



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON DOLOR
ABDOMINAL AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA**

María Ramírez López

Tutelado por: María Jesús Del Río Mayor

Soria, 27 de Mayo de 2020

RESUMEN DE CONTENIDOS

El dolor abdominal agudo es un síndrome clínico doloroso de carácter no traumático, aparición repentina, sin diagnóstico previo, con gran variabilidad etiológica, causante de entre el 5 y 10% de los ingresos en el servicio de urgencias hospitalarias. Enfermería forma parte del equipo multidisciplinar responsable de la atención de estos pacientes.

Mediante una revisión bibliográfica narrativa, utilizando diferentes bases de datos y buscadores, se pretende compilar lo publicado sobre el dolor abdominal agudo, identificar las pautas de actuación que se realizan en los pacientes que ingresan en el servicio de urgencias con dolor abdominal agudo y analizar las intervenciones de enfermería realizadas ante el paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias.

Tras la revisión y análisis de las 40 publicaciones seleccionadas, se ha podido comprobar que la función de enfermería ante el paciente con dolor abdominal agudo está dirigida a proporcionar una serie de cuidados enfocados a la resolución del cuadro inicial y al aumento de la supervivencia en las situaciones de mayor compromiso y peligro.

Enfermería es la encargada de realizar el triaje del paciente con dolor abdominal agudo a su ingreso en el servicio de urgencias, su valoración inicial está enfocada a diferenciar de forma temprana los cuadros que presentan inestabilidad hemodinámica de los que no. El paciente con dolor abdominal agudo inestable hemodinámicamente requiere inmediata estabilización y control antes que cualquier otra actividad. El paciente con dolor abdominal agudo hemodinámicamente estable nos permite realizar una anamnesis, exploración física, diagnóstico, tratamiento y observación, pautas sobre las que todos los autores están de acuerdo; sin embargo, no existe uniformidad de opinión sobre la elección de las pruebas complementarias a realizar, ni con el tiempo de inicio de la analgesia.

Enfermería interviene en todas las actuaciones que se realizan en el servicio de urgencias desde la llegada hasta la derivación, bien intrahospitalaria o domiciliaria, del paciente con dolor abdominal agudo.

Palabras clave: dolor abdominal, agudo, urgencias, enfermería.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | | |
|--------|---|-----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1. | MARCO CONCEPTUAL DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO | 2 |
| 1.1.1. | Etiología..... | 2 |
| 1.1.2. | Fisiopatología | 2 |
| 1.2. | HISTORIA CLÍNICA..... | 3 |
| 1.2.1. | Valoración del paciente..... | 3 |
| 1.2.2. | Anamnesis | 3 |
| 1.3. | EXPLORACIÓN FÍSICA..... | 6 |
| 1.4. | PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 8 |
| 1.5. | DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 9 |
| 1.6. | TRATAMIENTO..... | 10 |
| 1.7. | CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO/OBSERVACIÓN..... | 12 |
| 1.8. | FUNCIÓN DE ENFERMERÍA | 13 |
| 2. | JUSTIFICACIÓN..... | 14 |
| 3. | OBJETIVOS..... | 14 |
| 4. | MATERIAL Y MÉTODOS | 14 |
| 4.1. | BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN..... | 14 |
| 4.2. | PROCESO DE SELECCIÓN | 15 |
| 4.2.1. | Criterios de inclusión..... | 15 |
| 4.2.2. | Criterios de exclusión | 15 |
| 5. | RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 16 |
| 6. | CONCLUSIONES | 22 |
| 7. | BIBLIOGRAFÍA..... | 23 |
| | ANEXOS | I |
| | ANEXO I: Clasificación de causas del dolor abdominal agudo | I |
| | ANEXO II: Algoritmo de actuación ante un paciente con dolor abdominal agudo hemodinámicamente inestable | II |
| | ANEXO III: Posibilidades etiológicas del DAA según su localización | III |
| | ANEXO IV: Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración | IV |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Etiología más frecuente del dolor abdominal agudo..... | 2 |
| Figura 1. Escalas visuales-analógicas..... | 6 |
| Figura 2. Escalera analgésica de la OMS..... | 11 |
| Figura 3. Diagrama de flujo. Elaboración propia..... | 15 |

LISTADO DE ABREVIATURAS

- AIE: Antiinflamatorios esteroideos
- AINE: Antiinflamatorios no esteroideos
- DAA: Dolor abdominal agudo
- DANE: Dolor abdominal no específico
- ECG: Electrocardiograma
- EVA: Escalas visuales analógicas
- FC: Frecuencia cardiaca
- FR: Frecuencia respiratoria
- IAM: Infarto agudo de miocardio
- IQ: Intervención quirúrgica
- NRS: Escala de calificación numérica
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PA: Presión arterial
- PAE: Proceso de atención de enfermería
- PCR: Proteína C reactiva
- PCT: Procalcitonina
- SaO₂: Saturación de oxígeno
- SNA: Sistema Nervioso Autónomo
- SNG: Sonda nasogástrica
- SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias
- SV: Sonda vesical
- T^a: Temperatura
- TC: Tomografía computarizada
- UCI: Unidad de cuidados intensivos
- VDS: Escala de descriptores verbales

1. INTRODUCCIÓN

Desde *International Association for the Study of Pain* se define el dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño.” De manera general se caracterizan dos tipos de dolor: nociceptivo, que es agudo y palpitante, bien localizado y relacionado normalmente con una lesión o inflamación subyacentes; y neuropático, descrito como sensación de ardor o apuñalamiento, de naturaleza difusa e irradiado lejos del principal área de dolor. Por otro lado, según la temporalidad del dolor, distinguimos el agudo del crónico. Este primero es ocasionado por una lesión o patología específica, tiene un propósito biológico útil y es autolimitado¹.

El dolor abdominal agudo (DAA) es un síndrome clínico de dolor, que no es de carácter traumático, se ocasiona repentinamente y no ha sido diagnosticado con anterioridad. Es de corta evolución, con una duración máxima de 7 días². Se trata de uno de los motivos más frecuentes de visita al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), representando entre un 5 y 10% del total de las urgencias³.

Existe gran variabilidad en la etiología del DAA, pudiendo ser de origen intraabdominal, extraabdominal y/o sistémico. Entre las causas más comunes encontramos: dolor abdominal no específico (DANE) (hasta en un 50%), apendicitis aguda, colecistitis aguda/cólico biliar, obstrucción intestinal, diverticulitis aguda, úlcera péptica perforada, pancreatitis aguda, cólico ureteral³.

El DAA supone un reto diagnóstico, ya que a las múltiples causas que lo originan, se suma la inespecificidad que frecuentemente adopta el dolor y la importancia de discernir cuando es de gravedad y cuando no⁴. A pesar de que el diagnóstico se basaba en reconocer determinados patrones clásicos, alrededor de un tercio de los sujetos presenta características atípicas que no se corresponden con los estándares². Además, cabe la posibilidad de que existan diferencias en la forma de manifestación clínica entre los grupos de edad (niños, ancianos) o situaciones del usuario (embarazada, inmunodeprimido)⁵. Generalmente, los pacientes mayores de 65 años tienen mayor tendencia a padecer patologías malignas frente a las benignas; por lo que requieren de hospitalización con más frecuencia y de la realización de más pruebas complementarias³. Además, la tasa de mortalidad se eleva a partir de los 70 años a un 5%, siendo menor del 1% en sujetos con edad inferior a 50 años².

Con la llegada de todo sujeto con DAA al SUH, hay que determinar una serie de prioridades a tener en cuenta y cumplimentar, para llevar a cabo su atención de la manera más óptima posible: 1º Valorar cómo de grave es la situación que se presenta, mediante la detección o el descarte de shock (taquicardia, hipotensión, palidez de la piel y mucosas) o la manifestación de la musculatura abdominal en contracción (el denominado “vientre en tabla”), y proceder a la estabilización de la situación (canalización de vía venosa, administración de oxígeno). 2º Dentro de la variedad etiológica, identificar el motivo que desencadena el dolor en función de su topografía. 3º Discernir aquellas situaciones que requieren de intervención quirúrgica (IQ) de inmediato: disección aórtica, hemorragia intraabdominal, embarazo ectópico. 4º Seleccionar y administrar el tratamiento indicado y adecuado al cuadro clínico o proceder al traslado intrahospitalario del paciente con los medios apropiados⁴.

Entre los principales problemas existentes en los SUH está la saturación que sufre en multitud de ocasiones, ya sea porque los usuarios acuden por voluntad propia sin necesidad o

porque son derivados de manera incorrecta desde su centro de salud para el adelanto de pruebas diagnósticas y la consulta con especialistas. Esto supone que la demanda supere a los recursos y una prolongación en los tiempos de atención. Todo ello ha dado lugar a la implantación de consultas de triaje, con el propósito de clasificar e identificar a pacientes que requieren un trato de urgencia de los que no⁶.

La actuación urgente de los profesionales sanitarios tiene que orientarse a descartar o, por el contrario, detectar e intervenir ante los cuadros clínicos críticos de DAA que suponen mayor riesgo vital a corto plazo para el paciente, o cuyo pronóstico puede empeorar si no es tratado a tiempo. Por ello, deben ser hallados con la mayor brevedad posible para actuar rápidamente en consecuencia. Entre estas causas graves encontramos: aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica aguda, perforación del tracto gastrointestinal, obstrucción intestinal, vólvulo, embarazo ectópico, desprendimiento placentario, infarto agudo de miocardio (IAM), rotura esplénica. Una vez se hayan descartado los casos de urgencia e inestabilidad en el paciente, se inicia un estudio en busca del motivo de DAA^{7,8}.

Esto requiere de un equipo interdisciplinar de profesionales sanitarios con la cualificación necesaria para poder afrontar un cuadro clínico con tanta variabilidad diagnóstica. Un medio de apoyo a la hora de efectuar dicha labor son las guías asistenciales y manuales disponibles en los hospitales, que facilitan la puesta en marcha y la minimización de tiempos de actuación por parte del equipo de urgencias, donde la función de enfermería va a ser clave^{9,10}.

1.1. MARCO CONCEPTUAL DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

1.1.1. Etiología

El DAA puede ser de diferentes tipos en función de la causa que lo produce (Tabla 1). Principalmente se divide en dos categorías: intraabdominal, cuando el dolor surge del interior de la cavidad abdominal o retroperitoneo y extraabdominal. A su vez, las intraabdominales se pueden dividir por sistemas orgánicos en: gastrointestinales, genitourinarias y ginecológicas. Del mismo modo, las extraabdominales presentan diferentes categorías etiológicas de dolor: torácicas, metabólicas, tóxicas, hematológicas, neurológicas, vertebrales, vasculares, infecciosas y otras³ (Anexo I). Por otro lado, hay mencionar un tercer factor etiológico: el dolor abdominal inespecífico, principal causante de DAA en los usuarios que acuden a las urgencias hospitalarias. Es clasificado aparte, porque se desconoce en qué medida puede estar relacionado con un problema intra o extraabdominal subyacente¹¹.

Tabla 1. Etiología más frecuente del dolor abdominal agudo¹².

| Causas más frecuentes de dolor abdominal | | |
|--|----------------------|---------------|
| Dolor abdominal inespecífico | Diverticulitis aguda | Úlcus péptico |
| Apendicitis aguda | Pancreatitis aguda | |
| Colecistitis aguda/cólico biliar | Cólico ureteral | |

1.1.2. Fisiopatología

Existen tres tipos de dolor abdominal teniendo en cuenta el origen de la lesión y la vía por la que se transmite¹¹: visceral, parietal o referido. Visceral: se origina en las vísceras abdominales, inervadas por fibras del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) de manera bilateral¹².

Tiene mala localización, comienzo gradual e intensidad creciente, que varía desde dolor vago a intenso o cólico¹¹. Parietal: se origina por la estimulación de nociceptores del peritoneo parietal, innervado por nervios somáticos. Es un dolor agudo, intenso y bien localizado, que aumenta con el movimiento¹³. Referido: es percibido lejano a su fuente de origen. Se desencadena en estructuras musculares y viscerales, y su estímulo es conducido y proyectado en la piel como sensación dolorosa que no se discrimina del lugar donde se ha originado inicialmente¹³⁻¹⁵.

1.2. HISTORIA CLÍNICA

Ante un paciente con dolor abdominal es fundamental la realización de una historia clínica detallada y completa, así como un examen físico sistemático y meticuloso para facilitar un diagnóstico preciso posterior; ya que se trata de un cuadro que muchas veces se acompaña de manifestaciones poco clarificadoras o dudosas que dificultan el proceso¹⁶. En la historia debe reflejarse una descripción completa del dolor y síntomas asociados. Para información adicional de importancia, las historias médica, quirúrgica y social pueden ser muy útiles¹⁷.

En función de los datos obtenidos se solicitan una serie de pruebas complementarias y técnicas de imagen para efectuar un diagnóstico final. A veces no es posible llegar a ello por varios motivos: no se puede realizar una buena anamnesis (la información que transmite el sujeto es imprecisa o no se obtiene por su situación), los hallazgos tras la exploración física no son concluyentes y/o las pruebas posteriores que se realizan no son determinantes³.

1.2.1. Valoración del paciente

La enfermera lleva a cabo la medición de: presión arterial (PA), temperatura (T^a), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SaO₂) en el paciente, con la finalidad de comprobar que se encuentren dentro de los parámetros normales⁸. La existencia de fiebre puede orientarnos hacia una infección o inflamación, la hipotensión indicar sepsis, hemorragia y deshidratación grave, la taquicardia sugerir dolor, sepsis o hemorragia y la taquipnea indicar acidosis metabólica o aumento del dolor².

Si los signos vitales aparecen alterados se actuará en consecuencia para su estabilización considerando una serie de medidas de soporte: A) Permeabilidad de la vía aérea, con dispositivos de apertura para asegurarla, B) Respiración: valorar dificultad respiratoria, movimientos, auscultación, saturación de oxígeno, C) Circulación: valorar perfusión cutánea, pulsos. Canalización de dos vías periféricas para el inicio de sueroterapia, D) Nivel de conciencia, E) Exposición: examinar partes anatómicas, lesiones ocultas y dolor¹⁸.

Solo si es necesaria dicha estabilización hemodinámica se interferirá con la anamnesis y exploración física inmediatas posteriores¹⁶ (Anexo II). Por otro lado, también es necesario conocer que los signos vitales normales no excluyen la existencia de patología¹⁹.

1.2.2. Anamnesis

La anamnesis está enfocada a descartar las causas urgentes de DAA que requieren una intervención inmediata e investigar el motivo de visita al SUH. En ella se recoge información acerca del paciente: edad, sexo, antecedentes personales, consumo de fármacos y tóxicos, hábitos sociales, antecedentes familiares y semiología del dolor, de manera que todo ello oriente a los profesionales hacia un diagnóstico etiológico concreto⁸.

Edad. Hay enfermedades más propias de grupos de edad concretos:

- Adultos: apendicitis aguda (más frecuente), perforación por úlcus gástrico (menos frecuentes por el uso de inhibidores de la bomba de protones), patología de la vía biliar, incarceraciones herniarias.
- Edad avanzada: cáncer de colon perforado u obstructivo, diverticulitis aguda, accidente isquémico intestinal⁷.

Los adultos mayores (más de 65 años) tienen riesgo de padecer infecciones de gravedad con mayor frecuencia debido a la inmunosenescencia, que hace que su sistema inmune tenga menor capacidad de acción y respuesta. Estos cambios asociados al proceso de envejecimiento propician una alta tasa de desarrollo de patologías intraabdominales, así como una presentación atípica de ellas, lo que dificulta y hace más compleja la evaluación. Por ello, su atención tiene que ser enfrentada de manera diferente a la de pacientes jóvenes²⁰.

Sexo: en las mujeres el espectro diagnóstico diferencial es más amplio porque se tiene en cuenta la patología gineco-obstétrica como causa posible. Hay que preguntar sobre la historia menstrual y de contracepción, antecedentes obstétricos, historia sexual y posibles alteraciones en el flujo vaginal¹². En aquellas que se encuentren en edad fértil, es necesario descartar la existencia de embarazo mediante un test rápido en orina o con los niveles de gonadotropina coriónica humana beta-hCG plasmática (si se sospecha de embarazo precoz). En caso de que fuera positivo se considera un posible embarazo ectópico, lo que supondría un cuadro de emergencia ante el cual actuar. Si por el contrario fuera un embarazo intrauterino, se procedería a indagar otras causas de DAA, salvaguardando la protección del feto en cuanto a la realización de exámenes y selección de terapias²¹.

Antecedentes personales: importancia del conocimiento acerca de cirugías abdominales previas, estreñimiento, enfermedades sistémicas, metabólicas y factores de riesgo cardiovascular; así como alergias medicamentosas y otras³.

Consumo de fármacos y tóxicos: es relevante el conocimiento de la medicación tomada por el paciente, principalmente de aquella que sea más gastrolesiva, antibióticos o inmunosupresores, antiinflamatorios esteroideos (AIE) y no esteroideos (AINE); ya que puede ser causante o modificar el cuadro clínico¹²; así de forma puntual se mencionan:

- Anticoagulantes: provocan hematomas intestinales intramurales o en la vaina de los rectos.
- Anovulatorios (altas dosis de estrógenos): propician infartos de intestino con origen venoso, colitis isquémica o rotura de nódulos hiperplásicos hepáticos.
- Antibióticos: reducen los síntomas en cuadros infecciosos.
- Antiinflamatorios: posible producción de hemorragia digestiva o perforación gastrointestinal por su efecto gastroerosivo.
- Analgésicos y espasmolíticos.
- Opiáceos: generación de estreñimiento, íleo.
- Alcohol: elevación del riesgo de patología en páncreas e hígado³.
- Tabaquismo: riesgo 7,6 veces superior de aneurisma de aorta abdominal.
- Cocaína: su abuso guarda relación con la isquemia mesentérica aguda².

Hábitos sociales: circunstancias en las que vive el paciente con DAA, profesión, viajes recientes al extranjero, contacto con enfermos, convivencia con animales, posible exposición a tóxicos^{3,11}.

Antecedentes familiares: existen enfermedades hereditarias que pueden ser origen de dolor, como son la fiebre Mediterránea familiar o la drepanocitosis³.

Semiología del dolor: por medio de la anamnesis se va a poder distinguir entre un proceso agudo o un episodio (sin relación con la enfermedad de base) dentro de un proceso crónico en el paciente. Se analizan varios datos: aparición/tiempo de instauración, localización, intensidad, características, irradiación, cambios en las características del dolor, factores agravantes o atenuantes y síntomas asociados³.

Aparición/Tiempo de instauración: súbito/brusco (aparece en segundos o minutos con una intensidad máxima), rápido (se manifiesta de manera gradual en minutos) o progresivo (aparece en horas)¹⁸.

Localización: en función del cuadrante de división anatómica abdominal donde aparece el dolor (hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo, epigastrio, periumbilical/mesogastrio, fosa ilíaca derecha, fosa ilíaca izquierda, hipogastrio), este puede orientar hacia una patología concreta¹⁸. Hay que considerar también la localización inicial, el desplazamiento o su generalización²² (Anexo III).

Intensidad: leve, moderada o severa¹⁹. Por la subjetividad del paciente, a veces resulta dificultosa de establecer y poco orientativa^{18,22}.

Características: puede ser de tipo cólico, continuo o intermitente²³.

Irradiación: se asocia con la propagación del dolor y su reflejo en zonas distintas a la de origen. Es debida a que las regiones donde se irradia comparten un segmento sensorial con el área dolorosa. Por ejemplo, dolor en el epigastrio irradiado en cinturón, dolor en el hipocondrio derecho irradiado a la escápula derecha o lumbalgia irradiada por el trayecto ureteral^{8,24}.

Cambios en las características del dolor: puede disminuir o aumentar en el trascurso del tiempo, asumir un carácter distinto, migrar, alterar la estabilidad hemodinámica del paciente. Por ejemplo, supone un cuadro de gravedad la conversión de un dolor de tipo cólico a continuo¹⁹.

Factores agravantes o atenuantes: movimiento, cambios posturales, sueño, ingesta, deposición, respiración, tos, vómito, administración de medicación para su alivio²².

Síntomas asociados: pueden ayudar a orientar el cuadro. Entre ellos están vómitos (número, color, aspecto), hábito intestinal (características de las heces, número de deposiciones), ictericia, coluria y acolia, fiebre, clínica urinaria (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical), clínica ginecológica (hemorragia vaginal, amenorrea y secreción vaginal patológica), clínica respiratoria o cardiológica (dolor torácico, disnea, tos), pérdida de peso^{8,19}. Debido a que el dolor constituye una experiencia subjetiva, existen escalas para su evaluación que son de gran utilidad. Entre las empleadas con mayor frecuencia se hallan: la escala de calificación numérica (NRS), que utiliza puntuaciones del 0 al 10, donde el 10 representa "dolor severo" y el 0 supone la "ausencia" de este. En dicho caso los pacientes verbalizan o escriben el número con el que asocian su estímulo doloroso. Otra es la escala de descriptores verbales (VDS), que evalúa el

dolor desde el descriptor “sin dolor” hasta “el peor dolor imaginable”. También existen las escalas visuales analógicas (EVA) (Figura 1), que muestran imágenes representativas de diferentes niveles de dolor²⁵.



Figura 1. Modelo de escalas visuales-analógicas (EVA)²⁵.

Hay gran cantidad de escalas validadas, pero el uso de una determinada va a estar condicionado por la capacidad del sujeto para comprenderla y expresar su dolor en consecuencia. En determinados grupos de edad y/o con ciertas circunstancias, como son los adultos mayores con algún deterioro cognitivo, supone mayor dificultad. Para ellos, están indicadas escalas como la de Abbey, que combina conductas y parámetros fisiológicos observados en los pacientes para proporcionar un número de evaluación del dolor. Muchas veces quien proporciona la información requerida, en la medida de lo posible, será la familia o cuidadores; y habrá que prestar atención a otras manifestaciones que nos aporten datos sobre el dolor. También hay que tener en cuenta que la escala elegida sea aplicable en el SUH^{1,25}.

1.3. EXPLORACIÓN FÍSICA

Un examen físico minucioso contribuye a la localización más concreta del dolor y a facilitar el diagnóstico diferencial². Tiene que ser completo, con mayor énfasis en la zona abdominal. Hay que tener en cuenta que en pacientes con edades más avanzadas puede ser de menor utilidad, porque el proceso de envejecimiento favorece la presentación atípica de patologías clásicas²⁰. La exploración va a ser: general, abdominal, rectal y genital².

Exploración general. Es importante tener en cuenta el estado general del paciente. Los profesionales deben observar la posición y actitud (antiálgica, inmóvil, agitada) que presenta, el grado de conciencia, el estado de hidratación, el aspecto y coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis), la presencia de edemas, arritmias o los pulsos periféricos; así como efectuar la medición de los signos vitales (PA, T^a, FC, FR, SaO₂), que en ocasiones pueden mantenerse en parámetros de normalidad o no alterarse en consonancia con la clínica de sospecha^{21,26}. Es crucial también la auscultación cardio-pulmonar para descartar cuadros de neumonía, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardiaca o embolia mesentérica¹².

Exploración abdominal. Se realiza con el paciente en posición supina y con la zona abdominal descubierta. Hay que comenzar con la inspección y auscultación del abdomen, que van a ir sucedidas de la palpación y percusión^{13,16}.

Inspección: posibilita discernir entre abdomen distendido, plano, abombado o excavado; así como valorar la presencia de cicatrices quirúrgicas previas, asimetrías, hemorragia, bultomas, lesiones cutáneas (equimosis, signos de Herpes Zóster, petequias, hematomas) o circulación colateral. También se observan los movimientos abdominales espontáneos y durante la respiración¹⁹.

Auscultación: es conveniente que se efectúe en todos los cuadrantes abdominales y antes de la palpación para no estimular la motilidad intestinal. Hay que distinguir los ruidos abdominales normales, valorando su intensidad y características, de los patológicos (silencio abdominal, peristaltismo disminuido o aumentado, soplos intraabdominales, ruidos de lucha o metálicos), escuchándolos durante algunos minutos para sacar conclusiones^{8,19}.

Palpación: para facilitar que la musculatura esté más relajada, se recomienda que el paciente flexione las rodillas¹⁷. Se comienza a efectuar de modo suave y superficial, lejos del área de más dolor, para después dirigirse progresivamente hasta ella pasando por los nueve cuadrantes. Una vez llegados a este punto será más profunda, evitando maniobras bruscas. El objetivo es hallar el foco doloroso, zonas particulares que presenten dolor con la palpación y descompresión (contracción brusca al retirar la mano que examina), defensa (voluntaria o involuntaria), rigidez (localizada o generalizada) o alteraciones (masas, hepatomegalia, dilatación aórtica). También se tienen que palpar cicatrices quirúrgicas y la región inguinal en busca de anomalías y orificios herniarios^{13,19}. Puede verse dificultada en mujeres embarazadas o sujetos con obesidad⁷. Añadido a esto, existen signos complementarios al examen físico que posibilitan el apoyo de la hipótesis diagnóstica principal¹⁸, como son:

- Signo de Blumberg: dolor por rebote de la víscera inflamada en la pared abdominal al quitar de manera rápida los dedos que la comprimen^{18,27}.
- Signo de Murphy: interrupción brusca de la inspiración al palpar el hipocondrio derecho, por el dolor que genera la distensión de la vesícula biliar^{7,27}.
- Signo de Rovsing: desplazamiento del dolor hacia la fosa ilíaca derecha al comprimir la izquierda²⁴.
- Signo del psoas: positivo cuando al poner la mano en la fosa ilíaca el psoas se flexiona y genera dolor¹⁸.
- Signo de Courvoisier-Terrier: se basa en detectar una vesícula biliar palpable en el hipocondrio derecho³.
- Signo del obturador: al flexionar el muslo del paciente y efectuar una rotación externa e interna produce dolor¹⁸.
- Signo de Carnett: ejerciendo presión sobre el punto doloroso, el paciente contrae la musculatura abdominal a la par que flexiona cabeza y tronco, y el dolor aumenta¹⁷.
- Signo de Dunphy: dolor que se incrementa con la tos⁵.

Percusión: va a permitir explorar áreas de matidez (visceromegalias) o de timpanismo (meteorismo), la detección de neumoperitoneo, líquido en la cavidad abdominal o gas intestinal y el diagnóstico de masas y megalias^{3,22}.

Exploración rectal. Valoración de lesiones cutáneas, fístulas, abscesos o hemorroides mediante un examen externo. Posteriormente, se exploran con un tacto rectal: tono esfinteriano, masas anorrectales o fecalomas, vesícula seminal y próstata en varones (tamaño y consistencia), fosas ilíacas, sensibilidad en el saco de Douglas, cérvix y características de las heces (color, consistencia, olor, restos hemáticos, pus o moco)¹⁹.

Exploración genital. Se realiza un examen testicular y escrotal en hombres y pélvico en mujeres, especialmente en casos de dolor abdominal bajo. Permite examinar el útero femenino y anejos, la presencia de masas o fístulas recto-vaginales y comprobar si existe dolor al movilizar el cuello uterino. La exploración bimanual, tacto vaginal-abdominal, es conveniente^{7,23}.

1.4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas a realizar se van a solicitar como complemento, en función de la sospecha clínica de los profesionales sanitarios, para la determinación de un diagnóstico diferencial. Hay que saber además que estos refuerzos diagnósticos tienen limitaciones y tasas de falsos negativos¹⁷. En caso de que los signos y la sintomatología estén definidos, hay que evitar que los estudios de imagen avanzados demoren la intervención quirúrgica¹³. Entre ellas encontramos diferentes tipos: de laboratorio, electrocardiograma, de imagen y otras pruebas.

Pruebas de laboratorio.

- Analítica de sangre. Hemograma: serie roja (hemoglobina y hematocrito), serie blanca y serie plaquetaria, bioquímica (ionograma, glucosa, urea, creatinina; además de amilasa, perfil hepático, creatinfosfocinasa o troponina según sospecha), coagulación (útil de cara a una intervención quirúrgica para valorar el riesgo hemorrágico) y gasometría arterial o venosa (contribuye a investigar alteraciones en el equilibrio ácido-base y al estudio de procesos pulmonares relacionados con el cuadro de DAA)^{23,28}.
- Biomarcadores: proteína C reactiva (PCR) (cuya producción se activa en procesos inflamatorios agudos, como infecciones víricas o bacterianas), procalcitonina (PCT) (su secreción se induce por inflamación sistémica grave tras estímulos de endotoxinas bacterianas, shock cardiogénico), lactato (mejor marcador de hipoperfusión e hipoxia tisular) o dímero D por ejemplo ante tromboembolismo pulmonar o en casos de isquemia mesentérica²⁹.
- Analítica de orina: se hará un análisis sistemático y una tira reactiva en orina cuando exista sospecha de patología renal o de vías urinarias (hematuria, proteinuria, piuria, bacteriuria o leucocituria, bilirrubinuria); además de un test gestacional (en orina o en sangre) en aquellas mujeres en edad reproductiva susceptibles de estar embarazadas, para descartar la existencia de un embarazo ectópico^{5,23}.
- Hemocultivos y urocultivos: en caso de fiebre o indicios de infección urinaria¹⁹.
- Niveles plasmáticos de fármacos: por ejemplo de digoxina o teofilina, si están en el tratamiento habitual del paciente o hay sospecha de intoxicación¹⁸.

Electrocardiograma (ECG). Es un examen sistemático en aquellos sujetos que presentan dolor abdominal alto, para el descarte de patología isquémica cardíaca como causa del dolor y también para el estudio preoperatorio²³.

Pruebas de imagen.

- Radiografía de tórax: en proyección postero-anterior, lateral o bipedestación. Identifica una patología extraabdominal como neumonía, neumotórax, derrame pleural o neumoperitoneo que también cursa con dolor abdominal⁸.
- Radiografía de abdomen simple: en decúbito supino, lateral izquierdo o bipedestación. Permite examinar la estructura ósea, la silueta del Psoas y de vísceras sólidas, la detección de gas intestinal, líquido libre intraabdominal, aerobilia, cuerpos extraños radiopacos, masas o calcificaciones. Su utilidad está limitada especialmente al diagnóstico de complicaciones, por lo que se reemplaza por otros estudios con mayor especificidad y sensibilidad^{19,30}.
- Ecografía abdomino-pélvica: método inocuo y fiable, indicado como prueba de elección en embarazadas y cuando existe sospecha de patología hepática y biliar, pancreática,

urológica y pélvica. Permite observar abscesos, litiasis, aneurismas, masas y líquido libre siempre que no se interponga aire o grasa de por medio^{19,23,31}. Para confirmar o descartar un aneurisma de aorta y agilizar la IQ en caso de necesitarla, se le puede asociar el efecto Doppler¹⁴.

- Tomografía computarizada (TC) con o sin contraste: se escoge como estudio cuando existen dudas sobre la clínica o se evalúa un DANE, y establece el diagnóstico de DAA en la mayoría de los casos; ya que es la exploración complementaria más útil individualmente, por su especificidad y sensibilidad. Una modalidad de esta prueba es el angio-TC (con contraste), empleado como alternativa no invasiva a la angiografía tradicional⁸.

Otras pruebas.

- Endoscopia: se indica en hemorragia digestiva para la identificación de la causa (permite visualizar la mucosa del tubo digestivo y la recogida de biopsias) y en ocasiones como abordaje terapéutico (hemostasia, dilatación/colocación de prótesis, resección de pólipos). Contraindicada en caso de perforación^{8,12}.
- Arteriografía: ante sospecha de patología isquémica intestinal o aneurisma aórtico²³.
- Paracentesis diagnóstica/lavado peritoneal: cuando existe líquido libre, en cirrosis con ascitis, para el descarte de peritonitis bacteriana y para el diagnóstico de hemoperitoneo. Se tienen que tomar muestras para el estudio microbiológico y citológico¹².
- Laparoscopia diagnóstica: en caso de duda diagnóstica tras haber efectuado otras pruebas, como en la presencia de peritonismo o en sospecha de abdomen agudo quirúrgico²³. Este examen permite distinguir aquellos casos que requieren algún tipo de IQ de los que pueden ser tratados de manera conservadora; sin embargo, la laparoscopia es una cirugía como tal y puede ser considerado un método altamente invasivo como para ser utilizados de primera elección².

1.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tras haber realizado de manera efectiva: historia clínica, exploración física y pruebas complementarias, podemos situar el cuadro clínico que presenta el paciente dentro de algún diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta el amplio abanico de posibilidades etiológicas existentes³². Para una mejor orientación, hay que disponer de un conocimiento general de las causas más comunes en relación con edad, sexo². Lo esencial es concretar si se va a requerir de cirugía urgente o no y detectar los casos de mayor gravedad. Alguno de ellos puede resumirse en procesos inflamatorios, obstructivos o vasculares⁴:

Procesos inflamatorios. Presentan dolor continuo, con contractura refleja de los músculos abdominales e íleo reflejo ocasionado por la parálisis de la musculatura lisa en la zona de inflamación: apendicitis aguda, colecistitis aguda, perforación de víscera hueca, pancreatitis aguda, lesiones inflamatorias de colon como obstrucción o perforación, patología ginecológica como embarazo ectópico, torsión de quiste ovárico o aborto séptico^{4,23}.

Procesos obstructivos. Aparece dolor cólico sin irradiación en epigastrio o periumbilical, acompañado de náuseas y vómitos. Presenta distensión abdominal, timpanismo y ruidos de lucha en la exploración física. En las pruebas de imagen se ve distensión de las asas y signos de sufrimiento intestinal: tumores, diverticulitis, estenosis isquémica, hernias, vólvulos, íleo por cálculos biliares o ingesta de cuerpos extraños^{4,23}.

Procesos vasculares. Pueden ser ocasionados por oclusión de la luz de los vasos (trombo, émbolo), por oclusión vascular (inflamación, arteriosclerosis), por oclusión extraparietal o ser de origen funcional como shock o insuficiencia cardiaca^{4,23}.

En algunos casos concretos como el de apendicitis aguda, una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en la hospitalización por DAA, existen escalas diagnósticas que facilitan la labor de los profesionales médicos, agilizando la llegada hacia un diagnóstico correcto y preciso y disminuyendo la tasa de apendicetomías negativas. Dentro de estas escalas, que suponen una manera estructurada de recolección de datos y un enfoque completo y congruente de evaluación clínica, se encuentran: "Alvarado", "Alvarado modificada", "RIPASA" y "Ohmann"³³.

Una de las que se emplean con mayor frecuencia es la de Alvarado, basada en la consideración de ocho características extraídas del cuadro clínico de apendicitis aguda: tres síntomas, tres signos clínicos y dos valores de hemograma. Este sistema se denomina como "MANTRELS" por el acrónimo de sus siglas en inglés: **M.** Migración del dolor (al cuadrante inferior derecho), **A.** Anorexia o cetonuria, **N.** Náuseas y/o vómitos, **T.** Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho, **R.** Dolor por rebote, **E.** Elevación de la temperatura a más de 38°C, **L.** Leucocitosis mayor de 10 000 por mm³, **S.** Desviación a la izquierda mayor de 75% (neutrofilia). Cada característica tiene 1 punto asignado, excepto "T" y "L" con 2, llegando a un total de 10. Cuando se obtiene un resultado mayor o igual a 7 puntos, el paciente es susceptible de padecer y ser operado por apendicitis aguda, entre 4 y 6 puntos se requiere de observación y otras pruebas para su confirmación y por debajo de 4 es muy poco probable que curse con ese diagnóstico³³⁻³⁵.

Existen casos de DAA en los que no se llega a un diagnóstico etiológico tras la evaluación inicial del sujeto y se tipifica el cuadro como DANE, que es lo más frecuente. Estos pacientes pueden mantenerse en observación, si están estables, y ser evaluados de nuevo posteriormente. En aquellos inestables puede ser necesaria una exploración quirúrgica con fines diagnósticos, y en ocasiones terapéuticos, para llegar a conclusiones certeras¹². También hay que tener en consideración la existencia de causas poco frecuentes y su presentación en imágenes; ya que a veces cursan con una clínica similar a otras más comunes y puede derivar en confusiones y en fracaso a la hora de llevar a cabo el tratamiento, como: mucocele apendicular, angioedema intestinal, divertículo duodenal roto o absceso del psoas³⁶.

1.6. TRATAMIENTO

El manejo y tratamiento del DAA puede organizarse en diferentes pilares a poner en marcha una vez determinado un diagnóstico diferencial sobre el que actuar, en función de la situación clínica del paciente⁵.

Los pasos a seguir son: medidas generales, estabilización hemodinámica, manejo farmacológico del dolor y tratamiento específico según la etiología^{8,19,22,23}.

Medidas generales. Dentro de ellas encontramos las siguientes:

- Régimen cero: mantener reposo absoluto del tracto gastrointestinal inicialmente, hasta que se descarten enfermedades que lo requieran^{4,8,22,23}.
- Instauración de sonda vesical (SV) Foley, cuando exista retención aguda de orina o en casos graves para monitorizar la diuresis⁸.
- Descompresión gastrointestinal, si fuera necesaria, con sonda nasogástrica (SNG) abierta a bolsa (obstrucción intestinal alta)^{4,8,22,23}.
- Administración de fármacos como protectores gástricos o antieméticos en caso de vómitos de repetición (pancreatitis aguda) o si la SNG no está indicada para el paciente^{8,19,23}.

Estabilización hemodinámica. Basada en el control de vía aérea, ventilación y circulación (ABC)²⁶, por medio de la monitorización de signos vitales, electrocardiograma, oxigenoterapia y administración de fluidoterapia y drogas vasoactivas (en casos graves), para el mantenimiento de la adecuada perfusión en los órganos vitales^{8,23}. Entre las medidas destacan:

- Canalización de una o dos vías venosas periféricas (de buen calibre), y si no es posible de una vía central en casos de urgencia, para administrar lo antes posible la terapia intravenosa correspondiente, cuya cantidad y tipo variará en función de la enfermedad de base y la situación clínica del paciente^{8,23}.
- Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, y en caso necesario proporción de hemoderivados (tras efectuar las oportunas pruebas cruzadas en laboratorio para asegurar la compatibilidad de las muestras)⁸.

Manejo farmacológico del dolor. Los pacientes con DAA se tratan con analgesia, de manera individualizada, en función de la gravedad y tipo de dolor y teniendo en cuenta posibles interacciones farmacológicas con los medicamentos que consumen en la actualidad, alergias o su ubicación hospitalaria. La escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sirve como guía para el tratamiento farmacológico del dolor¹ (Figura 2).

| | Paso 2 | Paso 3 |
|---------------------------------------|--|---|
| Paso 1 | Opioide débil ± analgésico simple ± Adjunto simple | Opioide fuerte ± analgésico simple ± Adjunto simple |
| Analgésico simple ± Adjunto simple | por ejemplo, codeína + paracetamol + AINE | por ejemplo, morfina + paracetamol + AINE |
| por ejemplo, paracetamol + AINE | | |

Figura 2. Escalera analgésica de la OMS¹.

Habitualmente el dolor que va de leve a moderado se maneja de forma adecuada con analgésicos orales/intravenosos y siguiendo la escala anterior. En el dolor severo se requieren estrategias alternativas, como la utilización de opioides más potentes (morfina, fentanilo)¹. Todos ellos se administran al paciente de manera controlada y garantizando su seguridad³⁷.

Si persiste el dolor intenso, a pesar de haber sido empleada la dosis adecuada de analgésico para tratarlo, es un claro indicador de enfermedad grave que requiere de IQ².

Los analgésicos en dosis moderadas previas al estudio del sujeto, puede suponer una ayuda para el diagnóstico final al facilitar la anamnesis y el examen físico por disminuir la ansiedad y el malestar. Se va a evitar la sedación profunda que pueda encubrir la evolución del proceso subyacente. Otras veces no se proporcionan analgésicos hasta después de la exploración física^{23,28}.

Tratamiento específico según la etiología. Si el diagnóstico resulta evidente, se insta un tratamiento en función de su causa⁴, que va a ser.

- Tratamiento temprano de patologías con riesgo vital; un ejemplo es el shock, que precisa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para su manejo, si no se requiere antes de IQ de urgencia.
- Valoración de la necesidad de tratamiento quirúrgico por el servicio de cirugía del hospital²⁸.
- Antibioterapia intravenosa según la orientación del diagnóstico, antes y después de determinar las indicaciones quirúrgicas^{19,23}.

1.7. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO/OBSERVACIÓN

Aquellos pacientes con DAA que se presentan hemodinámicamente inestables y requieren de IQ para tratar su causa, tienen que ser estabilizados e intervenidos de urgencia. Los que no necesitan IQ pero tampoco están estabilizados, ingresan en UCI o en una unidad intermedia de cuidados para su monitorización rigurosa y manejo adecuados⁸.

Si tras el examen inicial en el SUH y la evaluación del caso por los profesionales médicos no se logra un diagnóstico claro, el paciente permanece en observación y es reevaluado de manera continua (desde minutos a horas). Si existe alguna sospecha clínica, se establece un tratamiento empírico y continúa su control. Por otro lado, en sujetos con buen estado general y que no presentan criterios de gravedad ni hallazgos físicos de importancia, se realiza una vigilancia domiciliaria y se recomienda volver a las urgencias del hospital en caso de empeoramiento^{5,12}.

Por lo tanto, entre las causas por las que se va a realizar el ingreso de los sujetos, una vez valorados y estudiados en el SUH están:

- Inestabilidad hemodinámica: déficit de fluido de líquidos, desequilibrio hidroelectrolítico⁸.
- Necesidad de tratamiento quirúrgico, tras la valoración de cirugía.
- Diagnóstico específico de una patología que requiere de ingreso hospitalario para ser tratada.
- Mala evolución del cuadro clínico tras permanecer en observación y ser reevaluado²⁸.
- Ancianos e inmunocomprometidos con o sin comorbilidad, con un diagnóstico en duda.
- Individuos con un diagnóstico que no es claro, pero en los que no se descartan a ciencia cierta causas graves que produzcan el dolor.

- Sujetos con alteración aguda/crónica de la conciencia, incapacidad de cumplir con las pautas médicas al alta o con el seguimiento posterior en la consulta, sin domicilio, sin apoyos sociales o con abuso de alcohol u otras drogas¹¹.
- Empeoramiento del dolor y otros síntomas tras haber recibido el alta hospitalaria².

1.8. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

Las enfermeras que trabajan en el SUH llevan a cabo una evaluación integral e individualizada de cada paciente para determinar el tipo de urgencia a la que se enfrentan y las necesidades de estos, encaminando su labor hacia un diagnóstico y tratamiento adecuados. Se tiene que procurar el cuidado tanto físico como psicosocial de la persona, lo que va a promover una buena relación terapéutica entre profesional y paciente. La práctica enfermera se basa principalmente en cinco etapas, denominadas en su conjunto como proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación^{9,38} (Anexo IV).

A la llegada de los pacientes a las urgencias hospitalarias es enfermería quien se encarga de realizar el triaje, basado en una valoración breve que permite determinar el nivel de gravedad del problema con el que acude el enfermo. En el caso del DAA resulta más complicado de efectuar debido a la gran variedad de causas que lo producen, y que hacen necesario prestar atención a multitud de aspectos para poder lograr una buena clasificación^{9,38,39}.

Una vez realizado el triaje, el paciente es trasladado a otra área donde se continúa con la actuación de enfermería, esta debe estar organizada y ser realizada en condiciones asépticas. Cualquier labor llevada a cabo por la enfermera tiene que ser informada al paciente, así como registrada con el fin de constatar su realización^{9,38,39}.

Para mejorar el rendimiento de los profesionales del SUH y la atención que proporcionan, existen marcos de actuación estructurados. Un ejemplo es el denominado "HIRAD" (por sus siglas en inglés), se trata de una estructura teórica que se basa en la evidencia científica disponible y está indicada para que las enfermeras de urgencias lleven a cabo de modo sistemático la evaluación integral y continua del paciente una vez efectuado el triaje, hasta su derivación a otro servicio o a domicilio. Se basa en seis componentes: **H.** Realización de la historia clínica del paciente (historia de salud individual, problema presente), **I./R.** Identificación de peligros (signos/síntomas potenciales o reales de gravedad), **A.** Realización de una evaluación física (encuesta, signos vitales, examen físico íntegro), **I.** Intervenciones (según los resultados de la evaluación), **D.** Diagnósticos (conclusiones a las que se llega y que van a determinar el tratamiento), llevados a cabo de manera singular o simultánea con el médico (que efectúa también otras tareas). La reevaluación de los pacientes en el servicio, así como la comunicación tanto con ellos como con el resto de profesionales, es básica para determinar su progreso y la manera en la que el paciente va respondiendo a las intervenciones efectuadas, a fin de proporcionarles una práctica de calidad con buenos resultados^{9,39}.

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal agudo es un motivo muy frecuente de ingreso en el servicio de urgencias hospitalarias. Enfermería forma parte del equipo multidisciplinar responsable de la atención de estos paciente, y es por lo que con este trabajo fin de grado y mediante una revisión bibliográfica de tipo narrativo, se pretende conocer lo publicado sobre el dolor abdominal agudo y más concretamente sobre la actuación de enfermería ante el paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Compilar lo publicado sobre el DAA.

Objetivos específicos:

- Identificar las pautas de actuación que se realizan en los pacientes que ingresan en el SUH con DAA.
- Analizar las intervenciones de enfermería realizadas ante el paciente con DAA en el servicio de urgencias.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica narrativa entre el mes de noviembre de 2019 hasta mayo de 2020 para el desarrollo del trabajo. Esta se efectúa a través de recursos electrónicos y en diferentes bases de datos: ELSEVIER (Science Direct), MEDLINE, Dialnet Plus, CINAHL, Ovid, ProQuest (Health & Medical Collection) y en los buscadores Google Académico y Almena Discovery.

Las palabras clave, utilizadas en español y también en inglés, fueron las siguientes: “dolor abdominal”, “agudo”, “enfermería”, “urgencias”. Para la estrategia de búsqueda estas fueron combinadas con los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Las palabras clave que se alternaron para efectuar la búsqueda en cada una de las bases de datos anteriormente mencionadas fueron:

- ELSEVIER: “abdominal pain”, “acute”, “nursing”, “emergency”.
- Medline: “dolor abdominal”, “agudo”, “enfermería”.
- Dialnet Plus: “dolor abdominal”, “agudo”, “urgencias”, “enfermería”.
- CINAHL: “dolor abdominal”, “urgencias”, “enfermería”.
- OVID: “abdominal pain”, “nursing”, “emergency”.
- ProQuest: “dolor abdominal”, “enfermería”, “urgencias”.

4.2. PROCESO DE SELECCIÓN

La realización de esta revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante la selección de diferentes publicaciones, cuya búsqueda se limitó tras aplicar una serie de criterios de inclusión y de exclusión:

4.2.1. Criterios de inclusión:

- Publicaciones de los últimos diez años, desde 2011 hasta 2020.
- Trabajos científicos publicados en cualquier idioma.
- Publicaciones sobre el DAA.
- Actuación enfermera en el SUH ante un DAA.

4.2.2. Criterios de exclusión:

- Dolor abdominal crónico.
- Edad pediátrica.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron un total de 70 publicaciones. Después de la lectura crítica de las mismas se escogieron finalmente 38, desechando aquellos artículos que no aportaban información novedosa o útil para esta revisión bibliográfica. Además, por su relevancia con el tema de estudio también se han utilizado dos publicaciones anteriores al año 2011: un libro y una guía clínica, quedando así 40 referencias. Todo esto se refleja en el diagrama de flujo siguiente (Figura 3).

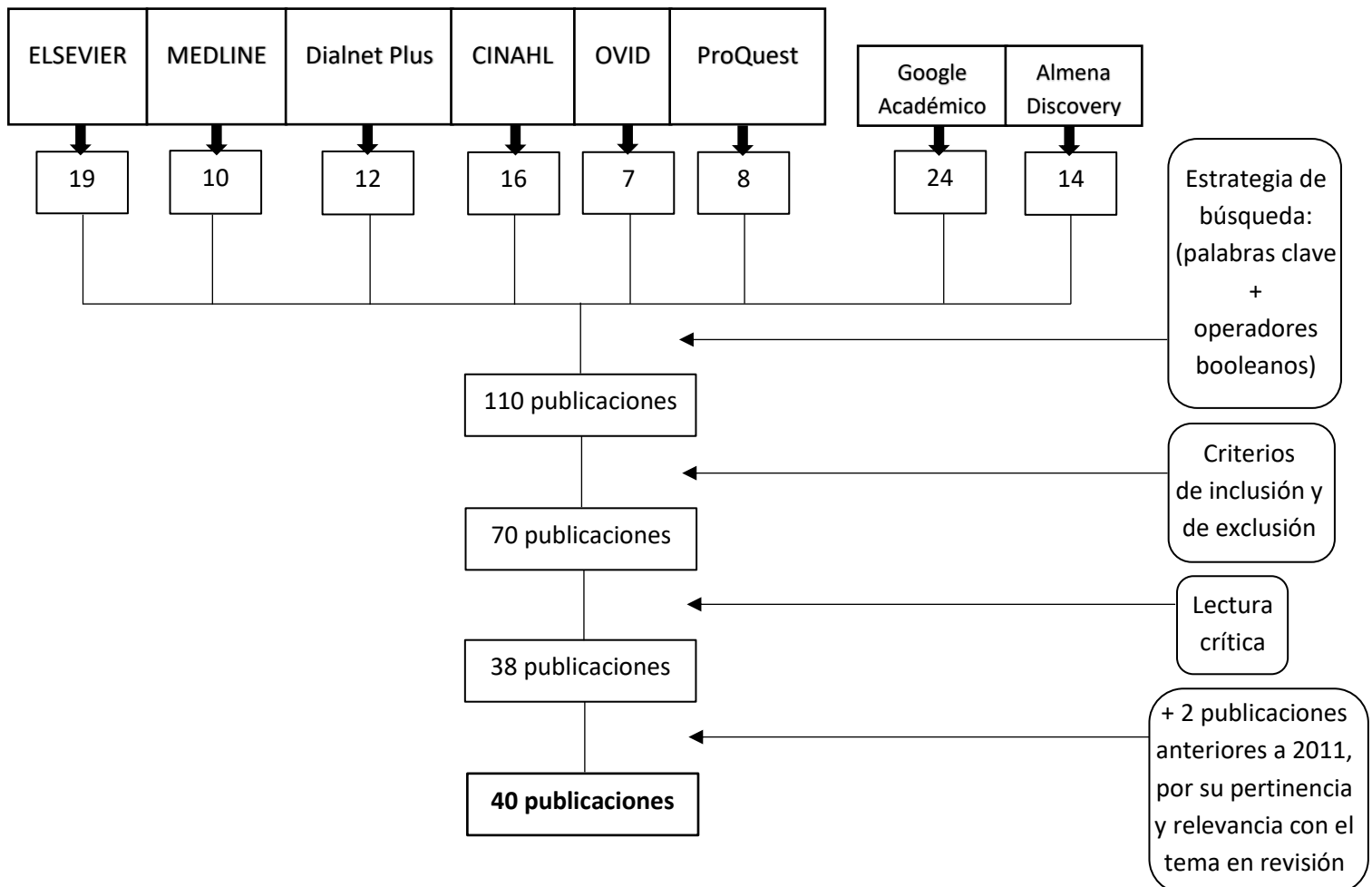


Figura 3: Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la realización de este apartado se han utilizado 14 publicaciones por contener información puntual sobre las pautas de actuación a seguir ante un DAA en el SUH. Tras su análisis se ha observado que existen acuerdos y desacuerdos entre los diferentes autores sobre ellas: anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento, inicio de la terapia analgésica y observación del paciente.

La mayor parte de los autores de las publicaciones están de acuerdo en que es el estado clínico inicial del usuario que llega a urgencias el que determina el orden en el que se desarrolla cada actuación; ya que en caso de presentar signos de alarma o criterios de gravedad y una situación hemodinámicamente inestable que suponen riesgo vital, se establecen prioridades y se adoptan medidas urgentes y de soporte para actuar en consecuencia lo antes posible. Si por el contrario inicialmente se encuentra estable y sin gravedad aparente, se procede a la realización de una anamnesis y exploración física detalladas, en las que el paciente va a poder aportar información y ser colaborativo. Seguidamente se llevan a cabo las pruebas complementarias necesarias, enfocadas al establecimiento de un diagnóstico diferencial; así como la aplicación del tratamiento necesario en relación con este. Teniendo en cuenta todo ello, exceptuando las situaciones de elevada urgencia, también existe acuerdo de que en todo paciente que acude al SUH estas pautas se le tienen que realizar y cumplimentar^{2-4,7,8,13,18,19,22-24}.

Existe una distinción principal entre usuarios que presentan dolor abdominal intenso con compromiso vital presente o potencial, donde la medida inicial de elección puede ser la estabilización y la exploración quirúrgica de urgencia y otros con cuadros más leves donde la indicación principal es la observación detallada y la evaluación diagnóstica¹³. Algunos autores establecen una clasificación entre DAA urgente (necesidad de tratamiento inmediato en 24 horas) o no urgente (el tratamiento inmediato no es necesario)². En este proceso juegan un papel decisivo los profesionales de enfermería con el triaje que realizan, tal y como se refleja en el punto 1.8. de esta revisión. Tras el triaje el paciente pasará a ser examinado y evaluado, y existen acuerdos y desacuerdos en cuanto a la realización en tiempo y forma de: anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento, inicio de la terapia analgésica y observación.

Existe acuerdo de la necesidad de realizar una **anamnesis** completa, con la colaboración del paciente y/o de sus acompañantes, en la que se recoja información relevante y precisa. Dentro de ella incluyen apartados como: edad, sexo, antecedentes personales (médico-quirúrgicos), consumo de fármacos y tóxicos, hábitos sociales, antecedentes familiares; de la misma forma que la semiología del dolor presentado^{2-4,7,8,13,18,19,22-24}. En este último punto del dolor, los autores tienen en cuenta diferentes aspectos: aparición/instauración y localización^{2-4,7,8,13,18,19,22-24}, origen^{4,13}, características/tipo^{2-4,7,13,18,19,22-24}, intensidad^{2,4,8,13,18,19,22,24}, irradiación^{4,7,8,18,19,24}, factores agravantes o atenuantes^{3,7,8,19,22-24} y síntomas asociados^{2,4,7,8,13,18,19,23,24}.

La **exploración física** según Moya Mir MS et al.⁸ es otro punto fundamental en la valoración del paciente con DAA, indican que esta se inicia incluso con anterioridad a que el paciente se sitúe en el box de atención; ya que desde un primer momento se puede observar su manera de: deambular, la expresión facial o la actitud con la que llega. Además otros autores puntualizan que debe ser meticulosa y no limitarse en exclusiva al abdomen; por lo que tienen

en cuenta: signos vitales: PA, FC, FR, Tª, SaO₂, examen general: coloración de la piel y mucosas, hidratación, conciencia, actitud y posición, exploración abdominal: inspección, auscultación, palpación, percusión, exploración rectal: tacto rectal y exploración de genitales externos: tacto vaginal, examen testicular. Existe consenso en señalar el examen abdominal como el de mayor importancia, así como en el establecimiento de un orden determinado en su realización para que no haya interferencia entre el desarrollo de unos pasos y otros. Hay una observación especial sobre la palpación, ya que esta debe efectuarse desde la zona más alejada del punto máximo de dolor y hacia él, de manera tanto superficial como profunda. Por otro lado, no hay acuerdo en la recomendación de los signos a valorar^{2-4,7,8,13,18,19,22-24}.

Algunos autores^{2-4,7,8,13,18,19,22-24} coinciden en situar a la anamnesis y al examen físico bien efectuados, consecuencia del trabajo conjunto de los profesionales de enfermería y medicina, como acciones clave para descartar causas posibles de origen del DAA y esclarecer el camino hacia un diagnóstico certero. Arteaga Perlata V et al.², mencionan que la sensibilidad y especificidad de estos van a estar influenciadas por la experiencia de los profesionales que realizan la labor, la colaboración del usuario o sus acompañantes y por el tipo de patología que se estudia. Por otra parte García Marín A et al.²⁴, añaden que a pesar de que la anamnesis y la exploración física nos proporcionan una sospecha etiológica, estas necesitan ser complementada con otros estudios que incluyen otras pruebas.

En las publicaciones seleccionadas, los autores están de acuerdo en que las **pruebas complementarias** deben ser elegidas y solicitadas en función de la etiología clínica por la que más se decantan los sanitarios tras evaluar las actividades anteriores, aunque no todas deben realizarse como práctica rutinaria sin base a cierto criterio o fin^{2-4,7,8,13,18,19,22-24}. Sin embargo, Julián Jiménez A⁷ y García Marín A et al.²⁴, mencionan que pueden ser de escaso valor por su baja especificidad; ya que en ocasiones concluyen en resultados normales aun existiendo una patología significativa en el paciente o, por el contrario, anormales pero sin orientar a un diagnóstico definitivo. Las pruebas complementarias más utilizadas son: exámenes de laboratorio, ECG, pruebas de imagen y otras pruebas^{2-4,7,8,13,18,19,22-24}.

Exámenes de laboratorio. En personas adultas sanas y sin comorbilidad se solicitan para descartar alguna sospecha clínica o si la etiología que presenta es dudosa. Pero en ancianos, inmunodeprimidos o con otras patologías de base, los datos aportados pueden ser inespecíficos e incluso engañosos²³.

- Analítica de sangre y orina: Pereira Juliá A et al.³ y Cordero Torres JA et al.²³, destacan la valoración especial del hematocrito y la concentración de hemoglobina como indicadores de hemorragia; además de las características de los glóbulos rojos y el recuento de leucocitos como predictores de infección o inflamación. Se solicita una bioquímica básica, con parámetros añadidos en función de la historia clínica del paciente y de la orientación diagnóstica^{3,7,8,23}. La gasometría arterial se realiza en caso de sospecha de patología pulmonar; ya que para valorar el equilibrio ácido-base basta con una venosa³. La coagulación es necesaria por la posibilidad de que haya una IQ posterior o en caso de sepsis^{3,22-24}. La presencia de alteraciones en el examen de orina sistemático pueden ser indicativos de infección del tracto urinario o de cuadros de inflamación adyacentes a los uréteres². El test gestacional se realiza en mujeres en edad fértil para descartar el embarazo ectópico^{3,7,8,13,18,19,23,24}.

- Pereira Juliá et al.³, Moya Mir MS et al.⁸ y Vázquez Lima MJ et al.¹⁹, incluyen los hemocultivos y/o urocultivos si existe febrícula o por la orientación diagnóstica.

ECG. Algunos autores están de acuerdo en que es esencial como medida preoperatoria (con mayor atención en ancianos y sujetos con factores de riesgo vascular), ante sospecha de patología cardíaca por dolor en cuadrante superior y para el descarte de anomalías que pueden predisponer cuadros graves^{3,4,7,8,18,19,23}. Sin embargo, otros no lo mencionan^{2,13,22}.

Pruebas de imagen. En una de las publicaciones se resalta que estos estudios de imagen no deben retrasar la cirugía si los signos y síntomas en el paciente son claros¹³.

- Varios autores proponen la seriada abdominal (con radiografía de tórax y abdomen) ante sospechas de perforación u obstrucción y no de manera sistemática; ya que sugiere que este tipo de exámenes simples en escasas ocasiones diagnostican otros trastornos¹³. Existe desacuerdo en la postura con la que se efectúan: algunas publicaciones resaltan la proyección lateral y postero-anterior para la radiografía torácica^{3,4,7,8,19,23}, a lo que una de ellas aporta la de bipedestación¹³. Para la abdominal varios autores coinciden en la colocación en decúbito supino y bipedestación^{3,4,7,8,13,19,23,24} y otros añaden el decúbito lateral izquierdo si no se tolera la segunda^{4,7,23,24}. Arteaga Perlata V et al.² destacan que a pesar de tener un uso muy extendido no son efectivas en la distinción entre cuadros urgentes y no urgentes, e incluso pueden llevar a falsos positivos y negativos.
- La ecografía es de utilidad ante patología biliar y/o ginecológica^{2,3,7,8,13,18,19,23}. Varias publicaciones la reflejan como un método inocuo y fiable, con una sensibilidad de 70% y especificidad de 85% ante una causa urgente^{2-4,23,24}. Julián Jiménez A⁷, resalta que va a ser de elección en embarazadas y aporta el beneficio de poder ser usada a la cabecera de la cama en pacientes hemodinámicamente inestables.
- TC. Uno de los autores estima que su uso bien combinado con la evaluación previa realizada detecta causas de urgencia en un 89% y por ello constituye la prueba diagnóstica por excelencia en los SUH². Sin embargo, a pesar de su buena sensibilidad y especificidad diagnósticas en el DAA^{3,23,24}, presenta desventajas como el coste elevado, la exposición a radiación ionizante o los riesgos derivados del contraste intravenoso; por lo que se deben considerar otras opciones posibles como radiología convencional o ecografía antes de su petición². Julián Jiménez A⁷ destaca que puede tener función tanto diagnóstica como terapéutica, con especial indicación ante DANE, pero solo en pacientes con estabilidad hemodinámica.

Otras pruebas. En algunas publicaciones se pone de manifiesto que la prueba laparoscópica es útil para distinguir de forma precisa los casos con necesidad de IQ de los que pueden tratarse de manera conservadora, cuando hay dudas tras los estudios radiológicos anteriores o cuando estos no se completan por la inestabilidad del sujeto que se atiende. También plasman que se trata de una opción altamente invasiva, para la que hay que valorar las características individuales del paciente y barajar otras alternativas antes de su uso^{2,7,23}.

La finalización y evaluación de todas las acciones anteriores conlleva en algunos casos a poder determinar la causa etiológica de DAA y llegar así a un **diagnóstico** final o diferencial o, en contraposición, inespecífico o indeterminado²². Abreu Galán MA et al.⁴ afirman que es fundamental discernir los casos que requieren de IQ urgente tras establecer un cuadro clínico.

Por otra parte, Julián Jiménez A⁷ menciona en su publicación algunos fallos importantes que pueden darse al atender un DAA: retrasar el diagnóstico y el tratamiento en pacientes con síntomas atípicos que pueden ser confusos (ancianos, inmunodeprimidos), no identificar de manera adecuada la gravedad del usuario, limitarse a explorar la zona abdominal y no examinar otras regiones de igual importancia (genital, pélvica, inguinal) cuando el dolor es inferior, depender en gran medida de las pruebas de laboratorio o no reevaluar pacientes con DAA que no se han podido incluir en ningún cuadro etiológico.

Debido a la gran variabilidad de causas de DAA, Arteaga Perlata V et al.² manifiestan que se debe realizar un cribado según la edad, sexo y situación personal y además consideran casos especiales como inmunodeprimidos, gestantes y ancianos, ya que pueden condicionar los resultados de la evaluación, al quedar camuflados signos y síntomas clásicos. Atendiendo a la edad, un autor apunta que las patologías con mayor complejidad y gravedad (cáncer, enfermedad vascular) son más probables en mayores de 50 años; mientras que la mortalidad se eleva de forma significativa a partir de los 70 años. Asimismo, considera preciso conocer que pueden darse casos de “imitadores” de DAA, definidos como afecciones que no generan alteración abdominal pero si la sensación de dicho dolor, a veces como única manifestación².

Al comparar las publicaciones en lo que respecta al **tratamiento** ante un DAA aportan criterios comunes, pero también hay discordancia en el orden y en la manera en que debe efectuarse^{2-4,7,8,13,18,19,22,23}. Los cuidados enfermeros que van a llevarse a cabo en el SUH ante estos pacientes van a depender de si se precisa o no su estabilización hemodinámica^{2-4,7,8,18,19,23}.

Estabilización hemodinámica del paciente ante casos graves (como shock), siendo una actividad prioritaria^{4,7,8,18,19,23}. Así enfermería realizará:

- Valoración del “ABCDE”: A. Permeabilidad de la vía aérea, B. Respiración, C. Circulación, D. Nivel de conciencia, E. Valorar dolor; determinando las medidas de soporte necesarias para atender la situación: apertura de la vía aérea (intubación orotraqueal) efectuada por el médico, sueroterapia, analgesia¹⁸.
- Monitorización de signos vitales (PA, FC, FR, T^a, SaO₂) para detectar cambios en el tiempo. Atención a signos y síntomas presentes que supongan un compromiso para el paciente. El enfermo se conecta a un monitor cardiaco y a un oxímetro^{7,8}.
- Canalización de dos vías venosas periféricas de calibre grueso para el restablecimiento de la perfusión tisular y la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, con inicio temprano de sueroterapia para la reposición líquida y del tratamiento farmacológico correspondiente. En caso de necesidad se aportarán sangre y/o hemoderivados, no sin antes haber efectuado las respectivas pruebas cruzadas en laboratorio (aunque esto puede variar según la urgencia). Si el paciente necesita aporte líquido abundante, debe seleccionarse el catéter más grande posible. Se colocará una vía venosa central para la administración de fármacos vasoactivos (en situación de gravedad) o mediciones de la presión venosa central (PVC), en caso de petición o si hubiera dificultades con la vía periférica^{4,7,8,18,23}.
- Extracción de una muestra sanguínea para su análisis, incluyendo hemograma, bioquímica básica y hepática, coagulación, gasometría y petición de pruebas cruzadas (para posible transfusión de componentes sanguíneos); además de una muestra de orina para el análisis sistemático y la determinación de un test gestacional (en mujeres

- en edad fértil). Se recogerán de forma previa al inicio de la terapia intravenosa con el fin de evitar alteraciones en los resultados⁸.
- Administración de soluciones coloides o cristaloides a base de suero salino fisiológico (SSF) al 0,9% o Ringer Lactato, para la reposición inicial de la volemia. La cantidad y tipo de solución se determinan y modifican en función de la clínica del paciente y la enfermedad de base^{4,18}.
 - Inicio de oxigenoterapia en concentraciones altas de flujo ante el shock, que se regularán y disminuirán progresivamente en función de las condiciones del paciente. Prestar especial cuidado a la retención de carbónico^{7,23}.
 - Realización de un ECG⁸.
 - Valorar la colocación de SNG en caso de que se precise descompresión gastrointestinal por obstrucción alta del intestino^{4,8,22,23}.
 - Instauración de SV (Foley) si hubiera retención urinaria aguda o para monitorizar la diuresis, debido a que el gasto urinario es un reflejo de la perfusión renal⁸.
 - Ingreso del paciente en la UCI cuando no se logre la recuperación hemodinámica o en casos graves donde la monitorización y estabilización tengan que efectuarse en dicho servicio, una vez que el médico haya estimado que no precisa IQ de urgencia y tras efectuar el diagnóstico etiológico (shock)⁷.

Si el usuario no precisa estabilización hemodinámica, las medidas que se toman son^{2-4,7,8,18,19,22,23}:

- Dieta absoluta y supresión de cualquier ingesta oral hasta que se descarten aquellas patologías que la requieran, o por si fuera necesario efectuar determinadas pruebas^{4,8,22,23}.
- Canalización de una vía venosa periférica para la administración de terapia intravenosa^{4,8,22}.
- Inicio de sueroterapia de mantenimiento^{7,22}.
- Administración del tratamiento sintomático prescrito según la clínica presentada: analgésicos, antieméticos (en caso de vómitos). La enfermera que lo inicia debe conocer la posología, farmacocinética y farmacodinámica de los fármacos empleados^{4,18,19,23}.
- Comienzo del tratamiento específico pautado por el facultativo según la causa médica o quirúrgica del proceso^{8,18,22,23}. En el último caso y tras la valoración del cirujano, se establecerá si es necesaria o no la IQ. En caso de ser requerida de manera urgente será la actuación prioritaria⁸.
- El tratamiento antibiótico estipulado se administrará antes y después de la cirugía, en función de la orientación del diagnóstico^{7,22,23}. En casos graves de sepsis tiene que iniciarse dentro de la primera hora tras haber detectado el cuadro, porque cada hora de retraso eleva en un 7,6% la mortalidad. Se cogerán cultivos de sangre antes de comenzar la terapia².
- En cualquiera de los casos, y siempre que sea posible, hay que explicar al paciente la actividad que se le va a realizar; ya que esto va a contribuir a disminuir la ansiedad o miedo que pueda generarle la situación⁴.

El punto de mayor controversia y desacuerdo entre los autores es cuándo realizar el **inicio de la terapia analgésica**. Algunos comparten la opinión de que debe ser previo a la exploración y diagnóstico, para aliviar el dolor intenso y promover efectos beneficiosos que

faciliten el proceso^{2,3,19,22,23}. Otros discrepan, afirmando que la analgesia interfiere en la detección de hallazgos durante el examen^{4,13}. Vázquez Lima MJ et al.¹⁹, afirman que el tratamiento analgésico (incluso con opioides), no retrasa el diagnóstico ni provoca efectos en su exactitud. Por otra parte, Cordero Torres JA et al.²³ afirman que su uso durante el estudio etiológico será valorado siempre y cuando se evite la sedación profunda que encubra el desarrollo del curso subyacente. Varios autores se apoyan en que muchos estudios confirman que la analgesia no oculta sintomatología, ni influye en la decisión sobre el tratamiento; sino que es beneficiosa para el paciente (disminución de contracción abdominal voluntaria y temor) y para el examinador (exploración en mejores condiciones)^{2,3}. Pereira Juliá A et al.³ proponen iniciar dicha terapia con AINE siempre que no estén contraindicados (con paracetamol como alternativa) y Arteaga Perlata V et al.² indican que los opiáceos solo deben utilizarse ante un EVA mayor de 3; ya que si es igual o menor de 3 puede utilizarse paracetamol o metamizol. En contraposición, una publicación refleja que el alivio de dolor previo al diagnóstico entorpece la evaluación, aunque en dosis moderadas la analgesia por vía intravenosa (fentanilo 50-100 µg, morfina 4-6 mg) puede contribuir a la reducción de la ansiedad y molestia, haciendo más sencillo el examen¹³. Abreu Galán MA et al.⁴ plantean la administración analgésica si se ha alcanzado un diagnóstico etiológico, pero manifiestan duda en caso de desconocimiento de la causa de dolor y de si es de tipo médico o quirúrgico; y solo apuntan a la analgesia temprana ante dolor intenso (como recurso para tranquilizar y hacer más sencilla la exploración, además de retrasar la aparición posible de shock) y proponen que se debe esperar para su administración hasta la valoración por el cirujano si no es de tal intensidad. Además, otro autor sostiene su pauta tras la exploración física, pero si el dolor es intenso recomienda tramadol 50 mg intravenoso o intramuscular²⁸.

En función del progreso del paciente y tras su **observación** activa y reevaluación, el tratamiento y cuidados se van a continuar efectuando bien en el medio hospitalario con su ingreso (en caso de no haber mejoría en las 24 horas siguientes a la evaluación inicial, si no hay diagnóstico, si el dolor continúa y si el diagnóstico lo requiere o si hay que realizar IQ), o en el medio domiciliario si se produce el avance positivo de su estado^{2,4,8}.

Munroe B et al.⁹ destacan la necesidad de que el personal de enfermería que pertenece al servicio de urgencias debe estar formado en las competencias que se requieren para efectuar las tareas de evaluación y seguimiento de forma precisa, completa, integral y continua en los pacientes con DAA.

Chong V et al.¹⁰ resaltan la importancia que tienen las guías de actuación y los manuales como apoyo en la atención al paciente, facilitando que esta sea de calidad. Además, hay dos puntos de vista diferentes en torno a ello: por un lado, Rycroft-Malone J et al. “mencionados en Chong V et al.¹⁰”, estiman que la utilización de dichas publicaciones puede disminuir la capacidad de los profesionales sobre la evaluación y razonamiento clínico; a diferencia de lo que opinan Mayumi T et al. “también mencionados en Chong V et al.¹⁰”, que los consideran un punto importante de referencia y apoyo.

6. CONCLUSIONES

- El dolor abdominal agudo es un síndrome clínico doloroso de carácter no traumático, aparición repentina, sin diagnóstico previo, con gran variabilidad etiológica y es la causa de entre el 5 y 10% de los ingresos en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Enfermería es la encargada de realizar el triaje del paciente con dolor abdominal agudo a su ingreso en el servicio de urgencias, su valoración inicial está enfocada a diferenciar de forma temprana los cuadros que presentan inestabilidad hemodinámica de los que no lo son.
- El paciente con dolor abdominal agudo inestable hemodinámicamente requiere inmediata estabilización y control antes que cualquier otra actividad.
- El paciente con dolor abdominal agudo hemodinámicamente estable nos permite realizar una anamnesis, exploración física, diagnóstico, tratamiento y observación, pautas sobre las que todos los autores están de acuerdo; sin embargo, no existe uniformidad de opinión sobre la elección de las pruebas complementarias a realizar, ni con el tiempo de inicio de la analgesia.
- Enfermería interviene en todas las actuaciones que se realizan en el servicio de urgencias desde la llegada hasta la derivación, bien intrahospitalaria o domiciliaria, del paciente con dolor abdominal agudo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Hay D, Nesbitt V. Management of acute pain. Surgery [Internet]. 2019 [acceso 10 Feb 2020]; 37(8): 460-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2019.05.004>
- (2) Arteaga Perlata V, De la Plaza Llamas R, Ramia Ángel JM. Dolor abdominal agudo. Medicine [Internet]. 2019 [acceso 6 Mar 2020]; 12(87): 5100-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.10.002>
- (3) Pereira Juliá A, Domingo Serrano F, Sánchez Ruiz S. Atención al paciente urgente. Urgencias abdominales. Medicine [Internet]. 2019 [acceso 22 Ene 2020]; 12(87): 5089-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.10.001>
- (4) Abreu Galán MA, García Criado EI, Otero Cacabelos M, Toquero de la Torre F. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Situaciones de Urgencia. 1ª ed. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.; 2003.
- (5) García Marín A, Sánchez Rodríguez T, Camarero Mulas C, Turégano Fuentes F. Dolor abdominal. Abdomen agudo. Medicine [Internet]. 2011 [acceso 22 Ene 2020]; 10(90): 6069-77. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70224-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70224-4)
- (6) Cairós Ventura LM. Validación del sistema de triaje del Hospital General de La Palma [tesis doctoral]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2017.
- (7) Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª ed. Toledo: Grupo Saned; 2016.
- (8) Moya Mir MS, Laguna del Estal P. Urgencias en el paciente hospitalizado. Guía de actuación. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2015.
- (9) Munroe B, Curtis K, Murphy M, Strachan L, Buckley T. HIRAIID: An evidence-informed emergency nursing assessment framework. Australas Emerg Nurs J [Internet]. 2015 [acceso 8 Feb 2020]; 18(2): 83-97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2015.02.001>
- (10) Chong V, Schultz TJ, Donnelly F. Clinical protocols for adults with acute abdominal pain in Australian emergency departments. J Eval Clin Pract [Internet]. 2019 [acceso 8 Feb 2020]; 25(3): 412-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30714279>
- (11) Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Medicina de urgencias Vol. 1. 5ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2002.
- (12) González San Martín F, Martín Arribas MI, Perianes Díaz E, Rodríguez Pérez A. Dolor abdominal agudo en el adulto. Medicine [Internet]. 2012 [acceso 11 Mar 2020]; 11(6): 355-64. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70312-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70312-8)
- (13) Manual Merck [sede Web]. Nueva York: Merck and Co.; 2017 [acceso 24 Feb 2020]. Dolor abdominal agudo. Disponible en: https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/dolor-abdominal-agudo#v890312_es
- (14) Salom A. Dolor abdominal y cuadro agudo de abdomen. Tend en Med [Internet]. 2016; 25(48): 137-44. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes48/art_19.pdf
- (15) Fisterra [sede Web]. Madrid: Elsevier; 2018 [actualizada 19 Nov 2018; acceso 1 Mar 2020]. Guía clínica: Dolor abdominal agudo. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dolor-abdominal-agudo/>
- (16) Velamazán Sandalinas R, Alfaro Almajano E, Simón Marco MA. Protocolo diagnóstico del dolor epigástrico agudo. Medicine [Internet]. 2020 [acceso 24 Abr 2020]; 13(2): 102-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300214>
- (17) Rodríguez Murillo M. Enfoque agudo del dolor abdominal. Rev Med Costa Rica Centroam [Internet]. 2013 [acceso 18 Mar 2020]; 70(608): 731-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134zd.pdf>
- (18) Bibiano Guillén C, García Sanz MT, Ibero Esparza C, Mir Montero M, Pacheco Puig R. Manual de urgencias. 3ª ed. Madrid: Grupo Saned; 2018.

- (19) Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en urgencias. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2017.
- (20) Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017 [acceso 18 Mar 2020]; 28(2): 282-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-abdominal-agudo-en-el-S0716864017300445>
- (21) Betancur R, Salazar JP, Brinkmann M, Quezada R. Dolor abdominal en urgencia. Rev Hosp Clin Univ Chile [Internet]. 2013 [acceso 1 Mar 2020]; 25(1): 232-8. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Dolor-abdominal-en-Urgencia.pdf>
- (22) Rivas Jiménez M. Manual de urgencias. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.
- (23) Cordero Torres JA, Hormeño Bermejo RM. Manual de urgencias y emergencias. 2ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2012.
- (24) García Marín A, Compañ Rosique A, Candela Gomis A, Díez Miralles M, Mella Laborde M, Ramos Forner G et al. Manual de abdomen agudo: una guía en la urgencia. 1ª ed. Elche: Editorial de la Universidad Miguel Hernández; 2016.
- (25) Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017 [acceso 8 Feb 2020]; 28(2): 248-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.012>
- (26) Carchi Soliz MD. Valoración y cuidados de enfermería en el dolor abdominal agudo inespecífico en pacientes agudos del servicio de urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín [tesis]. Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2014.
- (27) Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Guía Seidel de exploración física. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- (28) Moya Mir MS. Guía rápida de actuación en urgencias. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2012.
- (29) Calvo-Rodríguez R, Gallardo-Valverde JM, Montero-Pérez FJ, Baena-Delgado E, Jiménez-Murillo L. Utilidad de los biomarcadores en el manejo del dolor abdominal. Emergencias [Internet]. 2016 [acceso 16 Feb 2020]; 28: 185-92. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/download/utilidad-de-los-biomarcadores-en-el-manejo-del-dolor-abdominal/force_download/
- (30) Van Randen A, Laméris W, Luitse JSK, Gorzeman M, Hesselink EJ, Dolmans D et al. The role of plain radiographs in patients with acute abdominal pain at the ED. Am J Emerg Med [Internet]. 2011 [acceso 8 Feb 2020]; 29(6): 582-89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2009.12.020>
- (31) García de Casasola G, Casado López I, Torres-Macho J. Ecografía clínica en el proceso de toma de decisiones en medicina. Rev Clin Esp [Internet]. 2020 [acceso 1 May 2020]; 220(1): 49-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256519301109>
- (32) Ovalle L. Dolor abdominal agudo. Gastroenterol latinoam [Internet]. 2015 [acceso 1 Mar 2020]; 26(1): 40-7. Disponible en: <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2015s100008.pdf>
- (33) Motta-Ramírez GA, Estrada-Salvador D, Romero-López CI, Santiago-Reyes S, García-Ayón A, Santos-Matías M. Escalas diagnósticas y su utilidad en la evaluación clínica del síndrome doloroso abdominal en el primer escalón de atención médica. Rev Sanid Milit Mex [Internet]. 2017 [acceso 18 Mar 2020]; 71: 321-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2017/sm174c.pdf>
- (34) Ron Aguirre A, Saleme Cruz E, Guerrero Marín T, Hernández Franco K, Montiel Falcón H, Olvera Guzmán C. Utilidad de la escala de Alvarado para el estudio del dolor abdominal inespecífico en el Departamento de Urgencias del Centro Médico ABC. An Med (Mex) [Internet]. 2013 [acceso 18 Mar 2020]; 58(2): 90-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

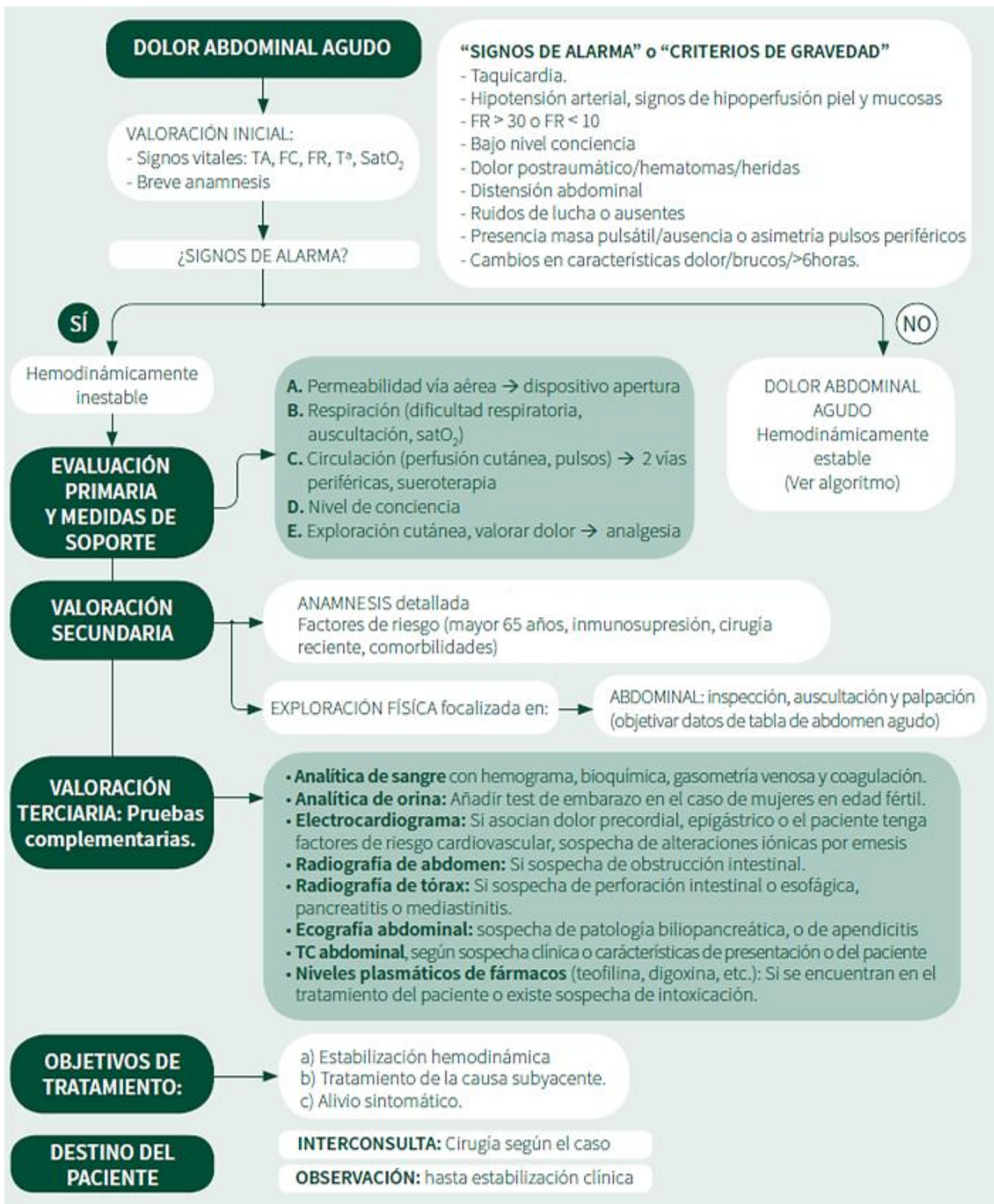
- (35) Gómez López JR. Valor predictivo de las escalas diagnósticas en el abdomen agudo de fosa ilíaca derecha en un hospital de nivel I [tesis doctoral]. Valladolid: Escuela de Doctorado Universidad de Valladolid; 2019.
- (36) Paba M, Hernández Pinzón J, Jeanmaire E, Larrañaga N, Espil G, Kozima S. Dolor abdominal: causas poco frecuentes. Rev Argent Radiol [Internet]. 2018 [acceso 28 Feb 2020]. DOI: 10.1055/s-0038-1676496. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1676496.pdf>
- (37) Curseen KA, Taj J, Grant Q. Pain management in patients with serious illness. Med Clin N Am [Internet]. 2020 [acceso 17 May 2020]; 104(3): 415-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32312407/>
- (38) Donnelly F, Feo R, Jangland E, Muntlin Athlin A. The management of patients with acute abdominal pain in the emergency department: A qualitative study of nurse perceptions. Australas Emerg Care [Internet]. 2019 [acceso 8 Feb 2020]; 22(2): 97-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.002>
- (39) Lee SR, Lee IS, Jung E, Kim JW, Chin YR, Hong H et al. The related factors to urgent disease in triaging patients with acute abdominal pain in emergency department. J Korean Acad Community Health Nurs [Internet]. 2019 [acceso 8 Feb 2020]; 30(4): 581-7. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.12799/jkachn.2019.30.4.581&code=0200JKACHN&vmode=PUBREADER>
- (40) Potter PA, Perry AG, Stockert P. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Elsevier España; 2019.

ANEXOS

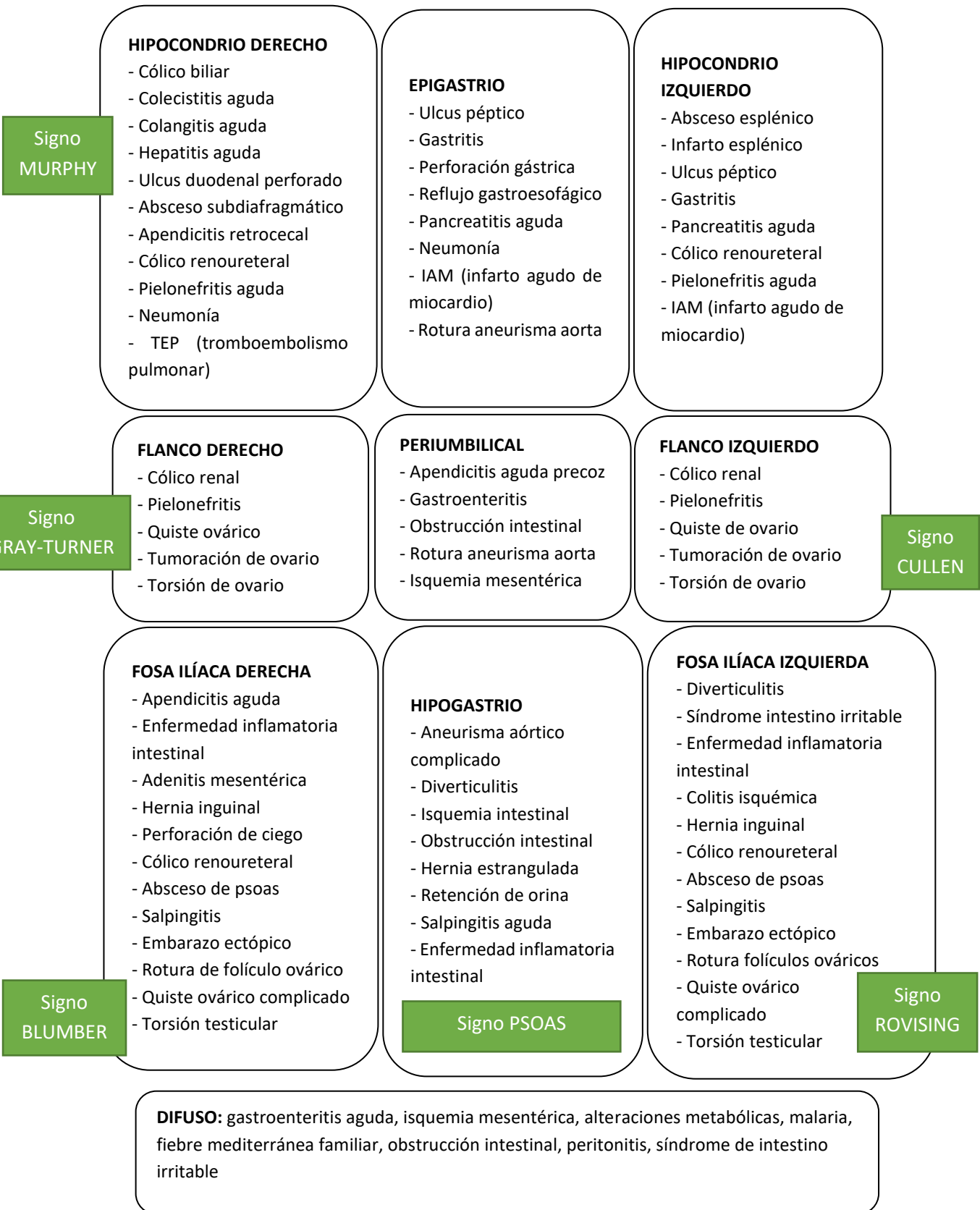
ANEXO I: Clasificación de causas del dolor abdominal agudo³.

| INTRAABDOMINALES | EXTRAABDOMINALES |
|--|--|
| <p>Estómago: úlcera péptica con penetración o perforación, vólvulo gástrico</p> <p>Intestino delgado: gastroenteritis, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción, perforación, isquemia intestinal, diverticulitis de Meckel</p> <p>Intestino grueso: colitis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, megacolon, diverticulitis, perforación, oclusión, colitis isquémica</p> <p>Hígado: hepatitis aguda, síndrome de Budd-Chiari, trombosis portal, infarto hepático, absceso hepático, rotura o necrosis de tumor hepático</p> <p>Vías biliares-páncreas: colangitis, colecistitis, pancreatitis</p> <p>Bazo: rotura de bazo, infarto esplénico</p> <p>Aparato genital femenino: rotura o torsión de quiste ovárico, salpingitis aguda, embarazo ectópico, rotura uterina, endometritis, piosalpinx, amenaza de aborto</p> <p>Urología: cólico nefrítico, pielonefritis, perinefritis, absceso perirrenal, torsión de testículo, retención urinaria, prostatitis</p> <p>Retroperitoneo: rotura o disección de aneurisma abdominal. hemorragia retroperitoneal</p> <p>Pared abdominal: hematomas de los músculos rectos</p> <p>Peritoneo: peritonitis bacteriana primaria o espontánea</p> <p>Mesenterio: linfadenitis mesentérica</p> | <p>Torácicas: infarto agudo de miocardio, pericarditis, miocarditis, endocarditis, neumonía basal, neumotórax, infarto pulmonar, rotura del esófago</p> <p>Metabólicas: insuficiencia suprarrenal, hiperparatiroidismo, uremia, cetoacidosis diabética, porfiria aguda intermitente, hiperlipoproteinemia, hemocromatosis</p> <p>Tóxicas: intoxicación por plomo, picaduras, privación de opiáceos</p> <p>Hematológicas: crisis hemolíticas, leucemia aguda, policitemia, drepanocitosis, púrpura trombocitopénica idiopática</p> <p>Neurológicas: herpes zoster, tabes dorsal, epilepsia abdominal, migraña abdominal</p> <p>Vertebrales: dolor radicular, íleo secundario a fractura vertebral, espondilitis, hernia discal</p> <p>Vasculares: infarto renal, infarto esplénico, vasculitis, panarteritis nudosa, isquemia mesentérica, aneurisma de aorta roto</p> <p>Infecciosas: víricas (gripe, sarampión), enfermedad de Weil, fiebre tifoidea, brucelosis, paludismo</p> <p>Otras: fiebre Mediterránea familiar, edema angioneurótico</p> |

ANEXO II: Algoritmo de actuación ante un paciente con dolor abdominal agudo hemodinámicamente inestable¹⁸.



ANEXO III: Posibilidades etiológicas del DAA según su localización¹⁸.



ANEXO IV: Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración⁴⁰.

El proceso de enfermería es un proceso de pensamiento crítico en cinco pasos

que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad. Constituye el modelo fundamental sobre cómo cuidar a los pacientes. Este enfoque favorece la valoración y la educación del paciente, el protagonismo de la familia, el cumplimiento de las intervenciones por parte del paciente y los resultados del paciente



La valoración es la obtención deliberada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y estado funcional actual y previo y para conocer sus patrones de afrontamiento actuales. La valoración de enfermería comprende dos pasos:

1

Obtención de información de una fuente primaria (un paciente) y de fuentes secundarias (p. ej., familiares o amigos, profesionales de la salud y la ficha médica).

2

Interpretación y validación de los datos para garantizar que se dispone de una base de datos completa.

