

Enfermería 2.º Año | Atención del paciente con afecciones del tracto digestivo

Abdomen Agudo

Concepto, Fisiopatología del Dolor y Valoración Clínica

Prof. Karina Velasquez

¿Qué es realmente el Abdomen Agudo?

ENFERMEDAD

No es una patología única.

Es un conjunto de signos y síntomas cuyo eje central es el dolor abdominal.

SÍNDROME CLÍNICO

“Situación patológica de urgencia que requiere actuación rápida; la vida del paciente está en peligro inmediato por un proceso que evoluciona con inusitada violencia”.

— Definición de Murphy



El factor crítico: EL TIEMPO. La morbimortalidad está directamente relacionada con la demora entre el inicio de los síntomas y la resolución.

ABDOMEN AGUDO= ¿CIRUGÍA?



Resolución médica

- Pueden manejarse sin cirugía.
- Tratamiento según causa.
- Ej. Gastroenteritis, cólico renal.



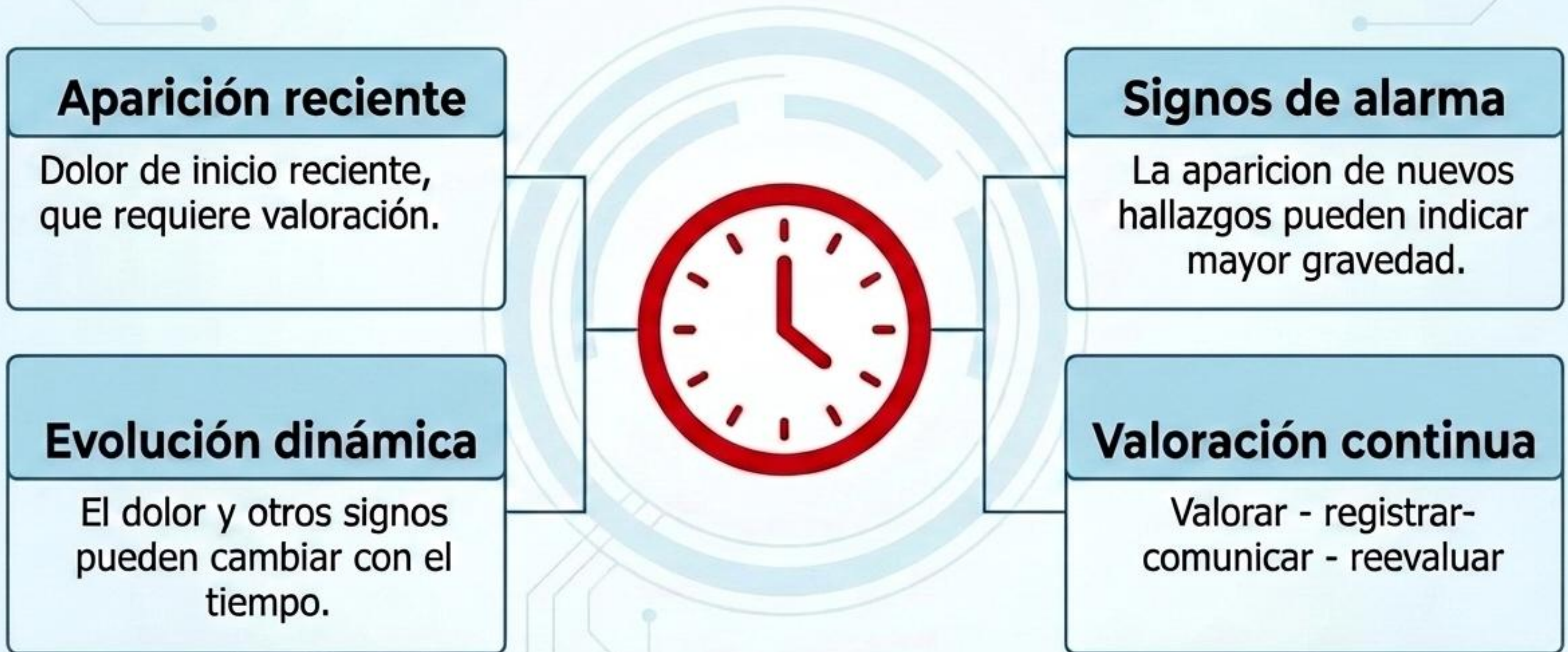
Resolución Quirúrgica

- Se caracteriza por irritación peritoneal y evolución rápida.
- valoración y conducta urgente según gravedad.

• La diferenciación requiere valoración clínica y decisión del equipo de salud

• **Enfermería no establece por sí sola la indicación quirúrgica:** identifica cambios, signos de alarma, registra y comunica.

Características y evolución:



Matriz Clínica: El Lenguaje del Dolor Abdominal

Dolor Visceral



- **Origen:** Visceras y estructuras viscerales.
- **Sensación:** Sordo, profundo, difuso, mal localizado.
- **Ejemplo:** Dolor periumbilical inicial (apendicitis).

Dolor Somático (Parietal)



- **Origen:** peritoneo parietal y pared abdominal.
- **Sensación:** Agudo, intenso, bien localizado (se señala con un dedo). Empeora con movimiento.
- **Ejemplo:** Dolor en Fosa Ilíaca Derecha (FID).

Dolor Referido



- **Origen:** señales provenientes de una viscera que se perciben en otra región corporal por vías nerviosas.
- **Sensación:** Se percibe lejos del órgano afectado.
- **Ejemplo:** Dolor en hombro derecho (colecistitis).

La Dinámica del Dolor: De lo Difuso a lo Localizado

¿Por qué migra el dolor?

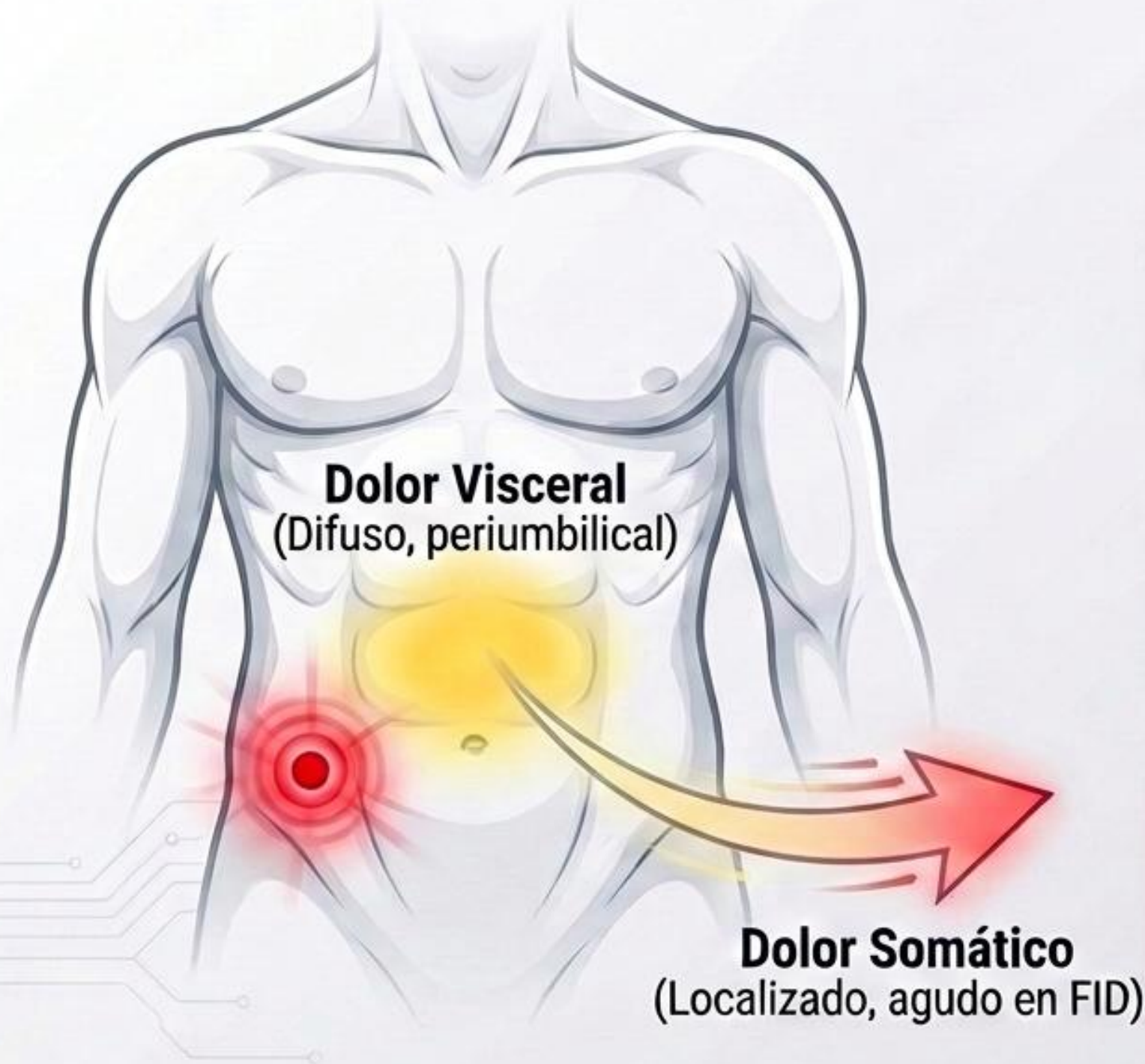
Órgano inflamado → **Dolor Visceral**
(Difuso, periumbilical).



La inflamación alcanza la pared → **Dolor Somático** (Localizado, agudo en FID).



El pasaje de **dolor visceral a dolor somático localizado** puede indicar compromiso del peritoneo parietal y progresión del cuadro.



El Interrogatorio: Traduciendo el Dolor

Modo de aparición

¿Fue súbito, gradual o lento?

Migración

¿Comenzó en un lugar y se movió a otro?

Tipo

¿Es un cólico intermitente o un dolor continuo y severo?

Irradiación

¿Se va hacia la espalda, los lumbares o el hombro?

Modificadores

- 📋 **¿Empeora al moverse?**
(Sugiere peritonitis).
- 🤢 **¿Mejora al vomitar?**
(Sugiere obstrucción).

Más allá del dolor: Síntomas Asociados



Náuseas y Vómitos

(Contenido gástrico, biliar o fecaloide).



Alteraciones del Tránsito

(Ausencia de gases y heces, o constipación/diarrea).



Signos Infecciosos

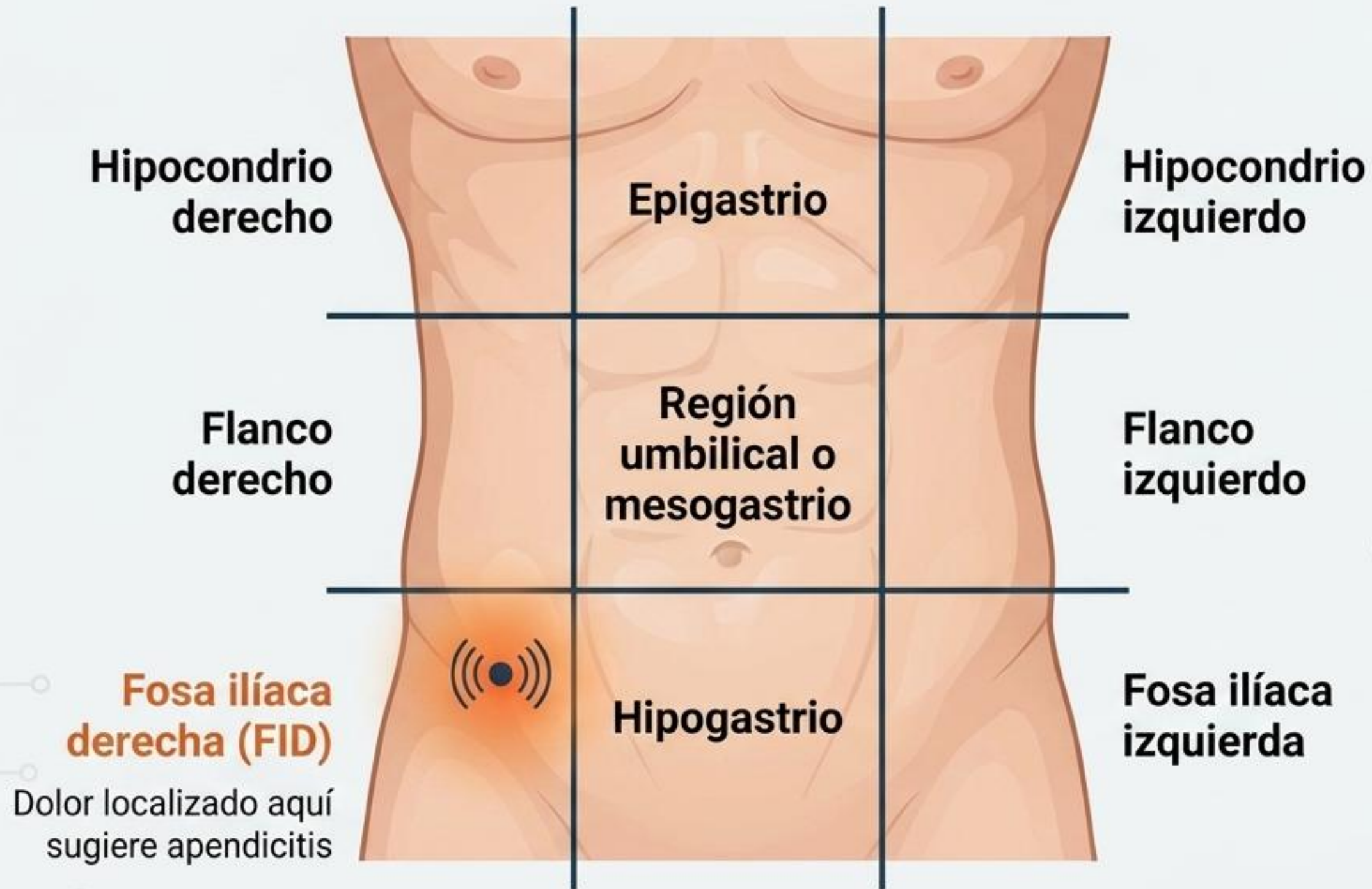
(Fiebre y escalofríos, que suelen ser precoces en cuadros inflamatorios).



Distensión Progresiva

(Aumento del perímetro abdominal. valorar evolución y signos asociados).

Topografía Abdominal: Las 9 Regiones

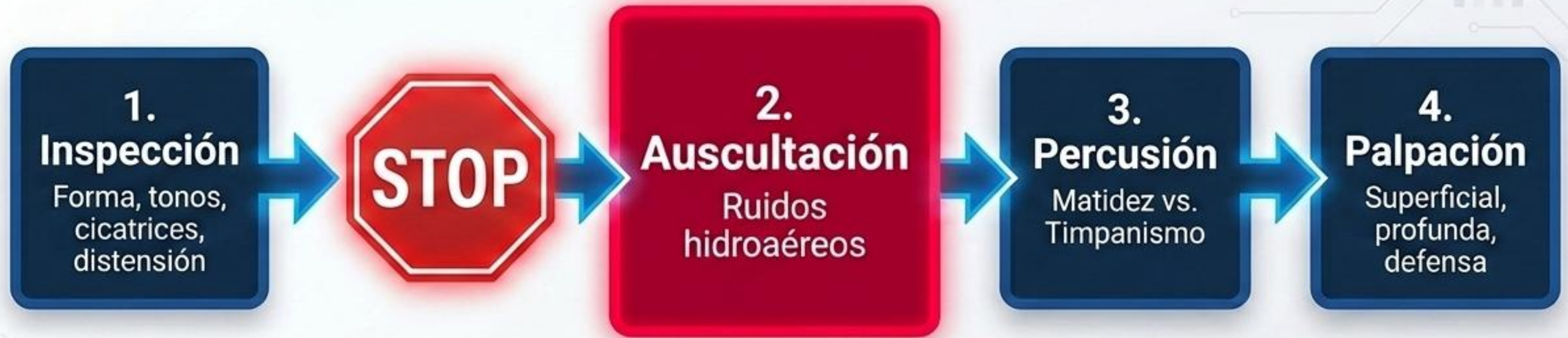


Dolor localizado aquí sugiere apendicitis



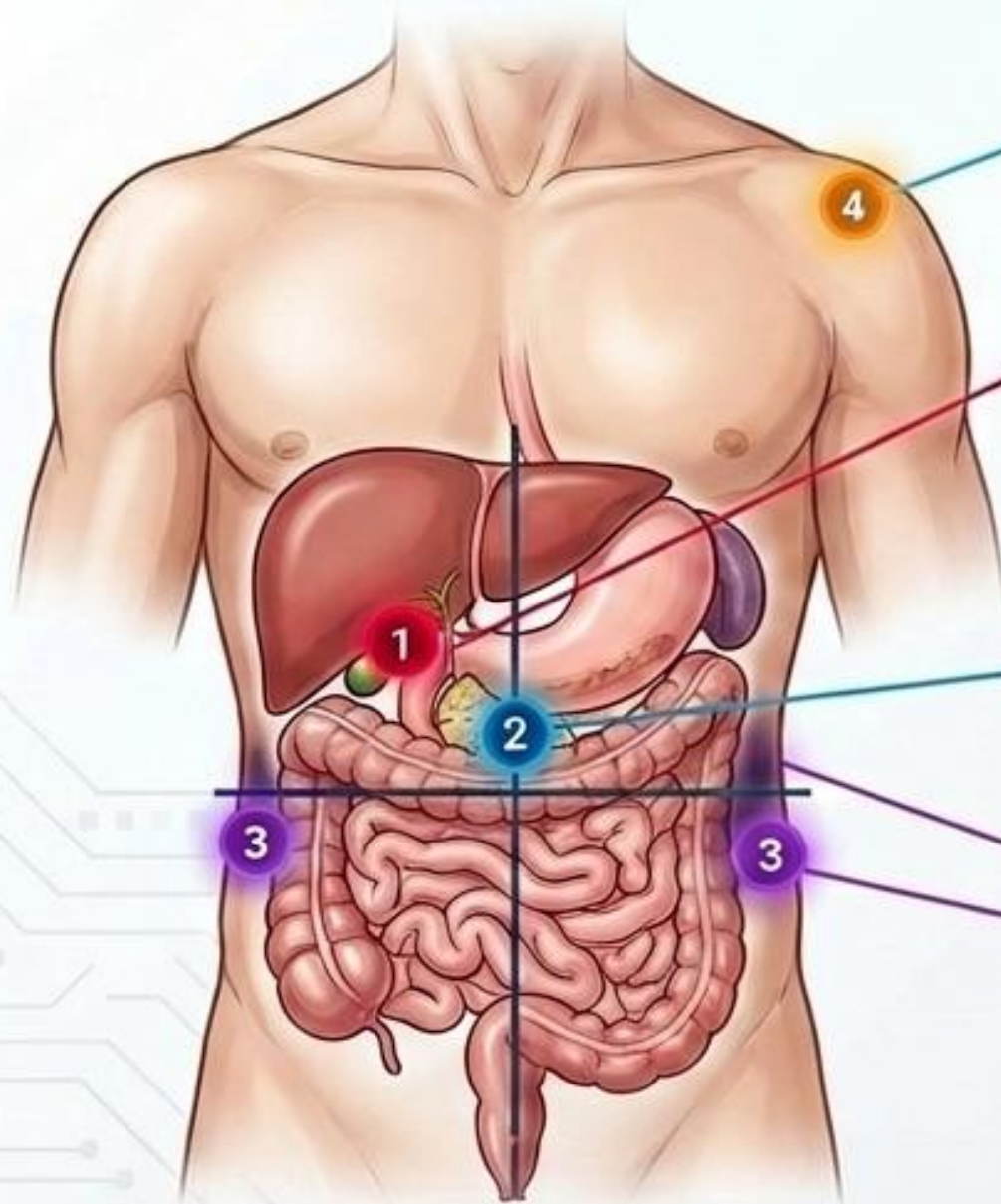
La localización del dolor aporta información clínica clave

Examen abdominal: orden de la valoración



¡ALERTA ENFERMERÍA! Siempre se debe auscultar **antes** de percutir y palpar. Tocar el abdomen altera artificialmente los ruidos hidroaéreos.

Signos clínicos del abdomen: ¿Qué buscamos?



Signo de Kehr:

Dolor referido por ruptura esplénica. (¡No confundir con el tubo de drenaje biliar de Kehr!).



Signo de Murphy: Dolor con detención brusca de la inspiración al palpar (Colecistitis aguda).



Signo de Cullen:

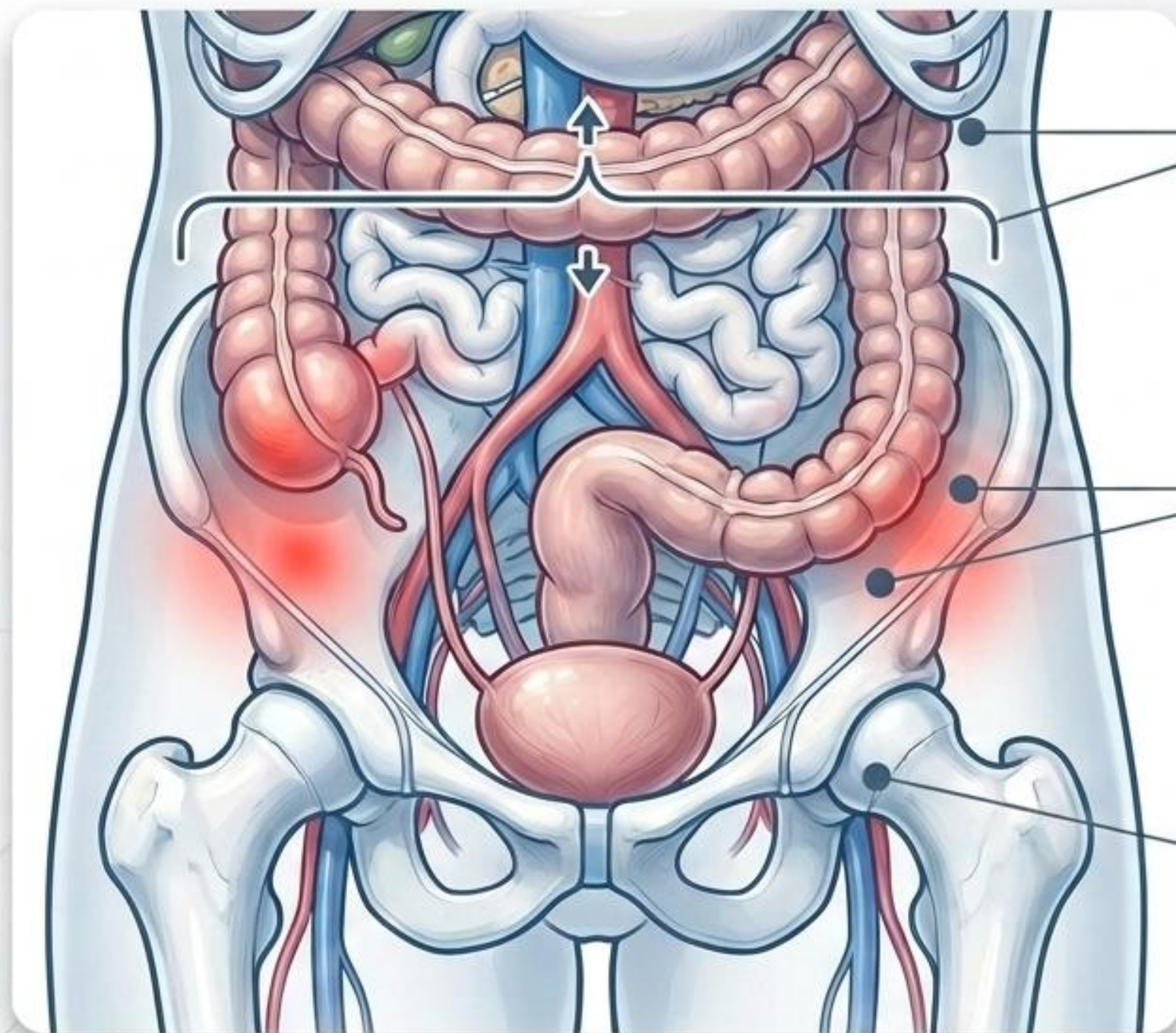
Equimosis/hematoma periumbilical (Hemorragia intraperitoneal).



Signo de Grey Turner:

Equimosis lateral (Hemorragia retroperitoneal / Pancreatitis grave).

Signos clínicos del abdomen: ¿Qué buscamos?



Signo de Blumberg (Rebote):

Dolor agudo al soltar bruscamente la presión de la mano. Marca irritación peritoneal inminente.



Signo de Rovsing:

Dolor en FID al palpar profundamente la Fosa Ilíaca Izquierda (Apendicitis).



Signo del Psoas / Obturador:

Dolor provocado al elevar la pierna o rotar la cadera (Procesos retroperitoneales, pélvicos o apendiculares profundos).

BANDERAS ROJAS:

¿Cuándo comunicar de inmediato al equipo de salud?



Reconocer – Valorar – Controlar – Comunicar – Actuar



1. Rigidez / contractura abdominal involuntaria (abdomen en tabla).

Indica irritación peritoneal.



2. Ausencia de ruidos hidroaéreos (silencio abdominal total).

Puede indicar alteración grave de la motilidad intestinal.



3. Dolor desproporcionado.

Dolor máximo, violento, que no condice con un abdomen blando a la palpación → alta sospecha de isquemia.



4. Signos de shock.

Taquicardia + Hipotensión + Palidez +
Alteración del sensorio.



La presencia de cualquiera de estas banderas rojas requiere **valoración inmediata y comunicación oportuna.**



No establecer diagnóstico. Valorar, interpretar en el contexto clínico y comunicar.



Enfermería observa, identifica cambios, interpreta los hallazgos dentro del contexto y comunica oportunamente.

Del Aula a la Guardia: Caso Clínico.

Juan, 24 años. Dolor Abdominal de evolución reciente.

EHR



Paciente: Juan, 24 años.



Historia: Inició hace 10h con dolor sordo, difuso en zona periumbilical. Refiere náuseas y un vómito.



Estado Actual: Hace 3h el dolor se trasladó a Fosa Ilíaca Derecha (FID), ahora es agudo, intenso.
T° 37.8°C.
FC 96 lpm.
Presenta defensa al palpar FID.

Preguntas para el Radar Clínico (Debate en clase):

1. ¿Qué tipo de dolor tenía hace 10 horas y cuál ahora?
2. ¿Cómo cambió el dolor durante estas 10 horas? ¿Qué nos indica ese cambio?
3. ¿Qué signos de alarma vigilarías en las próximas horas?
4. ¿Qué datos registrarías y comunicarías al equipo de salud?

ABDOMEN AGUDO



Clasificación del Abdomen Agudo Quirúrgico

Estructura según mecanismo de producción (Christmann)

Concepto Central

Agrupar las patologías **no por** su nombre, sino por el **mecanismo fisiopatológico** que las produce. Esto permite a enfermería predecir los síntomas.

Clasificación de Christmann: Mecanismos de Producción					
					
1. Inflamatorio (Infeccioso)	2. Perforativo	3. Obstructivo	4. Hemorrágico	5. Vascular Isquémico	6. Traumático
Mecanismo: Irritación peritoneal localizada/generalizada, respuesta sistémica. Ejemplos: Apendicitis, Colecistitis, Diverticulitis, Pancreatitis, EPI. Síntomas: Dolor progresivo, fiebre, leucocitosis, signos peritoneales.	Mecanismo: Ruptura de víscera hueca, peritonitis química y luego bacteriana. Ejemplos: Úlcera péptica perforada, Divertículo perforado. Síntomas: Dolor intenso súbito ("en puñalada"), abdomen en tabla, shock.	Mecanismo: Interrupción del tránsito intestinal, distensión, compromiso vascular. Ejemplos: Bridas, Hernias, Vólvulos, Tumores. Síntomas: Dolor cólico intermitente, distensión, vómitos, falta de eliminación de gases/heces.	Mecanismo: Sangrado intraabdominal masivo. Ejemplos: Embarazo ectópico roto, Ruptura de aneurisma aórtico abdominal (AAA). Síntomas: Dolor súbito, signos de hipovolemia (palidez, taquicardia, hipotensión), shock hemorrágico.	Mecanismo: Oclusión vascular mesentérica aguda, isquemia y necrosis intestinal. Ejemplos: Trombosis/Embolia mesentérica. Síntomas: Dolor desproporcionado a los hallazgos físicos, acidosis metabólica, evolución rápida a gangrena y shock.	Mecanismo: Lesión directa por trauma cerrado o penetrante. Ejemplos: Rotura hepática/esplénica, Heridas por arma blanca/fuego. Síntomas: Dolor en sitio de trauma, signos de hemorragia interna, lesiones asociadas.



Perfil Clínico A: Inflamatorio y Obstrutivo

I. Inflamatorio (Peritoneal)

- **Cuadro:** Dolor **brusco, continuo, persistente y progresivo**.
- **Signos Clave:** **Fiebre temprana, taquicardia**, defensa y contractura abdominal (**reacción peritoneal**), hiperestesia cutánea, leucocitosis.
- **Ejemplos:** Apendicitis, Colecistitis, Diverticulitis.



II. Obstrutivo

- **Cuadro:** **Dolor cólico intermitente** (asociado al espasmo del intestino ocluido / peristaltismo de lucha).
- **Signos Clave:** **Vómitos** (alimentarios a fecaloides), **distensión asimétrica**, ausencia de eliminación de gases y materia fecal, **timpanismo**.
- **Ejemplos:** Bridas, hernias atascadas, tumores.

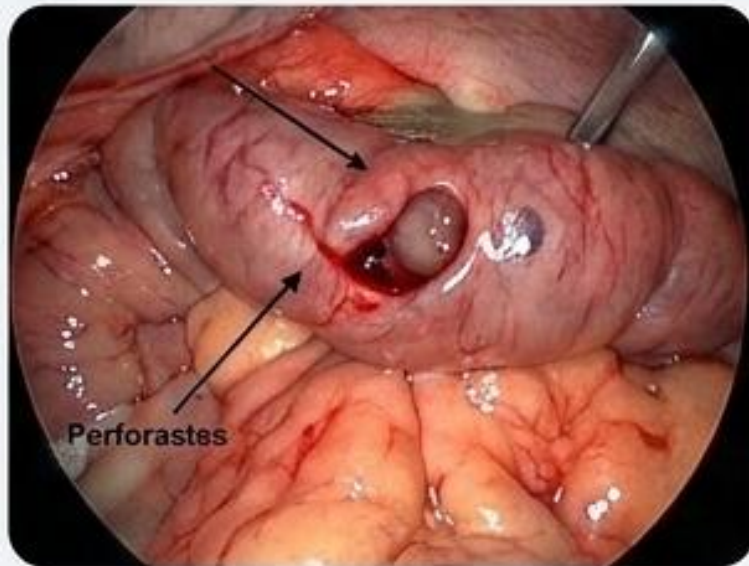


Perfil Clínico B: Perforativo, Hemorrágico e Isquémico

III. Perforativo



- **Signos:** **Dolor brusco** “en **puñalada**”, paciente inmóvil, abdomen en tabla (contractura total), **neumoperitoneo** (pérdida de matidez hepática).



- **Ejemplo:** Úlcera gástrica perforada.

IV. Hemorrágico



- **Signos:** **Dolor brusco** moderado, taquicardia, hipotensión, palidez, sudoración fría, lipotimia.



Alerta: ¡La caída del hematocrito es un **signo tardío**! El diagnóstico es clínico por signos de **hipovolemia**. (Ej. Embarazo ectópico roto).

V. Isquémico (Vascular)



- **Signos:** **Dolor súbito** y **violento** de máxima intensidad. Silencio abdominal. Enterorragia. Gran compromiso general.



Alerta: El dolor es **desproporcionado** respecto a los escasos hallazgos iniciales al palpar el abdomen. (Ej. Trombosis mesentérica).

Abdomen Traumático

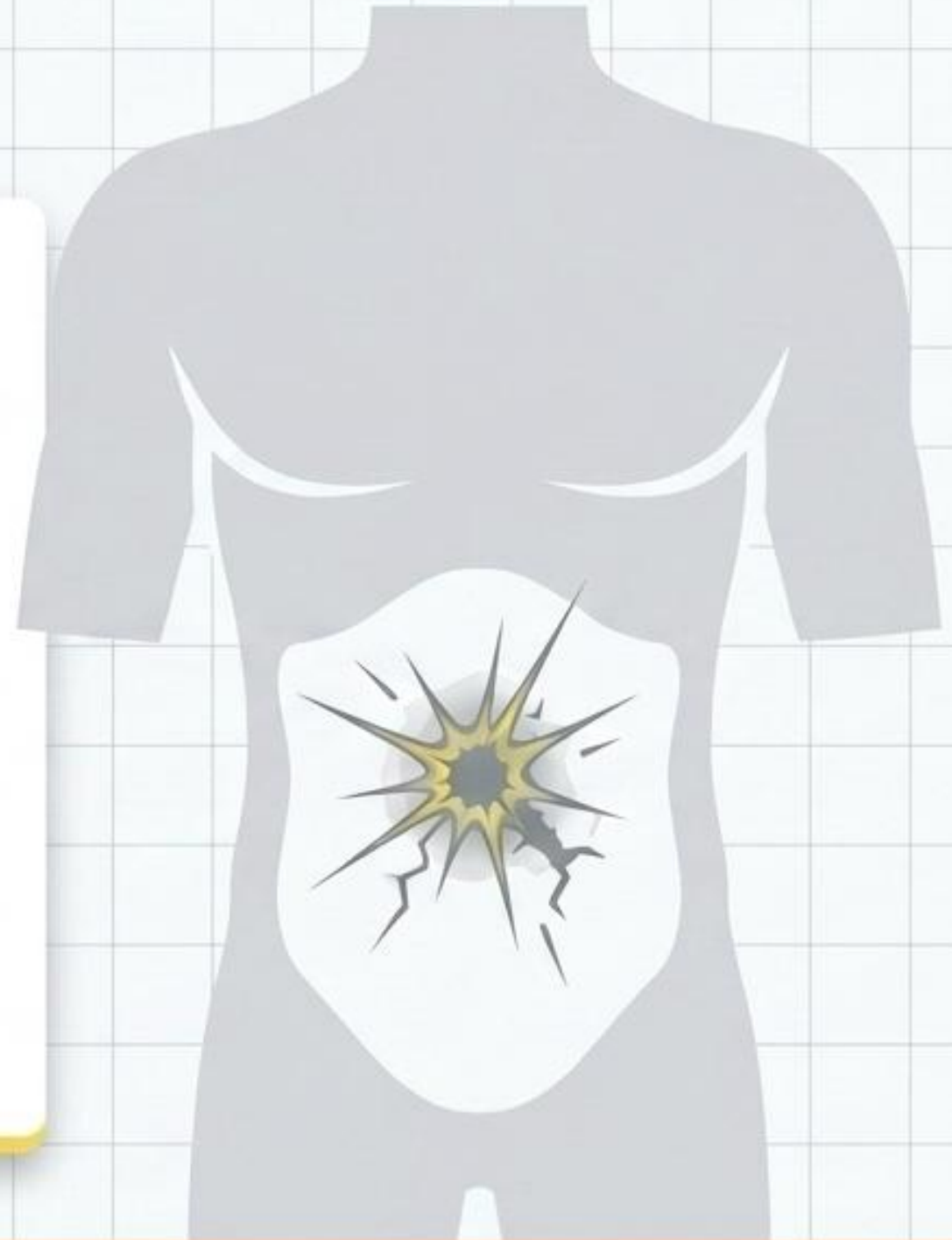


Producido por traumas abiertos (penetrantes) o cerrados.



La manifestación clínica depende de las estructuras y órganos afectados y de la gravedad de la lesión.

Signos sistémicos de alarma:
Hipotensión, taquicardia,
palidez y sudoración fría.
Alteración del sensorio,
Signos de hipoperfusión.



Ante estos hallazgos, **sospechar compromiso hemodinámico y comunicar inmediatamente.**

Estudios Diagnósticos: La caja de herramientas



Rx Simple (De pie)

Puede aportar información sobre obstrucción intestinal y presencia de aire extraluminal (neumoperitoneo).



Laboratorio

Complementa la valoración clínica y aporta información sobre infección, inflamación, anemia y alteraciones metabólicas.



Ecografía

Método rápido y no invasivo. Útil para evaluar patología biliar, líquido libre y otras estructuras abdominales.



Continuación de Tomografía

en pacientes inestables, la prioridad es la estabilización y el tratamiento urgente; la TC no debe retrasarlos.



TC (Tomografía)

Aporta una evaluación anatómica detallada y es muy útil para identificar la causa y extensión de numerosas lesiones abdominales.

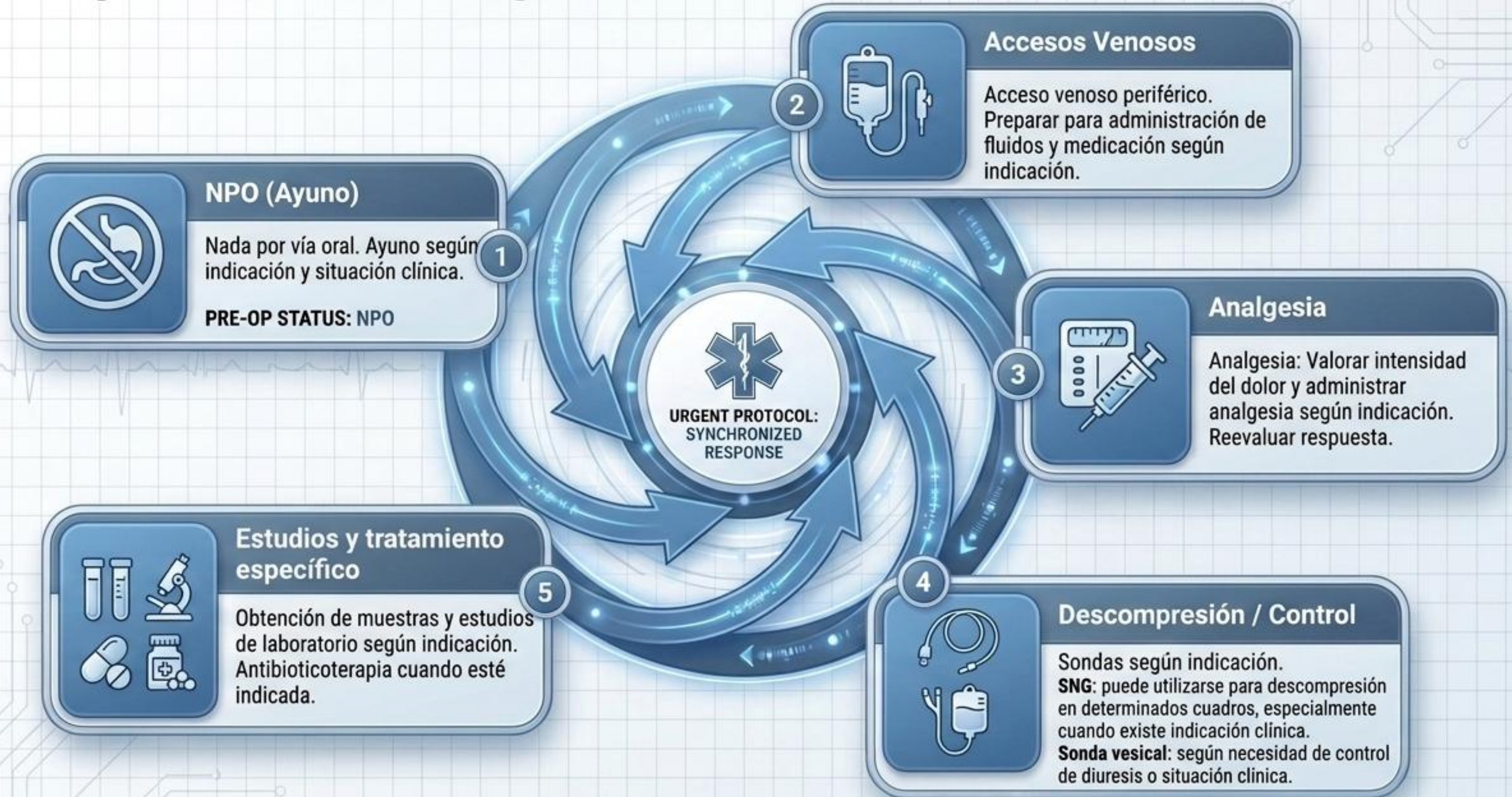


Laparoscopia

Permite visualizar directamente la cavidad abdominal y, en determinados casos, realizar tratamiento durante el mismo procedimiento.



Manejo inicial de urgencia



Algoritmo de Acción de Enfermería

Ingreso → Valoración Inicial

Signos vitales, conciencia, dolor.

SÍ

Comunicar inmediatamente.
Priorizar estabilización y medidas de soporte según indicación.
Preparar al paciente para evaluación y tratamiento urgente.

No retrasar la atención urgente por estudios o procedimientos no prioritarios.

¿Presenta signos de alarma o compromiso hemodinámico?

shock - abdomen en tabla-
defensa/rigidez
generalizada-deterioro
del estado general.

NO

Continuar valoración dirigida: completar exámenes y antecedentes, controlar signos vitales, colaborar en estudios indicados, registrar hallazgos, reevaluar evolución.

Banderas rojas: signos de alarma

Dolor que cambia de localización

Pasa de difuso a localizado y puede aumentar en intensidad. Orienta hacia la progresión del proceso y requiere valoración.



Abdomen en tabla

Rigidez/ contractura involuntaria de la pared abdominal, asociada a irritación peritoneal.



Ausencia de ruidos hidroaéreos

Puede indicar una alteración importante de la motilidad intestinal y debe interpretarse junto con el resto de los hallazgos.



Deterioro Sistémico

Taquicardia + hipotensión, alteración del sensorio, palidez extrema. Sugiere compromiso hemodinámico y requiere comunicación inmediata.



Actividad Integradora: El caso de Juan (24 años)

El Escenario



Inicio (Hace 10h): Comienza con dolor sordo, difuso, localizado en la región periumbilical.



Actualidad (Hace 3h): El dolor migró hacia la Fosa Ilíaca Derecha (FID), volviéndose más intenso y bien localizado.



Síntomas Asociados

- Náuseas, un episodio de vómito, falta de apetito.

Signos Vitales y Examen Físico



T°

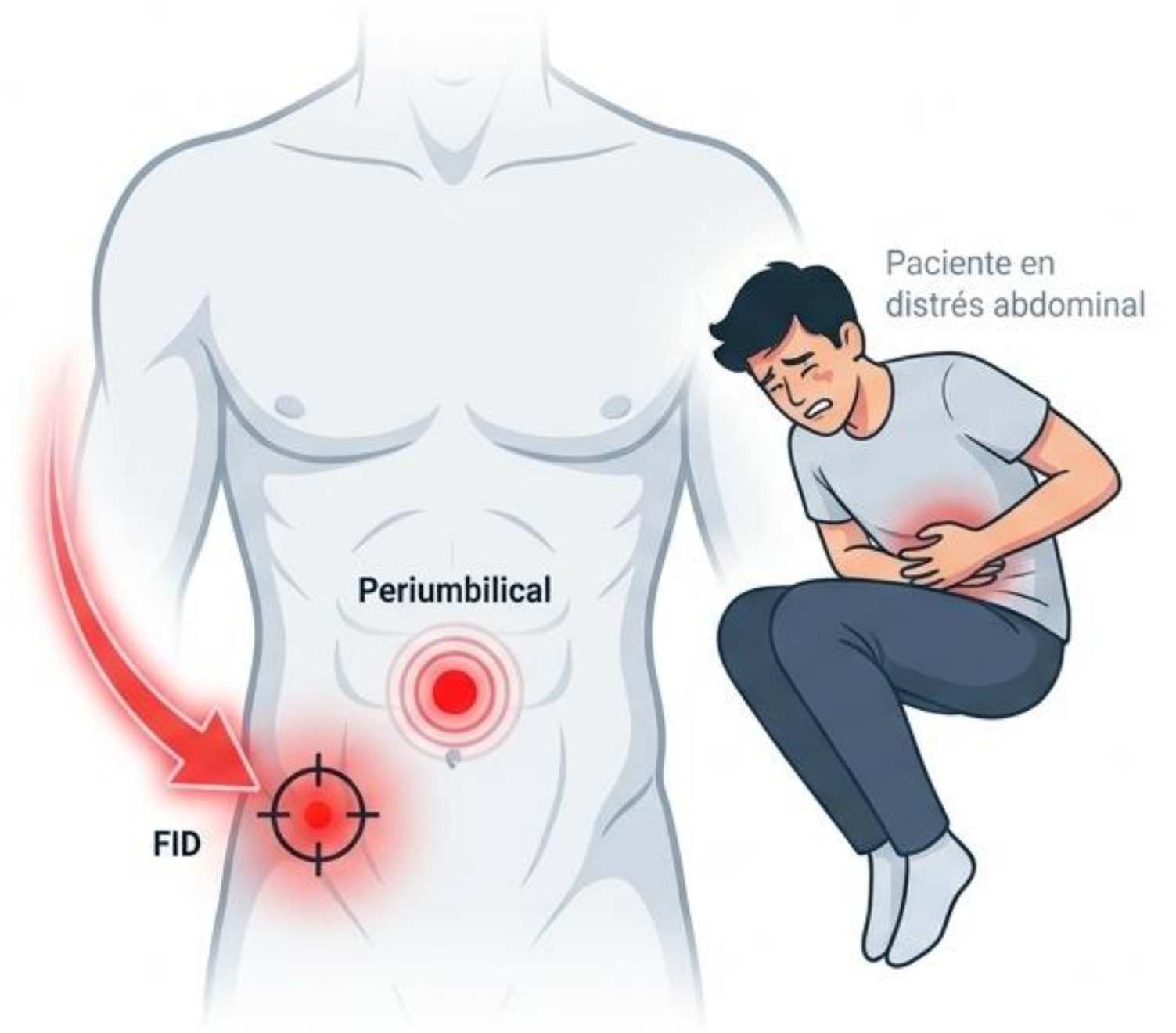
37.8°C



FC

96 lpm

Dolor a la palpación profunda en FID con clara defensa localizada.



Análisis Clínico: Razonamiento Enfermero

Fisiopatología:

¿Qué significa clínicamente que el dolor haya migrado de difuso periumbilical a localizado en FID? (Pista: Tipos de dolor).

Clasificación:

Según Christmann, ¿en cuál de los 6 mecanismos encaja la evolución de Juan?

Alerta:

Si en tu próxima guardia de control encuentras a Juan con el abdomen en tabla, ¿qué complicación acaba de ocurrir?

Intervención:

Mientras el equipo médico define la conducta, menciona 3 acciones prioritarias de Enfermería en este momento exacto.