

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN TERCERA EDAD

Elaborado por Galo Sánchez. Médico Familiar

CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
D01	Dolor abdominal generalizado/retortijones
D02	Dolor de estomago/epigastrico
D06	Otros dolores abdominales localizados
D07	Dispepsia/indigestion
D08	Flatulencia/aerofagia/dolor por gases
D25	Distension abdominal
D88	Apendicitis
D89	Hernia inguinal
D98	Colecistitis/colelitiasis
CODIGO	CODIFICACION CIE 10
K80	Colelitiasis
K81	Colecistitis
K35	Apendicitis Aguda
K85	Pancreatitis
K56	ILEO PARALITICO Y OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA

DEFINICIONES.

Dolor Abdominal Agudo	Definido como dolor de menos de una semana de duración ¹
Tipos de Dolor abdominal:	El dolor abdominal puede ser de tres tipos:
• VISCERAL:	Ocurre cuando los órganos abdominales huecos como intestinos o el tracto biliar se contraen, se distienden o se estiran. Los órganos sólidos también pueden doler cuando sus cápsulas se estiran. Es un dolor difícil de localizar. ²
• PARIETAL:	Es el dolor debido a irritación o inflamación del peritoneo parietal o de la raíz del mesenterio. Se lo puede localizar y es mas severo que el visceral. Se agrava con el movimiento o la tos. Los pacientes prefieren estar quietos. ^{2,3}
• REFERIDO:	Se localizar en distintos sitios, los cuales son inervados por las raíces espinales afectadas. Se desarrolla y conforme se vuelve mas intenso puede irradiarse a otros sitios. Puede también ser referido al abdomen del tórax, columna o pelvis.

DIAGNOSTICO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN 3ERA EDAD

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<p>CONSIDERAR DIFICULTADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración mental por fiebre o anomalías de electrolitos ▪ Deterioro cognitivo ▪ Disminución de cognición por drogas (opiáceos, benzodiazepinas, etc) ▪ Demencia ▪ Dificultades auditivas ▪ Intoxicaciones ▪ Idioma ▪ Trastornos psiquiátricos <p>Seguir la nemotecnia: A: Aparecimiento L: Localización I: Irradiación C: Características I: Intensidad A: Acompañantes</p> <p>Y M por medicamentos que tomó o toma regularmente</p>
EXAMEN FISICO	<p>CONSIDERAR DIFICULTADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de fiebre a pesar de una grave infección bacteriana o condición quirúrgica ▪ Ausencia de leucocitosis ▪ Percepción alterada del dolor por uso de medicamentos analgésicos en forma crónica ▪ Enfermedades coexistentes ▪ Menor probabilidad de dolor localizado. ▪ reducción del rebote y de defensa muscular.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría Hemática: normal o leucocitosis con desviación a la izquierda. ▪ EMO: bacterias +, nitritos +, esterasa leucocitaria +, leucocitos +, eritrocitos + (cistitis). ▪ Electrolitos: Na y K ▪ Enzimas hepáticas: TGO - TGP. ▪ Amilasa/Lipasa ▪ Enzimas cardíacas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

SEGÚN OCURRENCIA

- Colecistitis
- Apendicitis
- Pancreatitis Aguda
- Gastritis y perforación de úlcera
- Enfermedad diverticular
- Hernia encarcelada
- Obstrucción intestino delgado
- Obstrucción intestino grueso
- Aneurisma de Aorta Abdominal.
- Isquemia Mesentérica aguda
- Causas atípicas

ENFOQUE DE DOLOR ABDOMINAL EN TERCERA EDAD

EVALUACION INICIAL DE DOLOR ABDOMINAL EN TERCERA EDAD (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Manejo de ABC: vía aérea, respiración (frecuencia respiratoria y oximetría si dispone) y circulación (acceso IV y monitor si corresponde)	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya: ALICIA M - Síntomas asociados: fiebre, irradiación del dolor, nausea, vómito, anorexia, melena, disuria) - Cirugías previas - Enfermedades coexistentes - Uso de Tabaco y alcohol	X	X	X
3. Realice el examen físico: Observar por escaras, hernias, masas pulsátiles, pulsos periféricos	X	X	X
4. Considerar Electrocardiograma si esta indicado clinicamente	X	X	X
5. Solicite biometría hemática, electrolitos y examen de orina	X	X	X
6. EMO positivo: Trate IVU	X	X	X
7. SI hay clínica siga protocolo de Infarto Agudo de Miocardio.	X	X	X
8. SOLICITE: En caso de sospecha de colecistitis, aneurisma aórtico abdominal y apendicitis: Eco abdominal	X	X	X
9. Sospecha de Pancreatitis: Amilasa, lipasa	X	X	X
10. Sospecha de Obstrucción Intestinal, hernia encarcelada, Diverticulitis: Rx AP de abdomen en dos posiciones (decúbito y de pie)		X	X
11. Sospecha de Perforación de úlcera (siga protocolo de Sangrado Digestivo Alto)	X	X	X
12. Sospecha de Gastritis: Tratamiento. (siga protocolo)	X	X	X
13. Sospecha de Neumonía: Rx St de tórax. (siga protocolo)		X	X

14. Sospecha de isquemia mesentérica: Angiografía (siga protocolo)			X
--	--	--	---

CONSIDERE Manejo de dolor:

- o Dextropropoxifeno 65 mg IM³

COLECISTITIS.

PROTOCOLO DE MANEJO POR COLECISTITIS	NIVEL		
	I	II	III
1. Eco abdominal positivo: Transfiera a una unidad de 2do nivel	X	X	X
2. Valoración por cirugía		X	X
3. Firma de consentimiento informado		X	X
4. Cirugía laparoscópica vs abierta. Se decidirá en conjunto con paciente.		X	X
5. Ambulatorio postquirurgico lo mas pronto posible.		X	X
6. Programe una cita para control a la semana por primer nivel. ▪ NO OLVIDE ENVIAR hoja de contrarefencia.		X	X
7. Retiro de puntos, control y seguimiento.	X		

APENDICITIS

PROTOCOLO DE MANEJO DE APENDICITIS	NIVEL		
	I	II	III
1. Eco abdominal positivo: Transfiera a una unidad de 2do nivel	X	X	X
2. Valoración por cirugía.		X	X
3. Firma de consentimiento informado		X	X
4. Cirugía laparoscópica vs abierta. Se decidirá en conjunto con paciente.		X	X
5. Ambulatorio postquirurgico lo más pronto posible.		X	X
6. Programe una cita para control a las dos semanas por primer nivel. ▪ NO OLVIDE solicitar hoja de contrarefencia.		X	X
7. Retiro de puntos, control y seguimiento.	X		

PANCREATITIS

PROTOCOLO DE MANEJO DE PANCREATITIS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Admisión a hospitalización o UCI, ingreso por clínica		X	X
2. Determinar la condición del paciente		X	X
3. Signos vitales: Cada hora a 4 horas		X	X
4. Llamar al médico si Presión > 160/90 ó < 90/60; Pulso >120 ó <50; Respiración >25 ó <10; Temperatura >38.5EC; Fracción de orina < 25 cc/hora en mas de 4 horas.		X	X
5. Actividad: Reposo con cabecera elevada		X	X
6. Enfermería: Hoja de ingesta y excreta, glucosa qid, test de guayaco en heces, sonda Foley		X	X
7. Dieta: NPO		X	X
8. Líquidos intravenosos: a. 1 a 4 litros de SS 0.9% en 1 a 3 horas b. Luego Dx 5% con 20 meq de KCL a 125 cc/h		X	X
9. Si hay presencia de obstrucción colocar SNG		X	X
10. Medicinas: a. Ranitidina 50 mg IV cada 6 a 8 horas b. Heparina 5000 U SC cada 12 horas		X	X
11. Considere uso de antibióticos si hay pseudoquistes infectados o abscesos. Una pancreatitis no complicada no requiere antibióticos. a. Ampicilina/Sulbactam 3 g IV cada 6 h		X	X
12. Nutrición parenteral debe iniciarse cuando amilasa y lipasa se encuentren normales y los síntomas se resuelvan		X	X
13. Control del dolor (prn) a. Dextropropoxifeno 65 mg im b. Ketorolaco 30 mg iv (Máx 3 dosis al día)		X	X
14. Exámenes: a. Rx de abdomen en dos posiciones b. EKG c. TAC con contraste		X	X
15. Laboratorio: (completar) a. Triglicéridos, LDH, AST b. INR		X	X
16. Valoración por cirugía y gastroenterología			
17. Cumplir con criterios de Ranson al ingreso y a las 48 horas para valorar pronóstico.		X	X
18. Exámenes de acuerdo a evolución.		X	X
19. Programe una cita para control a las dos semanas por primer nivel. ▪ NO OLVIDE ENVIAR hoja de contrareferencia.		X	X
20. Control y seguimiento.	X		

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE OBSTRUCCION INTESTINAL TOTAL O PARCIAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Admisión a hospitalización, ingreso por cirugía		X	X
2. Determinar la condición del paciente		X	X
3. Signos vitales: Cada hora a 4 horas		X	X
4. Llamar al médico si Presión > 160/90 ó < 90/60; Pulso >120 ó <50; Respiración >25 ó <10; Temperatura >38.5EC; Fracción de orina < 25 cc/hora en mas de 4 horas.		X	X
5. Actividad: Reposo con cabecera elevada		X	X
6. Enfermería: Hoja de ingesta y excreta, glucosa qid, test de guayaco en heces, sonda Foley		X	X
7. Dieta: NPO		X	X
8. Colocar SNG con aspiración constante.		X	X
9. Líquidos intravenosos: a. 1 a 4 litros de SS 0.9% en 1 a 3 horas b. Luego Dx 5% con 20 meq de KCL a 125 cc/h		X	X
10. Medicinas: a. Ranitidina 50 mg IV cada 6 a 8 horas b. Heparina 5000 U SC cada 12 horas		X	X
11. Control del dolor (prn) a. Dextropropoxifeno 65 mg im b. Ketorolaco 30 mg iv (Máx 3 dosis al día)		X	X
12. Exámenes: a. EKG		X	X
13. Laboratorio: (completar) a. Amilasa		X	X
14. Observar evolución. Cirugía según evolución.		X	X
15. Exámenes de acuerdo a evolución.		X	X
16. Programe una cita para control a las dos semanas por primer nivel. ▪ NO OLVIDE ENVIAR hoja de contrareferencia.		X	X
17. Control y seguimiento.	X		

BIBLIOGRAFIA.

1. COREY L, DWAYNE C: Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients, Am Fam Physician 2006;74:1537-44. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20061101/1537.pdf> Revisado 20 de junio de 2008
2. Bickley L, Hoekelman R, Bates B: Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, Eighth Edition, Ed Lippincott
3. Kopitowski, K EOP: Analgesia en abdomen agudo. Evid actual pract;9(5):158. Sep-Oct 2006.
4. Chan P, Winkle C, Winkle P: Current Clinical Strategies. Family Medicine, 2008. Chapter. Gastrointestinal disorders. USA