



# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO**

Santo Domingo, D. N.  
Febrero 2017

**Ministerio de Salud Pública Título original:**

Protocolo de Atención para Abdomen Agudo Quirúrgico

**Coordinación editorial:**

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

**ISBN:**

**Formato gráfico y diagramación:**

**Impresión:**

**Primera edición**

Impreso en República Dominicana Febrero, 2017



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA**



## **Equipo Responsable**

---

### **FORMULADORES**

Dr. Jorge Asjana David

Dr. José R. Domínguez

Dr. José R. García Domínguez

Dr. José E. Ramírez Feliz

Dr. Darío De los Santos

Dr. Bayohan Martínez

Dr. Alejandro Soto

Dr. Jiomar Figueroa

Dr. Franklin Robles

***REVISADO POR EL COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS***

## **0. INTRODUCCION**

La intensidad del dolor abdominal no siempre refleja la gravedad de la afección que lo causa. Existen otras maneras de describir el dolor en el abdomen tales como el dolor generalizado, dolor localizado y dolor de tipo cólico (espasmódico).

El cólico es dolor que viene en oleadas, por lo regular empieza y acaba repentinamente, y con frecuencia es intenso. Los cálculos renales y biliares son causas comunes de este tipo de dolor abdominal.

La intensidad del dolor abdominal no siempre refleja la gravedad de la afección que la causa. En ocasiones, afecciones potencialmente mortales, como el cáncer de colon o una apendicitis temprana, pueden causar sólo un dolor leve o ningún dolor. De manera que el dolor puede ser un indicador de la necesidad de cirugía y debe ser atendido rápidamente: Gangrena y perforación del intestino puede ocurrir en menos de 6 horas desde el inicio de los síntomas en ciertas condiciones tales como interrupción del flujo de sangre intestinal debido a estrangulamiento por obstrucción o embolo arterial).

## **1. OBJETIVO**

Estandarizar la atención con la unificación de criterios diagnóstico-terapéuticos para reducir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes y favoreciendo la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención.

## **2. EVIDENCIAS**

- Motta-Ramírez GA, García-Verastegui LS, Valencia Flores JA, Castillo-Lima JA, López-Ramírez MA, García-Ruiz A. Diagnóstico por imagen seccional del abdomen agudo hemorrágico no traumático. Anales de Radiología México 2015; 14:308-326.
- Laparotomía y/o laparoscópica diagnostica en abdomen agudo no traumático en el adulto. México: Secretaria de Salud, 2010

## **3. USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos especialistas en Cirugía, en Emergenciología, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina General. Bioanalistas y Enfermeras.

## **4. POBLACION DIANA**

Todo paciente con sospecha de Abdomen Agudo Quirúrgico

## **5. DEFINICION DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO:**

Síndrome caracterizado por dolor localizado en el abdomen, acompañado o no por otras

manifestaciones de aparición brusca, cuya causa es de tratamiento quirúrgico.

## 6. CLASIFICACIÓN DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO:

- Síndrome Hemorrágico
- Síndrome Inflamatorio
- Síndrome Obstructivo
- Síndrome Perforativo
- Síndrome Oclusivo vascular

Además, se clasifica de acuerdo a la intensidad del dolor:

- **Dolor generalizado:** Cuando se siente en más de la mitad del abdomen. Esto es más típico para un virus estomacal, indigestión o gases. Si el dolor se vuelve más intenso, puede ser causado por un bloqueo de los intestinos.
- **Dolor localizado:** Cuando se encuentra en sólo una área del abdomen. Es más probable que este tipo de dolor sea un signo de un problema en un órgano, como el apéndice, la vesícula biliar o el estómago.
- **Dolor de tipo cólico (espasmódico):** Por lo regular no es grave y es probable que se deba a gases y distensión. Con frecuencia va seguido de diarrea. Los signos más preocupantes abarcan dolor que se presenta con más frecuencia, dura más de 24 horas o está acompañado de fiebre.

## 7. DIAGNOSTICO

### a. Historia Clínica:

- Anamnesis
- **Signos y síntomas:** Dolor en región abdominal

Localización e intensidad van según subgrupos de la clasificación anterior.

De manera general puede presentarse:

- Fiebre
- Nausea
- Vómitos
- Anorexia
- Defensa

- **Pruebas de Laboratorio:**

- Hemograma
- Glicemia
- Urea
- Creatinina
- TGO
- TGP
- TP
- TPT

- INR
- Tipificación
- Amilasa
- Lipasa
- Examen de orina
- Gonadotropina coriónica humana sub unidad beta (en las mujeres).

- **Pruebas complementarias e imágenes:**

- Radiografía de abdomen simple de pie
- Radiografía de tórax PA
- Sonografía abdominal y pélvica

## **8. CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACION O REALIZACION DE PROCEDIMIENTO**

- Dolor abdominal con signos de irritación peritoneal.
- Hallazgos radiográficos o sonográficos (liquido libre en cavidad reportada en la sonografía o neumoperitoneo en la radiografía o niveles hidroaereos).

### **9.1 Admisión (Acciones que se deben realizar en el área de Emergencia):**

- a. Buscar récord anterior del paciente si lo hubiese y registrar el evento o hacer historia clínica y examen físico.

- **Pruebas de laboratorio:**

- Hemograma
- Amilasa
- Lipasa
- Examen de orina
- Tipificar y reservar paquetes globulares isogrupo 1000 mililitros, en cuadro que se sospeche sangrado o probable intervención quirúrgica.

- **Pruebas complementarias e imágenes:**

- Radiografía de abdomen simple
- Radiografía de tórax PA
- Sonografía abdominal y pélvica
- Electrocardiograma.
- Soluciones parenterales.
- Favorecer una diuresis superior a 30 mililitros por hora.
- Contabilizar diuresis horaria
- No administrar analgésicos, ni antibióticos hasta tanto el diagnostico sea confirmado.
- Avisar al cirujano de servicio para su evaluación.

## 9.2 Ingreso y manejo a realizar en sala de hospitalización:

Además de las tareas asistenciales, el personal de enfermería se encargará de:

- Custodiar y complementar el expediente del paciente, durante su estancia en el servicio.
- Que el expediente acompañe al paciente cuando se traslade de unidad.

Durante la estancia en planta de un paciente, puede ser necesario su traslado, lo cual será realizado por auxiliares de enfermería y/o auxiliar de transporte. Se encargarán de:

- Los traslados de habitación y cama.
- El traslado del paciente a quirófanos (área de pre-quirúrgico), si debe ser intervenido.
- El traslado a UCI si debe ser asistido en dicha unidad.

### a) Manejo en sala del paciente:

- Dieta cero
- Soluciones parenterales
- Recuperar analíticas realizadas en emergencia
- Usar antiagregantes plaquetarios en paciente de alto riesgo para tromboembolismo.
- Usar antibióticos de amplio espectro.
- Usar analgésicos endovenosos después de hecho el diagnóstico.
- Se explicara al paciente y a los familiares el propósito del procedimiento, sus beneficios, riesgos y consecuencias.

- a. Se les comunicara la posibilidad de tener que realizar algún tipo de ostomía, luego se procederá a solicitar firmar el consentimiento informado de cirugía.

## 9. TRATAMIENTO QUIRURGICO

### Tareas previas a la Asistencia

Es tarea del personal de enfermería y auxiliares la correcta preparación del paciente y los equipos. Estas actividades se realizarán según las indicaciones del cirujano.

- a. Previa a la llegada del paciente las tareas son:

- Comprobar la realización de la limpieza en quirófano, según protocolo.
- Revisar los equipos.
- Verificar la disponibilidad del material necesario e instrumental.

- b. A la llegada del paciente se realizarán las siguientes tareas:

- Revisión de la Historia Clínica del paciente:
  - Confirmar el nombre del paciente y que el tipo de operación coincida con la reserva de quirófano y con la documentación de prescripción y autorización.

- Verificar que el consentimiento informado está firmado de acuerdo con lo definido en la legislación vigente.
  - Comprobar la existencia del informe pre-anestésico.
  - Revisión por parte de anestesiología del cumplimiento de las medidas previas obligatorias (ayunas, ausencia de prótesis dental y objetos metálicos, profilaxis antibiótica si se requiere)
  - Enfermería asegurara la preparación del campo quirúrgico, rasurado, según siempre el protocolo de su área.
- c. Los Anestesiólogos y/o camilleros o enfermeras se encargarán del traslado a quirófano del paciente desde el área de pre-quirúrgico.
- d. A la llegada del paciente al quirófano el anestesiólogo con la ayuda del cirujano de la intervención, ayudantes y enfermera circulante procederá:
- Acomodar al paciente en la cama quirúrgica.
  - Poner de forma particular el cuerpo del paciente según el procedimiento quirúrgico a realizársele siempre vigilante a la protección del cuerpo del paciente.

### **Asistencia**

El procedimiento anestésico, cuando sea requerido, será realizado según las particularidades del caso y de acuerdo con las necesidades del cirujano de la asistencia. El control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente deberán ser registrados por el Anestesiólogo en el formulario Hoja de Anestesia. Los participantes en la intervención (médico Anestesiólogo, cirujano de la intervención, ayudantes) poseerán la titulación requerida paracada tipo de acto.

En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para la intervención quirúrgica exceda al previsto inicialmente, un miembro del personal de enfermería contactará con los familiares, a fin de dar una rápida información sobre la marcha de la intervención.

Al finalizar del acto quirúrgico el cirujano de la intervención debe completar la Descripción Quirúrgica Operatoria e informar al paciente y/o a los familiares del resultado de la misma.

## **10.1 Procedimiento**

### **Laparotomía Exploratoria:**

Una incisión hecha a través de la pared abdominal hacia la cavidad peritoneal, espacio preperitoneal o el espacio retroperitoneal con el propósito de explorar, diagnosis y tratamiento.

**Indicaciones:**

- Dolor abdominal con signos de irritación peritoneal
- Hallazgos radiográficos o sonográficos (líquido libre en cavidad reportada en la sonografía o neumoperitoneo en la radiografía o niveles hidroaéreos).

**Descripción del Procedimiento:**

- Colocar al paciente en decúbito supino, bajo anestesia general y tubo endotraqueal.
- Lavar al paciente para luego utilizar la solución antiséptica, la incisión será realizada en la línea media supra e infra umbilical según los requerimientos técnicos.
- Una vez en la cavidad abdominal se identificara el lugar donde se encuentra la causa del abdomen agudo para realización de diagnóstico y posible tratamiento
- Dependiendo de la causa del problema se procederá a utilizar la técnica quirúrgica adecuada.
- Se cierra por planos y con puntos de retención a criterio del cirujano.

**Tareas Posteriores a la Asistencia**

Terminada la intervención quirúrgica, los auxiliares de enfermería, junto con el personal de limpieza efectuarán la limpieza y desinfección del quirófano de acuerdo a los protocolos de limpieza aprobados por el Centro Asistencial.

**Transfusión sanguínea**

Cuando la intervención quirúrgica a la que vaya a ser sometido el paciente o su estado de salud pre-quirúrgico aconseje la necesidad de prever una transfusión sanguínea, se tomarán las medidas previas para garantizar la correcta realización de la misma. Durante la intervención, el Anestesiólogo valorará el sangrado del enfermo y, si considera necesario que sea trasfundido, contactará con el depósito de sangre para que suministren la sangre reservada para ese enfermo.

El personal de enfermería recogerá la sangre y la entregará al anestesiólogo quien comprobará que el nombre del paciente y el grupo sanguíneo corresponde al indicado en las bolsas de sangre. Se iniciará entonces la transfusión, controlada en todo momento por el anestesista.

En el caso de transfusiones no programadas, el anestesiólogo tomará una muestra de sangre del paciente, trasladándose ésta al laboratorio para la realización de pruebas cruzadas. Este contactará al hematólogo para solicitar la sangre que precise el paciente. Una vez obtenido el resultado de las pruebas cruzadas y las bolsas de sangre, el anestesiólogo actuará de acuerdo con lo indicado para transfusiones programadas.

**Registro de información**

El supervisor de Bloque Quirúrgico, el personal de enfermería y el cirujano registrarán los datos de la intervención en el S.D. y en los formularios obligatorios de la H.C.D. del Paciente:

- Diagnóstico pre o post-cirugía.
- Procedimiento pre o post-cirugía.
- Recursos Materiales y Humanos.
- Dispensación de fármacos y material sanitario.
- Peticiones y confirmación de recepción de peticiones de pruebas diagnósticas.
- Hora y Fecha de Entrada y Salida del quirófano

Con estos datos y desde el S.D. se complementa automáticamente el Libro de Quirófano.

El personal de enfermería revisará la correcta actualización de la Historia Clínica del paciente.

## **10.2 Cuidados a ejecutar durante la realización del procedimiento:**

- Evitar laceración o ruptura del intestino distendido y friable si este fuese el caso.
- Revisión sistemática de la cavidad abdominal.

## **10.3 Cuidados posteriores en la unidad de recuperación post-anestésica:**

El anestesiólogo, a la vista del estado del paciente, decidirá el momento oportuno para su traslado a la unidad de recuperación post-anestésica (U.R.PA.), comprobando, antes del traslado, el estado hemodinámico y de alerta del paciente, así como cualquier signo de efectos secundarios.

El anestesiólogo con la ayuda del cirujano de la intervención, ayudantes y enfermera circulante procederá a pasar al paciente a la cama quirúrgica. Luego el anestesiólogo estará a cargo del traslado del paciente con el auxiliar de enfermería y/o el auxiliar de transporte utilizando para ello la cama de hospitalización o de UCI o la camilla destinada al efecto.

El paciente, al finalizar la intervención puede ser trasladado a planta o a la URPA. En este segundo caso, una vez finalizada la estancia del paciente en la unidad de reanimación post-anestésica, pueden darse las siguientes situaciones:

- **Traslado del paciente a planta.** Realizado por los auxiliares de enfermería y/o auxiliar de transporte. La aplicación de los cuidados necesarios prescritos por el cirujano del paciente será realizada de acuerdo con lo descrito en el punto ingreso y manejo en sala de hospitalización.
- **Traslado a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).** El personal de enfermería contactará telefónicamente con dicho servicio para solicitar cama. Anestesiólogo será quien entrega el paciente en UCI con la ayuda de enfermera y auxiliar de transporte.

#### 10.4 Cuidados y manejos postoperatorios:

Médicos del área y departamento de enfermería se encargara de:

- Vigilar signos vitales cada hora por las primeras 4 horas, si paciente muestra estabilidad en signos vitales se procede a tomar vitales cada 4 horas.
  
- Vigilar drenaje cada 4 horas (si existe)
- Posición semisentada
- Nada vía oral
- Hemograma a las 6 horas de su ingreso si se sospecha apendicitis aguda.
- **Soluciones Parenterales tales como:**
  - Lactato en Ringer
  - Solución Salino 0.9%
  - Mixto al 0.9%
  - Dextrosa al 5%. (Pacientes HTN no usar salino o mixto, diabéticos debe de usar Salino y no Dextrosa al 5%).
  
- **Medicamentos Antibióticos tales como:**
  - Ceftriaxona 1gramo.
  - Gentamicina 80mg cada 12horas o 160mg cada 24 horas o
  - Amikacina 500mg cada12horas o 1gramo cada 24 horas (como aminoglucosidos)
  - Metronidazol 500mg cada 8horas (cuando intestino está expuesto)
  - Clindamicina 600mg cada 8 horas.
  - Ciprofloxacina 200mg cada 12 horas para uso IV.
- **Protector gástrico tales como:**  
Omeprazole o Esomeprazole o Pantoprazole 40mg cada 24 horas.
- **Analgésicos:**
  - Dexketoprofeno 50mg cada 8 horas. 25 mg vía oral.
  - Ketorolaco una ampolla 30mg cada 8 horas.
  - Nalbufina 10mg subcutáneo o endovenoso e intramuscular cada 6 o 8 horas y SOS.
  - Tramadol 100mg subcutáneo cada 8 horas (no exceder 400mg en adulto).

#### 11. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES:

Se informara sobre el nombre de la patología que desencadeno el evento (Abdomen Agudo Quirúrgico) y su causa específica encontrada en la exploración quirúrgica, medidas tomadas para corregir el caso y demás hallazgos en la cavidad abdominal. Dependiendo de la causa específica se informara el procedimiento realizado detalladamente y la causa por lo que se realizó el procedimiento.

Además, se informara sobre las complicaciones eventuales del trans y post quirúrgico, signos y síntomas de alarma como fiebre, diarrea, náuseas y vomito. Mostrar como colocar las bases y fundas de ostomias y cuidado de la piel en casos que aplique.

Explicar la deambulación asistida, reposo y actividades limitadas.

De la misma manera recomendar utilización de medicamentos y dieta hiperproteica y recomendaciones nutricionales. Muy importante recordar su próxima cita en 7-10 días luego del egreso.

## 12. CRITERIOS DE EGRESO:

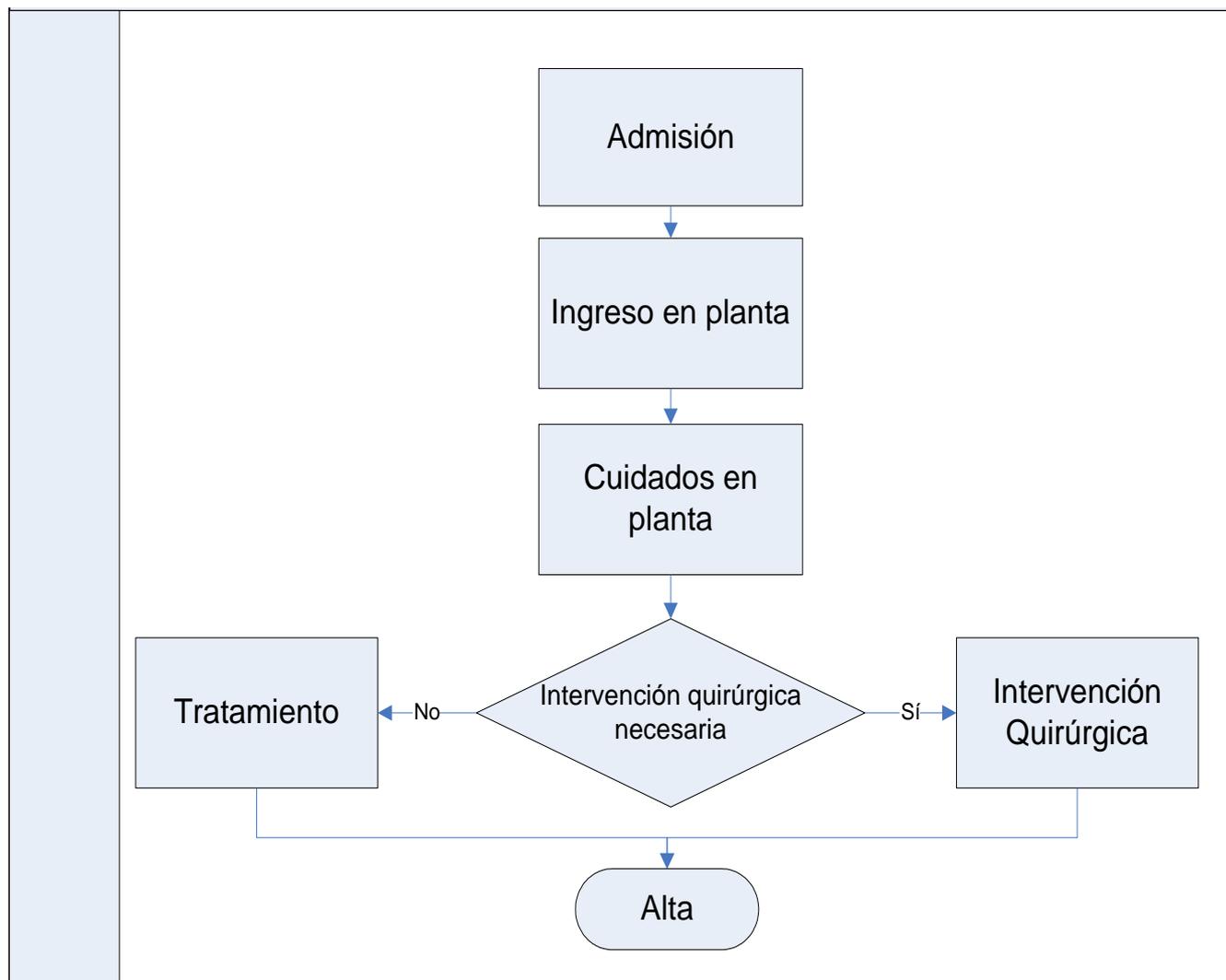
- Paciente 24 horas asintomático, sin fiebre y tránsito intestinal restablecido.
- Hemodinamicamente estable
- Herida quirúrgica sin signos de infección

## 13. FARMACOLOGIA:

Soluciones Parenterales	Medicamentos Antibióticos	Protector gástrico
Lactato en Ringer	Ceftriaxona	Omeprazole o Esomeprazole o Pantoprazole
Solución Salino 0.9%	Gentamicina	
Mixto al 0.9%	Amikacina	
Dextrosa al 5%. (Pacientes HTN no usar salino o mixto, diabéticos debe de usar Salino y no Dextrosa al 5%).	Metronidazole o Clindamicina	
	Ciprofloxacina	

Analgésicos
Dexketoprofeno
Ketorolaco
Nalbufina
Tramadol

#### 14. FLUJOGRAMA DEL PROCESO:



## 15. BIBLIOGRAFIA:

1. Laparotomía y/o laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto. México: Secretaría de Salud 2010  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/509\\_GPC\\_LaparotomiaAbdomen/GER\\_LaparotomiaAbdomen.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/509_GPC_LaparotomiaAbdomen/GER_LaparotomiaAbdomen.pdf)
2. Goldman, M.A. (2008). Pocket Guide to the Operating Room (3<sup>rd</sup> e.). Philadelphia: F.A. Davis Company. Heller, J.L. MD (2011). Abdominal pain. Artículo visto Febrero 12, 2014 desde, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003120.htm>.
3. Ansari, P. MD (2013). Acute Abdominal pain. The Merck Manual. Artículo visto Febrero 12, 2014 desde, [http://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal\\_disorders/acute\\_abdomen\\_and\\_surgical\\_gastroenterology/acute\\_abdominal\\_pain.html?qt=acute%20abdominal&alt=sh](http://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal_disorders/acute_abdomen_and_surgical_gastroenterology/acute_abdominal_pain.html?qt=acute%20abdominal&alt=sh).
4. Guía de Práctica Clínica para la Laparotomía y/o Laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático del adulto 04/07/2012
5. European Journal of Emergency Medicine. La ultrasonografía de emergencia es una técnica de imagen utilizada con frecuencia 2012, 19:284–291
6. Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.  
<https://amcgmex.wordpress.com/tag/abdomen-agudo/>