastrio, sobre todo por sospecha de pancreatitis, la lipasa se incrementa después que la amilasa y se mantiene elevada más tiempo y ambas pueden tener elevación falsa, sobre todo en pacientes con enfermedad renal crónica, esto está relacionado con su depuración.³ Si se eleva la alanina transferasa, más de 150 UI/l tiene valor predictivo de más de 95% para pancreatitis biliar.

MANEJO TERAPÉUTICO

Para el dolor epigástrico o dispepsia, aparte de los analgésicos comunes, se usa el cóctel gastrointestinal, que consiste en xilocaína viscosa, un antiácido y un anticolinérgico. Se ha hecho una comparación con varias combinaciones de antiácidos, belladona que incluye atropina, hiosciamina, pentobarbital y escopolamina, antiácido y lidocaína viscosa con belladona, atropina, hiosciamina y pentobarbital, no demostró diferencias estadísticamente significativas para mejorar el dolor en los grupos que se administró.³ En el caso de dolor epigástrico se debe descartar patología cardíaca.

Se puede hacer uso de antieméticos en caso de presentar vómito y náuseas, el ondansetrón es el de primera línea en el Servicio de Urgencias. También está la metoclopramida, pero se asocia a acatisia. En el caso de antieméticos es importante sopesar los efectos secundarios sobre los beneficios y su eficacia.³

USO DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ABDOMINAL

Entre los cirujanos se tiene la creencia de que dar analgésicos antes del diagnóstico del abdomen agudo oculta los síntomas y signos clínicos, y esto tiene un efecto negativo en las decisiones terapéuticas. Amoli y colaboradores en 2008 y una revisión de Cochrane de 2011 han demostrado que la administración de analgesia antes del diagnóstico es apropiada independientemente de la etiología del dolor abdominal.⁴

Los casos con dolor abdominal en el Servicio de Urgencias, incluyendo aquéllos con abdomen agudo quirúrgico, deben ser tratados con analgésicos lo más pronto posible. Históricamente se dice que no se deben dar analgésicos hasta tener un diagnóstico, ya que enmascara el cuadro; múltiples estudios en la literatura han sugerido que la administración de analgésicos no incrementa significativamente el riesgo de error diagnóstico. Basado en los datos que existen, la administración de analgésicos es humanitario y no tiene ningún efecto negativo en la precisión diagnóstica.³

La administración de analgésicos no altera de forma apreciable el diagnóstico ni el tiempo de intervención. Hay múltiples estudios que evalúan el uso de analgesia en adultos que llegan a urgencias por dolor abdominal y aunque estos estudios no tienen el poder suficiente para determinar el resultado, indican que es probable que la analgesia sea segura y eficaz y que no retrasa el diagnóstico ni aumenta la morbilidad.²

El uso de opioides en revisiones sistemáticas demostró que altera los hallazgos en la exploración física, pero estos cambios no se tradujeron en un cambio significativo en errores del manejo, como pudieran ser cirugías innecesarias, y no hubo mayor morbilidad por la administración de éstos.²

La administración de analgesia está justificada incluso antes del diagnóstico por imagen y la interconsulta a cirugía y no altera los planes de tratamiento.²

La preocupación es por el retraso en la intervención y la posibilidad de que se deteriore el paciente, por lo que los exámenes seriados y el estar al pendiente del paciente hace que eso sea menos probable.²

La decisión de dar de alta o dejar en observación a un paciente depende de varios factores: la probabilidad de que su estado evolucione a algún proceso que ponga en peligro su vida o se tenga daño a otros órganos, tener la capacidad de hacer un seguimiento oportuno, o que regrese si su estado empeora.³

Para considerar manejo ambulatorio es necesario que el paciente tolere la vía oral, tenga signos vitales dentro de parámetros normales y que no existan datos de peritonismo en el examen físico. Las instrucciones de alta deben estar bien especificadas e incluir el empeoramiento del dolor, persistencia del dolor por ocho a 12 horas, que presente fiebre o vómito, ya que esto puede ser apendicitis, colecistitis u obstrucción intestinal.³

TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

1. Evaluación rápida de la intensidad del dolor.
2. Administración apropiada de analgésicos por la vía adecuada de acuerdo con el escenario clínico.
3. Evaluación continua del dolor para orientar la analgesia posterior.

La evaluación del dolor debe ser de manera objetiva con alguna escala, como la evaluación analógica del dolor, la numérica del dolor o la escala de caras.⁴

EXAMEN SERIADO DEL ABDOMEN

En los casos que no se ha llegado a un diagnóstico debe llevarse a cabo revisión seriada para ayudar al médico en urgencias a llegar a un diagnóstico y hacer una intervención oportuna en caso de requerirse. Hay varias opciones de disposición en el servicio de urgencias: se admite el paciente para tratamiento quirúrgico,

para manejo médico, dejar en observación, dar de alta a su domicilio, pero con indicaciones de evaluación y seguimiento, así como las debidas indicaciones para regresar a urgencias.³

En la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, en su numeral 5.6 indica que los pacientes no deben estar más de 12 horas y que se debe establecer un diagnóstico, manejo inicial y pronóstico (NOM 027).⁵

La decisión de dejar o dar de alta un paciente depende de varios factores:³

1. Probabilidad de que el estado del paciente evolucione hacia procesos que pongan en peligro su vida o daño a otros órganos.
2. Capacidad para realizar un seguimiento oportuno.
3. Su capacidad para regresar si su estado empeora.
4. Los pacientes que se van a dar de alta deben tener signos vitales normales o casi normales, tolerar vía oral, no tener datos de peritonitis a la exploración física antes de dar de alta.
5. Las instrucciones al alta deben incluir que si empeora el dolor debe regresar a urgencias, persistencia del dolor por ocho a 12 horas, que presente fiebre o vómito.
6. Una buena anamnesis y exploración física minuciosa, la administración de analgésicos con juicio un uso eficaz de diagnóstico por imagen, interconsulta al Servicio de Cirugía de manera oportuna sin retrasos, llevando a cabo esto de manera oportuna se evitarán errores en el proceso y que den lugar a diagnóstico incorrectos que pueden provocar morbilidad y muerte.²

PUNTOS QUE RECORDAR PARA IDENTIFICAR EL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO

La valoración de un paciente en urgencias se debe iniciar con el XABCDE:

X: control hemorragia externa o exanguinación.
A: vía aérea permeable.

B: respiración.

C: circulación.

D: déficit neurológico.

E: exposición y proteger el entorno.

Los signos vitales son indicadores fundamentales del estado de salud de un paciente y pueden proporcionar información crucial en el contexto de un abdomen agudo. A continuación, se detallan las relaciones entre los signos vitales y esta condición médica.

Los signos vitales son herramientas clave para evaluar y manejar adecuadamente a pacientes con abdomen agudo, proporcionando información sobre su estado hemodinámico y la gravedad de la condición.

SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca. En casos de abdomen agudo, se puede presentar taquicardia como respuesta al dolor intenso o al estrés fisiológico. También puede ser un signo de choque hipovolémico en caso de alguna hemorragia.

Presión arterial. La presión arterial puede disminuir en situaciones de choque, lo que indica una posible pérdida de sangre o líquidos. La hipotensión es un signo de alarma en el abdomen agudo, sugiriendo una emergencia médica.

Frecuencia respiratoria. Se puede presentar taquipnea debido al dolor o a la hipoxia. En algunos casos, la respiración puede volverse superficial si el paciente intenta evitar el dolor abdominal.

Temperatura corporal. La fiebre puede estar presente si hay un proceso infeccioso, como apendicitis o pancreatitis. La ausencia de fiebre no descarta una patología grave.

Saturación de oxígeno. En situaciones críticas, la saturación de oxígeno puede verse afectada, especialmente si hay compromiso respiratorio asociado con el dolor o la ansiedad.

A continuación, se presenta el listado de los puntos indispensables en pacientes con dolor abdominal con probable abdomen agudo.

1. Padecimiento actual
 - a) Interrogatorio dirigido.
 - i) Semiología del dolor

- Agudo o crónico
 - Visceral o somático
 - Síntomas
 - Concomitantes, fiebre, diaforesis, náusea, vómito, diarrea, melena, anuria, disuria
 - Hacer énfasis en cada síntoma referido, con relación a características especiales
2. Antecedentes
- a) Heredofamiliares
- i) Cardiopatías, patologías abdominales, antecedente de cambios en la cicatrización
- b) Personales patológicos
- i) Antecedentes quirúrgicos abdominales y/o torácicos, alteraciones en la cicatrización, dehiscencia de heridas, adherencias. Constipación aguda o crónica
- ii) Antecedentes de otras patologías abdominales
- Quirúrgicos
 - Vesiculares, pancreatitis, hepáticos, traumáticos, antecedentes de laparotomías, resolución quirúrgica de embarazo, apendicetomía
 - No quirúrgicos
 - Insuficiencia cardíaca congestiva, tratamiento con anticoagulantes, antecedentes de síndrome coronario agudo, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo
- c) Personales no patológicos
- i) Alimentación, actividad física, ocupación
- d) Ginecológicos
- i) Embarazos, cesáreas, abortos, legrados, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico
- e) Andrológicos
- i) Criptorquidia, orquitis, torsión testicular
3. Exploración física
- a) Observación
- i) Equimosis, masas abdominales visibles, cambios de coloración, cicatrices previas
- b) Auscultación
- i) Disminución notoria de la peristalsis, abolición de la peristalsis, peristalsis de lucha
- c) Palpación
- i) Hiperalgia localizada o generalizada
- ii) Hiperalgia local o generalizada
- iii) Palpación de masas
- iv) Dolor a la descompresión superficial o profundo localizado o generalizado
- v) Irradiación del dolor de descompresión
- d) Percusión
- i) Dolor local o generalizado
- ii) Irradiación del dolor
4. Estudios
- a) Laboratorio
- i) Gasometría
- Desequilibrio ácido base
 - Hiperlactatemia
- ii) Biometría hemática
- Leucocitosis
 - Neutrofilia, linfopenia o linfopenia
 - Datos de anemia
- iii) Perfil cardiopulmonar
- BNP
 - Mioglobina, troponinas
- iv) Química sanguínea
- Bilirrubinas
 - Pruebas de funcionamiento hepático completas
 - Enzimas pancreáticas
 - Proteína C reactiva
 - Glucosa
 - Función renal
 - Colesterol
 - Triglicéridos
- v) Electrolitos
- Sodio, potasio cloro, magnesio, fosfato
- vi) Inmunológicos
- Procalcitonina
 - Dímero D
- vii) Examen general de orina
- Leucocitos por campo
 - Proteínas
 - pH
 - Píocitos
- viii) Prueba de embarazo

- b) Gabinete
 - i) Ultrasonido
 - ii) Tomografía
 - iii) Rayos X
 - iv) Resonancia magnética
- 5. Escalas a considerar
 - Apache II
 - RIPASA
 - Cincinati
 - AIR

REFERENCIAS

1. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K, et al. The practice guidelines for primary care of acute abdomen 2015. *Jpn J Radiol.* 2016; 34 (1): 80-115.
2. Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-based medicine approach to abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2016; 34 (2): 165-190.
3. Falch C, Vicente D, Haberle H, Kirschniak A, Müller S, Nissan A, et al. Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: a systematic review of the literature. *Eur J Pain.* 2014; 18 (7): 902-913.
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. DOF: 04/09/2013.
5. Rogers SO Jr, Kirton OC. Acute abdomen in the modern era. *N Engl J Med.* 2024; 391 (1): 60-67.

Correspondencia:

Josefina Serrano Pérez

E-mail: josefina.serrano@lasalle.mx