



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco**

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Medicina

Agosto 2023 – Julio 2024

Proyecto de Investigación "Abordaje del  
paciente con dolor abdominal para el médico de  
primer contacto

MPSS Brandon Alan Pagaza Gonzalez

Matricula: 2163081509

Asesor Interno: Adriana Clemente Herrera

No. Económico: 29165

*VoBo*  
*Dr. Clemente Herrera*  
*Adriana*

## INTRODUCCION

La importancia de aplicar la exploración física, como sabemos es encontraremos la mayor sospecha diagnóstica, junto con el resto de la anamnesis, sin embargo, hay cosas exclusivas que una buena exploración nos dará que el interrogatorio o antecedentes no. Por ejemplo cuando un paciente intenta inventar síntomas, en caso de niños que suele que no sepan cómo explicar lo que sienten o algunos no pueden hablar todavía, o también alguna condición individual que les dificulte comunicarse con el habla.

En esta lectura se repasarán los puntos importantes y a destacar de cada uno de los puntos de la exploración física

abdominal que nos encaminarán a diferentes diagnósticos con sus posibles diagnósticos diferenciales, al mismo tiempo con la intención de explicar al paciente todo lo que debería tomar en cuenta si llega a ser manejo ambulatorio, lo explicaremos durante el desarrollo de esta lectura.

El dolor abdominal es de las causas más frecuentes de consulta médica, y esta puede ser un padecimiento que denominaremos abdomen quirúrgico o no quirúrgico. Entre ellos se encuentran desde una gastritis o colitis, hasta un problema apendicular, algún íleo u otro padecimiento que necesitara manejo más especializado, posiblemente quirúrgico y una vigilancia más profunda para descartar complicaciones y observar la evolución del paciente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo es con propósito de facilitar herramientas y conocimiento para dar un abordaje a pacientes con cualquiera de estas entidades que puede ser desde un simple cólico hasta una enfermedad que llegaría a ser letal si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

La exploración física sabemos que en nuestro medio es lo primordial para sospechar de las patologías más comunes, y de las principales causas de consulta a primer nivel se encuentra el dolor abdominal. Por eso de ahí la importancia del examen físico para el médico de primer contacto



Imagen creada por IA, ChatGPT

donde radica la frecuencia de trastornos gastrointestinales, metabólicos, cardiopulmonares que se manifiestan como dolor abdominal.

Adicionalmente, por la gravedad que puede llegar a tener alguna de estas enfermedades, pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente, comprometer la funcionalidad o generar alguna incapacidad o complicación que pudo evitarse.

Muchas veces el médico de primer contacto cuando se trata de abdomen agudo no queda claro el diagnóstico y se necesitan exámenes complementarios, teniendo esto en cuenta debemos estar conscientes del tratamiento que le daremos a nuestros pacientes sea el adecuado y no un tratamiento que disfrace su enfermedad, eso puede llevar a otro diagnóstico o un diagnóstico retrasado, ese tiempo puede ser esencial para que no se complique el paciente si fuera el caso.

### **OBJETIVO GENERAL**

Diagnosticar y diferenciar con mayor facilidad y certeza a los pacientes que necesiten atención para un padecimiento de origen abdominal que podría poner en riesgo la vida del paciente, así como su funcionalidad, haciendo énfasis en la exploración física y al manejo en los padecimientos abdominales más comunes que podrían llegar a ser quirúrgicos, para así disminuir el margen de posibles complicaciones o reintervenciones hospitalarias.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Identificar la enfermedad o condición en su etapa temprana para mejorar el pronóstico.

Determinar e investigar el problema que condiciona la enfermedad, para crear un juicio clínico.

Evaluar la gravedad y la etapa en que el paciente llega a la consulta y así clasificar su manejo terapéutico.

Detectar las posibles complicaciones que este presentando el paciente o las que podría llegar a desarrollar.

Definir un plan terapéutico dependiendo de la sospecha diagnóstica y la etapa en que se encuentre la enfermedad.

## ANTECEDENTES

La semiología abdominal es una parte crucial para la toma de decisiones médicas, es de las bases de la medicina para integrar la posibilidad de un diagnóstico presuntivo y específico para el paciente. Por ello es importante el conocimiento y la destreza del médico sean las necesarias para aplicar la crítica de la literatura, así como la práctica, regularmente esta etapa de aprendizaje durante el curso y talleres dentro la carrera de medicina se aplica por primera vez donde no hay contacto con la clínica y es meramente teórico.

En la exploración abdominal es importante recordar la topografía del abdomen, la cual se utiliza para orientar al explorador en las técnicas descritas y en una correcta interpretación de lo analizado, llevándolo a un diagnóstico clínico acertado.

### División por cuadrantes

**Cuadrante superior derecho (CSD):** hígado y vesícula biliar, cabeza del páncreas, parte del riñón derecho, glándula suprarrenal derecha, partes del tubo digestivo.

**Cuadrante superior izquierdo (CSI):** bazo, lóbulo izquierdo del hígado, cuerpo y cola del páncreas, parte del riñón izquierdo, glándula suprarrenal izquierda, partes del tubo digestivo.

**Cuadrante inferior derecho (CID):** ciego y apéndice; ovario y trompa derecha; polo inferior del riñón y uréter derecho; colon ascendente, canal inguinal.

**Cuadrante inferior izquierdo (CII):** colon sigmoideos y parte del colon descendente; ovario y trompa izquierda; polo inferior del riñón y uréter izquierdo, canal inguinal.

### División por regiones

**Epigastrio:** estómago, duodeno, páncreas, parte del hígado, aorta, vena cava inferior.

**Hipocondrio derecho:** lóbulo hepático derecho, vesícula biliar, parte del riñón derecho, glándula suprarrenal, ángulo hepático del colon.

**Hipocondrio izquierdo:** bazo, cola del páncreas, ángulo esplénico del colon, polo superior del riñón izquierdo, glándula suprarrenal.

**Mesogastrio:** porción inferior del duodeno, intestino delgado, aorta, vena cava inferior.

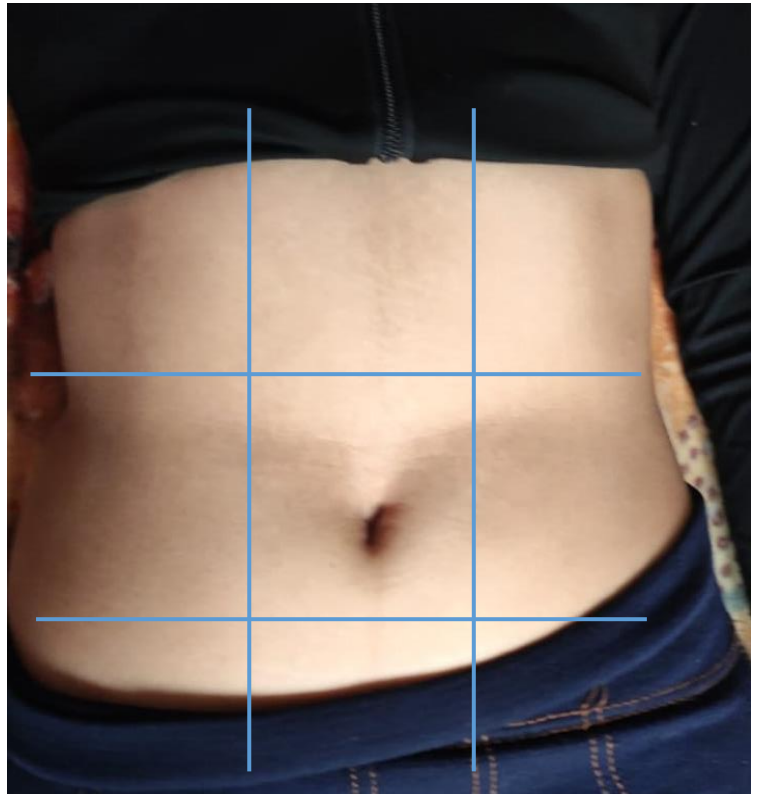
**Flanco derecho:** parte del riñón derecho y del colon ascendente.

**Flanco izquierdo:** parte del riñón izquierdo y del colon descendente.

**Hipogastrio:** útero, vejiga, colon sigmoides.

**Fosa iliaca derecha:** ciego, apéndice, extremo inferior del íleon, ovario, desembocadura del uréter, canal inguinal.

**Fosa iliaca izquierda:** colon sigmoides, ovario, desembocadura del uréter, canal inguinal.



Buena parte durante la consulta para integrar un diagnóstico es el interrogatorio, no solo para preguntar las molestias, dolores o motivo de consulta, sino porque es una parte fundamental para entablar una buena relación médico-paciente y este tenga la suficiente confianza para expresarse y sentir comodidad de que esta con un profesional.

Para tener un interrogatorio completo el explorador deberá preguntarle al paciente los siguientes datos de manera sencilla y directa: nombre, edad, sexo, motivo de la consulta, antecedentes personales patológicos.

## **Inspección abdominal**

La semiología del abdomen empieza con la inspección, esta consiste en el análisis de la superficie abdominal, donde el explorador debe prestar especial atención en las características de la piel, contorno, volumen o abultamientos presentes en la superficie, abarcando todas las regiones previamente mencionadas. Este primer paso marcará la pauta para el segundo paso de la exploración abdominal (auscultación).

Antes de comenzar con la exploración, se recomiendan una serie de actividades para la comodidad del explorador y del paciente. El paciente deberá colocarse en posición decúbito supino, relajado y con los brazos en los costados mientras que el explorador se colocará al lado derecho del paciente.

Empezaremos revisando las características de la piel.

**Aspecto y color:**

- Variaciones de color por bronceado.
- Piel hidratada y aseada
- Cambios de color generalizados como ictericia, cianosis y eritema.
- Presencia de hematomas o manchas por despigmentación

**Estrías:**

Estas cuando son recientes llegan a tener una pigmentación rosada para posteriormente pasar a un platinado, producidas por el estiramiento de la piel, no deben de ser dolorosas, por lo general son más presentes y consideradas normales en pacientes que tuvieron pérdida de peso o en embarazadas.

- Cuando presentan una coloración púrpura, pueden indicar enfermedad de Cushing.
- Tumores y ascitis producen estrías.

**Pilificación**

Puede o no estar presente, en los varones puede seguir la “línea alba” abarcando la parte alta del pubis hasta el ombligo o hasta la totalidad del abdomen. Áreas delimitadas con ausencia de éste. En la cirrosis hepática puede existir un proceso llamado “calva abdominal”.

**Equimosis**

Este tipo de hemorragias nos pueden indicar presencia de hepatopatías avanzadas, embarazo tubárico.

## Cicatrices

Si llegan a ser presentes, son importantes, ya que nos pueden indicar posibles padecimientos pasados que nos pueden guiar a enfermedades actuales.

## El contorno abdominal

En esta parte nos podemos sentar o inclinar para tener mayor observación.

Un abdomen normal llega a ser plano, simétrico con forma de “s” itálica en el perfil, presentando una leve excavación en epigastrio, leve prominencia en mesogastrio y leve excavación en hipogastrio previa al pubis.

Este puede ser de forma:

**Plana:** Frecuentes en adultos atléticos.

**Globoso:** Típico en obesos, o producido por ascitis, distensión abdominal o meteorismo. Esta forma es normal en niños pequeños debido a que el tono muscular está disminuido.

**Excavado:** Se observa en pacientes con desnutrición, caquexia o neoplasias.

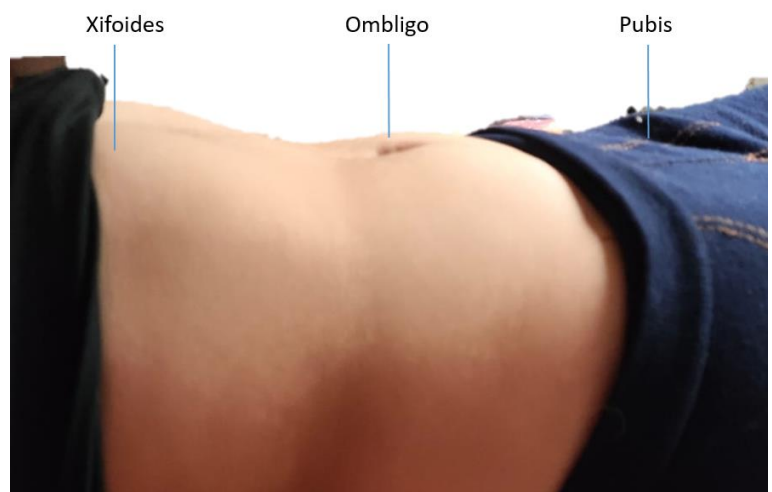
## La simetría abdominal

Su evaluación se realizará desde dos puntos colocándose al costado del paciente y posteriormente situándonos de pie detrás de su cabeza.

Las áreas para evaluar son los contralaterales, debemos pedirle al paciente que contenga la respiración en la cual el abdomen se debe observar de manera uniforme y lisa. Como posibles hallazgos

patológicos pueden aparecer herniaciones que anteriormente no eran observables debido que al realizar esta maniobra se comprimen los órganos y el diafragma desciende, haciendo observables los músculos abdominales.

Las asimetrías también nos pueden indicar organomegalias.



## Movimientos abdominales

Se analizan los movimientos respiratorios, los cuales deben ser regulares y uniformes. Es variable dependiendo el sexo. En mujeres es predominantemente costal y en hombres es de predominio abdominal.

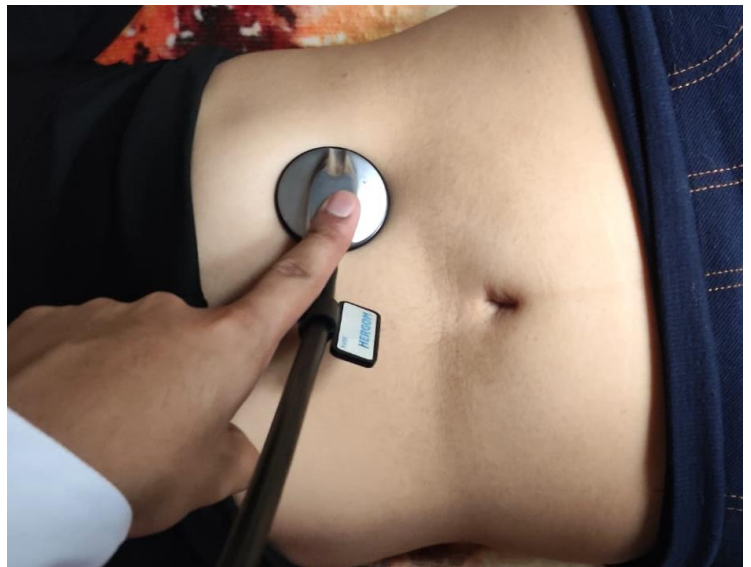
El peristaltismo es raramente observable, suelen existir pulsaciones menores en línea media en personas delgadas, nos pueden indicar pared abdominal delgada o flácida. Como hallazgos patológicos nos pueden indicar oclusión intestinal.

## Auscultación Abdominal

Una vez concluido el primer proceso de la exploración abdominal (inspección abdominal) se continúa con la auscultación abdominal. La auscultación abdominal a diferencia de la secuencia habitual se realiza antes de la palpación y percusión, esto se debe a que se puede ver afectada por los ruidos intestinales provocados al momento de palpar y percutir el abdomen.

### Técnica

- 1) Colocar al paciente en decúbito dorsal.
- 2) Colocarse del lado derecho del paciente.
- 3) Colocar el *diafragma del estetoscopio* (previamente calentado) sobre el abdomen, ejerciendo una presión suave
  - a) Se puede auscultar en un solo punto porque los ruidos intestinales se transmiten ampliamente por el abdomen.
  - b) De poner el estetoscopio frío puede provocar la contracción de los músculos abdominales y alterar la interpretación del explorador.
- 4) Auscultar ruidos intestinales en el mesogastrio y observar la frecuencia y características de los ruidos.
- 5) Auscultar los cuatro cuadrantes se recomienda en el caso de que se tenga dudas acerca de lo que se interpretó.





**Esperado:** Revela la presencia de ruidos hidroaéreos como ruidos en borboteo o chasquidos, en una frecuencia de 5-34 por minuto. Borborigmos son los borboteos prolongados e intensos provocados por el estómago como un efecto de hambre.

**Inesperado:** Los ruidos de tintineo de un tono elevado indican que hay presencia de líquido y aire a presión en el intestino. Cuando hay disminución de los ruidos intestinales puede ser un indicativo de peritonitis o íleo paralítico.

Aumento de ruidos intestinales >34 y disminución de ruidos intestinales <5.

El descenso o ausencia de ruidos después de 5 minutos de auscultación puede indicar dolor o rigidez abdominal.

## **PERCUSIÓN ABDOMINAL**

La percusión del abdomen es una técnica de exploración física que trata de un principio sonoro para lograr identificar sonidos que dependen de la densidad, ya sea líquida o sólida de las vísceras intraabdominales.

El ruido típicamente presente en abdomen debería ser de tipo timpánico, que es el ruido que se genera en cavidades donde hay una interfaz de aire con líquido, como regularmente se encuentran las vísceras intraabdominales, con diferencia del sonido mate, que está presente también en el abdomen pero este en ciertas zonas y cuadrantes, donde se encuentran los órganos sólidos como lo son: el hígado y el bazo.

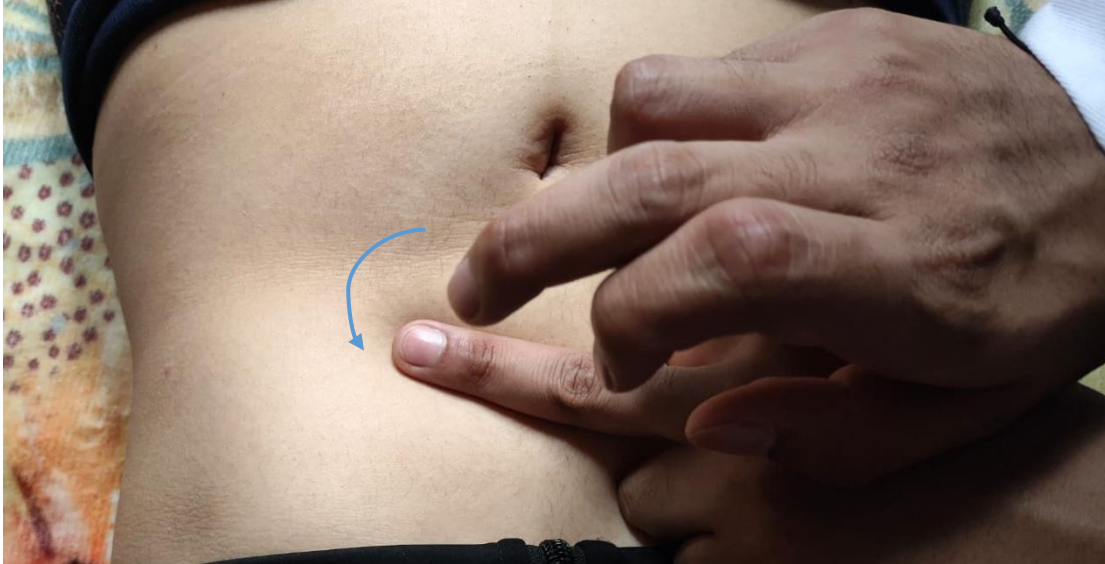
Es por esto que la percusión se usa principalmente para evaluar el tamaño y la densidad de los órganos del abdomen, así como para detectar la presencia de líquido (como en la ascitis), aire (como en la distensión gástrica) y masas llenas de líquido o sólidas. La percusión se utiliza independiente o simultáneamente con la palpación mientras se evalúan órganos específicos, y puede validar los hallazgos de la palpación.

### **Técnica**

- 1) La percusión tiene que ser muy suave y superficial, de manera inicial se debe saber que la técnica para la percusión se necesita de un dedo que se apoye en la superficie del abdomen, el cual será el dedo plexímetro, el cual será el dedo índice de la mano izquierda, mientras

flexionamos el dedo medio de la mano derecha, que será el dedo percutor y se dejará caer sobre el primero.

- 2) Para iniciar la percusión se tiene que colocar en epigastrio, justo por debajo de la apófisis xifoides, una vez colocado el dedo plexímetro en esta zona, se debe llevar a cabo la percusión de forma radiada hasta dirigirse a las fosas ilíacas derecha e izquierda.



## Ruidos

**Timpánico:** Nota musical más aguda que la resonancia, se encuentra en las vísceras huecas llenas de aire.

**Hiperresonante:** Comprendido entre el timpanismo y la resonancia. Se encuentra en la base del diafragma.

**Resonancia:** Sostenido de tono moderado.

**Matidez:** Breve tono agudo de escasa resonancia.

## Palpación abdominal

La palpación del abdomen comienza de forma general.

En primera instancia llevamos a cabo la palpación superficial en la cual se buscan puntos dolorosos y se evalúa si la pared abdominal es depresible o no y de forma continua realizamos la palpación profunda en la cual se identifica con más precisión las estructuras intraabdominales. Una vez terminada la palpación general, hacemos la palpación específica de cada órgano.

## Palpación superficial

### Técnica

- 1) Colóquese de pie al lado derecho del paciente.
- 2) Palpe de forma suave y uniforme todos los cuadrantes excepto las áreas identificadas como puntos dolorosos (debido a que estos ejercen defensa y dificultan la exploración física). En seguida, con la palma de los dedos comprima la pared abdominal hasta 1 cm sin perder la delicadeza y suavidad del inicio.
- 3) Normalmente el abdomen es **uniforme, blando, depresible e indoloro**. Puede existir cierta tensión si se palpa con mucha profundidad, si el paciente siente cosquillas o si el examinador tiene las manos frías.



## Palpación profunda

La palpación profunda se utiliza principalmente para identificar masas en el abdomen o visceromegalias por lo que se debe palpar los 4 cuadrantes de forma específica con las palmas de los dedos de las manos previamente calientes.

### Técnica

- 1) Usando la misma posición de las manos que en la palpación superficial, palpe los nueve cuadrantes, ahora con una presión más profunda y siempre uniformemente.
- 2) Se puede utilizar una técnica mono o bimanual, sin embargo, al hacerlo de forma bimanual destacan puntos importantes como que se ejerce más presión con la mano superior, se percibe mejor con la mano inferior y se gana profundidad en casos difíciles como pacientes con obesidad.
- 3) Puede determinar la localización de las masas (superficial o intraabdominal) pidiéndole al paciente que levante su cabeza de la mesa de exploración con la finalidad de contraer su musculatura abdominal y se oculten las probables masas.
- 4) Al identificar alguna tumoración o masa debe tomar en cuenta varios aspectos como la localización, el tamaño, la forma, la consistencia, el dolor, las pulsaciones y posibles

movimientos cuando el paciente respire o cuando presionamos con la mano que explora, además es importante que se realice la correlación de lo observado al momento de la percusión.

### **Anillo umbilical y ombligo**

- 1) Palpe el anillo umbilical y la región del ombligo, a su vez, observe las características del anillo, es decir, si está incompleto o blando en el centro.
- 2) Normalmente se espera que el anillo umbilical sea circular y sin irregularidades. El ombligo ligeramente invertido o protruido.

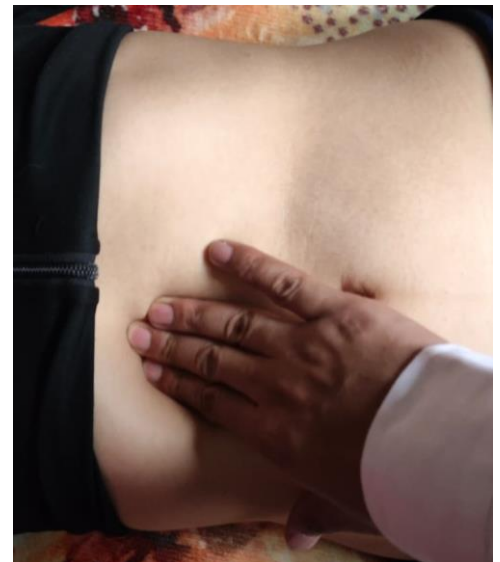
### **Hígado**

La caja torácica protege casi todo el hígado, debido a esto su exploración directa es un poco compleja. El tamaño y la forma del hígado pueden determinarse en conjunto a la percusión. La superficie, la consistencia y la sensibilidad se evalúan con la presión ejercida con la mano.

### **Técnica**

Existen variantes en cuanto a la colocación de la mano derecha, algunos exploradores prefieren apuntar con los dedos hacia el cráneo del paciente y otros prefieren una posición más oblicua. Independientemente del caso, se tiene que presionar con suavidad y hacia arriba.

- 1) Coloque su mano derecha sobre la parte derecha del abdomen, lateral al músculo recto, con los dedos extendidos en dirección a la cabeza y con las puntas sobre la línea media claviclar derecha ligeramente por debajo del nivel de matidez hepática.
- 2) Coloque la mano izquierda debajo del paciente, paralela entre la 11ava. y 12ava. costilla, empujando con la mano izquierda se palpa de forma más fácil el hígado con la mano derecha.
- 3) Le pedimos al paciente que respire profundo y aquí tratamos de palpar el borde hepático que se desplaza hacia las yemas de los dedos. Es en este momento dónde el hígado se palpa 3 cm por debajo del reborde costal derecho en línea media claviclar.



Normalmente el hígado no es palpable y si se da el caso de palparlo las características del borde hepático son que es firme, agudo, liso y uniforme. Dicho esto, algunos datos de alarma son una sensibilidad dolorosa, nódulos o irregularidades.

## **Vesícula biliar**

### **Técnica**

- 1) Palpe por debajo del borde del hígado, más específico en el borde lateral del músculo recto del abdomen.

Normalmente se espera no palpar la vesícula y de forma anómala puede ser palpable y sensible, si esta es dolorosa probablemente sea una colecistitis y realizamos el **signo de Murphy**, consiste en palpar con profundidad durante la inspiración y observar si existe interrupción de la inspiración (más adelante se detalla con exactitud).

## **Bazo**

El bazo no suele ser palpable mediante ninguno de los dos métodos, sin embargo, cuando este aumenta su tamaño su localización es hacia delante, hacia abajo y medialmente, es por ello que a la palpación puede confirmarse el agrandamiento, pero suele omitir esplenomegalias, este se palpa debajo del reborde costal.

### **Técnica**

- 1) Colóquese del lado derecho, agarre y rodee al paciente de tal forma que su mano izquierda esté por debajo del borde costal izquierdo y a su vez eleve el bazo en sentido anterior hacia la pared abdominal.
- 2) Basándose en lo hallado en la percusión, pídale al paciente que respire profundo y con la mano derecha presione de forma suave hacia adentro en dirección al bazo.
- 3) Con la mano izquierda ejerza presión hacia adentro y con los dedos de la mano derecha perciba el borde del bazo.
- 4) Presione hacia dentro con la mano izquierda, usando las puntas de los dedos de la mano derecha para percibir el borde del bazo. Es importante que analice si hay dolor, tiene que evaluar el contorno esplénico y medir la distancia entre el punto más bajo del bazo y el reborde costal izquierdo.

## **Riñón izquierdo**

El riñón no suele ser palpable y es inesperado que exista sensibilidad dolorosa. Si aprendemos las técnicas de su examen físico nos ayudará a distinguir entre riñones y otros órganos aumentados de tamaño e incluso masas abdominales.

### **Técnica**

- 1) Ubíquese a la derecha del paciente, primero coloque su mano izquierda sobre el costado del paciente, en seguida coloque su mano derecha sobre el borde costal izquierdo del paciente.
- 2) Pídale al paciente de forma amable que respire profundamente y a su vez usted levanta el costado izquierdo y palpa profundamente con su mano derecha.

## **Riñón derecho**

Si llegara a palpar el riñón derecho sus características son liso, firme y de bordes redondeados, de igual forma que en el riñón izquierdo no se espera sensibilidad dolorosa.

El riñón derecho normal puede palparse sobre todo en los pacientes delgados y con los músculos abdominales relajados.

### **Técnica**

- 1) Ubíquese del lado derecho del paciente, utilice su mano izquierda para levantarlo desde atrás y utilice su mano derecha para palpar profundamente en el cuadrante superior derecho.

## **Latido aórtico**

### **Técnica**

- 1) Palpe profunda y ligeramente el epigastrio ligeramente a la izquierda de la línea media, esto tiene que ser con firmeza para poder identificar las pulsaciones aórticas.
- 2) Una técnica a elección puede colocar la palma de sus manos con los dedos extendidos sobre la línea media, en seguida, tiene que ejercer presión (profundidad) a cada lado de la aorta y de este modo puede percibir la pulsación.

Un dato a destacar es que la facilidad para percibir estas pulsaciones aórticas es variable según el grosor de la pared abdominal, es decir, en pacientes delgados puede ocuparse una sola mano colocando el pulgar a un lado de la aorta y en el otro lado los demás dedos.

## **vejiga urinaria**

Normalmente la vejiga no suele ser palpable a excepción de que se encuentre distendida por la orina. Al estar distendida sus características es que es lisa, redondeada y tensa, localizada por encima de la sínfisis púbica.

### **Técnica**

- 1) Después de percutir la vejiga para determinar su contorno procedemos a la palpación, durante esta la bóveda de la vejiga distendida se palpa lisa y redonda, como se mencionó con anterioridad.

Asegúrese si hay dolor a la palpación ya que eso es un dato inesperado al explorar la vejiga.

## **Principales padecimientos abdominales**

### **Diarrea aguda**

Definimos como diarrea aguda al aumento de contenido de volumen, líquido o frecuencia de las deposiciones frecuentemente con una duración menos a 14 días.

#### **Etiología**

Este cuadro puede tener un origen infeccioso y las más común es de etiología viral, en la mayoría de las veces autolimitada. Los patógenos más importantes son:

- 1) Rotavirus
- 2) Cryptosporidium sp
- 3) E. Coli
- 4) Salmonella
- 5) Shigela
- 6) Campylobacter jejuni
- 7) Vibrio cholerae
- 8) Giardia lamblia
- 9) Entamoeba histolytica

De origen no infeccioso entra las causadas por efectos adversos por medicamentos, enfermedades gastrointestinales, endocrinas, neoplásicas y entre otras más.

#### **Factores de Riesgo**

- 1) Consumo de agua y alimentos contaminados
- 2) Medidas de higiene deficientes
- 3) Saneamiento básico inadecuado
- 4) Viajes a lugares endémicos

#### **Diagnóstico**

Empezamos observando e interrogando al paciente los antecedentes de inicio, duración, gravedad y frecuencia. Con especial atención a las características de las evacuaciones y evaluar el estado de hidratación.



El vómito sugiere enfermedad de origen viral, o también enfermedades causadas por ingestión de toxina bacteriana preformada.

La diarrea bacteriana se caracteriza por fiebre, tenesmo y heces con sangre.

### **Estudios de gabinete**

Podemos realizar pruebas de heces para identificar especies en específico. Coprocultivo.

### **Tratamiento**

Aquí debes considerar la gravedad de la deshidratación si es leve, moderada o severa.

El tipo de diarrea aguda, si es con sangre, disentérica o persistente.

Los pacientes con diarrea y sin sangre en heces, con deshidratación moderada, necesitarán rehidratación vía oral sin antibiótico.

Para diarrea persistente se basa en la posible causa, antihelmíntico si se sospecha parasitosis y metronidazol para la sospecha de giardiasis.

Si la deshidratación es de leve a moderada es necesario administrar de 2200 a 4000ml de SRO en las primeras 4 horas, Reemplazamos las pérdidas hasta que disminuya la diarrea o el vómito, continuamos si persisten.

En la deshidratación severa administramos IV líquidos isotónicos, 100ml/kg en 3 horas, 30 ml/kg en 30 min, cantidad total por día 200ml/kg en las primeras 24 horas. Ajustamos electrolitos y glucosa en base a valores bioquímicos. Se continúa hasta que el pulso, la perfusión y el estado mental regresen a la normalidad.

La solución de rehidratación oral con osmolaridad reducida es efectiva para tratar la diarrea leve a moderada sin importar la causa. La rehidratación por vía intravenosa será para los pacientes sin respuesta a la vía oral o con deshidratación grave.

La terapia antimicrobiana no se recomienda de forma empírica ya que existe el riesgo que en algunos casos pueden empeorar o prolongar la enfermedad.

Se recomienda el tratamiento sintomático como medicamentos antieméticos anti-movilidad o antiespasmódico, el subsalicilato de bismuto en pacientes con antecedente de viajes.

- 1) General
  - a) Acuosa: Rehidratación por SRO sin antibiótico
  - b) Disentería: Antibiótico
  - c) Persistente: Antiparasitario
- 2) No farmacológico
  - a) Rehidratación VO o VI
  - b) Probiótico
  - c) Cuidados de la dieta
- 3) Farmacológico
  - a) Antibiótico: Shigella, Campylobacter
  - b) Antimovilidad: Loperamida o bismuto
  - c) Antiemético: Metoclopramida

<b>MÉTODO DHAKA</b>			
Valoración	PLAN A	PLAN B	PLAN C
Edo General	Normal	Irritable / hipo activó	Letárgico / coma
Ojos	Normal	Hundidos	
Mucosa	Normal	Seco	
Pulso radial	Normal	Bajo volumen	Ausente
Sed	Normal	Sediento	Incapaz de beber
Piel	Turgencia Normal	Turgencia Reducida	
Diagnóstico	Sin deshidratación	Algún signo de deshidratación	Deshidratación severa
Tratamiento	Prevenir y reevaluar	SRO y reevaluar	Rehidratar IV y SRO, reevaluar

## Síndrome de Intestino Irritable

El SII es un grupo de síntomas que se presentan en conjunto donde incluye dolor, cambios en las evacuaciones recurrentes como diarrea o estreñimiento o también simultáneamente ambas.

El SII no tiene ninguna de las siguientes afectaciones; problemas anatómicos o estructurales, trastornos físicos o químicos identificables, no es ni causa cáncer, no es precursor de otras enfermedades.

### Etiología

- 1) Cambios en las contracciones musculares en el intestino.
- 2) Sistema nervioso, donde señales mal coordinadas hacen que el intestino reaccione de manera exagerada.
- 3) Después de una infección grave.
- 4) Estrés.
- 5) Cambio en la microbiota intestinal.

### Factores de Riesgo

- 1) Mujeres.
- 2) Jóvenes.
- 3) Antecedentes familiares.
- 4) Ansiedad.

### Diagnóstico

Este tipo de pacientes destacan por alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad, situaciones psicológicas, dolor abdominal, diarrea y estreñimiento. Sin embargo, debes tener en cuenta ciertas condiciones para un manejo más individualizado como podrían ser en los pacientes que presenten fiebre, pérdida de peso. En pacientes mayores a 50 años, que presenten sangre en heces, diarrea o estreñimiento grave, cáncer de colon, o enfermedad celíaca podrían llegar a ser candidatos para colonoscopia.



Imagen creada por IA, ChatGPT

## **Estudio de Gabinete**

A todo paciente se deberá pedir hemograma completo, albumina, calcio, hormonas tiroideas, anticuerpos antitransglutaminasa, esto para descartar otra posible enfermedad.

## **Tratamiento**

El manejo se basa en cambiar estilo de vida, dieta y disminuir el estrés. Evitar alimentos que generen gases como son los lácteos, fructosa, frijoles, brócoli, col y cebollas.

La ingesta adicional de agua no cambia el SII, evitar bebidas carbonatadas, el chicle puede ocasionar que se ingiera gran cantidad de aire, evitar sustitutos del azúcar.

La fibra es parte fundamental del manejo, pero esta ingesta debe ser progresiva ya que si se agrega fibra en cantidades aumentadas puede distender el intestino, cambio en la dieta gradualmente.

Los estudios clínicos sugieren que el psyllium, la fibra, ciertos antiespasmódicos y el aceite de menta son eficaces en pacientes con SII, aunque la calidad de la evidencia es insuficiente. (*American College of Gastroenterology*).

- 1) Antidiarreicos: Loperamida.
- 2) Antiespasmódicos: Bromuro de pinaverio o trimeticona.
- 3) Estreñimiento: Lubiproston, linaclotida.
- 4) Probiótico.
- 5) Antidepresivos tricíclicos: Amipriptilina
- 6) Antagonista del 5HT3: Alosetrón (para diarrea).
- 7) Antagonista del 5HT4, Prucalopride (para estreñimiento).

## Apendicitis

La apendicitis es la inflamación de apéndice cecal o vermiforme, esto suele pasar por una obstrucción de la luz apendicular ya sea por un cuerpo extraño, parasito, tumores, fecalito. La localización más frecuente es la retrocecal en 65% de los casos.

La causa principal es por un fecalito y en la edad pediátrica por hiperplasia de folículo linfoide.

### Diagnóstico

El paciente empieza con dolor periumbilical difuso que en un par de horas migra a la fosa iliaca derecha, puede existir fiebre, vómitos, pérdida del apetito. Es importante ver cada punto porque es un padecimiento que se diagnostica meramente con clínica y confirma con paraclínicos.

Existe diferentes escalas para la sospecha y entre ellas la más usada es la Escala de Alvarado.

Fases de Apendicitis		
Congestiva	Inflamación	0 - 12 hrs
Supurativa	Exudado purulento	12 - 24 hrs
Gangrenosa	Compromiso arterial, venosos y linfático	24 - 36 hrs
Perforada	Perforada	>36 hrs

Infecciones por *Campylobacter jejuni*, *salmonella yersenia enterocolitica* y *pseudotuberculosis* pueden simular un cuadro similar al abdomen agudo.



Apendicitis, Federico Gonzalez, 2021

Alrededor del 20 a 30% se perforan, la perforación se puede dar de 24 a 72 horas después del inicio del dolor.

En pacientes pediátricos se caracteriza con un inicio de diarrea, dolor, náuseas y fiebre. A las 12 horas pueden estar perforadas en casi 70 a 100%. En mujeres embarazadas es la causa más frecuente de abdomen agudo.

En primer contacto cuando se sospeche de apendicitis, litiasis vesicular, obstrucción intestinal o alguna masa palpable, se hace referencia a segundo nivel en urgencias, no se necesitan estudios de gabinete al enviar.

Tener en cuenta que el principal síntoma es dolor abdominal difuso, primer signo clínico hiperalgesia cutánea, y existen 3 manifestaciones cardinales de los cuales necesitamos 2 para alta sospecha; dolor periumbilical que migra, irritación peritoneal y leucocitosis con predominio de neutrófilos.

S. Mcburney	Dolor en el 2/3 entre una línea trazada del ombligo a espina iliaca derecha
S. Blumberg	Dolor al soltar súbitamente una compresión abdominal (irritación peritoneal)
S. Psoas	Hiperextensión de la cadera derecha
S. Rovsing	Dolor en FID después de palpar la FII

ESCALA ALVARADO		Puntos
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia	1
	Nauseas/vomito	1
Signos	Dolor en FID	2
	Rebote +	1
	Fiebre	1
Labos	Leucocitosis	2
	Neutrófilos	1
Total		10
<b>9 - 10</b> Casi certeza <b>&gt;7</b> Alta probabilidad <b>6 - 5</b> Consistente pero no diagnostica <b>&lt; 4</b> Baja probabilidad		

### Estudios de Gabinete

Solicitaremos hemograma, química sanguínea, gasometría, tiempos de coagulación principalmente. El EGO podría solicitarse, alrededor del 10% se acompaña de una IVU.

El primer estudio de imagen a solicitar en caso de sospecha es el USG, incluyendo a mujeres embarazadas. El gold estándar es la TAC.

La Resonancia Magnética será en caso de duda diagnostica en mujeres embarazadas, evitando la TAC.

La radiografía será útil en busca de otra sospecha diagnostica como podría ser la obstrucción intestinal, en caso de apendicitis podría llegar a visualizarse el fecalito lo cual se nota en menos del 10% de los casos.

## **Complicaciones**

Las complicaciones son conocidas como las 4P's donde está la perforación, peritonitis focal, peritonitis difusa y la pylefleblebitis que es la complicación más grave, es un embolo séptico hacia el hígado.

La infección de herida quirúrgica es la complicación más frecuente.

## **Tratamiento**

Se administra analgésicos como paracetamol o tramador, el uso de antibiótico será cuando el paciente ya este valorado por el especialista donde se puede administras cefalosporina de primera o segunda generación más metronidazol. Cefalexina 2g IV + metronidazol 500mg como profilaxis antes de la cirugía.

Manejo quirúrgico es la apendicetomía laparoscópica por la pronta recuperación y la disminución de complicaciones postquirúrgicas.

No olvidar que el manejo medico durante el monitoreo del paciente debería ser sintomático en caso de nauseas o vómito, ayuno, cuantificación de líquidos con sonda vesical, este con propósito de vaciar la vejiga y deberá contar con accesos venosos para la administración de medicamentos.

## **Úlcera Péptica**

La UP es una enfermedad caracterizada por un desequilibrio en la secreción de pepsina y HCl que dañan la mucosa del tracto gastrointestinal formando llagas abiertas que aparecerán en el revestimiento del estómago o parte superior del intestino delgado.

La úlcera complicada es aquella que se extiende más allá de la submucosa o muscular propia.

Úlcera refractaria es cuando no se produce cicatrización en 12 semanas zona gástrica y 8 semanas en duodenal, después de tratamiento médico.

### **Epidemiología**

Es la causa más frecuente de la hospitalización por sangrado de tubo digestivo alto. Cerca del 70% de los casos se presentan entre los 25 a 64 años.

### **Etiología**

- 1) AAS y AINEs
- 2) Infección por *H. pylori*
- 3) Cáncer
- 4) Enfermedad de Crohn

### **Clínica**

Muchos pacientes presentan síntomas dispépticos, también presentan algunos de los siguientes:

- 1) Hematemesis
- 2) Sangrado en pozo de café
- 3) Melena o hematoquezia

### **Úlcera Duodenal**

Esta úlcera se localiza en la primera porción del duodeno, es la más frecuente y se relaciona con infección por *H. pylori* en el 95% de los casos, es un dolor epigástrico que aparece a la hora o 3 horas después de comer, se alivia con el consumo de alimentos o antiácidos, la población más afectada es en jóvenes.



## Úlcera Gástrica

La localización más frecuente está en la curvatura menor del estómago donde se encuentra el cuerpo y antro, es menos frecuente que la UD y la diferencia es que se relaciona a infección por *H. pylori* en un 70-80% y al consumo de AINEs, es un dolor epigástrico que aparece durante la ingesta de alimentos y puede llegar a producir vómito.

Sangrado digestivo grave

- 1) Hb < ( mg/dl)
- 2) Taquicardia
- 3) Sangre en SNG

Clasificación de Johnson		
I	Curvatura menor (más frecuente)	
II	Gástrica Duodenal	Hipersecreción de ácido
III	Prepilórica (más perforada)	
IV	Esofagogástrica 1/3 superior	Adenocarcinoma gástrico
V	Curvatura mayor (múltiples)	AINES

La clasificación de Johnson es una forma de dividir las úlceras gástricas de acuerdo a su localización y las más probables causas

### Estudio de Gabinete

De manera inicial solicita: BH, QS, AST, ALT, TP, TPT, INR, ECG, CPK

Se solicitará una radiografía de tórax si se sospecha de perforación, aire libre subdiafragmático

La endoscopia es un método diagnóstico y terapéutico.

La prueba de aliento se considera para la presencia de *H. pylori* y será útil para confirmar la erradicación de este, después de 4 semanas de terminar el tratamiento.

## Tratamiento

Tratamiento de erradicación para H. pylori:

- 1) Omeprazol 20mg VO cada 12 horas
- 2) Claritromicina 500mg VO cada 12 horas
- 3) Amoxicilina 1g VO cada 12 horas 7-14 días

\*Alergia a penicilina sustituir por metronidazol 500mg VO cada 12 horas

Sin datos de perforación, manejo con omeprazol bolo de 80mg IV, continuar infusión 8mg/hr.

Sí escala de Blatchford <2: manejo ambulatorio IBP vía oral.

Sí escala de Blatchford >2: endoscopia temprana.

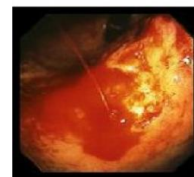
Con datos de perforación:

- 1) Sonda nasogástrica
- 2) Líquidos IV
- 3) IBP omeprazol 80mg
- 4) Antibioticoterapia amplio espectro
- 5) Endoscopia: aplicación de epinefrina con polidocanol, laser argón, hemoclips

Tratamiento endoscópico: endoscopia temprana <24h:

- 1) Forrest Ia-Ib, IIa: terapia endoscópica
- 2) Forrest IIb: lavar y tratar la lesión
- 3) Forrest IIc y III: IBP vía oral

Clasificación Forrest		
Grado	Descripción	Recidiva
Ia	Sangrado activo a chorro	90%
Ib	Sangrado en sabana	10-33%
IIa	Vaso visible	50%
IIb	Coagulo fresco adherido	25-30%
IIc	Puntos de hematina	7-10%
III	Lesión cubierta con fibrina	3-5%



1a Sangrado en chorro



1b Sangrado en capa



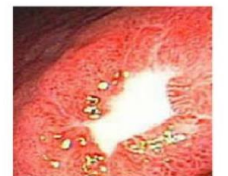
2a Vaso visible



2b Formación de coagulo



2c Presencia de hematina



3 - Úlcera de base limpia

Clasificación de Forrest, SANAR, 2020

La clasificación de Forrest nos ayuda para orientar el tratamiento endoscópico.

Escala Blatchford	
Marcador de riesgo	Puntos
Urea plasmática	
>38 <47 mg/dl	2
>47 <58 mg/dl	3
>58 <147 mg/dl	4
>147 mg/dl	6
Hb hombres	
>12 <13 g/dl	1
>10 <12 g/dl	3
<10 g/dl	6
Hb mujeres	
>10 <12 g/dl	1
<10 g/dl	6
Tensión arterial sistólica	
100-109 mmHg	1
90-99 mmHg	2
<90 mmHg	3
Otros	
Pulso 100lpm	1
Melena	1
Sincope	2
Enfermedad hepática previa	2
Falla cardiaca	2
Necesidad de tratamiento endoscópico	
Predice mortalidad	
Evalúa ingreso hospitalario	
S:80 – 100%	
E: 57%	

La clasificación de Blatchford es útil para predecir hemorragias de recidiva, y la mortalidad.

Escala Rockall	
Variable	Puntos
Edad	
<60	0
>60	1
>80	2
Estado circulatorio	
Sin shock PAS <100, FC<100	0
Taquicardia PAS>100, FC>100	1
Hipotensión PAS <100	2
Enfermedades asociadas	
Ninguna	0
Cardiopatía, EPOC, diabetes	1
IRC, cirrosis, neoplasia	2
Diagnóstico	
Mallory-Welss, sin lesión	0
Otros diagnósticos	1
Neoplasias	2
Signos de hemorragia reciente	
Sin estigmas	0
Sangre en tracto GI, coagulo adherido, vaso visible, sangrado activo	2
Necesidad de tratamiento endoscópico	
Predice mortalidad	
S:86-94%	
E:72-82%	

El sistema de puntuación de riesgo de Rockall utiliza criterios clínicos y endoscopia para identificar a los pacientes con riesgo de resultados adversos después de una hemorragia digestiva alta aguda. Una puntuación clínica de Rockall obtenida usando solo los criterios clínicos puede predecir el resultado sin endoscopia (29).

### Complicaciones

Entre las más frecuentes se encuentran

- 1) Sangrado
- 2) Perforación
- 3) Obstrucción de la salida gástrica

Tratamiento con Cirugía: UPAC (control de daños)

## **Enfermedades de la vesícula**

### **Colecistitis Aguda**

Es una enfermedad caracterizada por la inflamación de la vesícula biliar, que la mayoría de las veces es causada por litos.

#### **Epidemiología**

Aproximadamente representan alrededor del 5 al 10% de los cuadros de abdomen agudo en el adulto y e mismo porcentaje para una resolución quirúrgica.

#### **Etiología**

Alrededor del 90 al 95% es causada por litos, parra esto también se conoces las 4F´s de riesgo que son Forties, Famale, Fat, Fertilel.

En menor frecuencia se origina por antecedentes de cirugía, traumatismos, infecciones, quemados, nutrición parenteral.

#### **Clínica**

La principal manifestación es el dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, signo de Murphy presente, también puede estar acompañado de náuseas y vómito, en algunas ocasiones con fiebre debido al SIRS.

#### **Estudios de gabinete**

En una BH se podrá observar aumento de leucocitos mayor a 10.000 ul o un aumento de a PCR mayor a 4mg/dl, una leve alteración en el perfil hepático, las bilirrubinas también pueden estar elevadas.

El ultrasonido es el estudio de imagen de primera elección, y en caso de duda se podrá solicitar TC o gammagrafía biliar.

## Diagnostico

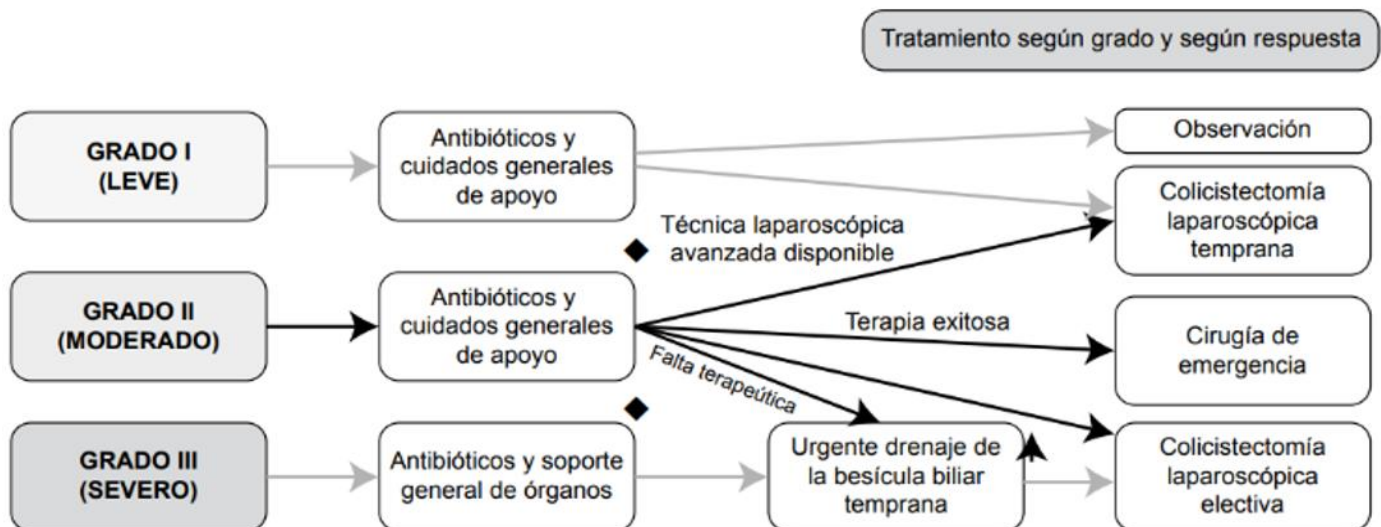
Criterios de Tokio	
Signos locales de inflamación	-Signo de Murphy+ -Masa, dolor en CSD
Signos sistémicos de inflamación	->37.5C -PCR elevada -Leucocitosis >10.000
Imagen	-pared >5mm, vesícula distendida, Murphy radiológico, liquido perivesicular, colelitiasis
Sospecha: A + B Definitivo: A + B + C	

## Tratamiento

El manejo inicia se basa en fluidoterapia, analgesia con diclofenaco 75mg IM, omeprazol, antibioticoterapia y colecistectomía laparoscópica. Se prefiere la operación laparoscópica por la pronta recuperación y menor invasión.

El esquema se basa en la gravedad; leve, ceftriaxona + metronidazol; moderada, ceftriaxona + metronidazol (ertapenem en personas con riesgos); grave, piperacilina + tazobactam.

### Diagnóstico y Evaluación de la Gravedad mediante las Guías TG-13



- ◆ El rendimiento de un hemocultivo debe tenerse en cuenta antes del inicio de la administración de antibióticos.
- ▲ Se debe realizar un cultivo de bilis durante el drenaje de la vesícula biliar.

Coral Marina Ramos Loza, (2018). APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA, *Rev Med La Paz*, 24(1); Enero - Junio 2018

## Colelitiasis

Es la presencia de cálculos en la vesícula biliar.

### Epidemiología

Es el principal factor para desarrollar colecistitis, se cree que alrededor del 15% de la población tiene cálculos biliares y de 5 a 20% podrán desarrollar algún cuadro por esto.

### Clínica

Alrededor del 80% de los casos son asintomáticos. El cólico biliar se caracteriza por dolor opresivo, continuo y progresivo en el CSD que irradia a la espalda, una impactación del cálculo sobre la vía biliar, aparece después de la ingesta de colecistoquinéticos.

### Diagnostico

El diagnóstico es meramente clínico con síntomas compatibles y el USG es el método de imagen más usado por su fácil acceso y bajo costo.

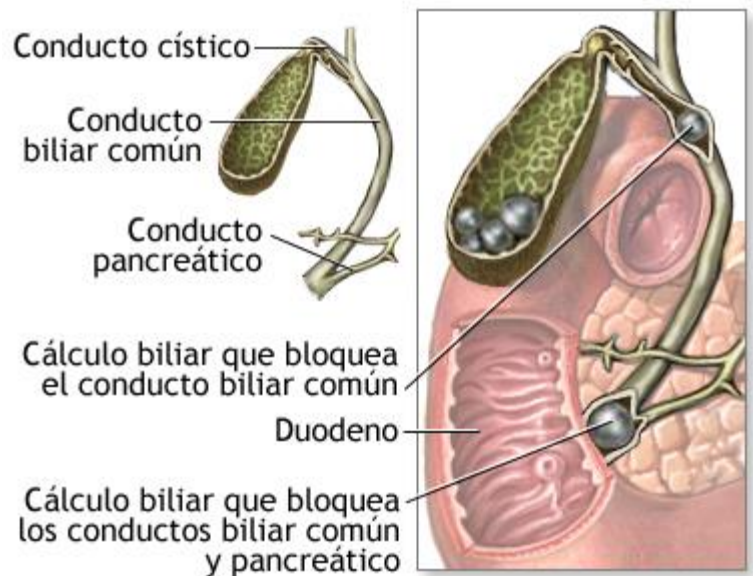
### Tratamiento

Cólico biliar; diclofenaco 75 mg IM y antieméticos.

O puede optarse por un manejo quirúrgico.

## Coledocolitiasis

Se define como la presencia de litos dentro de los conductos del colédoco, es una complicación de la coledocolitiasis y se le podría clasificar como secundaria.



COLECOCOLITIASIS, MedlinePLus, 2023

## **Epidemiología**

Al rededor del 10 a 15% de los pacientes con colelitiasis sintomática pueden llegar a presentar Coledocolitiasis.

## **Etiología**

Los cálculos que migran desde la vesícula biliar es la etiología más frecuente. De novo, asociados a infección u obstrucción de la vía biliar.

## **Clínica**

Se presenta con un paciente icterico, acolia, antecedente de colelitiasis o dolor abdominal en el CSD. Ictericia obstructiva (BT >2.555mg/dl).

## **Diagnostico**

De manera inicial se solicitará USG, el método de elección es la colangiorensonancia, y como Gold Estándar es la CPRE.

La CPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) tiene indicaciones y esas son: litos por imagen + colédoco dilatado >6mm; ictericia; pancreatitis biliar.

## **Tratamiento**

El manejo a igual que la colelitiasis se basa en fluidoterapia, analgesia, omeprazol y antibioticoterapia y como método definitivo se opta por la CPRE.

## **Colangitis**

Es la infección de la vía biliar por vía portal, crecimiento bacteriano en la bilis.

## **Epidemiología**

La incidencia máxima se encuentra en la sexta y séptima década de la vida y solo el 1% de las Coledocolitiasis presentan colangitis.

## **Etiología**

La causa más común es I por Coledocolitiasis, seguida de estenosis postquirúrgica, tumores de la vía biliar. Se asocia a patógenos como E. coli y Klebsiella.



## **Clínica**

Triada de Charcot:

- 1) Dolor en hipocondrio derecho
- 2) Fiebre intermitente
- 3) Ictericia

Pentada de Reynolds (agregamos):

- 4) Alteración de la conciencia
- 5) Hipotensión

## **Diagnostico**

Ocupamos los criterios de Tokio descritos anteriormente.

Estudio inicial será el USG, el método de elección es la colangio RM,, y CPRE como Gold Estándar.

## **Tratamiento**

Manejo medico se dará antibiótico, cefalosporinas de 3era o 4ta generación + metronidazol y CPRE; descompresión temprana y si llega a fallar, descompresión quirúrgica urgente.

## Pancreatitis Aguda

La pancreatitis es la inflamación aguda del páncreas y esto puede causar complicaciones locales o sistémicas llegando a la falla multiorgánica, incluso a la muerte.

### Etiología

- 1) Cálculos biliares
- 2) Alcohol
- 3) Post CPRE

### Clínica

Estos pacientes manifiestan un dolor en el abdomen superior con una intensidad de moderado a severo, náuseas, vómito, distensión, fiebre.

El signo de Grey Turner es la equimosis cutánea de los flancos a nivel lumbar, consecuencia de la difusión de un hematoma retroperitoneal hasta la piel.

El signo de Fox consiste en una equimosis a nivel del ligamento inguinal secundario al desplazamiento de sangre originada en el retroperitoneo a través de la fascia del músculo psoas.

El signo de Cullen es un hematoma que se forma alrededor del ombligo, periumbilical.

### Diagnostico

El diagnostico se basa en 3 criterios, los cuales mínimo deben cumplirse 2 de estos.

Dolor abdominal transfixivo en hemicinturon

Lipasa o amilasa mayor a 3 veces su valor normal (siendo la lipasa la más específica).

Hallazgos de imagen; USG etiología biliar; TAC con contraste, en 24hrs para determinar la severidad.

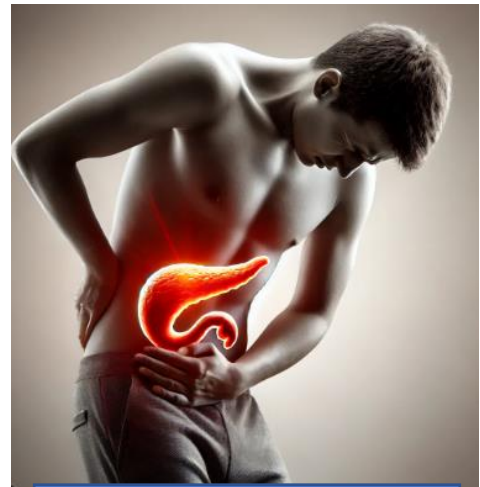


Imagen creada por IA, ChatGPT

Clasificación de Atlanta	
PA Leve	Sin falla orgánica, de curso corto y resolutivo
PA Moderadamente Grave	Fallo orgánico transitorio (<48h) y complicaciones locales
PA Grave	Insuficiencia orgánica persistente (<48h), incluye complicaciones locales y sistémicas

La escala de Balthazar se utiliza para evaluar los hallazgos tomográficos para determinar el nivel de afectación y así mismo su severidad sumando el nivel de necrosis.

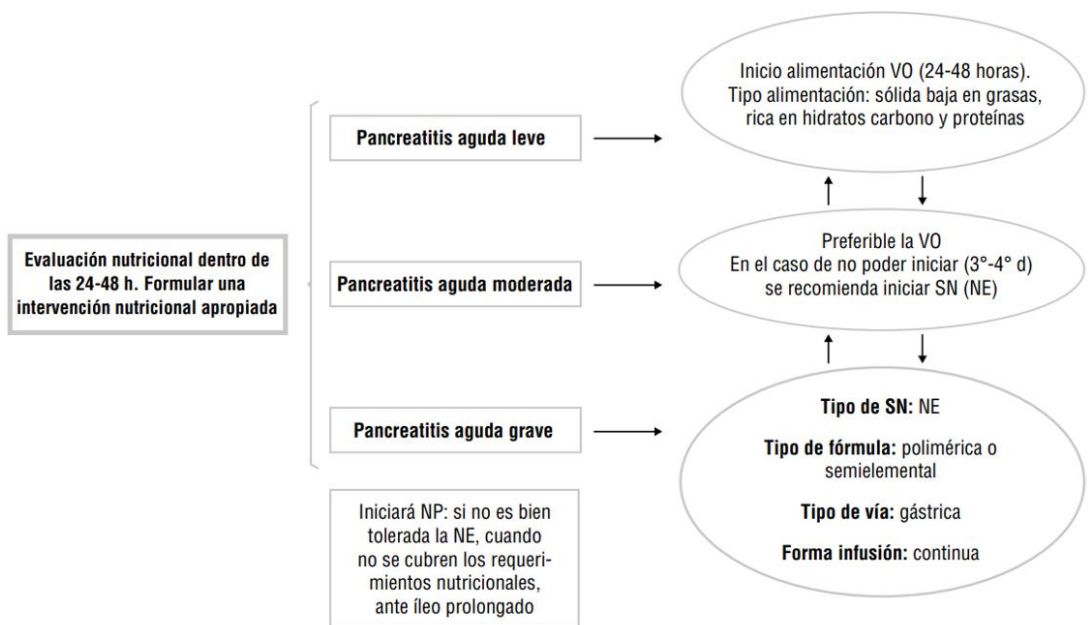
Criterios Tomográficos de Balthazar		
Grado	Descripción	Pts.
A	Normal	0
B	Agrandamiento difuso	1
C	Anomalías intrínsecas asociado a cambios de tejido peri pancreático	2
D	Colección mal definida	3
E	2 o más colecciones mal definidas	4

Grado de Necrosis	Pts.
0%	0
<30%	2
30 – 50%	4
>50%	6
A la suma de pts.	Severidad
0 a 3	Bajo
4 a 6	Medio
7 a 10	Alto

## Tratamiento

El manejo se basa en reanimación hídrica con solución Ringer lactato. La velocidad se recomienda de 5 -10ml/h//kg, infusión va de 2500-4000ml en las primeras 24 hrs, individualizando las comorbilidades, evaluamos la respuesta con los parámetros hemodinámicos.

Manejo analgésico según la escala de la OMS, la meperidina se recomienda para este tipo de casos.



Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda, MANUSCRITO ORIGINAL

## Enfermedad Diverticular

La enfermedad diverticular se puede dividir en diferentes evoluciones como son diverticulosis, enfermedad diverticular, diverticulitis.

Diverticulosis, es la presencia de divertículos sin ninguna manifestación clínica.

Enfermedad diverticular, es la manifestación clínica de los divertículos ya sea por dolor o sangrado en heces.

Diverticulitis, se refiere a la inflamación e infección de los divertículos llegando a afectar la pared del colon.

### Epidemiología

Llegando a afectar al colon sigmoidees al rededor del 95% de los casos, con una presentación a la edad 60 años, y de los cuales el 10% presentaran diverticulitis.

### Etiología

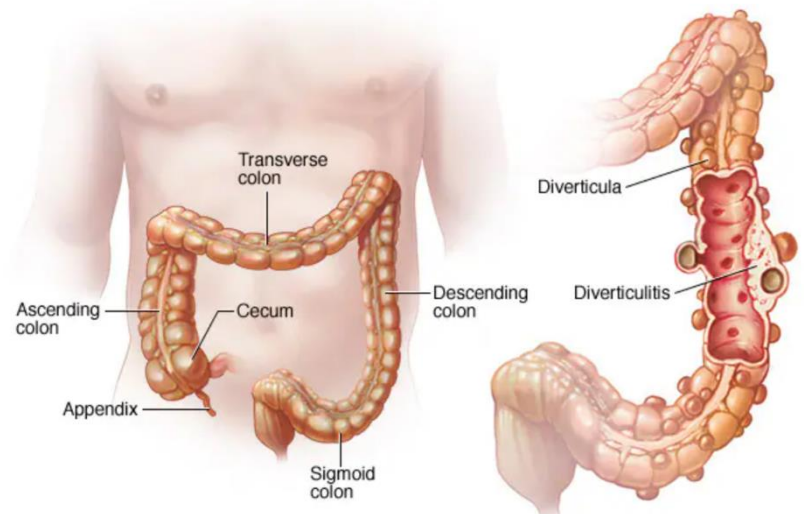
Suelen aparecer por una suma de entre el aumento de la presión intraluminal y debilidad de la pared muscular que forma una herniación.

Al igual que la apendicitis es causada por un fecalito, de igual manera sucede aquí, esto facilita la proliferación de bacterias, por lo que llega a inflamarse e incluso perforarse.

### Clínica y Diagnostico

La sintomatología es similar a una colitis, puede presentarse con diarrea o sangrado en deposiciones indoloro, diarrea.

La guía de práctica clínica recomienda si este cuadro este asociado a divertículos, neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal se debe realizar colonoscopia.



Diverticulitis, Mayo Clinic, 2024

Ante la sospecha podría utilizarse el USG pero es poco sensible para saber si hay complicaciones, de primera línea se recomienda el colon por enema, si hay alguna asociación la colonoscopia será el método de elección. En caso de diverticulitis se opta por la TAC como método de imagen para valorar y aquí la colonoscopia está contraindicada por riesgo de perforación.

El PCR elevada a mayor de 50mg/dl apoya el diagnóstico clínico de diverticulitis.

Para determinar los hallazgos por tomografía se utiliza la escala de Hinchey.

Escala de Hinchey	
Estadio 0	Diverticulitis leve
Estadio I	Inflamación pericolica y flemón, sin absceso
Estadio Ib	Inflamación pericolica con absceso
Estadio II	Absceso pélvico retroperitoneal
Estadio III	Peritonitis generalizada
Estadio IV	Peritonitis fecal

## Tratamiento

El manejo de primera instancia es modificar el estilo de vida con dieta rica en fibra, probióticos, también puede utilizarse rifamixina y mesalazina.

En caso de que el paciente no tolere la vía oral se tendrá que hospitalizar, uso de antibiótico como ciprofloxacino + metronidazol IV.

Para Hinchey 0 a la se basará en manejo conservador.

En Hinchey Ib es tratamiento conservador y si falla se optará por drenaje percutáneo.

Hinchey II con absceso mayor a 5cm será directo a drenaje percutáneo.

Hinchey III y IV, será resección + anastomosis primaria + ileostomía derivativa, ya no está justificado el procedimiento de Hartmann.

## Oclusión Intestinal

La OI es una interrupción del tránsito intestinal impidiendo la salida de gases o heces de forma normal, ese bloqueo puede deberse a factores extrínsecos o intrínsecos.

### Epidemiología

La causa más común de OI es por adherencias y corresponden al 70%. La OI afecta un 80% al intestino delgado.

### Etiología

La obstrucción alta corresponde a las adherencias, hernias o íleo paralítico.

La obstrucción baja se debe principalmente a vólvulos o cáncer colorrectal.

### Clínica

Los pacientes presentan dolor abdominal tipo cólico o difuso, náuseas, fiebre, vomito.

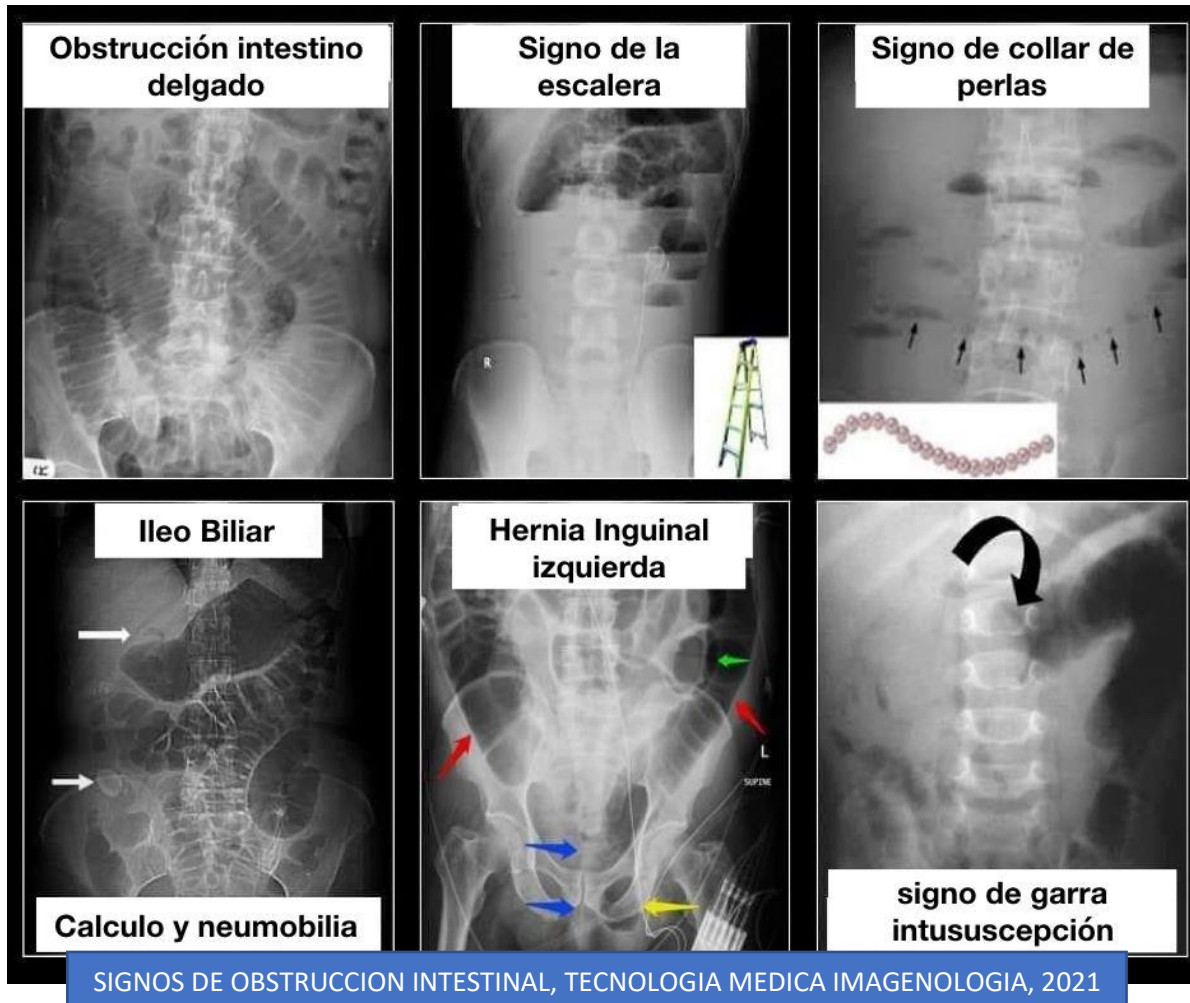
La distensión abdominal con ruidos peristálticos disminuidos o ruidos metálicos, posteriormente ausencia de ruidos.

Las heces pueden ser sanguinolentas en caso de estrangulación, una masa palpable en caso de tumores, o datos de irritación peritoneal en caso de perforación.

### Diagnóstico

De manera inicial una radiografía de abdomen podría confirmar rápidamente el diagnóstico, un signo característico sería el signo de pila de monedas, niveles hidroaéreos o grano de café en caso de vólvulo. Prueba de laboratorio la deshidrogenasa láctica y lactato podría indicar datos de isquemia intestinal.

La tomografía con contraste se considera el gold estándar y en caso de alguna hernia el GE sería la herniografía.



## Tratamiento

Se utiliza una sonda Levine por 48 a 72 hrs, ayuno y líquidos intravenosos, se utiliza la sonda nasogástrica en caso de adherencias. Alrededor del 90% responden a este manejo conservador.

El método definitivo es la LAPE quirúrgico, la indicación a este es que no haya resuelto el cuadro en 48 a 72 hrs.

El tratamiento quirúrgico de urgencia está indicado en caso de hernia estrangulada o encarcelada, cuerpo extraño u obstrucción maligna, enteritis por radiación, peritonitis o abdomen agudo. El tratamiento quirúrgico no urgente sería en caso de íleo parálisis más de 72 hrs, drenaje mayor a 500 cc al tercer día, adherencias complejas o pacientes jóvenes, en pacientes con menos de 6 semanas de antecedente de alguna operación por sospecha de textiloma.

## MATERIALES Y METODOS

Se utilizaron diferentes bases de datos de forma digital y de forma física incluyendo literatura y guías mexicanas, abarcando los principios de semiología médica, abordajes, cuadro clínico y sus estudios para diagnosticar el padecimiento y el tratamiento. Esta literatura es lo más actual posible no rebasando los 5 años de antigüedad salvo las guías de práctica clínica.

Se hizo un análisis de forma individual de cada apartado sobre los temas, comparando las guías mexicanas con la literatura actual con el propósito de facilitar al lector la información que llega a ser hasta controversia, también facilitando el abordaje terapéutico que llega a tener cada una de estas enfermedades y que mucha bibliografía no lo llega a desarrollar por completo. En este manual se ve el énfasis que tiene una buena exploración física esto debido a que es el pilar de la formación médica, por eso se desarrolla como tema inicial para posteriormente entrar a cada padecimiento ya teniendo un repaso previo. Cabe destacar que la principal comparación que hace este manual es sobre el manejo y así dando al lector las herramientas actualizadas y aprobadas en las guías mexicanas para abordar a los pacientes.

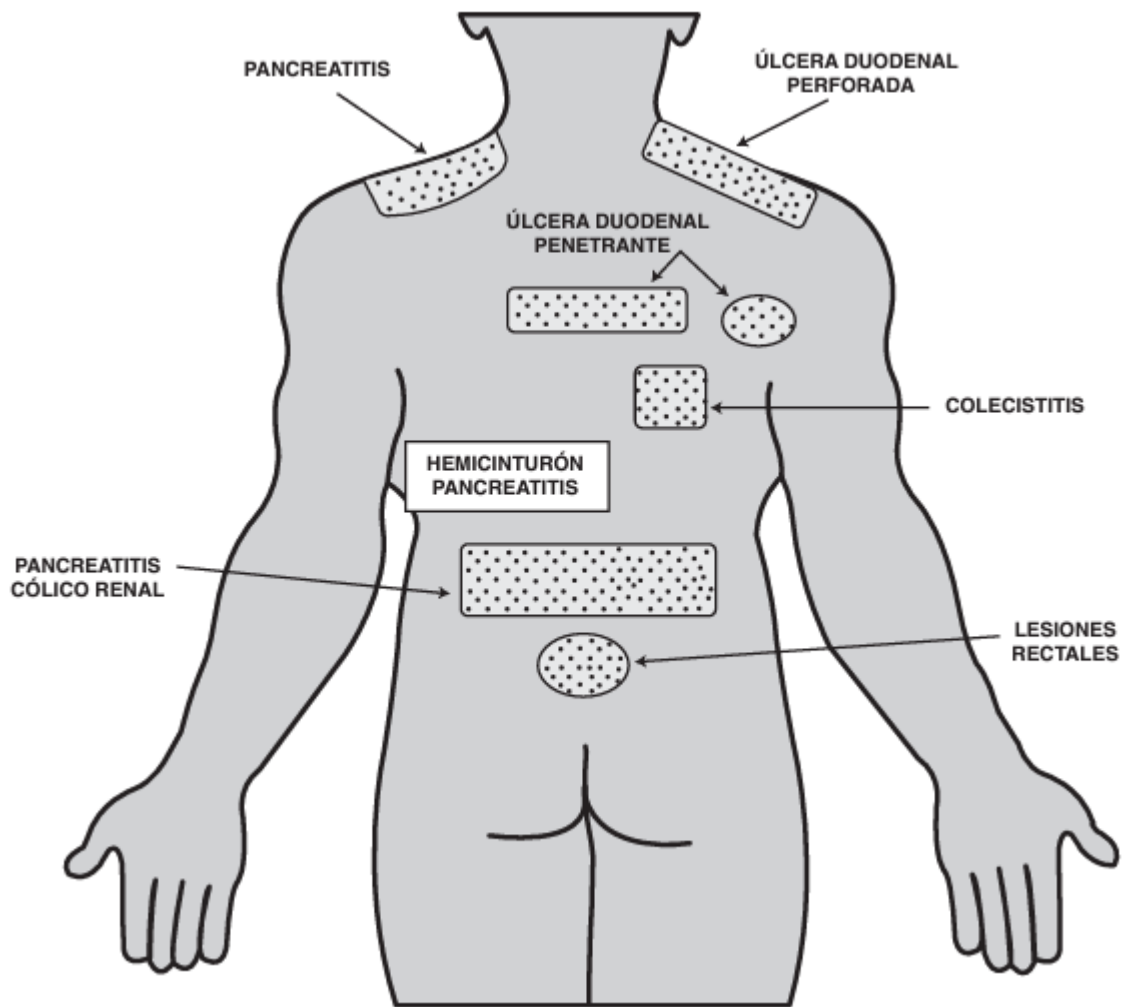


## ANEXOS

Se agrega tabla con los principales signos, su descripción y en las enfermedades donde podrían estar presentes.

SIGNO	DESCRIPCIÓN	DIAGNOSTICO
Signo de Aaron	Dolor en epigastrio o tórax anterior al aplicar presión sobre el punto de McBurney	Apendicitis
Signo de Bessler	Dolor que aparece al comprimir el apéndice entre la pared abdominal y la cresta ilíaca	Apendicitis
Signo de Blumberg	Sensibilidad de rebote pasajera en la pared abdominal	Irritación peritoneal
Signo de Chandleir	Dolor extremo en el abdomen inferior y la pelvis al movilizar el cuello uterino	Enfermedad pélvica inflamatoria
Signo de Charcot	Dolor intermitente en el cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia y fiebre	Coledocolitiasis
Signo de Claybrook	Acentuación de ruidos respiratorios y cardiacos en la cavidad abdominal	Rotura de víscera abdominal
Signo de Courvoisier	Vesícula biliar palpable en presencia de ictericia indolora	Tumor periampular
Signo de Cruveihier	Varices venosas en el ombligo (cabeza de medusa)	Hipertensión porta
Signo de Cullen	Hematoma en zona periumbilical	Hemoperitoneo
Signo de Danforth	Dolor en el hombro al inspirar	Hemoperitoneo
Signo de Grey Turner	Zonas locales de hematoma en el ombligo y en los flancos	Pancreatitis hemorrágica

Signo de Kehr	Dolor en hombro izquierdo en decúbito supino al hacer presión sobre el cuadrante superior izquierdo del abdomen	Hemoperitoneo
Signo de Mannkopf	Aceleración del pulso al palpar un abdomen doloroso	Ausente si el paciente finge
Signo de Murphy	Pausa en la inspiración al comprimir el cuadrante superior derecho del abdomen	Colecistitis
Signo del obturador	Dolor a la flexión y rotación externa (90 grados) a del muslo derecho en decúbito supino derecho del abdomen	Absceso pélvico
Signo del psoasíaco	Dolor al levantar y extender la pierna contra una resistencia	Absceso retrocecal
Signo de Dunphy	Dolor localizado en fosa iliaca derecha al toser	Apendicitis
Signo de talo percusión	Dolor en fosa iliaca derecha que se produce al golpear ligeramente el talón mientras el paciente esta decúbito dorsal levantando ligeramente la extremidad derecha	Apendicitis o irritación peritoneal
Signo de Rovsing	Dolor en el punto de McBurney al comprimir el cuadrante inferior izquierdo del abdomen	Apendicitis
Signo de Ten Horn	Dolor al traccionar suavemente el testículo derecho	Apendicitis



Irradiación del dolor en algunas patologías Revista CONAMED, Vol. 12. Num. 3 2007

## REFERENCIAS

1. Reyes, R., MD, & Reyes, R., MD. (2022b, agosto 26). *Diagnóstico diferencial de dolor abdominal basado en la ubicación*. MED-TAC International Corp. [https://tactical-medicine.com/blogs/news/diagnostico-diferencial-de-dolor-abdominal-basado-en-la-ubicacion?srsId=AfmBOorp6kQImWr5wfrDPTiLmH2dxNJ6SN\\_srCdwW4DfnDH8uoBAP1g8](https://tactical-medicine.com/blogs/news/diagnostico-diferencial-de-dolor-abdominal-basado-en-la-ubicacion?srsId=AfmBOorp6kQImWr5wfrDPTiLmH2dxNJ6SN_srCdwW4DfnDH8uoBAP1g8)
2. Macaluso, C., & McNamara, N. (2012). Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *International Journal Of General Medicine*, 789. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s25936>
3. Govender, I., Rangiah, S., Bongongo, T., & Mahuma, P. (2021). A primary care approach to abdominal pain in adults. *South African Family Practice*, 63(1). <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5280>
4. Rogers, J., & Schallmo, M. (2020). Understanding the most commonly billed diagnoses in primary care. *The Nurse Practitioner*, 46(1), 13-20. <https://doi.org/10.1097/01.npr.0000724512.95721.68>
5. Alonso Cadenas, J. A., & De La Torre Espí, M. (2020). *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URENCIAS DE PEDIATRIA: Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias* (1.ª ed.). [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_abdomen\\_agudo.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf)
6. CONAMED. (2007). Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. *Revista CONAMED*, 12(3). <https://biblat.unam.mx/hevila//RevistaCONAMED/2007/vol12/no3/1.pdf>
7. Coronel Pérez, J. F., Calderón Ibarra, D. A., Minda Espín, P. B., Puentestar Guamushig, J. A., & López Palma, F. A. (2024). Manejo del abdomen agudo en adultos: Artículo de revisión: Management of acute abdomen in adults: Review article. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 5(4), 2505– 2520. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2435>
8. Ugarte, M. J. (2021). Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. *Revista Médica Clínica las Condes*, 32(4), 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.005>

9. Gil, A. G., Cereño, M. R., & Torres, J. A. C. (2023). ABC del dolor abdominal agudo. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 30(10), 539-545. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.04.007>
10. Trésallet, C., Leyre, P., & Menegaux, F. (2011). Exploración de un dolor abdominal agudo. *EMC - Tratado de Medicina*, 15(3), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(11\)71091-1](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(11)71091-1)
11. Faap, S. S. R. M. P. (s. f.). *Abdominal Examination: Overview, preparation, technique*. <https://emedicine.medscape.com/article/1909183-overview?form=fpf>
12. SALUSPLAY (2021) EXPLORACIÓN FÍSICA PARA CUIDAR.. <https://www.salusplay.com/apuntes/consulta-de-enfermeria/tema-1-exploracion-fisica-para-cuidar>
13. Ball JW., Seidel, HM. (2014). Guía Seidel de exploración física Ámsterdam: Editor Elsevier
14. Bickley, LS.; Szilagy, PG. (2012). Guía de exploración física e historia clínica: Bates Philadelphia Editor Wolkers Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins
15. Soriano Cerna EM, Murillo Cárcamo AA, Contreras Medina FH, Roberto Esquivel D. Aplicación de guías Tokio 2018 para diagnóstico y tratamiento de colangitis aguda en hospital escuela, Honduras. *Rev Cient Cienc Med* 2023; 26(1): 24-32
16. Bolívar-Rodríguez, M. A. (2017). Coledocolitiasis. Una revisión. *REVMEDUAS*, 7(3). <https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n3.005>
17. Hoyuela, C., Cugat, E., & Marco, C. (2000, 1 septiembre). *Opciones actuales para el diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis*. *Cirugía Española*. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-opciones-actuales-el-diagnostico-tratamiento-12517>
18. Martín Guidi, Cecilia Curvale, (2019). Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda, *Acta Gastroenterol Latinoam* 2019; 49(4):307-323
19. Escartín, A., González, M., Muriel, P., Cuello, E., Pinillos, A., Santamaría, M., Salvador, H., & Olsina, J. (2021). Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad. *Cirugía y Cirujanos*. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001616>

20. Coral Marina Ramos Loza, (2018). APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA, *Rev Med La Paz*, 24(1); Enero - Junio 2018
21. Sandhya Pruthi, M.D., *Síndrome de intestino irritable - Síntomas y causas - Mayo Clinic*. (2023, Agosto). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/irritable-bowel-syndrome/symptoms-causes/syc-20360016>
22. Lawrence R. Schiller, MD, (2018, 12 septiembre). *Síndrome del intestino irritable - American College of Gastroenterology*. American College Of Gastroenterology <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/sindrome-del-intestino-irritable/>
23. Corral, J. G., Rojo, C. N., & De la Fuente Olmos, R. (2022). Obstrucción intestinal: signos de indicación quirúrgica urgente. *Radiología*, 65, S92-S98. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.09.002>
24. Figueroa-Giralt, M. G., León, P., Gonzalez, T., Diaz, R., & Korn, O. (2024). NOVEDADES EN LA EVALUACIÓN y TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA. *Revista de Cirugía*, 76(3). <https://doi.org/10.35687/s2452-454920240031980>
25. Sánchez Gollarte, A. (2020). Tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 50, 439-444. <https://actagastro.org/tratamiento-ambulatorio-de-la-diverticulitis-aguda-no-complicada/>
26. Laucirica, I., Iglesias, P. G., & Calvet, X. (2023). Úlcera péptica. *Medicina Clínica*, 161(6), 260-266. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.05.008>
27. Shane, A. L., Mody, R. K., Crump, J. A., Tarr, P. I., Steiner, T. S., Kotloff, K., Langley, J. M., Wanke, C., Warren, C. A., Cheng, A. C., Cantey, J., & Pickering, L. K. (2017). 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*, 65(12), e45-e80. <https://doi.org/10.1093/cid/cix669>
28. Riddle, M. S., DuPont, H. L., & Connor, B. A. (2016). ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. *The American Journal Of Gastroenterology*, 111(5), 602-622. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.126>

29. Tham, T. C. K., James, C., & Kelly, M. (2006). Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall Score. *Postgraduate Medical Journal*, 82(973), 757-759. <https://doi.org/10.1136/pmj.2006.048462>
30. Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2020. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-106-20/ER.pdf>
31. Diagnóstico y Tratamiento del Intestino Irritable en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro social; 26 de marzo de 2015. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/042GRR.pdf>
32. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GER.pdf>
33. Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Aguda Complicada. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 5 de octubre de 2015.. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/169GER.pdf>
34. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-237-09/ER.pdf>
35. Tratamiento Quirúrgico de Oclusión Intestinal por Adherencias en el Adulto en el Segundo Nivel de Atención. México, Secretaría de Salud, 2012. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-359-12/ER.pdf>
36. Prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la pancreatitis aguda. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2022. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-011-22/ER.pdf>
37. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. México: Secretaría de Salud; 27/Marzo/2014 <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-212-09/ER.pdf>