



Seminarios sobre dolor abdominal agudo
Grupo de trabajo para el manejo del dolor abdominal agudo en el Hospital San Jorge de Huesca

Lección 2.
Bases fisiopatológicas del dolor abdominal
Factores que conducen con frecuencia a error diagnóstico

Lección 3
Claves proporcionadas por la historia y examen físico

Lección 4.
Claves proporcionadas por el laboratorio y las pruebas
complementarias

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



Seminarios sobre dolor abdominal agudo
Grupo de trabajo para el manejo del dolor abdominal agudo en el Hospital San Jorge de Huesca

CLAVES DE LA HISTORIA CLÍNICA

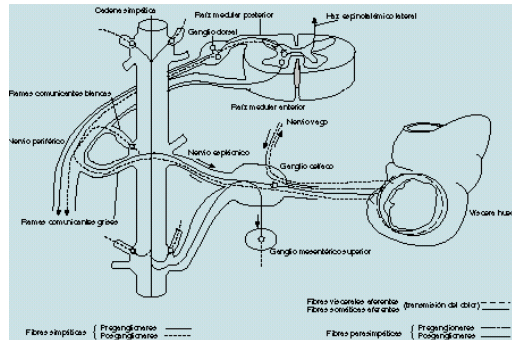
“Despite the advances made in clinical imaging,
history taking remains the most important
component of the initial evaluation of the
patient with acute abdominal pain”

Frederick H. Millham

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



Los estímulos nociceptivos se dirigen a los ganglios simpáticos en plexo celíaco y continúan por los nervios espláncnicos hacia los ganglios de las raíces posteriores a través de ramos comunicantes blancos. En médula ascienden hacia la corteza cerebral. A pesar de que el 90 % de sus fibras son sensitivas, el nervio vago no transmite estímulos dolorosos procedentes del tubo digestivo, por lo cual la vagotomía no altera la sensibilidad al dolor. En cambio sí lo hace la simpatectomía, útil en pacientes con dolor crónico abdominal.

Lección nº 3

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



Tipos de dolor abdominal (I).



Dolor visceral.

- Provocado por la distensión, tracción o isquemia de una víscera hueca.
- Transmisión a través de las fibras C de los nervios espláncnicos: transmiten impulsos de conducción lenta:
 - Dolor mal delimitado de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático.
 - Sordo, urente, profundo o manifiestamente cólico.
 - Con frecuencia se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos, taquicardia e hipertensión arterial.
 - No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular.
 - Debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media.

3

HSJ

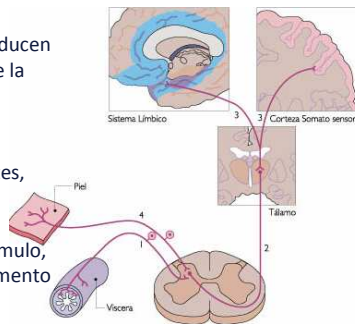
Claves de la historia clínica y del examen físico



Tipos de dolor abdominal (II).

Dolor referido

- El dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona alejada del órgano afectado.
- Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuído.
 - Teoría de la convergencia-proyección : las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej. procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuído, las neuronas del asta posterior localizan erróneamente la procedencia del estímulo, y lo sitúan en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular.



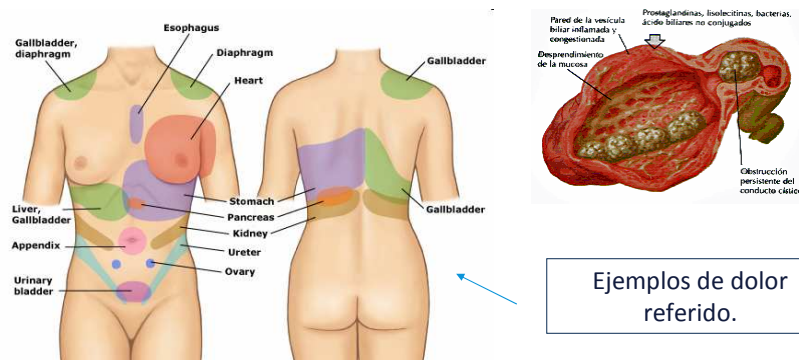
Lección nº 3

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



Los impulsos procedentes de la vesícula entran en la médula entre las dorsales D5 y D11. Cuando la vesícula es afectada por un proceso inflamatorio – colecistitis -, la inflamación hace descender el umbral del dolor y justifica la aparición de un dolor referido.



Lección nº 3

HSJ

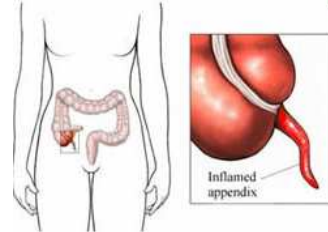
Claves de la historia clínica y del examen físico



Tipos de dolor abdominal (III).

Dolor parietal

- Aparece en casos de peritonitis.
1. El impulso álgido se transmite a través de las fibras A delta-mielínicas, integradas en los nervios somáticos o cerebrospinales.
 2. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado.
 3. Son causa de dolor epicrítico, como el que se describe en el punto de McBurney, en un caso de apendicitis aguda avanzada.
 4. Se localiza exactamente en la zona estimulada, y se agrava con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada.
 5. Hiperalgnesia y defensa abdominal.



Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



CLAVES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Antecedentes del enfermo
2. Semiología del dolor
3. Síntomas asociados

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



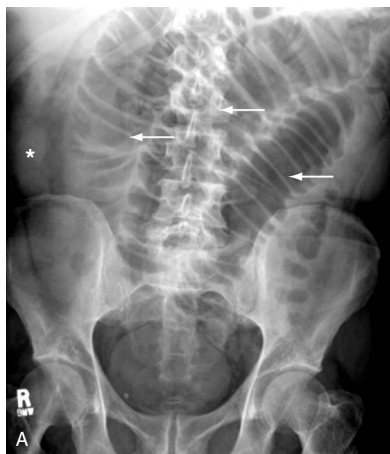
ANTECEDENTES DEL ENFERMO

1. Experiencias previas con síntomas similares sugieren un problema recurrente.
 - Antecedentes de oclusión intestinal por bridas posquirúrgicas, cálculos ureterales o enfermedad pélvica inflamatoria conducen a síntomas recidivantes.
2. Un paciente cuya presentación sugiere una oclusión intestinal y que no refiere antecedentes de una laparotomía previa (*en caso contrario debemos pensar en una brida postoperatoria*), es muy probable que requiera una actuación quirúrgica para resolver la patología que presenta (hernia encarcerada, malignidad).

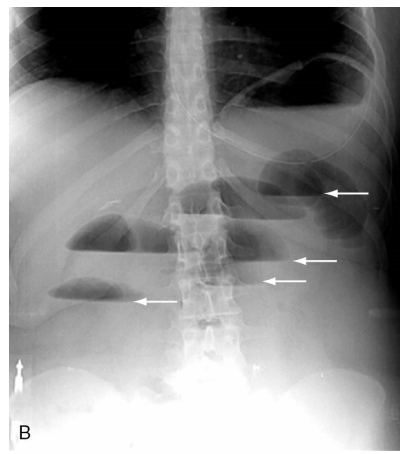
Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1975, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.



Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1975, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



ANTECEDENTES CON ESPECIAL RELEVANCIA

- Enfermedad cardiovascular
- Abuso de alcohol (neumonía, pancreatitis).
- Inmunosupresión: SIDA, corticoides, citostáticos.
- Enfermedades sistémicas que pueden ser la causa de dolor abdominal:
 - Esclerodermia, LES, síndrome nefrótico, enfermedad de Addison, fiebre mediterránea familiar, porfiria aguda intermitente, edema angioneurótico, anemia de células falciformes, contacto con plomo...
- A menudo el dolor abdominal puede ser el efecto secundario de medicaciones (AINE..).

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



SEMIOLÓGÍA DEL DOLOR

1. Forma de comienzo y cronología del dolor.
2. Localización
3. Irradiación
4. Carácter
5. Intensidad
6. Duración
7. Circunstancias que alivian o empeoran.

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



FORMA DE COMIENZO

La rapidez en el comienzo del dolor es con frecuencia un indicador de la gravedad del proceso subyacente. Un dolor bien localizado, que comienza de forma súbita y/o adquiere una intensidad extrema en pocos segundos, sugiere una catástrofe abdominal.

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



FORMA DE COMIENZO

La rapidez en el comienzo del dolor es con frecuencia un indicador de la gravedad del proceso subyacente. Un dolor bien localizado, que comienza de forma súbita y/o adquiere una intensidad extrema en pocos segundos, sugiere una catástrofe abdominal.

- Perforación de víscera hueca
- Infarto mesentérico
- Rotura de aneurisma de aorta

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



“3 ejemplos de dolor de comienzo súbito e intensidad extrema”.

1

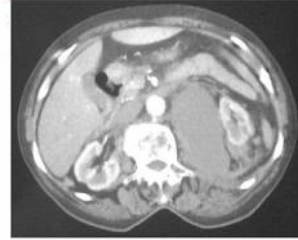


Fig. 1. TC con gran hematoma retroperitoneal izquierdo.

3

2



HSJ

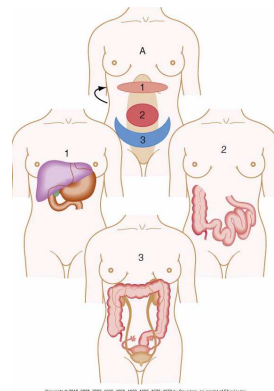
Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico



1. Difuso o centrado en cualquiera de los cuadrantes.
2. Hemiabdomen superior.
 - Esófago-estómago-duodeno
 - Hepato-bilio-pancreático
 - Esplénico
3. Centroabdominal.
 - Intestino delgado.
 - Páncreas
 - Colon derecho
4. Hemiabdomen inferior
 - Apéndice
 - Divertículos de sigma
 - Órganos genitales femeninos

LOCALIZACIÓN



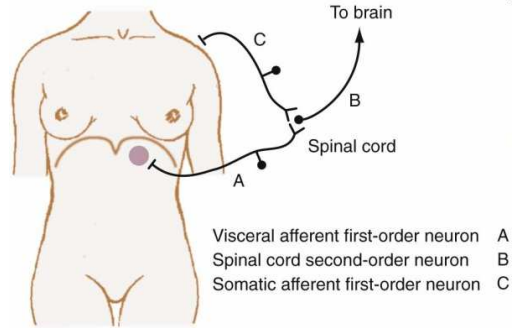
Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



Un determinado estímulo nociceptivo puede resultar en una combinación de dolor visceral, somático (parietal) y referido, creando confusión en su interpretación a menos que se tenga un conocimiento de las vías neuroanatómicas del dolor.



Ej: el dolor de un absceso subfrénico izquierdo puede ser referido al hombro.

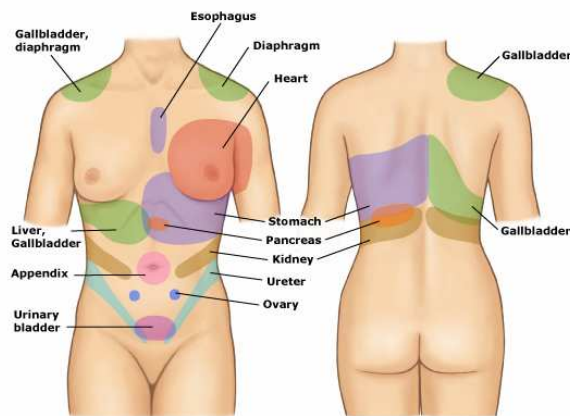
Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



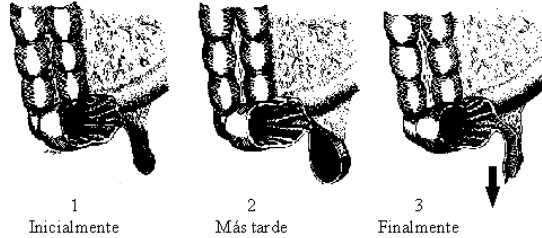
IRRADIACIÓN



Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



Los cambios en la localización pueden representar la progresión de un dolor visceral hacia un dolor parietal por irritación peritoneal, como ocurre en la apendicitis o bien el desarrollo de una peritonitis difusa como ocurre en el caso de una úlcera perforada.

Lección nº 3

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



INTENSIDAD Y CARÁCTER

Tres patrones:

1. **Dolor lancinante** que provoca postración, signos de colapso periférico e incapacitación: condición amenazante para la vida: perforación de una víscera hueca, rotura de aneurisma de aorta, embolia o trombosis mesentérica, pancreatitis aguda grave.
2. Comienzo **gradual**, seguido de un patrón ondulante de dolor intenso que alterna con períodos intermitentes de alivio (cólico), asociado a sensación nauseosa y vómitos:
 - Oclusión intestinal,
 - Fases iniciales del cólico biliar (si el cólico se prolonga y aparecen signos de colecistitis, el dolor deja de ser cólico).
 - La presencia de náuseas y vómitos ante un dolor abdominal cólico no implica necesariamente oclusión del intestino delgado. (ej: cólico renal).
3. Dolor de **comienzo insidioso**, vago y pobremente localizado en sus fases iniciales y que se va incrementando en intensidad de un modo **progresivo** hasta localizarse en un área circunscrita y bien definida: refleja proceso inflamación visceral: *apendicitis*, *diverticulitis*...

INTERPRETACIÓN CAUTELOSA: LAS EXCEPCIONES SON COMUNES.



Seminarios sobre dolor abdominal agudo
Grupo de trabajo para el manejo del dolor abdominal agudo en el Hospital San Jorge de Huesca

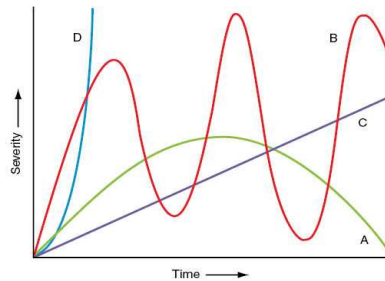


Figure 10-4. Patterns of acute abdominal pain. A, Many causes of abdominal pain subside spontaneously with time (e.g., gastroenteritis). B, Some pain is colicky (i.e., the pain progresses and remits over time); examples include intestinal, renal, and biliary pain (colic). The time course may vary widely from minutes in intestinal and renal pain to days, weeks, or even months in biliary pain. C, Commonly, acute abdominal pain is progressive, as in acute appendicitis or diverticulitis. D, Certain conditions have a catastrophic onset, such as ruptured abdominal aortic aneurysm.

Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1978, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Lección nº 3

HSJ

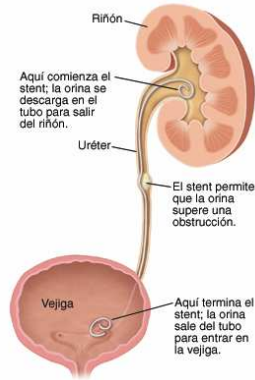
Claves de la historia clínica y del examen físico

CAUSA	COMIENZO	LOCALIZACIÓN	CARACTER	DESCRIPCIÓN	IRRADIACIÓN	INTENSIDAD
Apendicitis	Gradual	Periumbilical Luego en FID.	Difuso ¹ Localizado ²	Ache	No	++
Colecistitis	Agudo	HD	Localizado	Constricting	Escápula	++
Pancreatitis	Agudo	Epigastrio, espalda.	Localizado	Boring	Espalda	++ a +++
Diverticulitis	Gradual	FII	Localizado	Ache	No	++
Perforación de ulcus péptico.	Súbito	Epigastrio	Localizado ¹ Difuso ²	Burning (Quemante)	No	+++
Obstrucción e intestino delgado	Gradual	Área periumbilical	Difuso	Cramping (Cólico)	No	++
Isquemia mesentérica.	Súbito	Área periumbilical	Difuso	Agonizing (angustioso)	No	+++
Rotura de aneurisma	Súbito	Abdomen, espalda, flanco	Difuso	Tearing (lancinante)	Región inguinal	+++
Gastroenteritis	Gradual	Área periumbilical	Difuso	Spasmodic (Cólico)	No	+ a ++
Enfermedad pélvica inflamatoria	Gradual	FII / FID Pelvis	Localizado	Ache	Raíz del muslo	++
Rotura de embarazo ectópico	Súbito	FII/FID Pélvis	Localizado	Sharp (fuerte)	No	++



Factores que alivian o agravan el dolor

- Cambios de posición, comidas, defecación (*bowel movements*), estrés.
 1. Movimientos / cambios de posición
 - Peritonitis; paciente inmóvil
 - Cólico renal: paciente agitado.
 2. Comidas:
 - Transgresión (grasas: cólico biliar, alcohol: pancreatitis).
 - Alivia: úlcera duodenal no complicada.
 - Agrava: úlcera gástrica o penetrada, oclusión intestinal, pancreatitis crónica o cáncer de páncreas, angina intestinal.
 3. Medicaciones: antiácidos, AINE.



LECCIÓN Nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



Síntomas asociados

1. Síntomas constitucionales.
 - Fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de peso, artromialgias...
2. Síntomas gastrointestinales asociados:
 - Anorexia, náuseas, vómitos, flatulencia, diarrea, estreñimiento.
3. Ictericia, coluria, hipocolia o acolia.
4. Disuria
5. Cambios en la menstruación: embarazo.

Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico

HSJ



El modo de redactar la historia

1. Describir el modo en que ha comenzado el dolor y su relación con un posible factor precipitante.
2. Describir la localización y la irradiación.
3. Un punto y seguido. Se trata de un dolor..(carácter, intensidad, duración...): fundamental distinguir entre cólico y no cólico.
4. Describir las circunstancias que lo alivian o lo agravan (siempre intentar relacionar con la ingesta, la deposición).
5. Señalar los síntomas que acompañan al dolor (náuseas, vómitos, ictericia, fiebre, síntomas genitourinarios).
6. Consignar síntomas negativos (hacerlo de un modo coherente...)
7. Describir si el enfermo había iniciado recientemente un tratamiento farmacológico no habitual (AINE...)
8. Hacer una alusión final al estado general previo (apetito, peso).



EXAMEN FÍSICO (1)

“Las tres primeras letras del abecedario”

1. **A: Airway:** Vía aérea
2. **B: Breathing:** Movimientos respiratorios (tiraje, taquipnea...¿ acidosis metabólica?)
3. **C: Circulation:** (shock: palidez, cianosis, sudoración, taquicardia, hipotensión, obnubilación, agitación....



ij Si existen signos de shock:

- canular vía i.v.,
- establecer consulta quirúrgica,
- evitar pruebas de imagen antes de reanimar !!.

Lección nº 3



EXAMEN FÍSICO (2)

Evaluación del estado general y actitud del paciente

Aspectos a evaluar (*anotar en la historia clínica*)

1. Capacidad del enfermo para comunicarse.
2. Patrón de movimientos respiratorios.
3. Posición en la cama / Postura / Expresión facial.



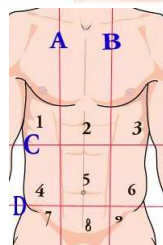
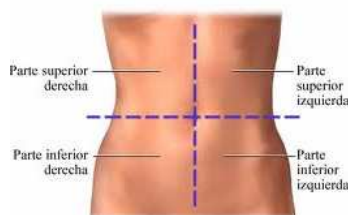
- Taquipnea puede ser la expresión de una acidosis metabólica causada por shock.
- La presencia de una arritmia completa por fibrilación auricular, obliga a considerar la posibilidad de una embolia mesentérica.
- Un paciente en posición fetal o inmóvil, con expresión facial *distresante*, es probable que presente una peritonitis
- Un paciente que se muestra agitado y cambia de posición continuamente es probable que tenga un dolor de origen visceral (oclusión intestinal, cólico nefrítico, gastroenteritis).



EXAMEN FÍSICO (3) Evaluación del abdomen

INSPECCIÓN

- Exponer la totalidad del abdomen.
- Obesidad: interrogar si el grado de protusión abdominal ha aumentado en relación al habitual.
- Asténicos (delgados): pueden percibir un anormal grado de hinchazón abdominal sin distensión aparente.
- La inspección permite evaluar la presencia de cicatrices o de hernias que pueden ser la causa de una obstrucción intestinal.



Lección nº 3



EXAMEN FÍSICO (4) Evaluación del abdomen

Auscultación del abdomen

- La auscultación del abdomen debería preceder a cualquier otra maniobra de palpación
- Antes de concluir que existe silencio abdominal:
 1. Mantener el estetoscopio 2 minutos.
 2. Auscultar en más de un cuadrante del abdomen.
- Distinguir la tonalidad aguda del peristaltismo de lucha de una oclusión de intestino delgado, del tintineo “metálico” provocado por el desplazamiento pasivo de líquidos retenidos en el 3º espacio en un caso de íleo adinámico.
- Permite identificar soplos vasculares o ruidos de fricción, aneurisma de aorta o infarto esplénico.

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



EXAMEN FÍSICO (5) Evaluación del abdomen

- PALPACIÓN:
 1. Comenzar por la zona más alejada del punto álgido para evitar en lo posible la defensa muscular voluntaria.
 2. Mientras se palpa el abdomen, el explorador observa la facies del enfermo. Si detecta un área de hipersensibilidad, alejarse en lo posible de esta zona para no provocar una reacción de defensa del resto del abdomen y volver sobre ella más tarde.
 3. Si se detecta un área hipersensible, buscar signos de peritonismo.
 - Hiperalgiesia.
 - Maniobra de descompresión (suavemente).
 - Percusión (puede sustituir a la anterior).
 4. Puede reexplorarse al paciente en el quirófano tras la anestesia.

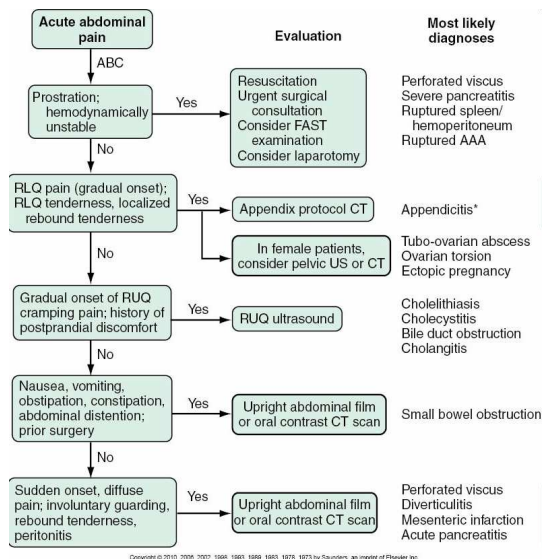
Lección nº 3

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



Seminarios sobre dolor abdominal agudo
Grupo de trabajo para el manejo del dolor abdominal agudo en el Hospital San Jorge de Huesca



Lección nº 3

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



Seminarios sobre dolor abdominal agudo
Grupo de trabajo para el manejo del dolor abdominal agudo en el Hospital San Jorge de Huesca

“(1) Encontrándose previamente bien, 2 horas antes de su ingreso refiere un cuadro de dolor abdominal de comienzo abrupto e inicio postprandial, (2) localizado en línea media superior del abdomen con extensión posterior a la región periumbilical. (3) Se trata de un dolor opresivo, no cólico y constante en intensidad, (4) que no se acompaña de otros síntomas como náuseas, vómitos, ictericia, coluria o fiebre. (El enfermo niega alteraciones en el hábito intestinal. (5) Cuarenta y ocho horas antes había tomado 2 comprimidos de ibuprofeno. No recuerda episodios similares previos y como dato destacable su madre falleció de un infarto mesentérico. (6) El enfermo mantenía un buen estado general con conservación del peso y del apetito. “

Lección nº 3

HSJ

Claves de la historia clínica y del examen físico



AINEs →



Lección nº 3

Claves de la historia clínica y del examen físico