

**RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME  
DOLOROSO ABDOMINAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

**Recomendaciones específicas para el manejo del Síndrome Doloroso Abdominal  
en los Servicios de Urgencias**

ISBN

Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
CONAMED

Mitla 250 esquina Eugenia  
Col. Vértiz-Narvarte, C. P. 03020,  
MéXICO, D. F.

Lada sin costo: 01 800 711 06 58  
En el Distrito Federal: 5420 7000

[recomendaciones@conamed.gob.mx](mailto:recomendaciones@conamed.gob.mx)

**RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME  
DOLOROSO ABDOMINAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

**COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO  
SUBCOMISIÓN MÉDICA  
DIRECCIÓN GENERAL DE DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

GRUPO COORDINADOR  
PARA LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

COMITÉ TÉCNICO PARA LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES

**Dr. Carlos Tena Tamayo**  
*Comisionado Nacional de Arbitraje Médico*

**Dr. Gabriel R. Manuell Lee**  
*Subcomisionado Médico*

**Dr. Jorge M. Sánchez González**  
*Director General de Difusión e Investigación*

GRUPO DE TRABAJO CONAMED

**Dra. María Elena Rivera Hernández**  
*Subordinadora Médica en la Dirección de Conciliación (Coordinadora)*

**Dr. Luis Hernández Gamboa**  
*Director de Investigación*

**Dr. Fernando Rosales Delgado**  
*Director Árbitro Médico en la Dirección General de Arbitraje*

**Dra. Mahuina Campos Castolo**  
*Subdirectora de Investigación*

**L.E.O. Rebeca Victoria Ochoa**  
*Jefa de Departamento de Investigación*

GRUPO DE VALIDACIÓN EXTERNA

**Dr. Héctor Hugo Rivera Reyes**

*Consultor Técnico del Servicio de Terapia Intensiva del  
Hospital General de México  
Coordinador del Grupo de Validación Externa*

**Dr. Fernando Bernal Sahagún**

*Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía*

**Dr. José Antonio Carrasco Rojas**

*Vicepresidente de la Academia Mexicana de Cirugía y  
Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General*

**Dr. Uriah Guevara López**

*Segundo Vocal de la Academia Mexicana de Cirugía*

**Dr. Horacio Olguín Juárez**

*Jefe de la División de Cirugía del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ISSSTE*

**Dr. Lorenzo de la Garza Villaseñor**

*Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía General, AC.*

**Dr. Juan Francisco Sánchez Ávila**

*Departamento de Gastroenterología del  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán”*

**Dr. Mucio Moreno Portillo**

*Jefe del Servicio de Invasión Mínima del Hospital Gea González*

**Dr. Luis Esteban González Monroy**

*Servicio de Invasión Mínima del Hospital Gea González*

**Dra. Angélica Hernández Guerrero**

*Presidenta de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal*

**Dr. Jesús Vega Malagón**

*Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General*

**Dr. Roberto Blanco Benavides**

*Jefe de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del  
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS*



## I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El dolor continua siendo el síntoma más prevalente de enfermedad y representa un indicio de lo desconocido, una amenaza al bienestar y a un estado de salud total, que ha sido definido como «una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos, descrito en términos de dicho daño». El dolor agudo se relaciona con respuestas autonómicas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales” y el dolor crónico es concomitante a procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, expresado en un término mayor de tres meses. (1-2)

El dolor abdominal es un desafío para los clínicos porque se requiere tomar una decisión diagnóstica y terapéutica en tiempo. Exige gran capacidad y experiencia en el juicio clínico debido a que los cuadros más catastróficos pueden evolucionar con síntomas y signos muy sutiles que obligan al médico de urgencias actuar con la mayor eficiencia posible. Para poder desarrollar el equilibrio adecuado ante estos escenarios, se requiere una formación humanista que sobrepase la competencia técnica e incorpore el enfoque bioético.(3) Para el médico de urgencias las cuestiones éticas no deben constituir simples problemas filosóficos abstractos, sino una parte integral de su quehacer cotidiano: “...una decisión correcta y buena para éste paciente aquí y ahora”.(4)

En el ANEXO 1 se describe el *perfil ideal del médico de urgencias*. Destaca la necesidad de que un médico experimentado sea quien atienda a los pacientes en el consultorio filtro (*triage*).

### RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA DIARIA

El dolor abdominal es una queja común que comprende aproximadamente el 30% del total de las consultas de urgencias en México, y constituye entre 13% y 40% de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas cuando se trata de dolor abdominal agudo no específico.(5) Presenta muchas situaciones difíciles para el clínico, cuyo objetivo será el diagnóstico temprano y preciso de manera que pueda establecer rápidamente el tratamiento. Representan desafíos diagnósticos los siguientes grupos: niños (ver *Recomendaciones específicas para la práctica médica en Urgencias Pediátricas*, disponible en <http://www.conamed.gob.mx/recomendaciones2.htm>), las mujeres en edad reproductiva -que representan 2 de cada 3 consultas en los servicios de Urgencias- y los ancianos. Si bien hay principios clínicos y diagnósticos generales que aplican para la evaluación de todos los pacientes, estos grupos merecen atención especial porque los diagnósticos diferenciales son muy amplios.(6-7)

De los pacientes revisados en urgencias solo 10% aproximadamente requiere cirugía de urgencia. De todos los pacientes con dolor abdominal indiferenciado que no ameritan intervención, muchas son mujeres jóvenes con síntomas epigástricos que no han desarrollado ningún problema significativo. En ciertas situaciones puede ser un síntoma de procesos patológicos severos que ponen en peligro la vida, pero en otros casos puede ser un síntoma de condiciones más benignas. El conocimiento de la anatomía abdominal, fisiología y fisiopatología es vital para ir formulando diagnósticos diferenciales del dolor abdominal. (8-10)

La determinación de la causa del dolor abdominal agudo resulta una de las exigencias más desafiantes para el médico. Es por eso que el análisis cuidadoso del problema en este tipo de pacientes y la capacidad para obtener detalles importantes de éste, con frecuencia no es suficiente para establecer un diagnóstico confiable, pero sin duda, ayuda significativamente.

#### DIAGNÓSTICO

El interrogatorio y la exploración física son herramientas insustituibles y de valor incalculable que se mantienen vigentes. Cuando se tiene el diagnóstico correcto el enfoque terapéutico será claro, ésto evitara exponer al paciente a un período de observación prolongado y retraso en el diagnóstico y tratamiento.

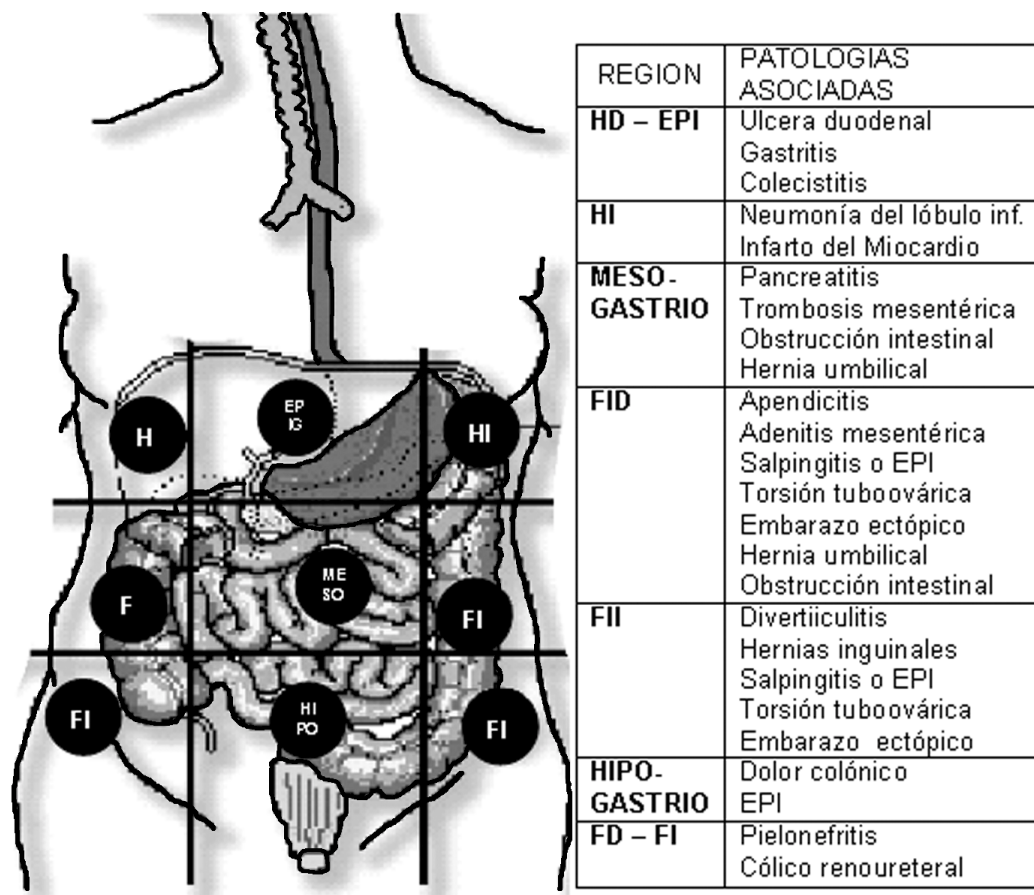
Todo paciente con un dolor abdominal de inicio reciente requiere una evaluación rápida y a conciencia con el objetivo de lograr un diagnóstico lo más exacto posible. **TABLA I**

Tabla I: Pasos a seguir en el exámen físico de un paciente con abdomen agudo	
1. Inspección	4. Percusión
2. Auscultación abdominal*	5. Auscultación torácica
3. Palpación - digitopresión - rebote profundo	5. Signos especiales
	6. Examen pélvico y rectal

\* El orden propedéutico clásico se modifica para auscultar los ruidos peristálticos sin la estimulación que podría generarse al realizar previamente la palpación y la percusión del abdomen.

Para lograrlo es necesario realizar una historia clínica completa, o una nota de ingreso con un interrogatorio y una exploración física meticulosa y detallada, las pruebas complementarias, así como tener en cuenta diagnósticos diferenciales. La importancia de una valoración apropiada en el servicio de urgencias se refleja en el resultado de algunos estudios, los cuales muestran una mortalidad del 8% de los pacientes que fueron diagnosticados correctamente en dicho servicio. Comparado con el 19% para los pacientes diagnosticados después de ser hospitalizados. En la **FIGURA 1** se señalan los diagnósticos por regiones anatómicas.

Figura 1: Diagnóstico del dolor abdominal por regiones



Indiscutiblemente el síntoma más importante que se presenta en cualquier paciente con una emergencia quirúrgica abdominal es el dolor. El dolor es una experiencia subjetiva que el médico debe ser capaz de comprender e interpretar. Tal parece que al médico se le ha olvidado la clínica al realizar el análisis semiológico durante la ENTREVISTA CLÍNICA. La clínica no ha podido ser sustituida por ningún otro procedimiento auxiliar de diagnóstico, los cuales deben considerarse como complementarios.

Se sugiere que el síntoma dolor abdominal se integre dentro del SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL, lo que trae consigo la posibilidad de un análisis más congruente con la realidad clínica. Por Síndrome se entiende. “Conjunto de síntomas y signos que se presentan juntos, tienen fisiopatología común y diferentes causas”. **TABLA I**

Tabla 1: Patrones diagnósticos del comienzo del dolor			
Aspectos	Súbito	Gradual	Lentro
Comienzo	En segundos a minutos	En minutos a horas, días	Insidiosos (días a semanas)
Recuerdos del paciente sobre el comienzo	Exactos; en minutos	Cercanos, en una hora	Vagos; horas a días
Máxima intensidad	Desde un comienzo	Después de un corto lapso; minutos a horas	Después de un intervalo prolongado; horas a días
La descripción típica del paciente relaciona el comienzo con...	Un suceso preciso	Actividad durante el comienzo	Ha habido un lapso de tiempo

Para el análisis del Síndrome Doloroso Abdominal se deben tomar en cuenta nueve factores, que son (VER ANEXO 2):

- 1) Forma de inicio.
- 2) Tiempo de evolución o duración.
- 3) Progresión o evolución del dolor.
- 4) Sitio de localización del dolor.
- 5) Intensidad del dolor.
- 6) Carácter del dolor.
- 7) Irradiación o migración del dolor.
- 8) Causas que lo producen o exacerban y causas que lo calman.
- 9) Fenómenos que lo acompañan.

Otro punto relevante es la *edad del paciente*. Dado que la prevalencia de ciertas entidades patológicas es más común a edades específicas de la vida se debe tener en cuenta este factor. Si bien abundan las excepciones, la edad del paciente es otra pieza del rompecabezas que puede ayudar a detectar la causa del dolor abdominal. No debemos olvidar que por la edad los padecimientos que producen dolor abdominal y que requieren manejo quirúrgico de urgencia varían con la misma. (11)

**El dolor abdominal en niños es analizado en las Recomendaciones específicas para mejorar la atención de las Urgencias Pediátricas. ([www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx))**

Los signos y síntomas en los ancianos son menos específicos que en los adultos jóvenes. Los ancianos son más propensos a presentar complicaciones con condiciones quirúrgicas abdominales, como ejemplo, la trombosis mesentérica es difícil de diagnosticar tempranamente. Los ancianos alcohólicos y pacientes inmunodeprimidos requieren vigilancia estrecha. Los ancianos que presentan dolor abdominal son los que permanecen más tiempo en el servicio

de urgencias no sólo por la presentación clínica más atípica, sino por el riesgo de ser una verdadera urgencia más que en el resto de la población. Otros autores detectaron que la sensibilidad abdominal puede estar disminuida por cambios en el sistema nervioso que afectan la percepción del dolor siendo más difícil de localizar. Los pacientes mayores de 80 años con dolor abdominal tienen una mortalidad 70 veces más que en el adulto joven. Se estima que los médicos diagnostican con precisión el dolor abdominal sólo del 40 a 65% de las personas mayores de 65 años. (12-15)

Durante la EXPLORACIÓN FÍSICA, es obviamente indispensable anotar los signos vitales, y completar el estudio clínico como se detalla a continuación.

- **INSPECCIÓN.**- Actitud del paciente que puede ser libremente escogida o forzada por el dolor como la posición fetal en decúbito lateral (peritonitis); inquietud del paciente con incapacidad para permanecer quieto (cólico ureteral o biliar). Otro dato importante es la facies del paciente: febril, peritoneal, de angustia. Tipo de respiración: polipnéica, acidótica. En el abdomen tipo de respiración: tóraco-abdominal, abdominal: peristaltismo visible, aumento de volumen del abdomen. Hernias inguinal, crural, umbilical. Cicatrices antiguas en pared abdominal. Equimosis periumbilical o en flancos y región lumbar izquierda (pancreatitis aguda necrohemorrágica).
- **PALPACIÓN.**- Superficial: buscar reflejos músculo-cutáneos, hiperestesia, hiperbaralgesia, aumento del tono muscular, defensa muscular (vientre en madera), presencia de plastrones, distinguir dolor de pared abdominal o superficial del dolor visceral o profundo mediante la maniobra de Smith-Bates; dolor a la descompresión (reacción peritoneal), puntos dolorosos (lumbares, puntos frénicos). Palpar orificios herniarios. Palpar vesícula biliar y otras vísceras abdominales. Puntos dolorosos renales, crepitación gaseosa en flancos y región lumbar (absceso perirrenal en diabético).
- **TACTO VAGINAL O RECTAL.**- Es importante considerar esta exploración ante un cuadro que se sospecha irritación peritoneal, sobre todo en patología de hemiabdomen inferior. Se podrá puncionar el fondo de saco de Douglas en caso de demostrar líquido libre al tacto vaginal.
- **PERCUSIÓN.**- Timpanismo en el área hepática, para lo cual es recomendable realizar la percusión del hígado estando el paciente en decúbito lateral izquierdo, no tiene validez diagnóstica si la percusión se realiza con el paciente en decúbito dorsal, porque puede tratarse del colon que se interpone entre la pared abdominal y el hígado. Matidez cambiante de los flancos que indica líquido libre en la cavidad abdominal. Puñopercusión lumbar (patología renal o absceso apendicular retrocecal y retroperitoneal).
- **AUSCULTACIÓN.**- Aumento en la frecuencia e intensidad de los ruidos intestinales que coincide con la aparición del dolor tipo cólico que refiere el paciente; ausencia de ruidos intestinales, silencio abdominal; soplos arteriales; frotos peritoneales.

Es importante confrontar los hallazgos con la hipótesis diagnóstica realizada durante el interrogatorio. En caso negativo volver a estudiar al paciente y en caso afirmativo continuar con los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes. La **TABLA II** es una guía para caracterizar el dolor abdominal. En cada órgano se indican los sitios de dolor primario o secundario originados en él. En la última columna aparece la localización del dolor referido. (16)

**Tabla II: Dolor Abdominal Específico de cada Órgano<sup>16</sup>**

Órgano	Dolor visceral	Dolor somático	Dolor referido
Esófago	Retroesternal al nivel de la lesión	Mismo	En la espalda: arriba de la escotadura esternal en trastornos esofágicos bajos
Estómago	Parte media del epigastrio	Mismo + CSI*	Hacia la espalda
Duodeno	Parte media del epigastrio	Mismo	Hacia la espalda
Intestino Delgado	Periumbilical	Sobre el sitio de la lesión	Raro
Apéndice cecal	Periumbilical	CID*	Raro
Colon proximal	Periumbilical +; flanco derecho para colon ascendente	Sobre el sitio de la lesión	Raro
Parte distal de colon	Hipogastrio + flanco izquierdo para colon descendente	Sobre el sitio de la lesión	Raro
Recto	Centro de la pelvis	Mismo	Región sacra media
Hígado	CSD*	Mismo	Raro
Bazo	CSI	Mismo	Raro
Vesícula biliar	Parte media del epigastrio	CSD	Región interescapular, ángulo inferior de escápula derecha, hombro izquierdo
Páncreas	Parte media del epigastrio + CSI	Mismo	Hacia la espalda
Útero, trompas + ovarios	Hipogastrio + ingle	Sobre el sitio de la lesión	Ingle; cara interna
Cuello uterino	Centro de la pelvis	Mismo	Región sacra media
Vejiga urinaria	Hipogastrio	Región suprapúbica	Ingle
Próstata + uretra	Centro de la pelvis	Mismo	Extremo distal de la pelvis
Riñones	Región costovertebral	Sobre el sitio de la lesión	Raro
Pelvicilla renal + uréter	Región costovertebral	Sobre el sitio de la lesión	Ingle; escroto, labios vulvares
Testículo	En el testículo afectado	Sobre el testículo afectado	Región umbilical
Aorta torácica + abdominal	Ninguno	Espalda, línea media	Raro
Corazón	Región retroesternal	Mismo	Hombro, brazos, cuello, mandíbula, epigastrio

\*CSI cuadrante superior izquierdo  
CSD cuadrante superior derecho

CID cuadrante inferior derecho  
CII cuadrante inferior izquierdo

Los cuadros atípicos son a menudo los responsables de los errores diagnósticos. Los puntos generales para recordar son: (11, 17-18)

- La patología extrabdominal puede tener manifestaciones intrabdominales.
- Si no hay respuesta al tratamiento, el diagnóstico puede ser erróneo.
- Los analgésicos pueden disminuir todos los tipos de dolor.
- En niños y mujeres hay que descartar un mayor número de diagnósticos diferenciales.
- Los ancianos y los pacientes con diabetes mellitus pueden presentar pocas manifestaciones a pesar de tener padecimientos serios,
- Los pacientes psiquiátricos se enferman con la misma frecuencia que todos los demás. (19)

El dolor abdominal puede originarse en otros aparatos y sistemas distintos del digestivo, como son el aparato cardiovascular, pulmonar, genitourinario y neuro-músculo-esquelético, que deben ser incluidos dentro del diagnóstico diferencial. A menudo, medidas diagnósticas sencillas (ejemplos: ECG, tele de tórax, EGO) descartarán o confirmarán su origen en otros aparatos o sistemas. **TABLA III**

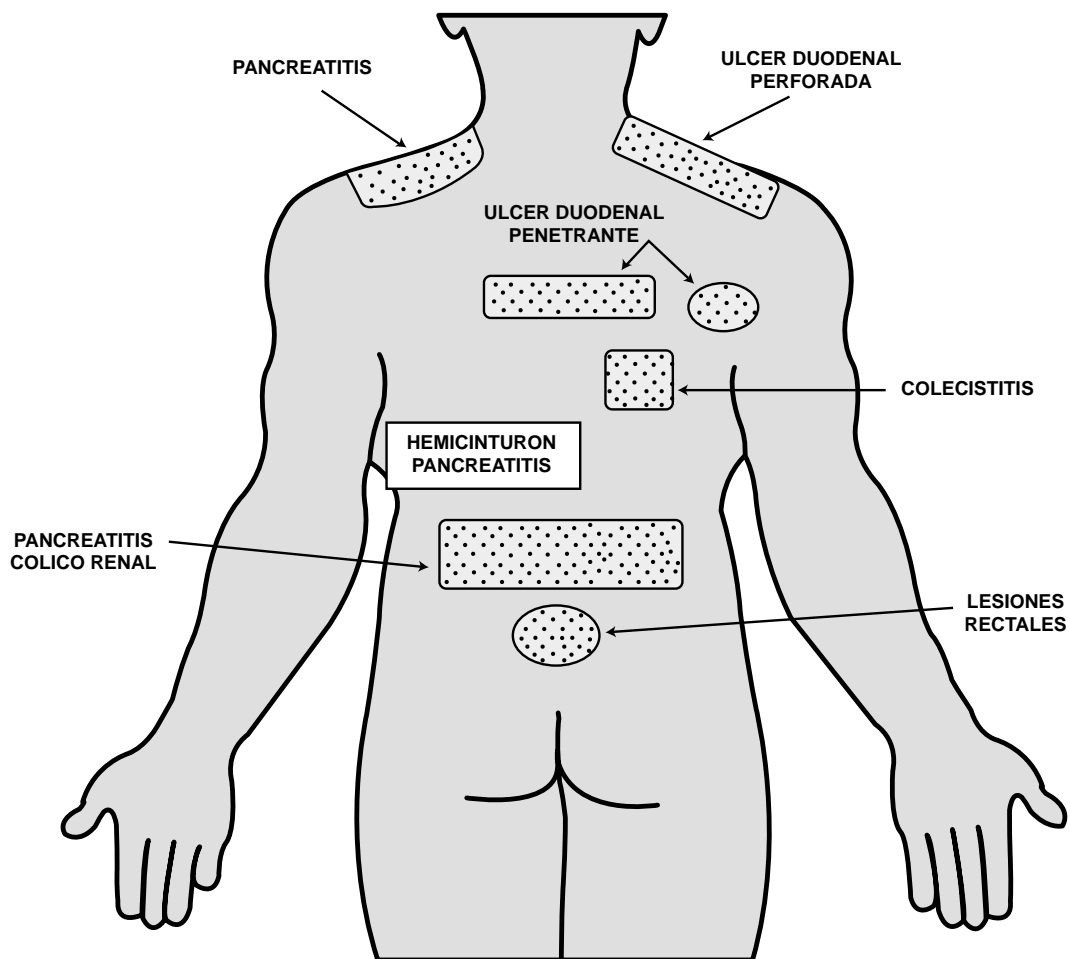
<b>Tabla III: Causas no digestivas de dolor abdominal</b>	
<p><b><i>Sistema cardio-pulmonar</i></b>                      Angina de pecho                      Disección aórtica                      Rotura de aorta                      Empiema                      Prolapso de válvula mitral                      Infarto miocárdico                      Miocarditis</p>	<p>Pericarditis                      Pleuritis                      Neumonía                      Neumotórax                      Embolia pulmonar                      Infarto pulmonar                      Cardiopatía reumática (aguda)</p>
<p><b><i>Sistema endocrino-metabólico</i></b>                      Porfiria intermitente aguda                      Crisis de la enfermedad de Addison                      Cetoacidosis diabética                      Uremia</p>	<p>Hipercalcemia                      Estado de hiperosmolaridad                      Hiperlipidemias de tipo I, IV, V</p>
<p><b><i>Aparato genito-urinario</i></b>                      Embarazo ectópico roto y no roto                      Endometriosis                      Dolor intermenstrual                      Enfermedad pélvica inflamatoria                      Rotura de quiste ovárico                      Torsión o degeneración de fibroma uterino</p>	<p>Pielonefritis                      Epididimitis                      Vesiculitis seminal                      Torsión testicular                      Absceso perirrenal                      Endometritis</p>
<p><b><i>Sistema neuro-músculo-esquelético</i></b>                      Epilepsia con manifestaciones abdominales                      Hernia de la pared abdominal                      Espondilitis anquilosante                      Disco intervertebral herniado                      Síndrome de Tietze (costocondritis)                      Hematoma intramuscular</p>	<p>Osteomielitis raquídea                      Tumores de médula espinal                      Espondilolistésis                      Tabes dorsal                      Herpes zoster                      Osteoartritis</p>
<p><b><i>Diversas</i></b>                      Edema angio-neurótico                      Fiebre mediterránea                      Picaduras y veneno de insectos                      Lupus eritematoso generalizado</p>	<p>Periarteritis nodosa                      Crisis de anemia falciforme                      Infarto esplénico                      Intoxicación con plomo</p>

Después de hacer esta valoración mediante el interrogatorio intencionado, así como la exploración física es posible integrar los siguientes cuadros, que pueden considerarse como *Síndromes Abdominales* (VER ANEXO 3):

1. Inflamación o irritación peritoneal.
2. Dolor de víscera hueca o maciza.
3. Dolor de la pared abdominal.
4. Dolor referido a abdomen por problemas torácicos, lumbares o ginecológicos.
5. Dolor por crisis metabólicas
6. Causas Neurógenas.

Existen otros síndromes abdominales en relación a las diferentes áreas topográficas del abdomen como son: Epigastrio, hipocondrios derecho e izquierdo, mesogastrio, flancos derecho e izquierdo, hipogastrio y fosas iliacas derecha e izquierda. **FIGURA 3**

Figura 3: Irradiación del dolor de algunas patologías



Después de haber evaluado clínicamente al paciente con dolor abdominal, el médico de primer contacto, puede catalogar apropiadamente si la urgencia es verdadera o relativa. Hay algunos datos en el interrogatorio, exploración física y exámenes de laboratorio y gabinete que representan “focos rojos” y que deben alertar al médico sobre causas potencialmente serias de dolor abdominal. La cronicidad de los síntomas es un factor importante en esta decisión. Los pacientes con síntomas crónicos usualmente pueden tener seguimiento como externos. Por otra parte, los pacientes con dolor de reciente inicio, tienen de manera significativa un proceso patológico, el cual puede causar mayor daño en pocas horas o días. Dependiendo del diagnóstico diferencial, el médico debe considerar apresurar su evaluación.

Una vez que se analizan los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física se integra una hipótesis diagnóstica la cual hay que confortarla para afirmarla o negarla con el auxilio de los exámenes de laboratorio clínico y de gabinete. Entre los cuales se mencionan:

- Citología hemática con cuenta leucocitaria para valorar leucocitosis con neutrofilia.
- Amilasa y lipasa en sangre y en orina de 2 horas.
- Electrolitos séricos.
- Química sanguínea descartar hiperglicemia, elevación de urea y creatinina, hiperlipidemia.
- Examen general de orina.
- Estudio coprológico y de amiba en fresco.
- Pruebas de función hepática.
- Pruebas de coagulación.
- En el caso de mujeres en edad reproductiva, es necesario incluir la prueba de embarazo.

En cuanto a los estudios de gabinete son de gran utilidad las radiografías simples de abdomen en posición de pie y en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal, para valorar aire libre en cavidad peritoneal; asas de intestino delgado dilatadas y con niveles hidroaéreos, dilatación de colon en porción sigmoidea (grano de café) o de ciego y transversal (vólvulo hemicolon derecho, vólvulo gástrico); imagen de vidrio despulido en toda la cavidad peritoneal sin visualizar gas en asas de intestino grueso (peritonitis). Otro estudio que es muy útil es el ultrasonido con el cual se puede identificar la presencia de líquido libre en cavidad peritoneal y guiar la punción del abdomen, así mismo se pueden identificar plastrones de peritoneo y abscesos. (20) En la **TABLA IV** se resumen los estudios más relevantes y sus indicaciones.

Tabla IV: Estudios diagnósticos oportunos en abdomen agudo			
Estudio	Inmediata	Mismo día	Siguiente día*
Sangre	Hematocrito, leucocitos, urea, creatinina, pruebas cruzadas*, gases arteriales*	Pruebas de coagulación, amilasa, lipasa, pruebas de función hepática	Pruebas específicas
Orina	Examen general de orina con sonda, cultivo*, prueba de embarazo	Amilasa y lipasa en orina de 2 horas	Pruebas específicas
Evacuaciones	Sangre oculta	Grasa, cultivo,	Coprológico, amiba en fresco
Radiografía y USG	Tórax y abdomen	USG o TC, angiografía. La SEG D no tiene lugar como estudio de emergencia y los estudios con bario están contraindicados.	Radiografías seriadas de abdomen. En casos muy específicos, usar medios de contraste hidrosolubles.
Endoscopia		Endoscopia alta, rectosigmoidoscopia	CPRE, colonoscopia, laparoscopia diagnóstica
Otros	Lavado peritoneal diagnóstico	Paracentesis, culdocentesis	

(\*) Cuando este indicado

ULTRASONOGRAFÍA VS TOMOGRAFÍA. En diversos estudios efectuados se mencionan las ventajas que tiene el ultrasonido (US) sobre la tomografía para evaluar pacientes con abdomen agudo.

- No requiere de radiación ionizante, lo cual es importante en pacientes jóvenes y mujeres embarazadas. (21)
- La dinámica, y la calidad en tiempo real del US es única. Se pueden observar los movimientos fetales, la perístalsis y ausencia de la misma (como en un íleo paralítico). Se puede visualizar directamente el flujo sanguíneo, las pulsaciones y casi es posible apreciar los efectos de la respiración, la maniobra de Valsalva, gravedad y compresión. El US más moderno es especialmente útil para determinar que órganos o tejidos son blandos o rígidos.
- Permite la correlación precisa del área de máxima sensibilidad o masa palpable con los hallazgos ultrasonográficos.
- El US es móvil y flexible. Puede efectuarse en la sala de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos, en el quirófano.
- En caso de líquido intraperitoneal, la punción guiada por ultrasonido es una vía rápida y segura para determinar si el líquido es sangre, pus, bilis, contenido gástrico y si están libres en la cavidad.
- El examen por US permite una forma natural y directa de comunicación con el paciente. (22-24)

En cuanto a la tomografía en la evaluación del dolor abdominal agudo continúa extendiéndose. Cuando la causa de los síntomas del paciente es inicialmente dudoso porque los hallazgos clínicos pueden no ser específicos, la utilidad de la tomografía es importante para evaluar e identificar en el abdomen o pelvis otros procesos inflamatorios que clínicamente no es posible definir. (23-25)

- Es extremadamente rápida y su tiempo de realización es a menudo menos que el US.
- No se desequilibra por gas o hueso y la obesidad es una ventaja.
- No depende de un operador y puede ser revisada por otros a distancia.

El exceso de confianza en los hallazgos de laboratorio, radiografías y otros estudios por imagen pueden guiar a los médicos a un mal diagnóstico en presencia o ausencia de enfermedad. La cuenta de leucocitos y las radiografías carecen de sensibilidad, los padecimientos graves pueden estar presentes cuando los exámenes son normales o no específicos. La cuenta leucocitaria también carece de especificidad, la leucocitosis no indica ninguna enfermedad que el paciente pueda tener. La utilidad de las radiografías simples en el diagnóstico de una víscera perforada y obstrucción intestinal es evidente en casos donde los hallazgos patognomónicos están presentes. El valor predictivo positivo o negativo de las radiografías simples para otras enfermedades es cuestionable. (19) Existen estudios que muestran que marcadores muy sensibles y específicos de irritación peritoneal en el caso de dolor abdominal (apendicitis, específicamente) son leucocitosis y proteína C reactiva positiva. (26-27)

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA. La laparoscopia diagnóstica es de gran utilidad porque puede determinar la causa del dolor en el grupo de pacientes en quienes no ha sido posible aclarar la causa del dolor, luego de practicar los estudios descritos anteriormente. Tiene la gran ventaja de que en muchas ocasiones puede ser terapéutica. Se ha mencionado incluso que un paciente con dolor abdominal agudo que en 24 horas no tiene un diagnóstico definido, debe ser sometido a una laparoscopia diagnóstica. (28) Tiene una utilidad especialmente valiosa en el diagnóstico del dolor abdominal relacionado a traumatismo abdominal. (29) Sus indicaciones y contraindicaciones se describen en la **TABLA V**.

Tabla V: Laparoscopia en traumatismo abdominal	
<b>Indicaciones</b>	<b>Contraindicaciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo contuso del abdomen</li> <li>• Duda diagnóstica</li> <li>• Lesión penetrante sin manifestaciones clínicas</li> <li>• Traumatismo craneoencefálico (inestable)</li> <li>• Politraumatismo inestable (alcohol o drogas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de lesión penetrante</li> <li>• Necesidad inminente de laparotomía</li> <li>• Cirugía abdominal múltiple previa*</li> <li>• Obesidad mórbida*</li> <li>• Cirrosis hepática*</li> <li>• Embarazo*</li> <li>• Edad pediátrica*</li> <li>• Coagulopatía preexistente*</li> </ul>

\* Contraindicaciones Relativas.

El uso de la laparoscopia diagnóstico-terapéutica en nuestro país crece paulatinamente, especialmente en el medio privado, por sus buenos resultados y por su idoneidad para los pacientes. Sin embargo, a pesar de su viabilidad, su uso cotidiano para el diagnóstico en un servicio de urgencias es difícil, por diversas razones: carencia del equipo quirúrgico y tecnológico que se requiere, infraestructura hospitalaria (hospitales públicos) en la que no se cuenta con un área en el servicio de urgencias donde pudiera llevarse a cabo este procedimiento, lo cual ocasiona que exista poca experiencia, generándose así un círculo vicioso de no-realización/inexperiencia/mayor frecuencia de errores/desconfianza en el procedimiento/no-realización.(30) Una situación frecuente es que exista toda la infraestructura en el hospital en cuanto a instalaciones, equipo y personal capacitado, pero la disponibilidad del equipo sea limitada a algunos turnos; éste es un problema organizacional que debe ser tomado en cuenta por las autoridades médicas y administrativas de la institución.

**DATOS DE ALARMA.** La habilidad para detectar signos de alarma e impedir desastres en un paciente que se presenta con dolor abdominal a menudo recae en el médico de primer contacto antes de ser valorado por el cirujano u otros especialistas que se requieran en el caso. Ciertos hallazgos al interrogatorio y la exploración física, significan “focos rojos” de procesos abdominales que se están desarrollando y que pueden tener consecuencias graves.

Los “focos rojos” incluyen fiebre, vómito, constipación, síncope y sangrado gastrointestinal. A la exploración física, debe considerarse cualquier anormalidad en los signos vitales, cambios en el estado mental, defensa muscular involuntaria, hipersensibilidad abdominal, signo de rebote, ausencia de ruidos intestinales y dolor muy intenso en el examen físico.(31)

#### **TABLA VI**

<b>Tabla VI: Indicaciones para cirugía de urgencia en pacientes con abdomen agudo</b>	
<b>Hallazgos físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistencia o rigidez involuntaria, especialmente si se ha generalizado</li> <li>• Incremento en la sensibilidad</li> <li>• Distensión progresiva</li> <li>• Presentar masa abdominal o rectal con fiebre alta o hipotensión</li> <li>• Sangrado rectal con choque o acidosis</li> <li>• Hallazgos abdominales dudosos solo con septicemia (fiebre alta, leucocitosis marcada, cambios mentales o hiperglucemia en un paciente diabético)</li> <li>• Sangrado (acidosis o choque inexplicables, descenso del hematocrito)</li> <li>• Sospecha de isquemia (acidosis, fiebre, taquicardia)</li> <li>• Deterioro durante el tratamiento conservador</li> </ul>
<b>Hallazgos radiológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumoperitoneo</li> <li>• Distensión abdominal progresiva</li> <li>• Extravasación del medio de contraste</li> <li>• Lesión ocupativa con fiebre</li> <li>• Trombosis mesentérica en la angiografía</li> </ul>
<b>Hallazgos endoscópicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perforación o lesión con sangrado incoercible</li> </ul>
<b>Hallazgos en la paracentesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre</li> <li>• Bilis</li> <li>• Pus</li> <li>• Orina</li> <li>• Contenido intestinal</li> </ul>
<b>Lavado peritoneal diagnóstico (LPD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está indicado casi específicamente en traumatismos de abdomen</li> <li>• Ventajas: alta sensibilidad, bajo costo, puede realizarla cualquier médico entrenado</li> <li>• Desventajas: baja especificidad, invasividad y sobreindicación de laparotomía.</li> <li>• La tasa de falsos negativos del LPD es 5% aprox. De ellos, las lesiones que pasan inadvertidas con mayor frecuencia son: perforación de víscera hueca, lesión retroperitoneal e inadecuada posición del catéter.</li> <li>• La tasa de falsos positivos del LPD es alrededor del 30%. Los falsos positivos llevan de un 15 a 25% de laparotomías negativas.</li> <li>• La única contraindicación absoluta al método, es la indicación formal de laparotomía.</li> </ul>

## F) TRATAMIENTO

El tratamiento debe resolver la causa. En una revisión de la literatura se menciona que aun existe controversia en la administración temprana de analgésicos narcóticos para pacientes con dolor abdominal, por el temor a que esto pueda alterar los signos físicos y así dificultar un manejo apropiado. En muchos textos quirúrgicos se apoya la aplicación de analgésicos para aliviar tempranamente el dolor en estos pacientes. La consecuencia real no es acerca del enmascaramiento del diagnóstico en pacientes con dolor abdominal. El resultado es el enmascaramiento del diagnóstico en pacientes con abdomen quirúrgico. Mientras que otros conservan la enseñanza estándar de que es inapropiado administrar analgésicos en forma temprana en pacientes con dolor abdominal. En opinión de estos autores cuando existe una

posibilidad de urgencia quirúrgica no se debe aplicar analgésicos hasta que el cirujano ha tenido oportunidad de valorar al paciente. Así mismo durante las 24 horas de los 365 días del año, los trámites administrativos utilizados para la admisión de pacientes al servicio de urgencias deberán ser simples y ágiles. Además de establecer una coordinación efectiva con los servicios paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como administrativos del hospital, con el fin de garantizar la atención oportuna, segura y libre de riesgos para el paciente. (32-35)

Al paciente que se le realiza el diagnóstico de ABDOMEN AGUDO, siempre se le debe añadir la posible causa del mismo, en decir: Abdomen Agudo Secundario a: pancreatitis aguda, perforación de víscera hueca, apendicitis, absceso apendicular, trombosis mesentérica, etc.

El gran auge de la cirugía por laparoscopia (videocirugía, cirugía de invasión mínima) ha traído una gran habilidad y experiencia a muchos grupos quirúrgicos tanto institucionales como privados, con la posibilidad de utilizar la laparoscopia como vía de acceso para la ejecución de otras técnicas quirúrgicas, que permite acceder no sólo a resolver la patología de diversos padecimientos sino reparar incluso la alteración anatómica (ejem. Hernias inguinales). Su utilidad se manifiesta además de la cavidad abdominal y torácica en otras especialidades como gastroenterología, ginecología, urología, ortopedia, pediatría. (36) La laparoscopia temprana es de gran utilidad en el manejo del abdomen agudo no específico, con las siguientes ventajas:

- En los ancianos favorece el diagnóstico oportuno y reduce costos, pudiendo evaluar a los pacientes que teniendo síntomas no requieren cirugía formal, reduciendo también los reinternamientos por la misma sintomatología.
- Cuando se realiza con técnicas adecuadas y cirujanos expertos, la morbilidad y mortalidad se pueden reducir al mínimo.
- El procedimiento tiene un alto grado de sensibilidad y especificidad en comparación con el método de observación tradicional.
- Favorece el diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes por distintos procesos inflamatorios intraperitoneales (quiste de ovario, torsiones de ovario, colecciones purulentas por enfermedad inflamatoria pélvica, divertículos, endometriosis, adherencias, apendicitis). En el caso de patología ginecológica, siempre es conveniente la intervención conjunta de cirujano y ginecólogo.
- Se ha observado que en apendicetomías laparoscópicas donde la apariencia externa sugiere normalidad, después de la apendicetomía el dolor desaparece y los hallazgos histológicos incluyen inflamación aguda, parásitos (enterobius u oxiuros vermiculares), obliteración fibrosa de la luz con signos de inflamación crónica.
- El 10% de los pacientes mayores de 50 años se encontró con enfermedades malignas gastrointestinales. (37)

## II. ANÁLISIS DE LAS INCONFORMIDADES DE LA CONAMED

A partir de las quejas recibidas en la CONAMED y registradas en la base de datos del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se seleccionaron los expedientes que comprendían inconformidades en la atención proporcionada en los servicios de urgencias adultos cuyo motivo de ingreso fue dolor abdominal agudo, durante el periodo 2001 a 2004.

Se analizaron un total de 136 quejas; 58.8% de las quejas correspondieron al sexo femenino (Gráfica 1), el promedio de edad fue de 41.4 años (D.E. 15.5), por grupos de edad, el grupo que tuvo mayor frecuencia de quejas fue el de 26 a 30 años con 15.4% de quejas.

Por entidad federativa el 49.3% de las quejas correspondieron al Distrito Federal, en segundo lugar el Estado de México con 18.4% y en tercero Aguascalientes con 6.6%.

En relación al tipo de institución que prestó la atención médica, la mayor proporción de las quejas correspondió a Instituciones de Seguridad Social con 115 quejas, en segundo lugar las instituciones privadas con 18 quejas y en tercer lugar las instituciones públicas con 3 quejas.

El número de veces que los pacientes asistieron a la institución fue el siguiente: el 75.5% acudió una sola vez, el 16.22% acudió en 2 ocasiones, 5.2% en tres y el 2.9% 4 ocasiones o más.

La clasificación de las urgencias fue la siguiente: 27.2% fue urgencia médica, 64.7% urgencia quirúrgica; de estas urgencias que representa 88 pacientes, se intervinieron al 29.4% y el 35.2% restante tuvieron que ser intervenidos en medio particular al ser egresados del servicio institucional. En el 8.0% de los casos se desconoce el tipo de urgencia. En relación a la valoración de los paciente en el 49.2% recibieron valoración por el especialista, en el resto de los pacientes no se solicitó valoración o el paciente fue egresado antes de poder ser evaluado.

Un aspecto de suma importancia en la atención de los pacientes en los servicios de urgencias es el establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, en el análisis de las quejas pudimos encontrar que en el 52.2% de los casos existió diferimiento en el diagnóstico debido a que no se contaban con resultados de laboratorio porque éstos no se habían solicitado o fueron extraviados. Algunos de los motivos de diferimientos están relacionados con: sala no disponible, deficiencia de personal (cirujano, enfermera, anesthesiólogo, camillero), día festivo, falta de insumos o cambio de turno.

Pudimos detectar algunos aspectos relacionados con el diagnóstico realizado al paciente:

En 93.3% se registró el diagnóstico, en 86.7% hubo una concordancia del diagnóstico de ingreso con el de egreso. En relación a la congruencia clínico-diagnóstica está se presentó en 44.8% de los casos y en 55.1% no hubo correlación de los datos clínicos con el diagnóstico emitido, lo cual demuestra la pobre minuciosidad de la información obtenida mediante la anamnesis, y el examen físico, poniendo de manifiesto que el uso de la clínica, está cada vez más en desuso.

Así mismo solo en 44.1% de los casos hubo una congruencia clínica con los exámenes de laboratorio y gabinete. Y en 39.7% hubo congruencia diagnóstico-terapéutica, el tratamiento fue acorde con el diagnóstico emitido, no así en 60.2% de los casos restantes.

Algunos de los errores que se pudieron identificar en este análisis están relacionados en un 45.5% con error diagnóstico, 25% de los casos con complicaciones y secuelas en el 4.4% de los casos.

Los egresos de los pacientes se comportaron de la siguiente manera: 72.7% alta por mejoría, 11.0% alta prematura, 8.8% alta voluntaria, 5.8% defunción y 1.4% fueron trasladados al tercer nivel de atención.

La modalidad de conclusión de las 136 quejas fue la siguiente: 70 (51.4%) de las quejas se conciliaron, 39 con reembolso de gastos, 20 con atención médica especializada, 14 con propuestas de arreglo en amigable composición por no haberse detectado mala práctica, y en un caso orientación al usuario. De las no conciliadas 66 (48.5%), 49 dejan derechos a salvo, en 18 hubo falta de voluntad conciliatoria, 5 se sometieron al Arbitraje, en 4 quejas hubo falta de interés procesal y 2 usuarios desistieron de la acción.

Por último con relación a las pretensiones de los pacientes 78.6% solicitaron reembolso de gastos, siendo concedido en 38.8%, indemnización en 15.2% de los casos y sanción al personal en 5.8%.

### III. HECHOS RELEVANTES

1. Las inconformidades por sector se distribuyeron en: seguridad social 84.6%, medicina privada 13.2% y otros 2.2%
2. Los casos ocurrieron con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino (58.8%) que en hombres (41.2%)
3. La conformación de las notas de urgencias está indicada en la NOM 168 Del Expediente Clínico. En los casos se encontró que 50% no fueron elaboradas, 25% fueron deficientes y sólo 25% fue acorde con lo indicado en la NOM.
4. El 74.3% de las notas médicas no tenía un orden secuencial.
5. En la evaluación de la pulcritud y legibilidad de las notas, se encontró que 68.4% eran deficientes y 24.3%; las notas eran claras y entendibles en 7.3%.
6. Tiempo de espera para recibir atención: desde 30 minutos hasta 6 horas.
7. Se trató de urgencias médicas en 21.3% de los casos y quirúrgicas en 77.9%. En un caso (0.8%) no se pudo determinar el tipo de urgencia.
8. De los casos quirúrgicos, 84% se atendieron en instituciones públicas. De ellos, a 45% se les realizó la cirugía en la misma institución y el restante 55% fue intervenido en medio particular.
9. En 50.7% de los 136 casos analizados no se solicitó la valoración o el paciente fue egresado antes de haber sido evaluado.
10. En 58% de los casos hubo retraso en el diagnóstico y en el tratamiento.
11. En 6.6% de los expedientes no se registró el diagnóstico de ingreso, y en 13.2% se omitió el diagnóstico de egreso.
12. La mayoría de los pacientes (71.3%) egresaron por mejoría, egreso voluntario 8.8%, defunción 5.9%, traslado a tercer nivel 1.5%, se fugaron 1.5%. Once por ciento egresaron con alta prematura.
13. En 55.1% de los casos no se encontró congruencia clínico-diagnóstica. Hubo congruencia clínica con los exámenes de laboratorio y gabinete en 47.8%.
14. Un 62.5% de los usuarios consideraron que la información que se les proporcionó fue deficiente, 27.2% de mala a pésima y 10.3% la consideraron completa.
15. El 67.6% de los usuarios señaló la atención recibida como mala, 28.7% como regular y sólo 3.7% consideró que recibió buena atención.
16. Los casos se resolvieron por conciliación en 51.5%.

ESTE DOCUMENTO BUSCA ORIENTAR LAS MEJORES PRÁCTICAS Y NO PRETENDE SER UN TRATADO EXHAUSTIVO SOBRE EL TEMA. EN CASO DE DUDAS, LE ACONSEJAMOS REVISAR LAS REFERENCIAS ANEXAS Y LA BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL.

#### IV. DISCUSIÓN

No es nuevo que la atención otorgada en los servicios de urgencias continua siendo deficiente. En los resultados obtenidos en esta pequeña muestra confirma lo que ya se conoce de mucho tiempo atrás. Aunque los servicios de salud que se ofrecen en la actualidad por el Estado y los particulares han mejorado sustancialmente y se prestan con ciertos márgenes de calidad, aún tenemos diversas limitaciones y deficiencias en la atención. Parecería improbable o inconcebible evaluar la atención en un servicio de urgencias, primero por sus características tan peculiares y segundo por la gran afluencia de pacientes atendidos en dicho servicio.

Los resultados en conjunto aquí vertidos podrían ser indicativos de buena o mala atención, no obstante a veces no permiten conocer en que consisten las deficiencias o ventajas. Se podrían enumerar múltiples condiciones o factores que influyen en la atención tanto en el ámbito institucional y privado como en los diferentes niveles de atención. Aun así los resultados obtenidos de ésta revisión, comparativamente son similares a otros, si no en servicios de urgencias, sí en la calidad de los servicios de salud, resultando de regular a mala. Se detectó además que el problema de calidad en el servicio de urgencias no se limita a los aspectos técnicos de la atención, sino también afectan aspectos como el trato que reciben los usuarios, negativa de atención, trato grosero y prepotente por parte de personal administrativo (asistentes) que aunque en esta muestra solo se detectó en un caso se debe tomar en cuenta.

De los 136 expedientes revisados, se detectó que la percepción de la atención fue regular en 39 (28.67%) y mala en 92 (67.64%). Aunque la muestra de los servicios privados es pequeña consideran que también existe desatención.

Si bien algunos resultados son por lo general fáciles de medir sin lugar a error (por ejemplo la muerte), la medición de otros que no fueron definidos con tanta precisión, incluyendo la satisfacción de los pacientes, es decir el cumplimiento de sus expectativas es una medida valiosa que aporta criterios claros sobre la calidad de los servicios, en este caso del servicio de urgencias.

También es cierto que existen usuarios o sus familias carentes de la cultura médica necesaria, lo que genera apreciaciones subjetivas o infundadas hacia los servicios.

Diversos factores influyen para que la percepción de la atención por parte de los pacientes sea negativa; no es poco frecuente que el personal no involucrado directamente con la atención médica se comporte en forma prepotente, grosera y en ocasiones sarcástica y se tome atribuciones de negar o de decidir quienes recibirán o no la atención. No se han dado aun las acciones estratégicas o medidas correctivas y la capacitación especial de trato al paciente.

Uno de los principales motivos de las quejas hacia un prestador o servicio es la ruptura en la relación médico-paciente por la falta de comunicación e información, dando como resultado irregularidades en la evolución del paciente y en la calidad de la atención médica, algunas veces derivando en la medicina defensiva determinada por la ausencia de notas médicas o desviaciones en la información en ellas contenida, ausencia de glosa de resultados de laboratorio y de interpretación de los mismos.

## V. CONCLUSIONES

- En el proceso de la atención médica de urgencias participa un equipo multidisciplinario no obstante, es el médico, quien suele ser señalado, por ser quien cuenta con la preparación, los conocimientos y la decisión; es considerado el responsable de la atención.
- La calidad y oportunidad de la atención en un servicio de urgencias depende principalmente del médico. Pero no por ello es menos importante el resto del equipo.
- En los servicios de urgencias es imperativo contar con un filtro (médico calificado y entrenado) para determinar en el paciente la urgencia real y la urgencia relativa.
- No es posible que la decisión de admitir a un paciente en el servicio de urgencias sea el personal administrativo o asistentes, con el sustento administrativo de ¿es derechohabiente, están vigentes sus derechos, es la unidad que le corresponde, cuentan con algún otro servicio médico?
- Se debe implantar un protocolo mínimo de urgencia que sea efectivo y eficaz para la atención del paciente de urgencias.
- Los estudios solicitados deben ser acordes a la sospecha diagnóstica y no como primera instancia; deben servir para confirmar o descartar diagnósticos.
- Es imperativo buscar acciones para la falta de personal (ausentismo, vacaciones, plantillas incompletas, permisos) y de materiales e insumos así como de un adecuado mantenimiento de las instalaciones y de la limpieza.
- Es imperativo que los Comités de vigilancia auditen en forma periódica para detectar las desviaciones en el servicio de urgencias.
- Implementar acciones para la referencia o traslado oportunos del paciente .
- Un manejo apropiado en el servicio de urgencias del paciente con dolor abdominal agudo es esencial para un buen resultado y para limitar la posibilidad de incurrir en responsabilidad.
- Una revaloración y exploración física documentada del dolor es una guía para descartarlo.
- Un médico prudente, precavido, reflexivo, que actúe basado en la ética médica, que tenga una adecuada relación médico-paciente y actualizado tendrá éxito en la evaluación de muchos pacientes con dolor abdominal.
- El conocimiento de la epidemiología, presentación clínica y limitaciones de los estudios de laboratorio e imagenología que deben ser actualizados continuamente es lo indicado para garantizar los cuidados idóneos y efectivos para el paciente.
- En estos días de control médico, clínico y económico, es importante proporcionar atención de calidad sin un gasto innecesario del paciente.

- El nuevo elemento incluido en este abordaje es el gran énfasis de las medidas en el paciente, tales como las expectativas, los síntomas, la función, satisfacción y calidad de vida.
- Los resultados a corto y largo plazo de nuestro trabajo representan la calidad de nuestro producto y el término que lo resume es la satisfacción, tranquilidad y evita una demanda.

## VI. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

1. UBICAR EN LOS FILTROS O *TRIAGE* DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, A LOS MÉDICOS CON MAYOR EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE URGENCIAS MÉDICAS Y DOLOR ABDOMINAL.
  - Identificar las urgencias.
  - Evitar que los pacientes que se ingresan al servicio de urgencias carezcan de diagnóstico inicial o de egreso.
2. MEJORAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INTERNOS PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN MÁS OPORTUNA Y EFICAZ A LOS PACIENTES.
  - Analizar y superar los factores humanos y administrativos que influyen negativamente sobre el tiempo de espera de los pacientes que acuden a Urgencias.
  - Desarrollar manuales de procedimientos y/o Guías Técnicas para los padecimientos más frecuentes, de acuerdo a la capacidad resolutive de cada unidad médica.
  - Elaborar y supervisar la integración de los expedientes clínicos de acuerdo a los lineamientos de la NOM 168 Del Expediente Clínico.
  - Diseñar e implementar el uso de *bitácoras de vigilancia* para asegurar la continuidad en el manejo de los pacientes en los cambios de turno.
  - Conocer y aplicar los tiempos marcados por OMS en relación con los recursos instalados.
  - Capacitar a todos los profesionales de la salud involucrados en los servicios de urgencias, en la aplicación de los manuales de procedimientos.
  - Mejorar los canales de comunicación entre médicos y pacientes, médicos y familiares, así como entre médicos y todo el equipo de salud.
3. APLICAR LA METODOLOGÍA CLÍNICA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO INICIAL, EL CUAL DEBERÁ SER SUPERVISADO POR MÉDICOS CALIFICADOS.
  - Realizar oportunamente las solicitudes de diagnóstico o tratamiento para evitar el retraso en el diagnóstico o tratamiento del paciente.
  - Solicitar las interconsultas necesarias sin dilación, sustentadas en hechos reales con bases clínicas y resultados de laboratorio y gabinete; en especial en pacientes que potencialmente ameriten manejo quirúrgico.
  - Incorporar un enfoque ético-médico en la atención en los servicios de urgencias.
  - Tomar en cuenta la variabilidad biológica de los laboratorios, así como los errores preanalíticos potenciales.
  - Reconocer las limitaciones en conocimientos, habilidades y capacidad resolutive de la unidad.
4. LAS RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO DE URGENCIAS SON:
  - Mantener una intercomunicación óptima con los servicios de laboratorio, gabinete y especialidades quirúrgicas.
  - Informar de manera clara y oportuna tanto al paciente como a sus familiares, la posibilidad diagnóstica y el manejo a seguir.

- Elaborar las notas médicas y solicitud de interconsulta de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
  - Aplicar los criterios clínicos para detectar abdomen agudo de resolución probablemente quirúrgica, de manera rápida y objetiva.
5. EL CIRUJANO ASIGNADO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEBERÁ:
    - Atender la interconsulta en el menor tiempo posible.
    - Decidir ingreso a hospitalización en caso de duda diagnóstica y estancia prolongada en el servicio de urgencias.
    - Elaborar las notas de interconsulta de acuerdo a la NOM-168.
    - Pase oportuno a quirófano al tener establecido el diagnóstico de abdomen agudo de resolución quirúrgica.
    - Obtener el consentimiento válidamente informado.
    - Informar al paciente y familiares el diagnóstico presuntivo y el procedimiento quirúrgico probable, mencionando las posibles complicaciones que se pudieran presentar durante la cirugía.
    - Al término de la cirugía informar a los familiares sobre los resultados, hallazgos, procedimiento realizado y pronóstico esperado.
  6. REALIZAR EL ESTUDIO COMPLETO DEL SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL.
    - Interrogatorio completo de las características del dolor y antecedentes patológicos del paciente.
    - Exploración física completa, valorando las condiciones de estabilidad hemodinámica del paciente.
    - Exámenes básicos de laboratorio: BH con diferencial, QS, EGO, TP, TTP, y proteína C reactiva.
    - Estudios radiológicos mínimos en pacientes con dolor abdominal: placas simples de abdomen en posición de pie y decúbito, Rx de tórax PA.
    - Descartar etiologías extra-abdominales.
    - Realizar exámenes específicos de laboratorio y gabinete (US, TAC, amilasa, lipasa, PFH, gasometría, etc.), de acuerdo a la impresión diagnóstica inicial.
    - La laparoscopia temprana puede ser una herramienta tanto diagnóstica como resolutiva.
  7. SUPERVISAR ESTRECHAMENTE A TODOS LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN QUE ATIENDAN PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.
    - Garantizar que los médicos en formación tengan actividades clínicas supervisadas.
    - Revisar las notas clínicas elaboradas por los médicos en formación que estén bajo su supervisión.
  8. REVALORAR ÍNTEGRAMENTE AL PACIENTE ANTES DE SU EGRESO.
    - Analizar la evolución clínica del paciente desde su ingreso hasta el momento y condiciones de su egreso.
    - Elaborar la nota de egreso de acuerdo con las especificaciones de la NOM 168.
    - Explicar al paciente cuál fue el diagnóstico que se estableció durante su estancia y aclarar todas sus dudas.
    - Asegurarse que el paciente comprendió los datos de alarma en cuya presencia es indispensable que regrese a revaloración, mediante la técnica de parafraseo (que el paciente explique en sus propias palabras qué fue lo que entendió).

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Merskey H. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions. *Pain* 1986; S-3: 345-356. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).
- 2 Merskey H. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. International Association for the Study of Pain. Task force on taxonomy. IASP press. 1994.
- 3 Pérez J, Vallés A, Caseras X, Gual A. Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. *Educ Méd* 1999;2(2):80-88.
- 4 Sánchez Aparicio HE. Bioética en Servicios de Urgencias. Memoria 2000. III Congreso Nacional. Latinoamericano y del Caribe de Bioética. Pp: 543-548.
- 5 [Editorial] *Rev Gastroenterol Mex* 2002;67 (Suppl 3):74-88.
- 6 Kamin RA, Nowicki TA, Cortney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 2(1).
- 7 Ling FW, Stovall TG. Update on the management of ectopic pregnancy. *Adv Obstet Gynecol* 1994;1:57.
- 8 Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995; 13:301-3.
- 9 Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 19<sup>th</sup> edition. Oxford University press, New York: 1996.
- 10 Martin F R, Rossi R. The acute abdomen, an overview and algorithms. *Surg Clin North Am* 1997; 77:6 1227-1243.
- 11 Nyhus LM, Vitello JM, Condon RE. Dolor Abdominal. Guía para el diagnóstico rápido. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires: 1999.
- 12 Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, et al. Abdominal pain in geriatric emergency patients; variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med* 1998;5:163-8.
- 13 Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: aged related differences in the emergency department use and care. *J M Geriatric Soc* 1987; 35:398-404.
- 14 Cooper GS. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994; 19(1):146-8.
- 15 De Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. *J Clin Gastroenterology* 1994; 19:331-5.
- 16 Bongiovanni GL. Manual Clínico de Gastroenterología. McGraw Hill; México: 1983.
- 17 Malvenda CC, Bodas PA, Nogale EA. Dolor Abdominal. *Medicine* 2003; 8: 6268-72.
- 18 Cole E, Lynch A, Cugnoli H. Assesment of the patient with acute abdominal pain. *Nurse Stand* 2006; 20(39):67-75. Review.

- 19 Bakheit AMO. Recognition of acute illness in people with chronic neurological disability. *PMJ* 2006; 82:267-269.
- 20 Way LW, Doherty GM. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 8ª edición. Mc Graw Hill-Interamericana, México: 2003.
- 21 Jeffrey Jr RB. In patients with right lower quadrant pain, is sonography or CT the preferred imaging technique for initial evaluation? *AJR Am J Roentgenol* 1995;164:1547-8.
- 22 Bennett GL, Balthazar EJ. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. *Radiol Clin North Am* 2003; 41 (6):1203-16.
- 23 Puylaert J. Ultrasonography of of the acute abdomen: gastrointestinal conditions. *Radiol Clin N Am* 2003; 41:1227-1242.
- 24 Esses D, Birnbaum A, Bijur P. Ability of CT alter decision making in elderly patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2004; 22:4.
- 25 American College of Emergency Physicians. Clinical policy critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of non traumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2000; 36:406-15.
- 26 Williams R, Mackway-Jones K. White cell count and diagnosing appendicitis in adults. *Emerg Med J* 2002;19(5):429-30.
- 27 Khan MN, Davie E, Irshad K. The role of white cell count and C-reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2004;16(3):17-9.
- 28 Bar RJ, Zaavincy H. Laparoscopia diagnóstica en el síndrome doloroso abdominal no definido. *Rev Hosp Central* 2004; 1(1):20-23.
- 29 Riemann JF. Diagnostic laparoscopy. *Endoscopy* 2003 Jan;35(1):43-7.
- 30 Berenguer A. Manual de Cirugía Laparoscópica. Astra-Zéneca, España: 2005. Pp:1-27.
- 31 Way LW, Doherty GM. Current Surgical Diagnostic and Treatment. 11ª ed. McGraw-Hill/Appleton & Lange, San Francisco USA: 2002. Pp:503-16.
- 32 Monahan DL. Abdominal pain. *J Am Colleg Surg*;2003; 196:6.
- 33 Cydulka RK. Critically reappraising the literature-driven practice of analgesia, administration for acute abdominal pain in the emergency room prior to surgical evaluation. *Ann Emerg Med* 2004; 43:1.
- 34 Abboud PA, Colwell CB. Critically reappraising the literature-driven practice of analgesia administration for acute abdominal pain in the emergency room prior to surgical evaluation. *Am J Surg* 2004; 188(1):102-3; author reply 103-4.
- 35 Nissman SA, Kaplan LJ, Mann BD. Critically reappraising the literature driven practice of analgesia administration for acute abdominal pain in the emergency room prior to surgical evaluation. *Am J Surg* 2003;185:291-6.
- 36 Zucker KA. Cirugía laparoscópica. 2ª Edición, Editorial Medica Panamericana; México:2003.
- 37 Decadt B, Sussman L, Lewis MPN, Secker A, Cohen L, Rogers C, Patel A, Rhodes M. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *Br J Surg* 1999 Nov;86(11):1383-6.

Anexo 1: Perfil ideal del médico de urgencias

- Que tenga conocimientos actualizados en la atención de problemas de urgencias.
- Abierto a la crítica constructiva.
- Reconocer el valor de la persona humana.
- Saber trabajar en equipo.
- Ser diplomático.
- Saber manejar las relaciones humanas.
- Excelente dirigente y buen administrador.
- Con personalidad equilibrada.
- Capaz de aceptar riesgos.
- Ser humano (Humanismo).
- Comprometido con su paciente.
- Respetar los Valores de sus pacientes.
- Respetar los Derechos Humanos de sus pacientes.
- Poseer suficiente información Bioética.
- Normar su conducta en la Ética Médica.
- Proporcionar atención tutorial a sus residentes y alumnos de pregrado.

## ANEXO 2: FACTORES DE ANÁLISIS DEL SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL

Para el análisis del Síndrome Doloroso Abdominal se deben tomar en cuenta nueve factores, que son:

1) **INICIO**, comienzo o debut. La hora de inicio del dolor agudo deben ser anotados y considerados en relación con el momento del examen. El lapso transcurrido entre el comienzo del dolor y el examen es importante para la evaluación de los síntomas y el desarrollo de la enfermedad.

2) **TIEMPO DE EVOLUCIÓN O DURACIÓN**. Los dolores efímeros que vienen y van tienden a tener pocas consecuencias, mientras que el dolor que ocurre durante el curso de varias horas o días tiende a ser más patológico y a estar relacionado con una enfermedad verdadera. El *dolor agudo* es de inicio súbito y de duración limitada; generalmente tiene una causa temporal o causal relacionada con una lesión o enfermedad. El dolor que dura semanas o meses en especial cuando se asocia a pérdida de peso o lasitud habitualmente se relaciona con una neoplasia maligna subyacente. El *dolor crónico* que dura meses o años, y persiste más allá del tiempo en que tarda en sanar cualquier lesión, sin síntomas asociados, usualmente no tiene una causa clara identificable, lleva a escepticismo por parte del examinador pero en ocasiones tiene bases anatómicas.

3) **PROGRESIÓN O EVOLUCIÓN DEL DOLOR**. ¿Ha disminuído o aumentado? ¿Ha habido lapsos durante los cuales el paciente estuviera totalmente libre de dolor? ¿Ha cambiado el carácter del dolor? No es correcto suponer que la disminución de los síntomas severos indica que la enfermedad está remitiendo.

4) **SITIO DE LOCALIZACIÓN DEL DOLOR**. Ciertas vísceras proporcionan una localización razonablemente buena del dolor mientras que otras brindan poca información. Existen tres áreas principales en el abdomen en las que se produce dolor de origen visceral, el epigastrio, la región situada alrededor del ombligo (mesogastrio) y la región suprapúbica y pelviana. Si el dolor está *LOCALIZADO* o limitado a una región específica, los datos de la exploración física (hiperestesia e hiperalgesia cutánea) se encuentran circunscritos al sitio de lesión, confinado a su lugar de origen sin irradiaciones, por lo que las consideraciones anatómicas constituyen el punto de comienzo lógico.

El dolor *REFERIDO*, proviene de estructuras somáticas o viscerales profundas y se encuentra en una región distante al sitio de producción (Ejemplos: dolor referido al hombro por un absceso subfrénico, dolor referido a porción infraclavicular por algún proceso inflamatorio de la vesícula biliar).

La *IRRADIACIÓN* del dolor suele ser resultado de la irritación de un nervio segmentario y su proyección se percibe a lo largo de un trayecto nervioso o segmento (dermatoma, esclerotoma), como en la neuralgia post-herpética, radiculopatía compresiva lumbar, etc. El dolor simpático-reflejo, no se confina a una distribución segmentaria, a un trayecto nervioso periférico o a un patrón que sea reconocible, generalmente a la exploración física de tipo se encuentran cambios tróficos o vasomotores (Ejemplos: Síndrome doloroso regional complejo). Otro mecanismo que explica la irradiación del dolor tiene que ver con el origen embriológico del órgano. Otras veces la irradiación del dolor ocurre a la proximidad anatómica de otros órganos. En algunos casos el mecanismo de irradiación del dolor no queda claro.

En el *DOLOR PSICÓGENO*, su localización y distribución son causados por un desorden

psicológico o psiquiátrico primario, generalmente no sigue un patrón neuroanatómico, se diagnostica ÚNICAMENTE por exclusión.

**5) INTENSIDAD DEL DOLOR.** Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, la intensidad no puede medirse y depende en parte, de la percepción y la respuesta del individuo. Para su alivio eficaz se requiere tomar en cuenta su etiología, fisiopatología, mecanismos neurobioquímicos, temporalidad (agudo o crónico), causalidad, localización y distribución, características, tipo de dolor, severidad o intensidad, duración y periodicidad, así como los síntomas o circunstancias coincidentes, impacto sobre aparatos y sistemas y consecuencias psicoafectivas y socioeconómicas. La conducta del paciente y las indicaciones visuales durante el dolor en general aclaran su intensidad mejor que la descripción verbal del paciente. Como mínimo debe registrarse si el paciente percibe el dolor como leve moderado o severo. La progresión del dolor leve a moderado o severo es un punto diferencial importante. Puede haber variación individual. Para hacer una evaluación más objetiva es recomendable utilizar una escala analógica unidimensional, como la escala visual análoga (EVA) o la verbal análoga (EVERA) en condiciones especiales (pacientes analfabetas o con déficit cognitivo). La más empleada es la EVA, debido a que permite asignar un valor numérico al dolor respecto una línea horizontal de 10 cm. de largo del dolor del 0 al 10, en la cual 0 corresponde a ausencia de dolor y el 10 el grado máximo del mismo. Existen variaciones a esta escala básica, como se muestra en la FIGURA 1. Con las letras A, B y C se observa la utilización de una escala aplicable para menores de edad o pacientes que no saben leer.

Para evaluar el componente sensorial, la esfera psicoafectiva y la social al mismo tiempo, se emplean escalas multidimensionales del tipo del cuestionario de la Universidad McGill, instrumento que evalúa dos áreas fundamentales: a) la descripción de la experiencia dolorosa mediante adjetivos y b) su ubicación en tres dimensiones neuropsicológicas: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognoscitiva-evaluativa.

FIGURA 1: Escalas para evaluar la intensidad y severidad del dolor.

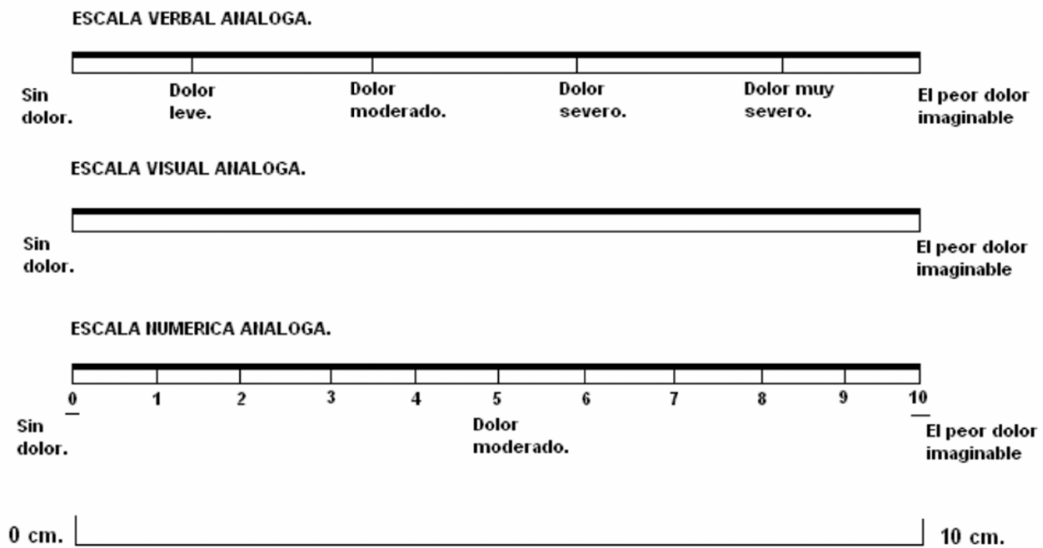
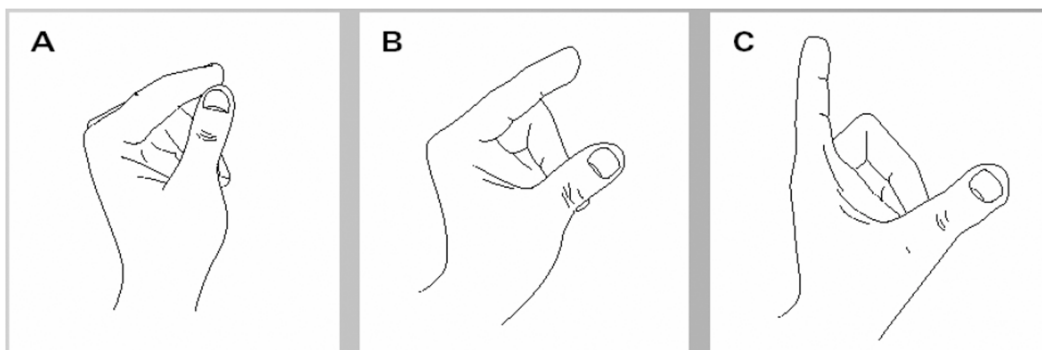


FIGURA 2: Escala para evaluar la intensidad y severidad del dolor en pacientes analfabetas o menores de edad



**ESTIMACION DEL DOLOR.** En el humano la forma de experimentar dolor dependerá de aspectos biológicos y neurofuncionales y de variables como: la personalidad, experiencias dolorosas, status sociocultural y emocional en el momento del estímulo nocivo.

Debido a su naturaleza multidimensional, para clasificarlo hay que considerar sus componentes, evaluando su intensidad, duración, calidad, impacto y significado personal, además de sus cualidades: duración, topografía, características neurofisiológicas, factibilidad de tratamiento, etc.

Para su alivio eficaz se requiere tomar en cuenta su etiología, fisiopatología, mecanismos neurobioquímicos, temporalidad (agudo o crónico), causalidad, localización y distribución, características, tipo de dolor, severidad o intensidad, duración y periodicidad, así como los síntomas o circunstancias coincidentes, impacto sobre aparatos y sistemas y consecuencias psicoafectivas y socioeconómicas.

**6. CARÁCTER DEL DOLOR.** Ardoroso, terebrante, lancinante, cólico, pesantez, quemante, opresivo, etc. Proporciona el mejor indicio para comprender los aspectos fisiopatológicos del abdomen agudo. Se emplean muchos adjetivos como ayuda en la descripción y documentación del dolor (urente, tipo calambre, como puñalada, retortijón, punzante, sordo u terebrante, etc.) términos que se emplean para describir la calidad del dolor. En una forma más simple, aunque no práctica, el dolor se caracteriza más fácilmente como constante o intermitente (de tipo cólico) y en segundo lugar como superficial o profundo. El carácter del dolor está relacionado directamente con su causalidad. Existen tres tipos básicos de dolor referido al abdomen: 1) Visceral o primario, 2) Somático o secundario y 3) Referido. Puede clasificarse también como nociceptivo (somático o visceral) o no-nociceptivo (neuropático periférico o central).

El DOLOR VISCERAL se origina en el propio órgano, y es producido por aumento de tensión dentro del órgano o por distensión de su pared; se caracteriza por ser difuso, sordo, mal definido, y presentarse al principio de la enfermedad. El DOLOR SOMÁTICO resulta de un trastorno local primario que irrita las estructuras somáticas vecinas, como son músculos, ligamentos, huesos, nervios y vasos sanguíneos relacionados con el órgano afectado; es más agudo y localizado que el dolor visceral y se presenta más tarde en el curso del padecimiento; su carácter más exacto puede permitir identificar el órgano afectado primariamente. El DOLOR

REFERIDO se percibe en un sitio lejano al órgano afectado y suele presentarse cuando el dolor visceral es intenso; se produce porque el estímulo doloroso sigue el mismo dermatoma que la raíz espinal del órgano enfermo. El DOLOR NOCICEPTIVO SOMÁTICO es constante, se asocia a lesión de los tejidos, generalmente se acompaña de inflamación y es un dolor localizado; se describe frecuentemente como: punzante o pulsátil (Ejemplo: esguince del tobillo). El DOLOR SOMÁTICO VISCERAL es intermitente, se asocia a las vísceras, frecuentemente se acompaña de náusea, es un dolor referido y difuso; se describe frecuentemente como cólico (Ejemplos: litiasis renal). El dolor neuropático puede ser constante, intermitente o paroxístico, esta asociado a lesión o disfunción del tejido nervioso, frecuentemente se acompaña de disestesias y parestesias, puede ser referido, irradiado o simpático-reflejo y frecuentemente descrito como quemante, ardoroso (urente), toque eléctrico (paroxismo), calambre, etc. (Ejemplo: neuralgia del trigémino).

**7) IRRADIACIÓN O MIGRACIÓN DEL DOLOR.** Al epigastrio, los hipocondrios derecho o izquierdo, en hemicinturón derecho o izquierdo, al hombro derecho o izquierdo, a la región lumbar derecha o izquierda, al dorso, a la región precordial. La migración implica que la localización original del malestar percibido se moviliza a un sitio diferente durante el curso temprano a medio de la enfermedad. La migración del dolor puede confundirse con la irradiación del dolor lo cual también es común en las enfermedades abdominales. La diferencia estriba en que con la migración el malestar comienza en un sitio que aparentemente remite y luego se produce un nuevo dolor más intenso en una localización contigua. La irradiación implica que el malestar inicial moderadamente severo es continuo y se asocia con dolor de igual o menor intensidad en una localización secundaria, posiblemente no contigua.

**8) CAUSAS QUE LO PRODUCEN O EXACERBAN.** Ingestión de alimentos colecistoquinéticos (cólico biliar, pancreatitis), alcohol (pancreatitis aguda), AINES, esteroides (sangrado de tubo digestivo, perforación de úlcera gastro-duodenal), cambios de posición del paciente, actividad física, ingesta de medicamentos, enfermedades coexistentes, etc.) **CAUSAS QUE LO CALMAN.** El vómito, canalización de gases o materia fecal, el reposo, la posición en algún decúbito lateral, dorsal o ventral, en posición fetal o mahometana.

**9) FENOMENOS QUE LO ACOMPAÑAN.** Fiebre, ictericia, coluria, acolia, pleiocromia, prurito, náuseas, vómito, diarrea, ausencia de canalización de gases y/o materia fecal por vía anal, hematemesis, melena, enterorragia, deshidratación, trastornos en la respiración (aliento cetónico, urémico, alcohólico), hipotensión arterial, estado de choque, entre otros.

Al final del interrogatorio es adecuado establecer una hipótesis diagnóstica, la que se confrontará con la exploración física.

### ANEXO 3: CUADROS NOSOLÓGICOS RELACIONADOS AL SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL

<i>Inflamación o irritación peritoneal</i>	Se caracteriza por datos al interrogatorio: Dolor en alguna zona del abdomen, náuseas, vómitos, fiebre o síndrome febril, dificultad para canalizar gases y materia fecal por el ano. A la exploración física: Hiperestesia, hiperbaralgesia, defensa muscular, presencia de plastrón doloroso en alguna zona del abdomen, dolor a la descompresión, dolor profundo (maniobra de Smith-Bates), ausencia de peristaltismo intestinal. Timpanismo en el área hepática, líquido libre en cavidad peritoneal (punción diagnóstica en flancos o en Douglas).
<i>Dolor de viscera hueca o maciza</i>	Caracterizado por dolor cólico intermitente, con peristaltismo visible y audible el cual termina en algún sitio del abdomen y que puede corresponder a una suboclusión intestinal o a una claudicación intermitente arterial del intestino (síndrome de Ortner). Aumento de volumen del abdomen con ausencia de canalización de gases por vía rectal, acompañado de vómitos porráceos y datos de deshidratación, e incluso estado de choque hipovolémico o séptico. El dolor de viscera maciza se caracteriza por ser de tipo pesantez o distensión en el área de la viscera afectada (hígado, bazo) se debe a la distensión de la cápsula correspondiente; esta molestia puede irradiarse al hombro correspondiente a través del nervio frénico, punto que se puede buscar intencionadamente a nivel del espacio entre las inserción esternal y clavicular del músculo esternocleidomastoideo.
<i>Dolor de la pared abdominal</i>	Se establece la distinción mediante la maniobra de Smith-Bates, pidiéndole al paciente que contraiga los músculos de la pared del abdomen ya sea elevando ambos miembros inferiores sin doblar las rodillas o bien pidiéndole que eleve el tórax para ver su abdomen, mientras el clínico palpa los músculos abdominales, en este momento el dolor aumenta considerablemente y al relajar la pared abdominal el dolor disminuye considerablemente o desaparece. Es necesario explorar la columna dorsolumbar para identificar desviaciones tipo escoliosis o xifosis, así como dolor en los puntos de emergencia de colaterales de los nervios dorso lumbares; es frecuente identificar acortamiento de alguna extremidad inferior que al corregir esta desviación se puede curar el dolor de esta naturaleza. Por otro lado el paciente además del dolor abdominal no presenta otros síntomas que sugieran compromiso en el tránsito intestinal o patología de viscera hueca o maciza.
<i>Dolor referido de origen torácico</i>	Dolor referido a abdomen por problemas en el tórax, como ocurre en los problemas coronarios agudos, problemas a nivel de la columna dorsolumbar, o problemas ginecológicos.
<i>Dolor por crisis metabólicas</i>	En muchas ocasiones se ha confundido con cuadros agudos peritoneales secundarios a apendicitis aguda o complicada con absceso; muchos pacientes han sido llevados a cirugía de urgencia sin encontrar patología alguna: Hiperlipidemia, Porfiria intermitente aguda, Saturnismo, Uremia, Diabetes mellitus con hiperglicemia hiperosmolar, cetoacidosis, picadura de insectos como la araña "viuda negra" que da contractura muscular acentuada de toda la pared abdominal incluida la musculatura dorso lumbar.
<i>Causas Neurógenas</i>	Secundario a herpes zoster en este caso se puede identificar hiperestesia marcada y lesiones eritematosas y vesiculosas en la metamera correspondiente el nervio afectado, crisis tabética, dolor tipo causálgico.