

1b/6

SÍNDROMES GENERALES EN LA URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Síncope

Autor: Dr. Gabriel Jiménez Moral

Dolor torácico

Autor: Dr. Emilio Idefonso García Criado

Dolor abdominal

Autor: Dr. Emilio Idefonso García Criado

Coordinador general:

Dr. Emilio Idefonso García Criado

Coordinador módulo:

Dr. Francisco J. Fonseca del Pozo

GUÍAS DE URGENCIAS en Atención Primaria



Grupo de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)

Con el aval de:



Título original: "Síndromes generales en la urgencia de Atención Primaria"

Coordinador general: Dr. Emilio Ildefonso García Criado. Centro de Salud de El Carpio (Córdoba)

Coordinador módulo: Dr. Francisco J. Fonseca del Pozo. Consultorio de Pedro Abad (Córdoba)

Autores:

Fernando Ayuso Baptista. Empresa Pública de Emergencias 061 (Córdoba)

Gabriel Jiménez Moral. Empresa Pública de Emergencias 061 (Córdoba)

Emilio I. García Criado. Centro de Salud de El Carpio (Córdoba)

José I. Cantero Santamaría. Servicio de Urgencias de Atención Primaria (Santofña, Cantabria)

Francisco J. Fonseca del Pozo. Consultorio de Pedro Abad (Córdoba)

MIEMBROS DEL GRUPO NACIONAL DE URGENCIAS DE SEMERGEN



©Copyright, 2006. E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas S.L.

Avda. dels Vents 9-13, Esc. B, 2º 1ª

08917 Badalona

E-mail: euromedice@euromedice.net

Edición patrocinada por Abbott

Depósito legal: B-33.120-2006

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del copyright.

Síndromes generales en la urgencia de Atención Primaria

Índice

Síncope

Definición	3
Etiología	4
Clínica	4
Anamnesis y exploración	6
Actitud terapéutica	7
Bibliografía	10

Dolor torácico

Concepto	11
Anamnesis	13
Exploraciones complementarias	16
Diagnóstico	18
Tratamiento urgente	25
Criterios de derivación	26
Bibliografía	27

Dolor abdominal

Concepto y etiología	29
Anamnesis	30
Exploración física	33
Exploraciones complementarias	39
Diagnóstico diferencial del dolor abdominal	42
Tratamiento del dolor abdominal	42
Criterios de derivación	45
Bibliografía	46



Síncope

Definición

Cuadro clínico en el que aparece una **pérdida brusca y transitoria** de la conciencia y del tono muscular, secundario a un déficit en el aporte sanguíneo al encéfalo que conlleva una disfunción neuronal del mismo.

Se trata de un cuadro **autolimitado**, con una duración que varía de segundos a minutos, seguida de una **recuperación espontánea total**.

Cuando existe sensación de desvanecimiento, sin llegar a presentar pérdida de conciencia ni del tono postural, se denomina **pre-síncope**, el cual suele acompañarse de la misma clínica que el síncope, salvo la pérdida de conciencia y tono muscular.

Aunque aparece en todas las edades, es más frecuente en la edad adulta, sin existir diferencia entre ambos sexos. Un 6% de la población entre 20-65 años y un 12% de los mayores de 65 han presentado un episodio sincopal a lo largo de su vida; por tanto, todo médico debe estar familiarizado en su detección y tratamiento inicial.

Etiología

Las etiologías que son responsables de esta situación pueden ser innumerables, pudiéndose tratar de causas banales, como por ejemplo el síncope vasovagal, o por el contrario causas que pueden comprometer la vida del paciente, como alteraciones del ritmo cardiaco.

Con la finalidad de facilitar la clasificación de este amplio abanico de etiologías, hemos aglutinado las causas más frecuentes en dos amplios grupos: origen cardiaco y extracardiaco, aunque debemos tener presente que en un alto porcentaje (38-47%) no podremos filiar el origen (tabla 1).

Clínica

Debido a la gran variedad etiológica, la presentación **clínica puede ser muy diversa**, pero en todos ellos el **síntoma principal es una pérdida del tono postural y de la conciencia**, que puede presentarse de forma brusca o bien precederse de un periodo de **malestar, mareo, sudoración fría, pérdida de visión, boca llena de saliva, acúfenos**, dolor precordial, palpitaciones, disnea, etc.

Durante el periodo de pérdida de conciencia, el paciente suele encontrarse inmóvil, pálido, frío y con respiración perceptible, manteniéndose en la mayoría de los casos un control de los esfínteres.

Cuando el episodio se prolonga, pueden presentarse movimientos clónicos generalizados, tipo espasmos (síncope convulsivo).

Una vez superado el episodio, **la recuperación neurológica es total**, aunque **puede persistir sensación de náusea, debilidad**

1. Origen cardíaco (disminución del gasto cardíaco)

- Aritmias cardíacas: bradi o taquiarritmias
- Enfermedad orgánica cardíaca:
 - Estenosis aórtica
 - Estenosis mitral
 - Miocardiopatía hipertrófica
 - Disección aórtica
 - Hipertensión pulmonar
 - Tromboembolismo pulmonar
 - Estenosis pulmonar
 - Taponamiento cardíaco
 - Infarto de miocardio

2. Origen extracardiaco

- Inestabilidad vasomotora (son los más frecuentes)
 - Vasovagal o lipotimia
 - Por maniobra de Valsalva: tusígeno, miccional, defecación
 - Ortostático: hipovolemia, fármacos hipotensores: frecuente en jóvenes y en ancianos tomadores de medicación hipotensora
 - Hipotensión
 - Hipersensibilidad del seno carotídeo
 - Supino-hipotensión del embarazo
- Neurológico
 - Isquemia cerebral
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Migraña basilar
 - Isquemia vertebrobasilar
 - Vértigo
 - Crisis epiléptica
- Misceláneas
 - Desmayo psicógeno, hiperventilación
 - Hipoglucemia
 - Intoxicaciones: etílica, fármacos cardio o vasodepresores (diuréticos, hipotensores, etc.)
 - Hipoxemia

Tabla 1. Causas más frecuentes de síncope

e incluso vómitos. La presencia de otros síntomas nos debe hacer sospechar el origen del episodio; así, si el paciente presenta disartría, diplopía, focalidad, pensaremos en origen vasculocerebral; estados poscríticos nos orientan hacia origen epiléptico y la tendencia al llanto nos orienta hacia origen psicógeno, etc.

La persona afectada debe mantenerse en decúbito supino mientras se realiza la valoración oportuna, ya que con frecuencia, al abandonar de forma temprana el decúbito, se reproduce el episodio.

No olvidar nunca que al tratarse de un cuadro con pérdida del tono muscular los pacientes en muchas ocasiones caen bruscamente al suelo, presentando **lesiones por traumatismo** en diferentes regiones corporales, por lo que se deberá interrogar por posibles puntos dolorosos y realizar una evaluación de los mismos.

Anamnesis y exploración

Como se ha mencionado, el médico raramente presenciara el episodio sincopal, por lo que el interrogatorio tanto del paciente como de los testigos aportará información fundamental para la orientación diagnóstica. Por tanto, se deberá preguntar por:

- Modo de presentación: súbito o progresivo.
- ¿Qué estaba haciendo en ese momento? Tos, realizaba esfuerzo, miccionando, cambio postural, discusión...
- Síntomas acompañantes: dolor precordial, cefalea intensa, disnea, focalidad neurológica...
- Antecedentes médicos, farmacológicos y tóxicos.
- Duración del episodio.
- ¿Cómo se recuperó? Rápidamente o de forma paulatina.

Exploración

- Tensión arterial y pulso: tanto en decúbito como en bipedestación (un descenso tensional mayor de 20 mmHg al adoptar la bipedestación es sugestivo de hipotensión ortostática).
- Auscultación: búsqueda de arritmias, soplos cardíacos, carotídeo o abdominal (descartar estenosis valvulares, estenosis carotídeas y aneurismas aórticos).
- Monitorización cardíaca y ECG; obligatorio ante todo síncope, ya que en un 20-30% de los casos detectamos alteraciones cardíacas.
- Glucemia.
- Valoración neurológica.
- Palpación abdominal en busca de masa pulsátil (aneurisma aórtico) o defensa abdominal (embarazo ectópico, úlcus perforado...).

Pruebas complementarias, que dependiendo de la sospecha diagnóstica podrán ser:

- Hematimetría con F y R: ante sospecha de anemia, sepsis.
- Bioquímica: alteraciones hidroelectrolíticas, iónicas...
- Búsqueda de sangre en heces, para descartar hemorragia digestiva.
- Gasometría: ante sospecha de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), hiperventilación.
- Gammagrafía pulmonar.
- TAC: sospecha de Hemorragia Subaracnoidea (HSA) o isquemia cerebral.
- Masaje del seno carotídeo, Holter, till test, estudios electrofisiológicos.

Actitud terapéutica

En los pocos casos en los que el médico presencie el cuadro sincopeal, deberá:

- **Valorar ABC.** Una vez descartada la parada cardiorrespiratoria, se colocará al paciente en **decúbito supino**, con **elevación de los miembros inferiores, aflojaremos la ropa** y se vigilará la aparición de vómitos.
- **Oxigenoterapia en caso de necesidad.**
- Valorar signos vitales: pulso, tensión arterial, ritmo cardiaco y ECG completo, saturación de O₂, glucemia.
- Valorar estado de conciencia y afectación neurológica.
- Descartar lesiones por caída, comprobar pérdida de conciencia, identificación de existencia de respiración y pulso.
- **El tratamiento va a depender de la causa etiológica: arritmia, ictus, hiperventilación, hipoglucemia...**
- Se esperará la recuperación espontánea, debiendo **mantener al paciente en decúbito hasta que se encuentre totalmente restablecido**, ya que un intento de bipedestación temprano puede desencadenar un nuevo episodio. El paso de decúbito a ortostatismo se hará paulatinamente o de forma comedida. No olvidar que la forma más frecuente es el síncope vasovagal, el cual se recupera con las indicaciones anteriores y en ocasiones necesita de carga de volumen (250-500 cc SF) para controlar hipotensión.
- Los síncope vasovagales, secundarios a maniobras de Valsalva, emocionales, epilépticos conocidos, en los que identificamos la causa y entablamos relación causa-efecto, son benignos y no requieren estudios posteriores; tan sólo recomendaciones para evitar situaciones desencadenantes.
- Síncopes producidos por causas consideradas banales; si se presentan de forma reiterada, deben ser estudiados por el cardiólogo de zona.
- El resto de los síncope deben ser trasladados al hospital para completar su estudio. El traslado se debe realizar tras canalizar vía venosa y con el paciente en decúbito, evitando conducción agresiva.
- Todos los síncope de alto riesgo (tabla 2) deberán ser ingresados para estudio y seguimiento, al igual que aquellos de origen

incierto o en los que el médico no pueda realizar una aproximación diagnóstica convincente.

- Cuando se acompañan de alteración de los signos vitales
- Desencadenados tras el esfuerzo: *se relacionan con miocardiopatía obstructiva, arritmias ventriculares y con estenosis aórtica grave*
- Síncopes que aparecen en decúbito: sospechar origen cardíaco
- Síncopes de instauración brusca sin aviso
- Duración prolongada
- Precedidos o continuados con dolor torácico, cefalea, disnea: *sospechar IAM, TEP, HSA*
- Focalidad neurológica
- En los que identificamos enfermedad cardíaca subyacente: bradicardia sinusal, taquicardia, bloqueos, pausas sinusales
- En los que detectamos soplos valvulares no conocidos o pulsos asimétricos
- Acompañados de dolor abdominal intenso: *aneurisma aorta, embarazo ectópico...*

Tabla 2. Síncopes de alto riesgo que precisan estudio hospitalario

Bibliografía

- 1 Machado AJ. ABC en Emergencias. I & M SA 2004;218-21.
- 2 De García Civera R, Ruiz Granell R, Morell Cabedo S, Botella Solana S, López Merino V. Evaluación del paciente con Síncope. En: Mont Girbau. En: Arritmias y su tratamiento: bradicardias y síncope. Sanofi-Synthelabo SA 2000;3:1-22.
- 3 De Lorenzo RA. Síncope. En: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM edit. En: Rosen. Medicina de Urgencias, conceptos y práctica clínica. Elsevier España SA, 2003;172-8.
- 4 De Morlans A. Síncope. En: Marco Garde P, Azaldegui Berroeta F, García Urra F, Arcega Fernández I, Artaetxieberria Zuazo JJ, edit. En: Máster en Urgencias y Emergencias Médico-Quirúrgicas. Jarpyo Editores. 1997;395-8.
- 5 De Burgos Marín J, Cañadillas Hidalgo F, García Luque R, Clemente Millán M. J, Jiménez Murillo L. Síncope. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. En Medicina de Urgencias y Emergencias, Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Elsevier España, SA, 2004;347-51.

Dolor torácico

Concepto

El Dolor Torácico agudo (DT) de causa no traumática se define como una urgencia relativamente frecuente, engloba toda sensación álgica localizada en la zona comprendida entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente y precisa un diagnóstico precoz para descartar causas potencialmente mortales o un tratamiento médico-quirúrgico urgente.

El mayor reto profesional nos obliga a un diagnóstico, al menos sindrómico, en un breve periodo de tiempo, a fin de proceder a instaurar una actitud terapéutica urgente.

El DT presenta diversas causas (tabla 1); no obstante, y debido a su potencial mortal, hay una serie de situaciones que se beneficiarían de un tratamiento de inicio precoz (tabla 2).

Debemos ser conscientes de la realidad que supone socialmente un DT. Por ello, la importancia del DT radica no sólo en la gravedad de la propia enfermedad que lo produce, sino en cómo la vive, tanto el paciente como sus familiares. Así pues, debemos dar un

- **Cardiacas**
 - Isquémicas
 - No isquémicas
- **Vasculares**
 - Aneurisma aórtico
 - Embolia pulmonar
- **Otras estructuras intratorácicas**
 - Pulmón, pleura, mediastino, esófago, diafragma
- **Neuromusculares**
- **Estructuras infradiafragmáticas**
- **Psicógenas**

Tomado de Moya Mir MS. Dolor Torácico. Guía de actuación en Urgencias.
 Clínica Puerta de Hierro. McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U. Madrid 1999;55-62.

Tabla 1. Causas de dolor torácico

- **Causas potencialmente mortales en breve plazo**
 - Infarto agudo de miocardio
 - Angina inestable
 - Embolia o infarto pulmonar
 - Aneurisma disecante de aorta
 - Pericarditis
 - Mediastinitis
 - Neumotórax espontáneo
 - Neumonía
 - Procesos abdominales
 - Colecistitis
 - Pancreatitis
 - Perforación de víscera hueca
- **Causas no mortales**
 - Herpes zóster
 - Fractura costal

Tomado de Moya Mir MS. Dolor Torácico. Guía de actuación en Urgencias.
 Clínica Puerta de Hierro. McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U. Madrid 1999;55-62.

Tabla 2. Causas de dolor torácico que deben descartar en Urgencias

valor especial a la tríada “*dolor en el pecho = infarto = muerte*”, tan generalizada en el sentir popular.

Anamnesis

Debe ir encaminada al despistaje precoz de los diversos aspectos del dolor (localización, características, comienzo, irradiación, desencadenantes, antecedentes personales, etc.), lo que nos orientará sobre las causas que puedan poner en peligro la vida del paciente, como prioridad máxima. Para ello, disponemos de dos herramientas básicas: la historia clínica y la exploración física. Ambas las completaremos con las exploraciones complementarias necesarias para intentar filiar el origen del DT.

A. Historia clínica

La tabla 3 muestra los datos más relevantes de la historia clínica de un paciente con DT. En dicha historia, si se realiza como se indica, si el paciente no presenta signos de gravedad inminente ni alteraciones electrocardiográficas, deberemos dar prioridad a la asistencia urgente.

B. Exploración física

Deberá ser lo más completa posible, orientándola a descartar las enfermedades citadas en las tablas 1 y 2. Valoraremos la frecuencia cardíaca y respiratoria, diferencia entre pulsos y presión arterial en ambos brazos y piernas (sobre todo si se sospecha disección aórtica), la presencia de fiebre (descartar neumonías o pericarditis), lesiones dérmicas vesiculares (descartar herpes zóster), diuresis, etc. Si bien haremos especial énfasis en:

1. Auscultación cardiopulmonar: valorar soplos y ruidos añadidos (cuarto ruido, soplo sistólico mitral, en Infarto Agudo de Miocardio [IAM] y en angina inestable), ritmos de galope (insuficiencia cardíaca), roces (en pericarditis), crepitantes (neumonía),

Datos a recoger en la historia Aspectos a considerar

Características del dolor

- **Formas de inicio:** (repentino: IAM, embolia pulmonar, neumotórax, ruptura de esófago, rotura de aneurisma de aorta. Gradual: musculoesquelético, digestivo)
- **Factor desencadenante:** estrés, deglución movimientos
- **Gravedad:** leve, moderada, intensa
- **Localización:** central (precordial), lateral (submamario), intercostal somático (funcional o pleural), difuso, retroxifoideo (visceral)
- **Irradiación:** cuello, mandíbula, brazos, espalda hombro (típico de isquemia miocárdica). Metamérica: disección aórtica, funcional
- **Duración:** fugaz (psicógeno), minutos (angor), horas o días (musculoesquelético, digestivo)
- **Calidad:** lacerante (neurítico), punzante (pleural, musculoesquelético), difuso (visceral), opresivo (isquémico miocárdico), tenebrante (disección aórtica), urente (esofágico o gástrico), pleurítico o que incrementa con la respiración (pleural, pericárdico, musculoesquelético)
- **Agravantes:** respiración (pleurítico), esfuerzo y exposición al frío (angor), movimientos (musculoesquelético, neurítico), deglución (esofágico), ingesta (gástrico)
- **Atenuantes:** determinadas posturas corporales (musculoesquelético, pleural y pericárdico), reposo (angor de esfuerzo), antiácidos (esofágico y gástrico), AINE (musculoesquelético)

Tabla 3. Datos más relevantes en la historia clínica de un paciente con dolor torácico agudo (continúa en la página siguiente)

Edad y sexo

Síntomas asociados

Disnea de esfuerzo o reposo, disnea paroxística nocturna, ortopnea, tos, expectoración, hemoptisis, astenia, pérdida de peso, desvanecimientos o síncope, palpitaciones, náuseas, escalofríos, fatiga, vértigos, cambio de peso, fiebre, eructos, parestesias, etc.

Enfermedades previas

- **Factores de riesgo cardiovascular:** HTA, obesidad, tabaquismo
- **Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica:** tromboflebitis, encamamiento prolongado, fracturas, toma de anticonceptivos, abuso de tóxicos, etc.
- Cardiopatía isquémica, enfermedad digestiva, artropatía degenerativa, traumatismos, etc.
- Obtener ECG previos, medicación actual, previa y cambios recientes, etc.

Tomado de García Criado EI. Dolor Torácico agudo. Guía de Buena Práctica en Situaciones de Urgencias. Toquero de la Torre FJ, Zarco Rodríguez J, Rucabado Aguilar L, García Criado EI, Otero Cacabelos M y Toquero de la Torre F. Ed. IM&C SA 2003, Barcelona.

Tabla 3. Datos más relevantes en la historia clínica de un paciente con dolor torácico agudo

roncus, disminución de murmullo vesicular (neumotórax), estertores en el infarto pulmonar, etc.

2. Inspección y palpación de tórax: debemos buscar asimetría en los movimientos torácicos y/o desplazamiento de la tráquea (neumotórax). Contusiones o fracturas costales. Descartar origen mecánico del dolor por reproducción a la palpación.

3. Palpación abdominal: valorar distensión y megalias, junto a masas pulsátiles, soplos, sensibilidad, etc.

4. Exploración de extremidades y cuello: valoraremos los pulsos (pulso carotídeo saltón sugiere insuficiencia aórtica), el color y la perfusión de las extremidades. Junto a ello, la temperatura, edemas, sensibilidad. Además, datos que nos indiquen signos de trombosis o de venopunción, etc.

5. **Exploración del aparato locomotor:** signos de flogosis, dolor a palpación, masas, valoración neurológica de dermatomas C2-D6.
6. **Exploración neurológica:** valorar signo que nos oriente sobre el nivel de conciencia (confusión, somnolencia, estupor y coma), así como signos de focalidad (sobre todo en la disección aórtica), etc.

Exploraciones complementarias

A. Electrocardiografía (ECG)

Es la prueba inicial más útil y de menor coste en el diagnóstico del DT y que por ello nunca debe faltar independientemente del nivel de asistencia en que nos hallemos. Es el diagnóstico de la mayor parte de los casos de IAM y de angina. Si bien la observaremos sólo en dolor de etiología traumática y si no existe factor precipitante del trauma (síncope, etc.).

No se deberá demorar su realización (primeros cinco minutos del dolor) y su normalidad no excluye causas potencialmente graves (IAM, tromboembolismo pulmonar [EP], taponamiento cardiaco y disección de aorta, etc.).

Aunque es mucho más rentable durante el episodio del dolor, podemos realizar dos trazados, con y sin dolor, comparando ambos y éstos con ECG previos si los hubiese. En la pericarditis es orientadora y en la embolia pulmonar presenta un patrón típico S1, Q3, T3. También da datos de sobrecarga ventricular izquierda en la disección aórtica.

La sensibilidad y especificidad de ECG para el IAM cuando consideramos elevación del segmento ST es de aproximadamente el 50 y 92%, respectivamente. Al sumarle el descenso de ST, dicha sensibilidad aumenta al 60%. En general, toda infradesnivelación del segmento ST >1 mm es patológica e indicativa de lesión.

B. Radiografía de tórax

Es diagnóstica fundamentalmente en algunas enfermedades respiratorias (neumonía y neumotórax), aportándonos datos claves en el diagnóstico y algunos signos indirectos. Complementa al ECG como prueba diagnóstica más habitual en el estudio del DT, siendo de gran utilidad ante todo dolor pleuropericárdico, traumático o en sospecha de enfermedad mediastínica o aórtica, pero tras realizar el ECG.

Debemos explorar las estructuras óseas a fin de descartar signos degenerativos y lesiones de lisis, blásticas o aplastamientos y fracturas.

Ante la normalidad radiológica y la persistencia del dolor, debemos sospechar otras etiologías y continuar la investigación mediante diversas técnicas: gammagrafía pulmonar ante un dolor, disnea, hipoxemia y Rx tórax normal, por posible TEP; existencia de neumoperitoneo, por perforación de víscera hueca, etc.

C. Otras pruebas complementarias

Aunque estas peticiones quedan fuera del alcance de la Atención Primaria, las comentamos para el conocimiento del médico de familia. Ante todo dolor torácico de perfil isquémico, se deberá solicitar a nivel hospitalario una bioquímica sanguínea para determinar CPK. Si bien existen falsos negativos y positivos (traumas, inyectables musculares, convulsiones, etc.), por lo que es más precisa la fracción CPK-MB que es patológica cuando representa $>6\%$. En la actualidad, las troponinas T e I son más sensibles y específicas que la CPK-MB para la detección del daño miocárdico, y tienen un valor pronóstico en las complicaciones del síndrome coronario agudo.

Junto a las troponinas se puede solicitar una gasometría arterial (alterada en TEP, IAM o disección aórtica, por ejemplo), una

ecocardiografía, si sospechamos de una enfermedad valvular o disección aórtica o endocarditis, ecografía abdominal, gammagrafía pulmonar y TAC y aortografía.

Diagnóstico

El plantearnos un diagnóstico etiológico lo más certero posible, ante un DT, puede convertirse en una ardua tarea. No obstante, esta situación se complicará aún más si tenemos en cuenta las siguientes puntualizaciones:

- Diferenciar entre dolor somático y visceral (expresión de procesos con riesgo vital).
- Las estructuras torácicas que generan dolor y concuerdan en su localización (inervación sensitiva en el mismo dermatoma C2 a D6, en el dolor de origen esofágico y coronario).
- La similitud entre el potencial de gravedad y banalidad del cuadro clínico y su localización.
- La difícil correlación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la enfermedad causante.
- Todas las situaciones específicas o no que rodean al acto en sí de la urgencia médica:
 - Tiempo limitado de evolución, a veces desconociendo sus características semiológicas y con pocos síntomas o signos asociados, lo que dificulta su diagnóstico.
 - Tiempo limitado para la valoración sistemática del paciente. A veces es la primera vez que se le asiste, desconociendo sus antecedentes, sin aportar informes clínicos, debiendo adoptar el médico una decisión inmediata (ingreso, traslado a centro hospitalario, observación o alta), actuaciones todas de máxima responsabilidad.
 - Limitación de las pruebas complementarias disponibles en cada punto de urgencia, caso de que existan. Por ello, la anamnesis y la exploración física se convierten en nuestro mejor aliado y adquieren su máximo valor y rentabilidad.

Frente a la realidad anterior y dada la rapidez y destreza con la que debemos actuar, basaremos nuestra orientación diagnóstica en la realización de una buena anamnesis, valorándose las características del dolor torácico (tabla 3), y en una exploración física, reforzada por los resultados de las pruebas complementarias que comentamos con anterioridad.

Según las características del dolor podremos diferenciar unos PERFILES CLÍNICOS DEL DOLOR. Con ello haremos una aproximación diagnóstica diferencial que nos llevarán a valorar 9 tipos de cuadros (del 1 al 9), con patrones de DT diversos (tomados de Muñoz Ávila J y modificados por García Criado E).

Cuadro 1. Patrón anginoso o isquémico

Localización:

- Más frecuente: retroesternal
- Otras: precordial cualquier zona de irradiación

Irradiación:

- Cara anterior de tórax, miembros superiores, región interescapular

Calidad:

- De tipo visceral
- Opresión, quemazón, disconfort...

Inicio y evolución:

- Nunca es súbito
- Aumenta progresivamente
- Entre los episodios no hay dolor

Intensidad:

- Variable, dependiendo del sujeto y de la causa
- Umbral del dolor: variable, menor por la mañana

Duración:

- Variable, según la causa. Desde 1 a 10 minutos
- En el IAM y angor prolongado es mayor de 20 minutos

Factores desencadenantes y agravantes:

- Cualquiera que aumente el consumo de oxígeno miocárdico (estrés, ejercicio físico, emociones, alimentos fríos o calientes, bolos alimenticios grandes, anemia, etc.)
- Puede no haber factor desencadenante

Factores que lo alivian:

- Supresión del factor desencadenante
- No se modifica con movimientos ni con presión en zona afectada
- En general, el reposo psicofísico
- Nitroglicerina sublingual

Cuadro 2. Patrón pericárdico (continúa en la página siguiente)

Localización:

- Más frecuente: precordial, retroesternal o en el piso abdominal superior

Duración:

- Variable. En general, días

Cuadro 2. Patrón pericárdico

<p>Irradiación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Similar al coronario (cuello y hombro) <p>Calidad. Tipos de dolor:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pleurítico. Punzante y opresivo- Isquémico (similar al coronario)- Dolor sincrónico con los latidos cardíacos <p>Inicio y evolución:</p> <ul style="list-style-type: none">- Inicio agudo, raras veces súbito- Aumenta progresivamente de intensidad <p>Intensidad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Variable, desde molestia a gran intensidad	<p>Factores desencadenantes y agravantes:</p> <ul style="list-style-type: none">- No relacionado con el esfuerzo- Se agrava con la tos, inspiración, deglución- Aumenta con el decúbito supino, la rotación del tórax y elevación de los brazos <p>Factores que los alivian:</p> <ul style="list-style-type: none">- La sedestación, posición genupectoral, decúbito prono- Antiinflamatorios <p>Síntomas asociados:</p> <ul style="list-style-type: none">- Según la etiología <p>Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none">- Roce pericárdico (mejor sentado), pulso paradójico y aumento de presión venosa yugular
--	--

Cuadro 3. Patrón: disección aórtica aguda

<p>Localización:</p> <ul style="list-style-type: none">- Retroesternal, cara anterior del tórax, región interescapular, abdomen <p>Irradiación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cuello, espalda, abdomen, región lumbar, extremidades inferiores a medida que avanza la disección, disminuyendo el dolor en las zonas de inicio <p>Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Desgarrante, lacerante <p>Inicio y evolución:</p> <ul style="list-style-type: none">- Inicio muy súbito transfixivo e intenso con diaforesis- Evolucionan de minutos a horas <p>Intensidad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Máxima desde el inicio- Se mantiene o disminuye de forma progresiva	<p>Duración:</p> <ul style="list-style-type: none">- Variable. En general, de minutos a horas <p>Factores desencadenantes y agravantes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aumento de la TA- Se agrava mientras persista la TA elevada <p>Factores que los alivian:</p> <ul style="list-style-type: none">- La normalización de la TA- Analgésicos narcóticos <p>Síntomas asociados:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síntomas vegetativos- Según los órganos afectados por la disección arterial (síncope, insuficiencia cardíaca, hemopericardio, etc.) <p>Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none">- Asimetría de pulsos- Signos derivados de los órganos afectados- Hiper o hipotensión, Rx con mediastino ensanchado o derrame pleural- Soplo de insuficiencia aórtica
--	---

Cuadro 4. Patrón pleural

Localización e irradiación:

- Costado, región mamaria o inframamaria
- Pleura mediastínica: región retroesternal y cuello
- Pleura diafragmática: en el límite toracoabdominal, con irradiación a cuello y hombro
- Niños y adolescentes: puede aparecer en el abdomen (homolateral)
Vértice pulmonar: hombro y cara interna del brazo

Calidad:

- Punzante y lacerante

Inicio y evolución:

- Inicio variable según la causa
- Evolucionada de forma estable
- Si hay derrame pleural, disminuye de intensidad

Intensidad:

- Variable, muy intenso en el neumotórax
- Influye la rapidez de instauración

Duración:

- Variable según la causa. En general, de horas a días

Factores desencadenantes y agravantes:

- Dependen de la causa
- Se agrava con la tos, inspiración, estornudo, flexión y extensión de la columna dorsal, el decúbito sobre el lado afecto

Factores que lo alivian:

- La aparición de derrame pleural
- Inmovilización del hemitórax afecto
- Respiración abdominal

Síntomas asociados:

- Tos, disnea
- Otros síntomas según la causa

Exploración física:

- Normal
- Valorar: estado general, temperatura, frecuencia respiratoria, coloración, semiología de neumotórax, neumonía o derrame pleural, signo de Hamman (crujido sincrónico con el latido cardíaco) frecuente en la mediastinitis, etc. Realizar ECG y Rx de tórax

Cuadro 5. Patrón: Tromboembolismo Pulmonar (TEP) (continúa en la página siguiente)

Localización e irradiación:

- En región torácica lateral

Irradiación:

- Resto del tórax, cuello y hombro

Calidad: tipos de dolor:

- Características pleuríticas
- Isquémico (similar al coronario)
- Mecánico

Inicio y evolución:

- Inicio súbito
- Evolucionada de forma estable
- Disminuye de forma progresiva

Duración:

- Variable. En general, de horas a días

Factores desencadenantes y agravantes:

- Dependen del tipo de dolor

Factores que lo alivian:

- Según el tipo de dolor

Cuadro 5. Patrón: Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

Intensidad: <ul style="list-style-type: none">- Variable- Falta hasta en un 20% de los casos	Síntomas y signos asociados: <ul style="list-style-type: none">- Según la intensidad del cuadro- Disnea, tos, hemoptisis, ansiedad, febrícula, taquipnea, hasta hipotensión, <i>shock</i> y muerte súbita. A veces se presenta como un IAM (embolismos centrales y masivos). En ECG buscar signos de sobrecargas de ventrículo derecho (S1 Q3 T3), la aparición de bloqueo de rama derecha de ondas T negativas en V1 y V4 Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none">- Factores de riesgo tromboembólico, TVP
--	--

Cuadro 6. Patrón esofágico

Localización e irradiación: <ul style="list-style-type: none">- Retroesternal que se confunde con el isquémico Irradiación: <ul style="list-style-type: none">- Similar al coronario Calidad: <ul style="list-style-type: none">- Urente, constrictivo, quemazón Inicio y evolución: <ul style="list-style-type: none">- Según la causa- Desde súbito (perforación) a progresivo Intensidad: <ul style="list-style-type: none">- Variable, según la causa Duración: <ul style="list-style-type: none">- Desde minutos hasta horas- En la perforación es más prolongado	Factores desencadenantes y agravantes: <ul style="list-style-type: none">- Bebidas alcohólicas, ingesta de alimentos ácidos, el vómito...- Aumenta con el decúbito, la deglución y las maniobras de Valsalva Factores que lo alivian: <ul style="list-style-type: none">- Reflujo gastroesofágico: los antiácidos, el ortostatismo- Espasmo esofágico: nitratos y antagonistas del calcio Síntomas asociados: <ul style="list-style-type: none">- Pirosis en el reflujo- Disfagia en los trastornos de la motilidad, odinofagia- Perforación: vómitos, DTA y enfisema subcutáneo (tríada de Mackler) Exploración física: <ul style="list-style-type: none">- Normal, salvo en caso de perforación
--	---

Cuadro 7. Patrón osteomuscular mecánico (continúa en la página siguiente)

Calidad: <ul style="list-style-type: none">- Mecánico (duele al movimiento y cede en el reposo). Superficial y localizado a "punta de dedo"* Punzante en los casos agudos* Sordo en los casos crónicos	Factores que lo alivian: <ul style="list-style-type: none">- Calor local, reposo, analgésicos Síntomas y signos acompañantes: <ul style="list-style-type: none">- Nunca se acompaña de datos objetivos de gravedad ni de cortejo vegetativo
---	---

Cuadro 7. Patrón osteomuscular mecánico

Evolución:

- Intermitente

Intensidad:

- Variable

Factores desencadenantes y agravantes:

- Sobrecarga de peso. Traumatismos recientes o antiguos poco importantes u olvidados
- Movimientos de la caja torácica (tos) y extremidades superiores
- Respiración profunda
- Palpación de la zona dolorosa

Exploración física:

- Deben buscarse puntos álgidos que se desencadenan con la presión o la movilización
- Por lo general, no precisa de pruebas complementarias, si bien el estudio de ECG y Rx tranquilizan al paciente

Factores de riesgo:

- Factores de riesgo tromboembólico, TVP

Cuadro 8. Patrón neurológico

Neuritis y neuralgias

Localización:

- Siguiendo el recorrido del nervio afectado

Calidad:

- Urente

Intensidad:

- Variable, pudiendo llegar a ser muy intenso

Inicio y duración:

- Rápido
- Mínimo horas. Puede durar varios días

Factores que lo alivian:

- Infiltración del nervio (anestésicos locales)
- Analgésicos (escasa utilidad)

Síntomas y signos asociados:

- Lesiones cutáneas
- Parestesias, hipoestesias
- Paresias

Radiculalgias

Localización:

- Trayecto y territorio de las raíces afectadas

Calidad:

- Urente, como "paso de corriente", como "calor"

Intensidad:

- Variable, pudiendo llegar a ser muy intenso

Inicio y duración:

- Rápido relacionado con el factor desencadenante
- Variable, de minutos a horas

Factores desencadenantes y agravantes:

- Cargar peso, movimientos que aumenten la compresión

Factores que lo alivian:

- La tracción de la columna
- Reposo en decúbito supino
- Analgésicos (poca utilidad)

Síntomas y signos asociados:

- Parestesias e hipoestesias, paresias

Cuadro 9. Patrón psicógeno

- Muestra diversas presentaciones
- Dolor atípico sin ajustarse a ninguno de los patrones anteriores
- En ocasiones semeja el dolor anginoso
- Nunca despierta al paciente
- Suele localizarse sobre la punta cardíaca
- Dolor agudo inframamario izquierdo muy localizado intermitente o en puñalada de breve duración
- Existen datos de neurosis, depresión
- Suele relacionarse con un precipitante emocional
- No tiene relación con el esfuerzo
- Carácter "no fisiológico"
- Se acompaña de síntomas de hiperventilación (mareos, parestesias, queiroorales, temblor, nerviosismo)
- En la exploración no hay signos de gravedad ECG y Rx normales
- Mejoría del dolor con el uso de "placebos"
- Siempre hay que descartar causas orgánicas

A veces existe un **DT de origen incierto** (50-70% de los casos), en el cual, a pesar de realizar un estudio exhaustivo, no podremos establecer un diagnóstico etiológico. Entre las diversas etiologías de este tipo de dolor estarían: los prolapsos valvulares, dolores osteomusculares, dolores psicógenos, etc.

A fin de incluirlos dentro de una clasificación genérica, se han dado en llamar **dolor torácico atípico** en contraposición al **dolor torácico típico** o de etiología coronaria a aquellos cuadros que simulan clínica de dolor anginoso sin alteración electrocardiográfica o enzimática, en ausencia de cardiopatía de base grave.

Por el contrario, el **término dolor torácico inespecífico** es más utilizado en la literatura médica para definir aquellos cuadros cuyas características no vienen recogidas en las tablas 1 y 2.

Disponemos de un test de ayuda diagnóstico-terapéutica que nos puede ser de utilidad valorado con cautela:

- La administración de nitritos vía sublingual deberá aliviar el dolor anginoso en 1-2 minutos, aunque también puede mejorar el espasmo de esófago.
- La administración de salicilatos y otros antiinflamatorios no esteroideos mejoraría el dolor osteomuscular, pericárdico y pleural.
- La administración de ansiolíticos alivia el dolor psicógeno.
- La administración de antiácidos y antihistamínicos H₂ e Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), por lo general, alivia la enfermedad gástrica y las esofagitis en minutos, a diferencia de la enfermedad cardíaca isquémica, en cuyo caso no surge el menor efecto.
- La infiltración con anestesia local o regional alivia el dolor osteomuscular y neurológico de la zona afectada.

Tratamiento urgente

Los objetivos básicos del tratamiento irán encaminados a tratar la etiología del dolor, si bien los priorizaremos con el siguiente orden:

- Estabilizar el estado hemodinámico.
- Tratamiento etiológico:
 - Pleuropulmonar: descartaremos un infarto pulmonar o embolia (ante sospecha de embolia pulmonar, administrar 10.000 unidades de heparina sódica intravenosa antes del traslado al hospital). Si no obedece a causa urgente, administrar analgesia convencional.
 - Digestivo: según el estado del paciente, lo remitiremos al hospital para completar estudio de imagen y analítico (ecografía y amilasa). La analgesia la valoraremos según sospecha de enfermedad de base.
 - Osteomuscular: lo trataremos con antiinflamatorios no esteroideos y lo remitiremos a consulta para posterior estudio.
 - Psicógeno: haremos respirar al paciente en una bolsa de plástico durante cinco minutos su propio aire espirado, evitando una hiperventilación. Posteriormente, administraremos ansiolíticos y lo derivaremos a la consulta para posterior estudio.

- Neurogénico: valoraremos presencia de vesículas (herpes zóster), administrando, caso de haberlas, un antiviral en las primeras 72 horas.
- Tratamiento sintomático:
 - Se tratará según los perfiles clínicos que presente cada paciente, si bien las medidas generales a tomar serían:
 - Reposo.
 - Permeabilidad de las vías aéreas, oxigenoterapia (mascarillas faciales, ventilación asistida, controlada).
 - Monitorización de constantes vitales (TA, pulso, frecuencia respiratoria). Monitorización ECG.
 - Fluidoterapia intravenosa.
 - Administración de fármacos vasoactivos, vasodilatadores, analgesia (según la causa), antiarrítmicos, etc.

Criterios de derivación

Conocemos, según la experiencia del grupo ARIAM, que la asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos mejora el pronóstico de éstos, en lo que a tratamiento con fibrinolíticos se refiere. No obstante, ante todo paciente con dolor torácico agudo incierto o secundario a enfermedad potencialmente grave cuyo proceso etiológico suponga un riesgo vital, debemos derivarlo a un centro hospitalario, a fin de aclarar la causa del dolor.

Por ello, los criterios de derivación hospitalaria serán:

- A.** DT e inestabilidad hemodinámica.
- B.** DT secundario a enfermedad potencialmente grave, aun con estabilidad hemodinámica.
- C.** Pacientes con DT secundario a enfermedad no vital, pero subsidiaria de estudio urgente.
- D.** Realización de tratamiento urgente, no disponible en su medio de trabajo.

Bibliografía

- 1 Aguiar E, Reina A, Ruiz-Bailén M, Colmenero M, García Delgado M, Ariem G. La asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. *Aten Primaria* 2001;27:478-83.
- 2 Arós F, Loma-Osorio A. Diagnóstico de la angina inestable en el Servicio de Urgencias. Valor y limitación de la clínica, el electrocardiograma y las pruebas complementarias. *Rev Espa Cardiol* 1999;52:39-45.
- 3 García Criado EI. Dolor Torácico agudo. Guía de Buena Práctica en Situaciones de urgencias. Toquero de la Torre FJ, Zarco Rodríguez J, Rucabado Aguilar L, García Criado EI, Otero Cacabelos M y Toquero de la Torre F. Ed. IM&C SA. 2003 Barcelona 31-50.
- 4 Fonseca del Pozo FJ, García Criado EI, Martín Riobó E, Abizanda González M. Abordaje integral del Dolor en Atención Primaria. Dolor en Urgencias. Módulo 9. Ed. IM & C SA Madrid, 2005.
- 5 Gavilán Guirao F, Jiménez Murillo L, Torres Murillo JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Perepérez L. Dolor torácico agudo. Medicina de urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y Protocolos de actuación. Ed. Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. ELSVIER España SA Madrid 2004;169-76.
- 6 Andreu Ballester JC, Rivira Durante J. Dolor Torácico Algoritmos de Medicina de Urgencias. Diagramas de flujos a aplicar en situaciones de urgencias. Runiprint SA Valencia 2003;18-9.
- 7 Muñoz Ávila JA, Torres Murillo JM, Calderón de la Barca-Gázquez JM, García Criado EI, Jiménez Murillo L. Manejo del paciente con dolor torácico agudo en Atención Primaria. *SEMERGEN* 1998;XXIV(3):137-44.
- 8 Moya Mir MS. Dolor Torácico. Guía de actuación en urgencias. Moya Mir MS. Clínica Puerta de Hierro. McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U. Madrid 1999;55-62.

Dolor abdominal

Concepto y etiología

El Dolor Abdominal agudo (DA) constituye una de las causas más frecuentes de consulta en Urgencias y el principal síntoma de la enfermedad clínica digestiva. Dado su carácter subjetivo, los médicos de Atención Primaria nos enfrentamos a la difícil tarea de interpretarlo.

Lo podríamos definir como ***“un síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente, con carácter de síntoma importante, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento quirúrgico urgente”***.

Ante cualquier tipo de DA, deberemos establecer una serie de prioridades:

- Determinar la posible gravedad del cuadro clínico, descartando la presencia de *shock* (detectar signos típicos como hipotensión, palidez de piel y mucosas, taquicardia, etc.), defensa de la musculatura abdominal (vientre en tabla).
- Identificación de su etiología: realmente es difícil que exista alguna enfermedad sistémica que nunca curse con dolor abdominal

agudo; las tablas 1 y 2 reflejan las causas médicas y quirúrgicas más frecuentes de estas enfermedades.

- Si el dolor es de causa quirúrgica, nos debemos preguntar: ¿Requiere intervención inmediata?; rotura de gran vaso, perforación de víscera hueca, hemorragia intraabdominal, embarazo ectópico, etc.
- Valoración del tratamiento y del traslado adecuados a la gravedad del cuadro.

Anamnesis

La anamnesis debe ir encaminada a valorar la gravedad del cuadro y detectar la presencia de *shock*. Por ello, si está bien ordenada y se realiza junto a una exploración clínica protocolizada, dirigida a diferenciar el dolor abdominal crónico o recurrente del abdomen agudo, nos harán perder el menor tiempo posible en etiquetar sindrónicamente dicho cuadro, a fin de iniciar la medida terapéutica necesaria en cada caso. La tabla 3 muestra las preguntas clave que deberíamos realizar para estudiar la semiología del dolor abdominal. Los datos más relevantes serían:

- Cronología de los síntomas: comienzo (brusco o insidioso), horas de evolución (**más de 6 horas, considerarlo quirúrgico si no se demuestra lo contrario**), relación con la ingesta de alimentos, etc.
- Topografía del dolor: es la clasificación topográfica del dolor abdominal de origen parietal y somático (figura 1).
- Localización e irradiaciones: si dividimos el abdomen en diversos cuadrantes, todo dolor situado en la línea media del abdomen cabría suponer que correspondería a un dolor visceral verdadero. Así pues, cada cuadrante abdominal tendría, de entrada, unos diagnósticos típicos o de presunción (tabla 4).
- Origen:
 - Visceral o esplácnico: mal localizado, sordo e impreciso, acompañado de síntomas vagales, hipotensión y bradicardia.

A. De origen abdominal:

A.1. De la propia pared:

- Hematomas
- Miositis

A.2. Intraabdominales:

- Pancreatitis
- Gastritis
- Ovulación dolorosa
- Linfadenitis mesentérica
- Aneurisma aórtico
- Hepatitis

B. De origen extraabdominal:

B.1. De origen cardíaco:

- Enfermedad coronaria
- Pericarditis
- Hígado de éxtasis

B.2. De origen pleuropulmonar:

- Neumonías
- Pleuritis diafragmática
- Embolismo pulmonar
- Neumotórax
- Procesos mediastínicos

B.3. De origen en columna vertebral

C. Procesos metabólicos:

- Cetoacidosis diabética
- Porfiria aguda intermitente
- Insuficiencia suprarrenal
- Saturnismo
- Hiperlipemia
- Uremia
- Hemocromatosis

D. Enfermedades vasculares:

- Hematomas intramurales y retroperitoneales
- Vasculitis sistémicas y conectivopatías

Tabla 1. Causas médicas de dolor abdominal agudo (continúa en la página siguiente)

E. Procesos neurológicos:

- Tabes dorsal
- Herpes zóster
- Síndrome de Münchausen

F. Enfermedades hematológicas:

- Crisis drepanocíticas
- Leucemia aguda
- Policitemia
- Mononucleosis infecciosa
- Púrpura de Schönlein-Henoch

G. Otras causas:

- Aracnoidismo
- Edema angioneurótico abdominal, fiebre mediterránea familiar
- Ingestión de *Amanita Phalloides*
- Consumo de drogas (heroína)
- Fármacos narcóticos, inmunosupresores
- Botulismo, salmonelosis
- Síndrome de Behçet

Tomada de Burgos Marín DE, García Criado EI. Manejo del dolor abdominal agudo en el medio extra-hospitalario. SEMERGEN 1997;23(10):633-44 y modificada por el autor.

Tabla 1. Causas médicas de dolor abdominal agudo

- Parietal o somático: agudo e intenso, bien localizado y se agrava al movimiento.
- Referido: extraabdominal referido al abdomen (neumonía, neumotórax, isquemia cardiaca, etc.).
- Características: dolor cólico (obstrucción de víscera hueca, espasmos intestinales, etc.) o continuo (isquemia mesentérica, enfermedad inflamatoria o metabólica, etc.).
- Síntomas digestivos: vómitos, náuseas, alteraciones del ritmo intestinal y de las características de las heces. Valorar hemorragias digestivas (altas y bajas).
- Antecedentes personales: diabetes mellitus (más propensión a

diarreas, isquemias mesentéricas, cetoacidosis, etc.), porfirias, hiperlipemias (pancreatitis), etc.

- Síntomas extraabdominales: tos, fiebre. **“Ante la presencia de fiebre mayor de 39 °C y dolor abdominal agudo, debemos pensar en una afección extraabdominal (neumonía, infección urinaria, etc.)”**, disnea (neumonía), síntomas miccionales (cólico nefrítico, cistitis, pielonefritis, etc.), dolor torácico, fibrilación auricular (trombosis mesentérica).
- Antecedentes ginecológicos: fecha de la última regla, posibilidad de embarazo, portadoras de Dispositivo Intrauterino (DIU), embarazos ectópicos, enfermedades pélvicas o venéreas, etc.
- Cambios en la naturaleza del color.

Exploración física

Será meticulosa y no sólo delimitada al abdomen. Junto a una buena anamnesis, la exploración física nos ayudará a descartar una urgencia vital. La tabla 5 nos da los datos clave para realizar un buen examen físico del paciente con dolor abdominal agudo.

- 1. Estado general:** un paciente con mal estado general sugiere cuadro de gravedad. Nos referimos a la llamada “facies hipocrática”, que se caracteriza por nariz afilada, ojos hundidos, palidez cenicienta, mirada sin brillo, etc. Ante esta situación, valoraremos las constantes vitales, presencia de fiebre (infección), hipotensión (valorar hemorragias o *shock*) y estado nutricional y de hidratación.
- 2. Actitud y estática del paciente:** su posición nos puede dar una información importante de su estado general. Si un paciente con mal estado general adopta una posición supina y quieta en la camilla, puede hacernos pensar en una enfermedad intraabdominal grave, evitando con esta postura la irritación peritoneal. La intranquilidad es típica del dolor del cólico nefrítico. La postura de flexión de rodillas que adoptan

A. Esófago:

- Perforación de esófago abdominal

B. Estómago:

- Perforación por úlcus o traumatismo
- Vólvulo

C. Duodeno:

- Perforación por úlcus o traumatismo
- Perforación de divertículo
- Obstrucción duodenal

D. Intestino delgado:

- Diverticulitis (divertículo de Meckel)
- Perforación intestinal
- TBC intestinal
- Obstrucción intestinal
- Vólvulo o invaginación
- Infartos mesentéricos

E. Intestino grueso:

- Apendicitis aguda
- Diverticulitis
- Obstrucción extramural
- Obstrucción intramural
- Vólvulo

F. Hígado:

- Rotura de quiste hidatídico
- Rotura traumática

G. Vesícula biliar:

- Colecistitis aguda

H. Páncreas:

- Pancreatitis aguda
- Rotura

Tabla 2. Causas quirúrgicas de dolor abdominal agudo (continúa en la página siguiente)

I. Bazo:

- Rotura

J. Mesos intestinales:

- Rotura de quistes
- Rotura de meso

K. Aparato genitourinario:

- Salpingitis
- Embarazo ectópico
- Quiste ovárico torsionado
- Perforación uterina
- Rotura vesical

Tomada de Burgos Marín DE, García Criado EI. Manejo del dolor abdominal agudo en el medio extra-hospitalario. SEMERGEN 1997;23(10):633-44.

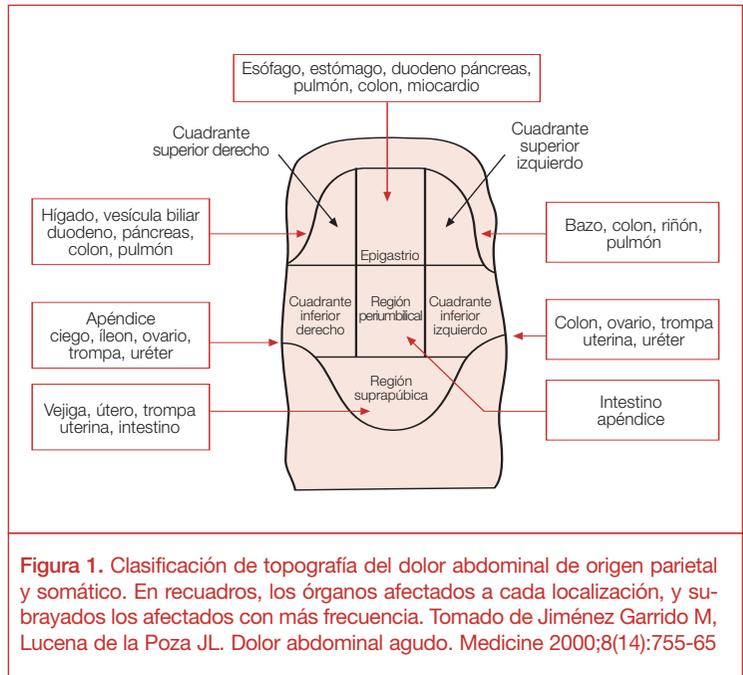
Tabla 2. Causas quirúrgicas de dolor abdominal agudo

los jóvenes con dolor en fosa ilíaca derecha nos puede hacer sospechar de apendicitis aguda; con ello se disminuye la irritación peritoneal.

- 3. Inspección:** valoraremos cicatrices de intervenciones anteriores (posibles bridas), peristaltismo, hernias, heridas, eventraciones, hematomas, manchas cutáneas, etc.
- 4. Palpación:** la realizaremos con suavidad, alejándonos de la zona dolorosa para avanzar hacia el dolor. Debemos estar atentos a los cambios de expresión facial del paciente. Valoraremos la palpación superficial (hiperestesias cutáneas) y la profunda (visceromegalias, masas, etc.). Si la defensa se produce por causas no álgicas (cosquillas, ansiedad, etc.), debemos relajar al paciente (provocarle tos, por ejemplo), para que la exploración sea lo más productiva posible. Ante un abdomen blando y doloroso en una determinada zona, después de repetidas exploraciones y aun en ausencia de defensa muscular, hay que sospechar que el cuadro es quirúrgico.

- Forma de comienzo
- Localización
- Irradiación
- Calidad o carácter del dolor
- Intensidad
- Cronología
- Factores que lo alivian o lo agravan
- Síntomas, signos y estados asociados al dolor
- Indicación de cualquier antecedente médico-quirúrgico, incluyendo enfermedades cardiovasculares o respiratorias, así como historia de abuso de drogas ilícitas y alcohol, fármacos inmunosupresores, alergias, viajes recientes e historia familiar y social

Tabla 3. Preguntas clave en la semiología del dolor abdominal



Es importante distinguir entre masas abdominales pulsátiles en personas muy delgadas y fecalomas o globos vesicales. Éstos son errores frecuentes en médicos poco experimentados a la hora de valorar dichas masas.

La **contractura abdominal** se define como una respuesta muscular refleja causada por la irritación del peritoneo parietal. Puede ser generalizada (“abdomen en tabla”), en la peritonitis generalizada, o parcial en la localizada. Ante el hallazgo de este signo exploratorio, nos debemos plantear la indicación de cirugía de urgencia.

Si bien en situaciones como ancianos, multíparas, hemorragias peritoneales, infartos mesentéricos, perforaciones cubiertas, apendicitis retrocecales o en pacientes sometidos a tratamiento con corticoides, puede que dichas contracturas pasen desapercibidas, por lo que hay que estar más atento al cuadro de abdomen agudo.

No olvidaremos valorar los signos típicos: signo de Murphy, signo de Blumberg (rebote doloroso), y otros menos comunes como el signo de Rovsing, del obturador, Courvasier-Terrier o del psoas.

- 5. Percusión abdominal:** con ella valoraremos la matidez y el timpanismo. Nos permitirá determinar la presencia de neumoperitoneo (disminución o desaparición de la matidez hepática), de líquido en cavidad peritoneal (matidez de flancos que cambia con la postura, oleada ascítica...), y de gas intestinal detenido (meteorismo generalizado o localizado). También es útil en la puño-percusión renal (cólico nefrítico y pielonefritis). No obstante, su ausencia no permite excluir estas complicaciones.
- 6. Tacto rectal:** se le ha dado más valor real que el que estadísticamente tiene, debido a su baja sensibilidad. No obstante,

Hipocondrio D

- Cólico hepático
- Colecistitis aguda
- Colangitis
- Hepatalgia de éxtasis
- Absceso hepático, subfrénico
- Neumonía basal D
- Fractura costal baja

Vacío D

- Cólico nefrítico
- Pielonefritis aguda
- Apendicitis retrocecal
- Hematoma vaina del recto
- Hematoma retroperitoneal

Fosa ilíaca D

- Apendicitis aguda
- Adenitis mesentérica
- Diverticulitis de Meckel
- Ileitis terminal (Crohn)
- Perforación ciego
- Neoplasia ciego
- Enfermedad ginecológica
- Enfermedad testicular
- Hernia inguinal encarcerada
- Absceso, hematoma del psoas

Epigastrio

- Gastritis aguda
- Brote ulceroso
- Esofagitis por reflujo
- Úlcus péptico perforado
- Pancreatitis aguda
- Infarto de miocardio
- Hernia epigástrica

Mesogastrio

- Onfalitis aguda
- Gastroenteritis aguda
- Oclusión intestinal
- Aneurisma aorta disecante
- Isquemia intestinal
- Diverticulitis Meckel
- Hernia umbilical

Hipogastrio

- Apendicitis pélvica
- Enfermedad ovárica
- Globo vesical
- Cistitis

Hipocondrio I

- Pancreatitis aguda
- Úlcus péptico perforado
- Absceso subfrénico
- Rotura de bazo
- Neumonía basal I
- Fractura costal I baja
- Infarto de miocardio

Vacío I

- Cólico nefrítico
- Pielonefritis aguda
- Diverticulitis
- Aneurisma aorta disecante
- Hematoma vaina del recto
- Hematoma retroperitoneal

Fosa ilíaca I

- Sigmoiditis aguda
- Perforación sigma
- Colitis isquémica
- Enfermedad ginecológica
- Enfermedad testicular
- Hernia inguinal encarcerada
- Absceso, hematoma del psoas

Tomada de García Lareo M, Escolá Ripio D. Urgencias Digestivas en el Centro de Salud. Dolor Abdominal Agudo. E.U.R.O.M.E.D.I.C.E. Ed. Médicas SL 2000. Badalona.

Tabla 4. Diagnósticos más frecuentes por localización en dolor abdominal

se suele realizar para identificar cuadros de “apéndice inflamado”. Deberemos orientar la exploración hacia la búsqueda de:

- En la luz rectal: presencia de tumoraciones o fecalomas (causa frecuente de obstrucción intestinal baja en el anciano).
- En las paredes laterales: prominencias provocadas por acumulación de colecciones líquidas o sólidas en el espacio perirrectal.
- En la pared anterior: se explora si hay protrusión y/o dolor en el fondo de saco de Douglas. En el varón se palpa la próstata, y en la mujer el cuello uterino.

Valoraremos las características de las heces según su: color (negro-melena, rojo sangre, acólicas-ictericia), olor (síndrome de malaabsorción), cantidad (diarreas), contenido (restos, moco, pus) y forma (acintadas, caprinas).

Exploraciones complementarias

Es lógico pensar que algunas de las exploraciones complementarias que se reseñan a continuación son exclusivas del medio hospitalario. No obstante, y a modo de información, pensamos que es importante recordarlas. Si bien haremos más énfasis en las que el médico de Atención Primaria dispone en su medio.

- Tira reactiva de orina: valorar infecciones de orina y hematurias (litiasis renal en cólicos nefríticos); de igual modo, utilizaremos la amilaturia.
- Test de gestación: nos sirve para descartar embarazo ectópico. Si bien puede ser o no de utilidad, ya que no lo excluye en los embarazos ectópicos incipientes o intrauterinos, siendo más sensible el análisis de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana sérica –HCG.
- Hematimetría: una leucocitosis con desviación a la izquierda suele deberse a un proceso séptico o a necrosis hística. La

EXAMEN GENERAL	EXAMEN ABDOMINAL	EXAMEN GENITAL*
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud del enfermo • Estado de hidratación • Coloración de la piel y mucosas • Frecuencia cardíaca • Frecuencia respiratoria • Tensión arterial • Temperatura axilar y rectal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrices • Hernias • Distensión abdominal • Puntos dolorosos • Masas o visceromegalias • Signos de irritación peritoneal • Soplos vasculares • Examen rectal 	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización del cuello uterino • Palpación bimanual • Tinción Gram y cultivo y secreciones vaginales
<p>* Realizar ante sospecha de enfermedad uterino-axial.</p> <p>Tomado de García Cabezudo J, Montoro M, Canelas P, Pontaque M. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo: Aspectos generales. Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. Montoro Huguet M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S. (eds.) 2ª ed. Jarpoyo Ed. 2002. Madrid 751-80.</p>		
<p>Tabla 5. Datos clave en el examen del paciente con dolor abdominal agudo</p>		

leucopenia con dolor en hemiabdomen inferior es muy típica de viriasis. Si existe un hematocrito descendido en el contexto de un abdomen agudo, sin signos de sangrado externo, es indicación de pancreatitis necroticohemorrágica o hemoperitoneo (rotura de embarazo ectópico, rotura de aneurisma, etc.).

- Bioquímica sanguínea: la amilasa lipasa, AST, ALT, fosfatasa alcalina, GGT, LDH y PCR nos aportarán una información muy útil sobre la etiología y gravedad si nos hallamos ante un cuadro pancreático-biliar. También nos ayudarán diagnósticos diferenciales de cuadros de oclusión intestinal, úlcus perforados y procesos ginecológicos. La urea y la creatinina nos indicarán el estado de la función renal e hidratación. El ionograma (Na, K y Cl) nos aportará una visión clara sobre el estado del paciente con diarrea, dilatación de colon o íleo paralítico. Las pruebas de coagulación nos servirán como indicativo de cuadros de abdomen agudo quirúrgico y del estado séptico del paciente. La CPK nos diferenciará entre enfermedad cardíaca e isquemia intestinal.

- EKG: para descartar origen de dolor cardiaco, sobre todo el dolor abdominal está referido al hemiabdomen superior y en pacientes que van a ser sometidos a cirugía.

“Ante todo paciente con epigastralgia de origen dudoso, es conveniente descartar, mediante la realización de un electrocardiograma, una miocardiopatía isquémica aguda (infarto o angor)”.

- **Radiología:** las proyecciones que habrá que solicitar en cada caso serán:

1. Radiografía P-A y lateral de tórax: ante todo dolor abdominal, debemos solicitar un estudio radiológico:

- Para descartar neumoperitoneo: con una proyección simple de abdomen podría pasar desapercibido.

- Nos puede orientar hacia un determinado tipo de enfermedad abdominal (elevación diafragmática con derrame pleural en los abscesos subfrénicos y en la colecistitis aguda, derrame pleural izquierdo en la pancreatitis aguda, etc.).

- Para descartar procesos pleuropulmonares acompañantes como neumonía, neumotórax, etc., cuyo primer síntoma es dolor abdominal.

2. Radiografía simple de abdomen en decúbito: debemos realizarla ante todo dolor abdominal agudo. Su lectura sistemática debe incluir:

3. Serie obstructiva: si se sospecha obstrucción intestinal.

4. Radiografía simple de abdomen en bipedestación o en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal: ante la sospecha de perforación.

Pruebas específicas de diagnóstico hospitalario

- **Punción lavado peritoneal:** en medio hospitalario.

- **Ecografía abdominal:** en medio hospitalario.

Ante la sospecha de organicidad hepatobiliar, rotura de víscera maciza, presencia, líquido en espacio intraperitoneal, masa abdominal o aneurisma de aorta. Hoy en día, el eco-doppler color cuenta con una especificidad y sensibilidad cercana al 100% en torsión de ovario y testículo, por ejemplo.

- **TAC abdominal.**
- **Urografía intravenosa.**
- **Cistografía retrógrada.**
- **Arteriografía.**
- **Endoscopia.**

Se utilizaría sólo en caso urgente de sangrados agudos. La rectoscopia nunca se utiliza de modo urgente, por tener que preparar el colon para su estudio.

- **Resonancia magnética nuclear:** es muy costosa y poco práctica para el diagnóstico del dolor abdominal agudo. Su principal indicación la tendría en el traumatismo pancreático y en abdomen agudo de embarazadas.

Diagnóstico diferencial del dolor abdominal

Fundamentalmente, deberemos valorar el diagnóstico diferencial entre el dolor abdominal agudo médico y quirúrgico, el cual se refleja en la tabla 6.

Tratamiento del dolor abdominal

Todo paciente con abdomen agudo presumiblemente quirúrgico debería ser enviado a un centro hospitalario para ser valorado por un cirujano de guardia.

Como tratamiento de base realizaremos:

A. Medidas generales:

a. Dieta absoluta.

b. Estabilizaremos al paciente si está en estado de *shock* para descartar o confirmar lo antes posible enfermedad quirúrgica grave pendiente de derivación a centro especializado. Como media básica, canalizar una vía venosa periférica y administrar sueroterapia (2.500-3.000 cc/24 horas), a ser posible con suero glucosalino, dosis y tipo de solución modificable, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente y las enfermedades crónicas de base. Realizaremos rehidratación, mediante reposición hidroelectrolítica y de sangre si fuese preciso.

El objetivo principal en la valoración de urgencia de un DA es confirmar o descartar que haya un proceso quirúrgico responsable del mismo. Los datos que nos deben orientar hacia él son:

- Que el dolor sea de inicio súbito, intolerable, generalizado con fracaso del tratamiento analgésico
- Que el dolor sea de comienzo insidioso, continuo que vaya aumentando progresivamente de intensidad hasta hacerse intolerable
- Que el dolor sea irradiado a hombro con irritación peritoneal, una vez excluida enfermedad torácica
- Que haya una modificación de un dolor discontinuo a continuo
- Que se produzca una detención de gas y heces durante al menos 24 horas
- Que de produzcan signos locales o generalizados de irritación peritoneal
- Que se cree una situación de *shock*
- Que el dolor se preceda casi siempre de vómito
- Siempre habrá mayor posibilidad en paciente de edad avanzada

Tabla 6. Diagnóstico diferencial entre el dolor abdominal agudo médico y quirúrgico

¿Cuándo debemos derivar a un paciente a estudio ambulatorio?

Cuando reúna las siguientes condiciones:

- Paciente con proceso banal con dolor de intensidad leve moderada y mal definido
- Ante un dolor que no esté asociado a síntomas importantes y con un examen físico y exploraciones complementarias básicas normales

¿Qué tipo de paciente reúne estas características?

- En pacientes jóvenes, hembras, con dolor localizado o difuso
- Cuando el dolor puede estar asociado a sensación de náuseas o vómitos
- Cuando puede existir dolor a la palpación de abdomen, sin signos de irritación peritoneal evidentes
- Cuando el proceso se suele autolimitar

¿Cuándo debemos derivar a un paciente a estudio hospitalario?

- Ante la presencia de *shock*
- Para el diagnóstico de enfermedad que precise tratamiento quirúrgico
- Ante signos de peritonismo, contractura abdominal
- Por distensión abdominal
- Por fiebre sin datos de gastroenteritis
- Por hernias no reductibles
- Por vómitos fecaloides
- Por rectorragia
- Ante la presencia de leucocitosis con desviación izquierda
- Por anemia significativa
- Ante la presencia de niveles hidroaéreos, asa centinela
- Por aerobilia
- Por litiasis biliar con fiebre, sin otra causa
- Si no hemos alcanzado un diagnóstico evidente para estudio y tratamiento

Tabla 7. Criterios de derivación de un paciente a estudio ambulatorio y sus características, y criterios de derivación de un paciente a estudio hospitalario

c. Valorar una descompresión gastrointestinal, en caso de necesidad. Para ello, sondaremos al paciente con sonda nasogástrica y aspiración continua, en caso de disponer de aspirador en nuestro centro de salud.

d. La administración de analgésicos está formalmente contraindicada si el dolor abdominal agudo está pendiente de filiación, ya que es principal síntoma y dificultaría aún más el diagnóstico etiológico del cuadro. **“Los analgésicos sólo pueden administrarse después de un diagnóstico de certeza”**. La duda nos la podemos plantear cuando decidimos trasladar al paciente al hospital de referencia. En este caso, nos podemos plantear la administración de un analgésico opiode intramuscular o intravenoso, lo que retrasará la aparición de un posible cuadro de *shock* por dolor, tranquilizando al paciente y a sus familiares al tiempo que facilitaremos la exploración. Aun cuando el analgésico puede enmascarar el diagnóstico o empeorar un íleo parálítico, hay que tener en cuenta que la analgesia no enmascara la contractura muscular abdominal. Si el dolor es poco intenso, es preferible esperar la valoración del cirujano.

e. Antibioterapia: sólo se indicará si se establece un diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Su utilización será, según pauta establecida, para la sepsis de origen abdominal. Las únicas excepciones a esta norma general de antibioterapia las podremos hacer en el caso de la colecistitis aguda en pacientes sin enfermedad inmunodepresora de base y sin signos de gravedad clínica, la peritonitis bacteriana espontánea y la diverticulitis, en las que se iniciará tratamiento antibiótico empírico aunque no se indique cirugía urgente.

B. Medidas específicas: serán las indicadas para cada tipo de las etiologías del dolor abdominal en cada situación específica.

Criterios de derivación

La tabla 7 muestra los criterios de derivación de un paciente a estudio ambulatorio y sus características, y los criterios de derivación de un paciente a estudio hospitalario.

Bibliografía

- 1 Burgos Marín J, Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Berlango Jiménez A, Arévalo Jiménez E. Medicina de Urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Eds. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Ed. 3ª. Elsevier Madrid. 2004;258-71.
- 2 Camp J. Abdomen agudo en el anciano. Urgencias en la práctica médica. IDEPSA. Madrid 1988;1-16.
- 3 Burgos Marín DE, García Criado EI. Manejo del dolor abdominal agudo en el medio extrahospitalario. SEMERGEN 1997;23(10):633-44.
- 4 Domínguez-Muñoz E. El paciente con síntomas digestivos. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica. EDIKA MED 2002 Barcelona.
- 5 Fonseca del Pozo FJ, Ildefonso García Criado E, Martín Riobó E, Abizanda González M. Abordaje integral del Dolor en Atención Primaria. Dolor en Urgencias. Módulo 9. Ed. IM & C SA. Madrid, 2005.
6. Fales DW, Overton DT. Dolor abdominal. En: Tintinalli JE Ruiz E, Krome RL, editores. Medicina de Urgencias México McGraw-Hill Interamericana SA. 1997;266-71.
- 7 García Cabezudo J, Montoro M, Canellas P, Pontaque M. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo: Aspectos generales. Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia Montoro Huguet M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S (eds.), 2ª ed. Jarpyo Ed 2002. Madrid 751-80.
- 8 Diego Bermúdez L, Martín-Vivaldi Jiménez J, Marín Serrano E, Piñero García A. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal agudo sin fiebre. Protocolos Medicine Doyma 2004. Barcelona 417-20.
- 9 Jiménez Garrido M, Lucena de la Poza JL. Dolor abdominal agudo. Medicine 2000;8(14);755-65.
- 10 García Lareo M, Escolá Ripio D. Urgencias Digestivas en el Centro de Salud. Dolor Abdominal Agudo. E.U.R.O.M.E.D.I.C.E. Ed. Médicas SL 2000. Badalona.
- 11 Otero Cacabelos M. Dolor Abdominal Agudo. Guía de buena práctica clínica en Situaciones de Urgencias. Toquero F, Zarco J, Rubcabado L, Abreu M, García Criado E, Otero M. IMC SA. 2003 Madrid 63-80.
- 12 Rapún Jiménez P, Utrillas Ases M, Morales Soriano R. Dolor abdominal en urgencias de atención primaria. Jano 2002 LXIII;1452:41-4.
- 13 Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH. Manual de Principios de Cirugía. McGraw-Hill de México, SA. Interamericana; 1996.
- 14 Sánchez Turrión V. Dolor Abdominal. Guías de actuación en urgencias. Moya Mir MS ed, McGraw-Hill Interamericana Madrid 2004;188-93.

1b/6

