

GUÍA DE
**DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO**

*Adoptada de la guía basada en la evidencia
de Metrosalud 2016*

TABLA DE CONTENIDO

Diagnóstico	7
CIE 10.....	7
Objetivos.....	7
Aspectos de salud cubiertos por la guía.....	7
Alcance.....	8
Personal de salud al que va dirigida la guía	8
Población objetivo.....	8
Metodología de búsqueda de la evidencia	8
Pubmed:.....	9
TRIP:.....	9
Gin:	9
Sign:.....	9
Up to date:.....	9
Access medicine:	9
Mediclatina:	10
Medline:	10
Guía salud:.....	10
Clinical key:.....	10
BMJ.....	10
Marco teórico	11
Introducción.....	11



**DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO**
Adoptada de la guía basada en la
evidencia de Metrosalud 2016

Código: E-GCC-G-004

Versión: 001

Fecha: Septiembre 2017

Página 3 de 42

Definición	12
Diagnóstico	12
Diagnóstico clínico	12
Recomendación 1	14
Recomendación 2	14
Recomendación 3	15
Recomendación 4	15
Recomendación 5	15
Recomendación 6	16
Recomendación 7	16
Recomendación 8	17
Recomendación 9	17
Recomendación 10	17
Recomendación 11	17
Recomendación 12	17
Recomendación 13	17
Recomendación 14	18
Recomendación 15	18
Recomendación 16	18
Recomendación 17	18
Recomendación 18	18
Manejo general	19

Recomendación 19	20
Patrones diagnósticos	20
Patrón de apendicitis aguda.....	20
Recomendación 20	21
Recomendación 21	21
Recomendación 22	21
Recomendación 23	22
Patrón de patología biliar y /o pancreática	22
Cólico biliar	22
Colecistitis aguda.....	22
Enfermedad biliar compleja.....	22
Pancreatitis calculosa	23
Patrón de obstrucción intestino delgado	23
Patrón de diverticulitis.....	23
Patrón de obstrucción de intestino grueso	24
Sepsis abdominal	24
Recomendación 24.....	25
Recomendación 25.....	25
Recomendación 26.....	25
Recomendación 27	26
Recomendación 28.....	26
Recomendación 29.....	27

Recomendación 30	27
Recomendación 31	27
Recomendación 32	27
Recomendación 33	28
Recomendación 34	28
Recomendación 35	28
Algoritmo de decisiones	30
MÉTODOS PARA FORMULAR RECOMENDACIONES	31
“Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain”	31
“American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Appendicitis and Clinical Policies Committee”	31
“ACR-Appropriateness-Criteria@14 American College of Radiology; 2007, 2008. Link: http://www.acr.org/ac ”	31
“International guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012”	32
“Guidelines for management of intra-abdominal infections”	32
TABLAS DE INTERPRETACIÓN DE RECOMENDACIONES Y EVIDENCIA	33
Guía “Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain”	33
Guía “ACR Appropriateness Criteria@14	35
Guía “Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012”	35
Guía “Guidelines for management of intra-abdominal infections”	36
Información para pacientes	37
¿Qué es el dolor abdominal agudo?	37



**DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO**
Adoptada de la guía basada en la
evidencia de Metrosalud 2016


Código: E-GCC-G-004

Versión: 001

Fecha: Septiembre 2017

Página 6 de 42

¿Qué puede sentir?.....	38
¿Qué debo tener en cuenta?.....	38
¿Cuándo debo consultar al hospital?	38
Medicamentos incluidos en la guía	39
Analgésicos opioides.....	39
Antibióticos.....	39
Bibliografía.....	41

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 7 de 42

Diagnóstico

Dolor abdominal agudo

CIE 10

- R100 Abdomen agudo,
- R101 dolor abdominal localizado en parte superior,
- R103 dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen
- R104 otros dolores abdominales y los no especificados.

Objetivos

El objetivo principal de esta guía es estandarizar el enfoque diagnóstico de los pacientes con dolor abdominal agudo y proveer a los médicos de urgencias recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible que apoyen la toma de decisiones en el abordaje de estos pacientes.

Esta guía no pretende reemplazar el buen juicio clínico que debe acompañar todo acto médico en el manejo de pacientes en situaciones concretas.

Las variaciones a las recomendaciones aquí establecidas, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad de la Clínica Antioquia.

Aspectos de salud cubiertos por la guía

- Definición de dolor abdominal agudo.
- Establecer, a través de un enfoque diagnóstico, si aquellos pacientes que consultan por dolor abdominal agudo tienen una causa urgente o no urgente.
- Determinar el manejo seguro y oportuno de aquellos pacientes en los que se estableció una causa urgente o no urgente de su dolor abdominal.
- Ubicar aquellos pacientes con un dolor abdominal urgente en un patrón diagnóstico definido (patrón de apendicitis, patrón de patología hepatobiliar y/o pancreática, patrón de diverticulitis y patrón de obstrucción de intestino delgado o grueso).

- Reconocer y dar un manejo inicial oportuno a aquellos pacientes que presentan una sepsis de origen abdominal.

Alcance

La guía aplica para los pacientes que ingresen por el servicio de urgencias o consulta externa con dolor abdominal y concluye con la definición de la conducta y diagnóstico de la patología.

Personal de salud al que va dirigida la guía

Médicos generales y médicos especialistas que se desempeñen en el área de urgencias de la Clínica Antioquia.

Población objetivo


Pacientes hombres y mujeres, de todas las razas, mayores de dos años que consulten por dolor abdominal agudo en los servicios de urgencias y consulta externa de la Clínica Antioquia.

Metodología de búsqueda de la evidencia

El siguiente documento se realizó bajo la metodología ADAPTE, que consta de los siguientes pasos: determinar preguntas de investigación con relación al diagnósticos de dolor abdominal; establecer términos MeSh; búsqueda sistemática de la literatura en busca de guías de práctica clínica o en su defecto la mejor evidencia disponible; valoración crítica de la literatura, en el caso de GPC se utilizó la herramienta AGREE on line; cada GPC fue evaluada por tres profesionales, el punto de corte fueron 60 puntos; compilación de las recomendaciones y adaptación al contexto clínico de la ESE Metrosalud; redacción del marco teórico (no es requisito pero se realizó para dejar no sólo una GPC sino también un documento de estudio); realización de diagramas de decisiones; revisión por pares; desarrollo del documento final.

La estrategia de búsqueda utilizada para el desarrollo de la presente Guía de Práctica Clínica, comenzó con la selección de las palabras claves, las cuales fueron traducidas al inglés y convertidas en términos MeSH para buscar los artículos almacenados en Medline/Pubmed, utilizando los siguientes filtros: humanos, publicaciones en los últimos 5 años, idiomas español e inglés, Guías de Práctica Clínica, Ensayos Controlados Aleatorizados, Meta análisis y Ensayos Clínicos. Los términos MeSH utilizados fueron Acute abdominal pain guideline, Acute abdominal pain guidelines, Acute abdomen guidelines, Abdominal pain emergency.

La búsqueda se extendió en las siguientes bases de datos electrónicas: TRIP, NICE, SIGN, GIN, CENETEC, UP TO DATE, ACCESS MEDICINE, MEDICLATINA, MEDLINE, GUIA SALUD, CLINICAL KEY, BMJ.

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 9 de 42

Los resultados de la búsqueda fueron los siguientes:

Pubmed:

Se utilizaron los siguientes filtros: Últimos cinco años, humanos, español, inglés, sin límite por edad, título/abstract. Utilizando los términos “Acute abdominal pain guideline” se obtuvieron 39 artículos, “Acute abdominal pain guidelines” se encontraron 4 guías y 2 metanálisis, “Acute abdomen guidelines” se encontraron 4 guías y ningún metanálisis, “Abdominal pain emergency” se encontraron 2 guías y 7 metanálisis.

TRIP:

Se utilizaron los siguientes filtros “sin restricción de años”, “guidelines”. Se utilizaron los términos “Acute abdominal pain” se encontraron 4 guías en Estados Unidos y 1 guía en Australia, “Acute abdomen guidelines” se encontraron 3 guías en Estados Unidos, “Abdominal pain emergency” se encontraron 1 guía en el Reino Unido y 2 en Estados Unidos.

Para la búsqueda en NICE. Criterio utilizado: guías publicadas en los últimos tres años, con el término: “Abdominal pain”, se encontraron 12 guías.

Gin:

Se utilizaron los criterios “guías publicadas”, “sin límite de años”. Se utilizaron los términos “Acute abdominal pain” se encontraron 4 guías, “Abdominal pain emergency” se encontraron 5 guías, “Acute abdomen guidelines” no se encontraron guías.

Sign:


Se utilizaron los términos “Acute abdominal pain”, “Abdominal pain emergency”, “Acute abdomen guidelines” y no se obtuvieron resultados.

Up to date:

No se utilizaron filtros. Se utilizó el término “Acute abdominal pain” y se encontraron 14 artículos.

Access medicine:

Se utilizó el filtro guías. Se utilizó el término utilizado “Acute abdominal pain” y no se encontraron guías.

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 10 de 42

Mediclatina:

No Se utilizaron filtros. Se utilizaron los términos “Dolor abdominal agudo”, “abdomen agudo” y se encontraron 5 artículos relacionados.

Medline:

Se filtró por ciencia y tecnología, medicina de emergencia, revisiones y artículos. Se utilizó el término “Acute abdominal pain” y se encontraron 6 artículos relacionados.

Guía salud:

No se encontraron guías de “Dolor abdominal agudo”.

Clinical key:

Se filtró por últimos cinco años (enero del 2010 a febrero del 2015). Se utilizaron los términos “Acute abdominal pain” se encontraron 8 guías, “Acute abdomen guidelines” no se encontraron artículos relacionados, “Acute Abdominal Pain Study Group” se encontraron 17 guías y 72 revisiones sistemáticas.

BMJ

Se estableció un límite de fecha: enero del 2009 a marzo del 2015. Se utilizaron los términos “Acute abdominal pain” se realizó una búsqueda avanzada filtrando por la presencia de los términos de búsqueda en el título y el resumen y se encontraron 4 artículos, “Acute abdomen guidelines” sin hallazgos.

Se incluyeron todos los artículos publicados en los últimos seis años, en inglés y español. Se seleccionaron aquellas que desarrollaban el tema de esta guía, mediante una revisión detallada de los títulos y resúmenes, desechando aquellas que trataban sobre patologías abdominales específicas.

Después de este procedimiento fueron seleccionados siete guías, las cuales fueron calificadas cada una por cuatro evaluadores, mediante el instrumento AGREE II, para determinar su calidad y la fuerza de las recomendaciones contenidas en ellas, de tal manera que puedan utilizarse, en el desarrollo de esta guía.

Marco teórico

Introducción

El dolor abdominal es un síntoma que puede acompañar multitud de procesos, tanto intra como extrabdominales, e incluso puede presentarse en un sinnúmero de enfermedades sistémicas, y corresponder al área de muy diversas especialidades, tales como ginecología, urología, cirugía general y medicina interna. (1)

El abordaje clínico de un paciente con dolor abdominal agudo requiere un enfoque sistemático y ordenado para establecer rápidamente un diagnóstico preciso que permita un manejo correcto y oportuno, de tal manera que se obtengan mejores resultados y se eviten complicaciones. (1)


Las causas de dolor abdominal agudo pueden ser clasificadas como urgentes o no urgentes. (1) En esta guía adoptamos el concepto “urgente” propuesto por Lamiers et al, como aquella condición que requiere tratamiento dentro de las 24 horas para prevenir complicaciones y “no urgente” aquella que no requiere tratamiento en las próximas 24 horas. (1)

Las causas de dolor abdominal urgente, más comunes, son: apendicitis aguda, diverticulitis aguda y obstrucción intestinal. Las causas no urgentes más comunes son: el dolor abdominal inespecífico y las enfermedades gastrointestinales. (1)

Los pacientes pueden presentar un cuadro clínico muy inespecífico en sus inicios; pero con el paso del tiempo, evolucionar a un cuadro clínico con síntomas más específicos; lo que supone una dificultad adicional para establecer con certeza la causa de dolor abdominal, en la atención inicial de estos pacientes. (1) Solo el 60 % de los pacientes ingresados por dolor abdominal agudo son diagnosticados correctamente al ingreso, constituyéndose este en un verdadero desafío para el personal médico en los servicios de urgencias (2) y fuente frecuente de reclamaciones legales por mala práctica. (3)

Es un imperativo establecer rápidamente un diagnóstico, con el mayor nivel de certeza posible, que lleve a un manejo correcto y oportuno, de tal manera que se eviten complicaciones. La laparotomía de emergencia por peritonitis, obstrucción intestinal y otras catástrofes abdominales tiene una mortalidad cercana al 15% y otras complicaciones en cerca del 50% de los casos, (4) tales como: insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria, sepsis, acidosis metabólica; (2) que generan un alto consumo de recursos.

El diagnóstico de dolor abdominal inespecífico, se establece entre el 13 y 40% de pacientes ingresados en el servicio de urgencias por dolor abdominal. Este, se define como un dolor de menos de siete días de evolución, en el cual no se ha podido establecer un diagnóstico, después de realizar un minucioso examen y acudir a las ayudas diagnósticas pertinentes. Las causas de este, incluyen

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 12 de 42

patologías de origen ginecológico, síndrome de intestino irritable, gastroenteritis y dolor originado en la pared abdominal. (4)

Definición

Es preciso unificar criterios que permitan comparar los resultados de estudios sobre este tema y eviten las dificultades que se puedan presentar en la interpretación de los mismos. Definimos entonces, el dolor abdominal agudo como aquel dolor localizado entre el borde inferior de la última costilla y la región pélvica, (5) de origen no traumático y de una duración no mayor a cinco días. (1)

Diagnóstico

Diagnóstico clínico


Una buena anamnesis es fundamental en el enfoque diagnóstico del dolor abdominal. Se debe interrogar sobre tres aspectos esenciales: semiología del dolor, síntomas asociados y antecedentes clínicos del paciente. (2) Es necesario precisar el tiempo de inicio y la duración del dolor, la localización de este, su irradiación y/o migración, la intensidad, el tipo de dolor, los factores que lo modifican; la presencia de síntomas asociados como fiebre, escalofríos, síntomas urológicos, respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales y ginecológicos. (2) En los antecedentes indagamos por cirugías previas, enfermedades preexistentes, antecedentes ginecobstétricos, episodios similares, medicación actual y hábitos. (6)

El examen físico debe ser completo. En primer lugar, se evalúan los signos vitales; se debe tener en cuenta, que la hipotensión postural puede ser la primera señal de inestabilidad hemodinámica. Observar el color de la piel y las mucosas, establecer si hay alteraciones del sensorio; dificultad respiratoria; si hay sangrado activo, evidente por vagina o recto. (6) A la inspección del abdomen, observar si hay presencia de cicatrices o deformidades, si hay distensión; al auscultar el abdomen, se debe evaluar el peristaltismo y la presencia de soplos. (3) A la palpación abdominal establecer la presencia de signos de irritación peritoneal, dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen, hipersensibilidad desencadenada por la tos o por movimientos bruscos y contractura abdominal. (2) Debemos precisar la localización predominante del dolor, la presencia de signos (Murphy, Rovsing, Kehr, Psoas, Blumberg, Mc Burney), masas, defensa muscular, globo vesical. Se debe realizar tacto vaginal en mujeres con vida sexual activa, y tacto rectal en aquellos pacientes en los que se sospecha obstrucción intestinal o patología ano-rectal. (7) Ver tabla N° 1.

Tabla N°1. Signos clínicos más significativos en la evaluación de pacientes con dolor abdominal agudo

Signo clínico	Descripción	Significado clínico
Bloomberg	Dolor provocado al descomprimir bruscamente el abdomen	Irritación peritoneal
Charcot	Dolor intermitente en hipocondrio derecho, asociado a ictericia y fiebre.	Coledocolitiasis
Courvoisier	Vesícula palpable e ictericia indolora	Tumor periampular
Cullen	Equimosis periumbilical	Hemoperitoneo
De Cope (del psoas)	Aumento del dolor en fosa iliaca derecha al realizar la flexión activa de la cadera derecha.	Sugestivo de apendicitis
Kehr	Dolor en el hombro izquierdo mientras el paciente está supino y se le hace presión en el hipocondrio	Sugestivo de hemoperitoneo
Murphy	Dolor y suspensión de la inspiración, mientras se le hace presión en hipocondrio derecho	Colecistitis aguda
Obturador	Dolor provocado en el hipogastrio al flexionar el muslo derecho y rotar la cadera hacia adentro.	Sugestivo de apendicitis
Rovsing	La presión en el lado izquierdo sobre un punto correspondiente al de McBurney en el lado derecho, despierta dolor en este.	Sugestivo de apendicitis

La historia clínica y el examen físico, no son suficientes para establecer un diagnóstico preciso. En los pacientes con dolor abdominal agudo, puede establecerse un diagnóstico correcto entre el 43% y 59% de los casos, luego de la anamnesis y el examen físico. **(1) (Nivel evidencia B, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 14 de 42

Ayudas diagnósticas

El diagnóstico basado en la historia clínica, el examen físico, y los parámetros de laboratorio es correcto entre el 46% y 48% de pacientes con dolor abdominal. (1) **(Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

La sensibilidad de la historia clínica, el examen físico, y los resultados de laboratorio es más alta para diferenciar entre condiciones urgentes y no urgentes que para establecer un diagnóstico específico. (1) **(Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Recomendación 1

La información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y el laboratorio es insuficiente para establecer un diagnóstico correcto. **(Recomendación grado 1/se ha demostrado/ EBRO)**. Pero, es suficiente para discriminar entre una causa urgente y no urgente y justificar la decisión de ordenar imágenes diagnósticas adicionales, de acuerdo al diagnóstico sospechado. (1) **(Recomendación grado 2/es probable/ EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Una PCR > 50 mg/l (5mg /dl), combinado con leucocitos por encima de 10.000/ml tiene una sensibilidad entre el 25 y 76% y una especificidad entre 67 y 89% para diagnosticar una condición urgente. (1) **Nivel evidencia B, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Recomendación 2

Cuando clínicamente sospechamos una condición no urgente, pero el PCR es > 100 mg/l (10 mg/dl) o los leucocitos están por encima de 15.000, hay que sospechar una condición urgente y es necesario acudir a estudios de imágenes. (1) **Grado 1, EBRO /** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015.

La radiografía convencional no brinda una ayuda adicional a la evaluación clínica, para establecer correctamente si se trata de una causa urgente o no urgente. (1) **Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015.

La radiografía convencional ayuda a establecer un diagnóstico correcto, como causa del dolor abdominal en el 47% de los casos. (1) **Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015.

Recomendación 3

Los estudios radiológicos convencionales (tórax y abdomen) no aportan valor a la evaluación clínica para discriminar correctamente entre una causa urgente y no urgente. (1) (**Recomendación grado 2/es probable/ EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Recomendación 4

La radiografía convencional no tiene un lugar en el estudio de pacientes con dolor abdominal agudo, debido a que no adiciona información valiosa a la obtenida mediante la evaluación clínica. (1) (**Recomendación grado 1/ se ha demostrado EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

El diagnóstico basado en la evaluación clínica y la ecografía abdominal, se corresponde con el diagnóstico final entre el 53 y el 83% de pacientes. (1) (**Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).


En el 70% de pacientes se pudo establecer correctamente un diagnóstico urgente, basados en la información de la evaluación clínica y el ultrasonido. (1) (**Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

La evaluación clínica, combinado con la TAC, identifica correctamente una causa urgente en 89% de pacientes. (1) (**Nivel evidencia A2, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Recomendación 5

Debido a los efectos adversos de la tomografía computarizada, se prefiere la ecografía, como primera opción de imágenes diagnósticas. Cuando el informe ecográfico es negativo o no concluyente, se debe realizar una TAC. (Estrategia de TAC condicional) La TAC, es el examen con más alta sensibilidad y especificidad en pacientes con dolor abdominal agudo. (1) (**Recomendación grado 1/ se ha demostrado, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015)

En algunos pacientes, en los cuales no se ha podido establecer un diagnóstico mediante la ayuda de imágenes; una laparoscopia diagnóstica puede establecer la causa de dolor abdominal entre el 80 y el 94% de los casos. (1) (**Nivel evidencia B, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 16 de 42

No es claro el aporte de la laparoscopia diagnóstica en aquellos casos de dolor abdominal agudo, cuando los estudios de imágenes no son concluyentes o son negativos; pero, se han documentado complicaciones entre el 3,5% y el 25%, después de una laparoscopia diagnóstica. (1) (**Nivel evidencia B, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Recomendación 6

Basados en la revisión de la literatura, no se pueden hacer recomendaciones sobre el aporte de la laparoscopia en el enfoque diagnóstico de pacientes con dolor abdominal agudo. Comparado con las técnicas de imágenes diagnósticas, la laparoscopia diagnóstica tiene un alto riesgo de complicaciones. Únicamente podría contemplarse una laparoscopia diagnóstica, en pacientes con una alta sospecha de una causa urgente de su dolor abdominal, que tengan estudios de imágenes no concluyentes. (1) (**Grado recomendación, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 205)

Es importante tener presente las siguientes indicaciones, para evitar errores en el abordaje de pacientes con dolor abdominal agudo:

- En pacientes que consultan por dolor en abdomen superior, de causa poco clara; y tienen factores de riesgo cardiovascular, incluyendo todos los pacientes ancianos; se debe incluir en su estudio un electrocardiograma. (3)
- A todas las mujeres en edad fértil, se les debe realizar una prueba de embarazo. (3)
- En todos los pacientes mayores de 50 años, que se presentan con un cuadro de dolor abdominal inespecífico, descartar la posibilidad de un aneurisma de la aorta abdominal mediante ecografía o TAC. (3)


1.1.1. Ayudas diagnósticas según condición clínica

Según la condición clínica, los estudios de imágenes diagnósticas recomendadas por la American College of Radiology. ACR appropriateness criteria®. (10) Son las siguientes:

1.1.1.1. Condición clínica: dolor en cuadrante superior derecho

Recomendación 7

Fiebre, leucocitosis, signo de Murphy positivo. Procedimiento Radiológico: Ecografía de abdomen (Puntaje: 9. NRR: ninguno / ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 17 de 42

Recomendación 8

Sospecha de colecistitis acalculosa. Procedimiento Radiológico: Gamagrafía. (Puntaje: 6. NRR: Bajo/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10).

Recomendación 9

Sospecha de colecistitis acalculosa. Procedimiento Radiológico: Gamagrafía. Puntaje: 8. NRR: Bajo / ACR appropriateness criteria, 2010. (10)

Recomendación 10

Ausencia de fiebre, conteo normal de leucocitos. Procedimiento Radiológico: Ecografía de abdomen (Puntaje: 8. NRR: ninguno/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

1.1.1.2. Condición clínica: dolor en cuadrante inferior derecho

Recomendación 11

Fiebre, leucocitosis, y presentación clínica clásica o atípica para apendicitis en adultos y adolescentes. Procedimiento Radiológico: TAC de abdomen Y pelvis con contraste. (Comentario: el uso de contraste oral o rectal depende de la preferencia institucional) (Puntaje: 8. NRR: alto/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

Recomendación 12

Fiebre, leucocitosis, en embarazada: Procedimiento Radiológico: Ecografía del cuadrante inferior derecho del abdomen. (Comentario: con un grado de compresión. Es mejor en el primer trimestre y comenzando el segundo) (Puntaje: 8. NRR: ninguno/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

Recomendación 13

Fiebre, leucocitosis, posible apendicitis, o presentación atípica en niños (menores de 14 años de edad): Procedimiento Radiológico: Ecografía del cuadrante inferior derecho del abdomen. (Comentario: con un grado de compresión). (Puntaje: 8. NRR: ninguno/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

1.1.1.3. Condición clínica: Dolor en cuadrante inferior izquierdo.

Recomendación 14

Paciente adulto mayor con presentación clínica típica para diverticulitis: Procedimiento Radiológico: TAC de abdomen y pelvis con contraste. (Comentario: el uso de contraste oral o rectal puede ser útil para visualizar la luz intestinal) (Puntaje: 8. NRR: alto/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

Recomendación 15

Mujer en edad fértil: Procedimiento Radiológico: Ecografía abdominal con grado de compresión. (Comentario: puede ser hecha para excluir de entrada anomalías ginecológicas) (Puntaje: 8. NRR: ninguno/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

1.1.1.4. Condición clínica: dolor abdominal agudo y fiebre o sospecha de absceso abdominal

Recomendación 16

Paciente con fiebre en el postoperatorio: Procedimiento Radiológico: TAC de abdomen y pelvis con contraste Puntaje: 8. NRR: alto/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

Recomendación 17

Paciente con fiebre, dolor abdominal no localizado, sin cirugía reciente: Procedimiento Radiológico: TAC de abdomen y pelvis con contraste (Puntaje: 8. NRR: alto/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

Recomendación 18

Paciente en embarazo: Procedimiento Radiológico: Ecografía abdominal (Puntaje: 8. NRR: ninguno/ ACR appropriateness criteria, 2007,2008). (10)

Manejo general

La mayoría de los pacientes con dolor abdominal pueden ser manejados por el médico general. La presencia de un dolor abdominal de menos de 24 horas de evolución acompañado de signos localizados de irritación peritoneal es el mayor predictor de la necesidad de remitir al cirujano general. (4)

La presencia de inestabilidad hemodinámica, alteraciones del sensorio (no explicables por otra causa), sangrado activo y abundante, anemia aguda; pueden indicar la existencia de una patología de posible manejo quirúrgico que requiere la evaluación inmediata por el cirujano. (6)

En opinión de los expertos, se debe solicitar la evaluación por el ginecólogo, cuando se sospeche que el dolor abdominal en una mujer, pueda ser de origen ginecológico. Son urgencias ginecológicas la enfermedad inflamatoria pélvica, el embarazo extrauterino y la torsión de un ovario. (6)

En aquellos pacientes con dolor abdominal agudo, cuyo diagnóstico no es claro; la observación durante varias horas puede aclarar el diagnóstico y facilitar su manejo. Los pacientes ancianos y los enfermos con VIH, requieren un especial cuidado, estos pueden presentar cuadros clínicos atípicos que enmascaran patologías graves, facilitando el error diagnóstico y el alta imprudente. (3)

Cuando no es posible establecer un diagnóstico, después de realizar una historia clínica y un examen físico detallado, y de acudir a las ayudas diagnósticas pertinentes, se utiliza el término “dolor abdominal inespecífico”. Estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente, con instrucciones sobre la presencia de signos de alarma y revisión por la consulta prioritaria al día siguiente; (1) siempre y cuando no tengan comorbilidades serias, ni otras razones para estar hospitalizados, tengan un fácil acceso al centro hospitalario y se vean bien. (4) El alta de estos pacientes debe acompañarse de instrucciones claras, por escrito, (5) al paciente y sus acompañantes; con información acerca de los síntomas y signos que obligarían a consultar de inmediato al servicio de urgencias.

Para dar de alta a un paciente que consulte por dolor abdominal, se requiere que no presente inestabilidad hemodinámica, que se haya logrado un buen control del dolor, certeza que el paciente no tiene un abdomen agudo, disponibilidad de medicamentos para el control del dolor en su casa, y ausencia de comorbilidades que requieran un manejo intrahospitalario. Estos pacientes deben tener instrucciones claras y precisas, por escrito, acerca de la medicación, la alimentación e hidratación y la presencia de síntomas y signos de alarma, que ameritan consultar de inmediato al servicio de urgencias. (6)

La reevaluación de pacientes dados de alta, en los que se sospechó una condición no urgente en la evaluación inicial, lleva a cambios en el diagnóstico en 35%, en el manejo en 19%, y cambios de un manejo conservador a un tratamiento quirúrgico en el 4,5% de pacientes. (1) (**Nivel evidencia B, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

La reevaluación de pacientes dados de alta, en los que se sospechó una condición no urgente, después de la evaluación clínica inicial y una ecografía abdominal, lleva a cambios en el diagnóstico en un 18%, cambios en el manejo en un 13%, y cambios de un tratamiento conservador a quirúrgico en el 3% de pacientes. (1) (**Nivel evidencia B, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Recomendación 19

Quando sospechamos que el cuadro clínico del paciente no es una urgencia, este paciente puede ser dado de alta, con reevaluación al día siguiente. (1) (**Grado recomendación, EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015)

Deben hospitalizarse todos los pacientes con dolor abdominal y que a su vez tengan inestabilidad hemodinámica, deterioro neurológico, dolor incoercible o progresión en el mismo, o evidencia de sangrado; también debe hospitalizarse todo paciente que requiera una intervención quirúrgica urgente, o en el que se sospeche que tenga una entidad que amenace su salud o su vida; o presencia de comorbilidades que requieran manejo hospitalario. (6)

Patrones diagnósticos


Con base en los hallazgos clínicos y las ayudas diagnósticas, el enfoque de estos pacientes debe ser orientado hacia alguno de los siguientes patrones de diagnósticos:

Patrón de apendicitis aguda

La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de intervención quirúrgica. El riesgo de padecer apendicitis a lo largo de la vida está entre el 7% y 8%. Con una incidencia de 11 casos por cada 10.000 habitantes por año. (4)

En aquellos pacientes en quienes sospechamos una apendicitis aguda, podemos encontrar leucocitosis con neutrofilia y aumento en la PCR, lo que nos da un valor predictivo positivo cercano al 95%. Debemos tener presente que, si el cuadro clínico tiene menos de 12 horas de evolución, es posible que aún no se haya presentado un incremento en la PCR. Si la PCR y el leucograma son normales, es prudente observar la evolución y acudir a imágenes diagnósticas. Si estos estudios son negativos, estos pacientes pueden manejarse ambulatoriamente, (4) con instrucciones y revisión por consulta prioritaria el día siguiente.

Existen hallazgos clínicos que son potencialmente más útiles en el diagnóstico de apendicitis; el dolor en el cuadrante inferior derecho, tiene un valor predictivo positivo del 95%, con un intervalo de confianza del 7,31 a 8,46 y un valor predictivo negativo, también del 95%. Otras variables, tales como

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 21 de 42

la intensidad del dolor, la migración de este, la anorexia, la fiebre, la espasticidad a la percusión abdominal y al examen rectal son menos útiles. (9)

En mujeres en quienes se hizo el diagnóstico de infección urinaria o enfermedad inflamatoria pélvica, considerar como posible causa de sus síntomas la presencia de una apendicitis. (3) En los pacientes ancianos, la apendicitis puede tener una presentación atípica hasta en el 74% de los casos, lo cual se traduce en diagnósticos más tardíos. Además, hay que anotar que estos pacientes en general, consultan más tardíamente; y tienen tasas de perforación más altas. (9)

Hay evidencia conflictiva acerca de la utilidad de los diferentes test para el diagnóstico de apendicitis; una puntuación baja en el test de Alvarado, no excluye el diagnóstico de apendicitis, ni la necesidad de realizar una TAC. (9)

Si hay una alta sospecha de apendicitis aguda en un paciente con sepsis o shock séptico, este paciente debe ser llevado a cirugía de manera inmediata. (4)

Recomendación 20

En adultos en los que se sospecha apendicitis aguda, se debe realizar una TAC de abdomen y pelvis, la adición de contraste oral o intravenoso incrementa la sensibilidad para el diagnóstico. (9) (Recomendación **B/moderado nivel de certeza clínica**/ Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis).

Recomendación 21

Debido al riesgo que supone la exposición a radiaciones ionizantes en niños, se debe considerar en ellos la realización de una ecografía como imagen diagnóstica inicial, pero en aquellos casos en los cuales el diagnóstico no es claro, después de la ecografía, estaría indicado la realización de una TAC. (9) (Recomendación **C/ evidencia conflictiva, o basada en consenso de expertos**/ Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis).

Recomendación 22

En niños, la ecografía sirve para confirmar el diagnóstico de apendicitis, pero no lo excluye definitivamente. (9) (Recomendación **B/moderado nivel de certeza clínica**/ Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis).

Recomendación 23

En niños, la TAC de abdomen y pelvis, confirma o excluye el diagnóstico de apendicitis aguda. (9) (**Recomendación B/moderado nivel de certeza clínica/** Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis).

Patrón de patología biliar y /o pancreática

El dolor severo, de comienzo agudo, en cuadrante superior derecho es el síntoma más común asociado a la presencia de cálculos biliares, el cual puede acompañarse de náuseas, vómito, taquicardia, fiebre y espasticidad a la palpación del cuadrante superior derecho. El enfoque inicial de estos pacientes incluye un hemoleucograma, PCR, perfil hepático y pancreático, y ecografía de hígado y vías biliares. Esto nos permite la clasificación de estos pacientes, en una de cuatro categorías: (4)

Cólico biliar

Dolor de corta duración, con mínimo compromiso sistémico, perfil hepático normal, y ausencia de dilatación de las vías biliares en la ecografía. Estos pacientes pueden tener un alta temprana, o ser manejados ambulatoriamente, siempre y cuando tengan marcadores inflamatorios negativos. (4) o se les puede realizar una colecistectomía temprana intrahospitalaria o programarse para un manejo quirúrgico electivo. (4)

Colecistitis aguda

Dolor de una duración mayor a 24 horas, compromiso sistémico (fiebre, taquicardia), leucocitosis, vesícula biliar con paredes edematosas y cálculos enclavados; con pruebas de función hepática normales (excepto en el síndrome de Mirizzi). (4) Estos pacientes deben hospitalizarse, recibir líquidos venosos, antibióticos y analgesia. (4)

Enfermedad biliar compleja

Estos pacientes presentan un dolor de duración variable, compromiso sistémico que incluye fiebre, escalofríos; pruebas de función hepática alteradas y dilatación del árbol biliar, con alta sospecha de cálculos en el conducto biliar común y la vesícula biliar, que causan colangitis e ictericia. (4) Estos pacientes deben hospitalizarse, recibir hidratación parenteral, antibióticos y analgesia; además se les debe realizar pruebas diarias de función hepática. (4)

Pancreatitis calculosa

La presentación típica es un dolor periumbilical irradiado al dorso, de duración e intensidad variable, con compromiso sistémico e incremento en las amilasas y /o lipasas séricas; pueden tener alterado el perfil hepático y unos marcadores de inflamación elevados; en la ecografía se puede evidenciar dilatación del árbol biliar. (4) Estos pacientes deben ser hospitalizados, tratados con líquidos endovenosos, oxígeno y analgesia. Aquellos pacientes con predictores de enfermedad leve, pueden ser manejados en sala general; pero, aquellos con predictores de enfermedad severa, deben ser trasladados a una sala de cuidados críticos. (4)

Patrón de obstrucción intestino delgado

Se presenta cuando ocurre un bloqueo mecánico, parcial o total de la luz intestinal, impidiendo el avance del contenido alimenticio, líquidos y gases; los síntomas característicos son el dolor abdominal tipo cólico, vómito y distensión abdominal. En la evaluación inicial, se debe establecer la presencia de irritación peritoneal y hernias. Se debe realizar hemoleucograma, PCR, lactato, radiografía de tórax y abdomen idealmente de pie. (4) Estos pacientes deben ser hospitalizados, su manejo incluye el suministro de líquidos endovenosos, analgesia, sonda nasogástrica con aspiración frecuente (para evitar la broncoaspiración) y sonda vesical. (4)

Aquellos pacientes que presentan incremento en el dolor, taquicardia, fiebre, peritonitis, acidosis metabólica, leucocitosis, PCR elevada; o aquellos en los que se evidencia una potencial isquemia intestinal, una hernia estrangulada o causante de obstrucción; deben ser llevados a cirugía tan pronto como sea posible, idealmente en las primeras seis horas, sin necesidad de acudir a imágenes diagnósticas. (4)

Patrón de diverticulitis

La presentación más común, es el dolor en fosa iliaca izquierda como consecuencia de la inflamación de un divertículo colon sigmoides. Es poco frecuente que divertículos intestinales de otra localización presenten complicaciones inflamatorias.

El cuadro clínico característico es el dolor en fosa iliaca izquierda, defensa abdominal, taquicardia, fiebre y presencia de masa en fosa iliaca izquierda.

También puede haber nauseas, vomito, constipación, peritonitis y choque. La severidad del cuadro, puede variar desde una diverticulitis leve y auto limitada, hasta una perforación colónica fatal. Es imperativo realizar un diagnóstico rápido, detectando oportunamente las complicaciones.

El estudio de estos pacientes debe incluir la evaluación rectal, el estudio de marcadores sanguíneos de inflamación y una tomografía de abdomen y pelvis con contraste oral o colónico (que permita visualizar la luz intestinal) para confirmar el diagnóstico. (3,4) Si el paciente, que se presenta con un cuadro de dolor en fosa iliaca izquierda, es una mujer en edad fértil, el estudio inicial recomendado es una ecografía transabdominal, transvaginal o transrectal para descartar patología ginecológica. (10)

Los pacientes con diverticulitis, en su mayoría, deben ser hospitalizados entre 36 y 72 horas, para administración de antibióticos venosos. Aquellos con una diverticulitis no complicada pueden manejarse ambulatoriamente con antibióticos orales, (4) siempre y cuando existan facilidades para su seguimiento.

Aquellos pacientes muy enfermos, incluyendo aquellos con choque y peritonitis, deben recibir líquidos endovenosos, antibióticos, soporte vital en cuidados críticos y se les debe realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones. (4)

Patrón de obstrucción de intestino grueso


Es una emergencia que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno. Las causas incluyen el cáncer colorectal (60%), la enfermedad diverticular (20%) y vólvulos (5%). El cáncer colorectal, se puede presentar inicialmente, hasta en un 30% de los casos, como un cuadro de obstrucción colónica. (4)

Los síntomas, incluyen distensión abdominal, paro de fecales y flatos, náuseas, vómito y dolor abdominal tipo cólico en la parte inferior del abdomen; cuando este se hace continuo, es sugestivo de isquemia intestinal. El comienzo abrupto sugiere la presencia de vólvulos; por el contrario, una historia de cambios progresivos en los hábitos intestinales sugiere la presencia de malignidad. La distensión abdominal, acompañada por la presencia de una masa palpable y defensa abdominal, sugiere la perforación inminente. Ante la presencia de peritonitis se requieren medidas de resucitación urgente e intervención quirúrgica en las primeras seis horas. (4)

Estos pacientes deben ser manejados por el especialista, idealmente por el cirujano colorectal. (4) El manejo inicial incluye la administración de líquidos endovenosos, antibióticos, analgesia, sonda nasogástrica con aspiración frecuente (para reducir el riesgo de broncoaspiración) y sonda vesical. El manejo posterior depende de la situación clínica del paciente y la causa subyacente. (4)

Sepsis abdominal

La sepsis se define como la presencia (posible o documentada) de una infección junto con manifestaciones sistémicas de infección. La sepsis grave se define como sepsis sumada a disfunción

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 25 de 42

orgánica inducida por sepsis o hipoperfusión tisular. Consideramos que hay hipoperfusión tisular inducida por sepsis cuando hay hipotensión inducida por infección, lactato elevado u oliguria. (11)

El choque séptico se define como hipotensión inducida por sepsis que persiste a pesar de la reanimación adecuada con fluidos. (11)

En pacientes con fiebre y dolor abdominal difuso, o en aquellos que se sospeche un absceso abdominal, con o sin antecedente quirúrgico previo, es recomendable la realización de una TAC de abdomen y pelvis con contraste. (10) Si se trata de una mujer en embarazo es recomendable la realización de una ecografía abdominal o una RMN sin contraste. (10)

Todo paciente en el que se sospeche que esté desarrollando una sepsis de origen abdominal, debe ser hospitalizado. (4)

Recomendación 24

En la reanimación de pacientes con sepsis grave y choque séptico recomendamos de elección, la utilización de cristaloides. (11) (**Grado recomendación 1, nivel evidencia B, GRADE** / debe realizarse/ International Guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).

Recomendación 25

En pacientes con hipoperfusión tisular inducida por sepsis con sospecha de hipovolemia, recomendamos una sobrecarga líquida inicial para alcanzar un mínimo de 30 ml/kg de cristaloides. (11) (**Grado recomendación 1, nivel evidencia C, GRADE** / debe realizarse/ international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).

Es esencial la obtención de cultivos apropiados, antes de la administración de antibióticos. Se deben obtener dos muestras para hemocultivos (en frascos aerobios y anaerobios). (11) El reporte de los cultivos es fundamental para confirmar la infección, identificar los patógenos responsables y, realizar los ajustes al tratamiento antibiótico, después de la recepción del perfil de sensibilidad. (11)

Debido a que la esterilización rápida de los hemocultivos puede ocurrir dentro de las primeras horas después de la primera dosis de antibióticos, la obtención de esos cultivos antes de iniciar el tratamiento es esencial, si se quiere identificar la bacteria causal. (11)

Recomendación 26

Recomendamos obtener cultivos apropiados antes de iniciar el tratamiento antibiótico, si tales cultivos no causan un retraso importante (> 45 minutos) en el comienzo de la administración antibiótica. (11)

(**Grado recomendación 1, nivel evidencia C, GRADE** / debe realizarse/ international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).

En varios estudios se observó que, en presencia de choque séptico, cada hora de demora en la administración de antibióticos efectivos se asocia con un aumento medible de la mortalidad. (11)

La campaña por la supervivencia de la sepsis, recomienda el inicio de antibióticos en la primera hora de reconocimiento de los síntomas. Cada hora que demore el inicio de antibióticos lleva a un incremento en la mortalidad de un 7,6%. (1)

Recomendación 27

Si se sospecha la presencia de sepsis, se debe iniciar tratamiento antibiótico de inmediato, previa toma de muestras para hemocultivos. Cada hora que se postergue el inicio de antibióticos, lleva a un incremento de la mortalidad en un 7,6%. La elección del antibiótico depende de los patrones de resistencia y las guías locales. (1) (**Grado de recomendación 2, es probable/ EBRO/** Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain, 2015).

Los pacientes con sepsis grave o choque séptico tienen poco margen de error en la elección del tratamiento antibiótico; este tiene que ser lo suficientemente amplio para cubrir todos los patógenos probables y debe guiarse por los patrones locales de prevalencia de patógenos bacterianos y datos de sensibilidad. (11)

Recomendación 28

Se debe procurar la administración de antibióticos intravenosos efectivos en la primera hora después del reconocimiento de choque séptico (Grado recomendación 1, nivel evidencia B, GRADE / debe realizarse) y sepsis severa sin choque séptico. (11) (**Grado recomendación 1, nivel evidencia C, GRADE** / debe realizarse/ international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).

El paciente con sepsis severa o choque séptico, se beneficia de un tratamiento antimicrobiano agresivo, para evitar la extensión del síndrome de disfunción orgánica múltiple causado por la diseminación bacteriana. Estos pacientes deben recibir altas dosis de beta-lactámicos y/o aminoglucósidos para asegurar una exposición óptima del foco infeccioso al antimicrobiano. (8)

Se debe administrar un esquema antimicrobiano empírico, teniendo en cuenta, la severidad de la infección subyacente, los patógenos presuntamente involucrados y los patrones de sensibilidad y resistencia de estos. (8) Pueden administrarse esquemas con uno o múltiples antibióticos, de acuerdo a la cobertura antimicrobiana requerida. (8)

Recomendación 29

El tratamiento antibiótico empírico inicial, debe incluir uno o más fármacos que han demostrado actividad contra todos los patógenos probables (bacteriano y/o fúngico o vírico) y que penetran, en concentraciones adecuadas, en los tejidos que se supone son la fuente de sepsis. (11) (**Grado recomendación 1, nivel evidencia B, GRADE** / debe realizarse/ international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).

Las guías de la campaña para la supervivencia a la sepsis, sugieren que la politerapia, cuando se utiliza de manera empírica en pacientes con sepsis grave, no debe administrarse durante más de 3 a 5 días. Reducir el espectro de cobertura antibiótica y acortar la duración de este, disminuirá la probabilidad de que el paciente desarrolle sobreinfección con otras bacterias patógenas y resistentes. (11)

Recomendación 30

El tratamiento antibiótico debe evaluarse diariamente en busca de una posible reducción, para prevenir el desarrollo de resistencia, reducir la toxicidad y minimizar los costos. (11) (**Grado recomendación 1, nivel evidencia B, GRADE** / debe realizarse/ international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).


Recomendación 31

Se debe considerar el tratamiento con antimicóticos en casos de peritonitis severa (adquirida en la comunidad o postoperatoria), cuando se cumplen por lo menos tres de los siguientes criterios: falla hemodinámica, mujeres de edad avanzada, cirugía gastrointestinal superior y terapia con antibióticos por más de 48 horas. (12) (**Recomendación grado 2+, GRADE** / Puede realizarse/ Guidelines for management of intra-abdominal infections).

Cuando están presentes tres de estos cuatro criterios, la posibilidad de aislar Cándida en el líquido peritoneal es del 71%. (12)

Recomendación 32

Ante la ausencia de estudios locales de sensibilidad, para los microorganismos involucrados en la sepsis abdominal, es importante tener presente los esquemas utilizados en otros países. Las guías para el manejo de las infecciones intrabdominales elaboradas en el 2015 por la Sociedad Francesa de Anestesia y Reanimación, la Asociación Francesa de Cirugía y otras sociedades científicas, recomiendan como esquemas de primera línea para el tratamiento de infecciones intrabdominales adquiridas en la comunidad, sin signos de severidad, la combinación de: amoxicilina/ácido clavulánico + gentamicina; cefotaxime o ceftriaxona + Metronidazol, teniendo como blanco las enterobacterias y

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 28 de 42

los anaerobios que tienen reportes de sensibilidad muy buenos para estos antibióticos. (12) (**Recomendación grado 2+, GRADE**/Puede realizarse/ Guidelines for management of intra-abdominal infections).

Es necesario considerar que, ante la presencia de un choque séptico o una sepsis severa, un tratamiento inapropiado (que no cubra todos los microorganismos aislados) se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad. (12)

Recomendación 33

La Piperacilina/tazobactam con o sin gentamicina podría ser usado en pacientes críticos con infecciones intrabdominales adquiridas en la comunidad. (12) (**Recomendación grado 2+, GRADE**/Puede realizarse/ Guidelines for management of intra-abdominal infections).

Debe tenerse en cuenta la importancia de la Pseudomona aeruginosa, especialmente en niños. Varios estudios han reportado la presencia de P. aeruginosa entre un 5 y 20% en infecciones intrabdominales en niños; siendo mucho menos común en adultos (excepto en los casos de peritonitis intrahospitalaria). Hay dos situaciones en las cuales cobra gran importancia la P. aeruginosa: cuando un niño ha recibido antibióticos en los tres meses previos a la cirugía, y en los casos de respuesta desfavorable después de 72 horas de un tratamiento antibiótico bien administrado. (12)

Recomendación 34


Se debe establecer con precisión la fuente anatómica de la infección causante de la sepsis, tan pronto como sea posible y realizar la intervención necesaria para su control en las primeras 12 horas después de establecerse el diagnóstico. (11) (**Grado recomendación 1, nivel evidencia C, GRADE** / debe realizarse/ international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012).

Los focos de infección susceptibles a las medidas de control de fuente incluyen los abscesos intrabdominales, la úlcera gastrointestinal, la colangitis, la pielonefritis, la isquemia intestinal, la infección necrosante de partes blandas, y otras infecciones de tejido profundo. (11)

Cuando se requiere control de fuente en un paciente septicémico severo, se debe utilizar la intervención efectiva, asociada con el menor traumatismo fisiológico (Ej. drenaje percutáneo en lugar de quirúrgico para un absceso). (11)

Recomendación 35

Aquellos pacientes con peritonitis secundaria a la perforación de un órgano, deben ser intervenidos quirúrgicamente tan pronto como sea posible, especialmente si presentan choque séptico. (12)

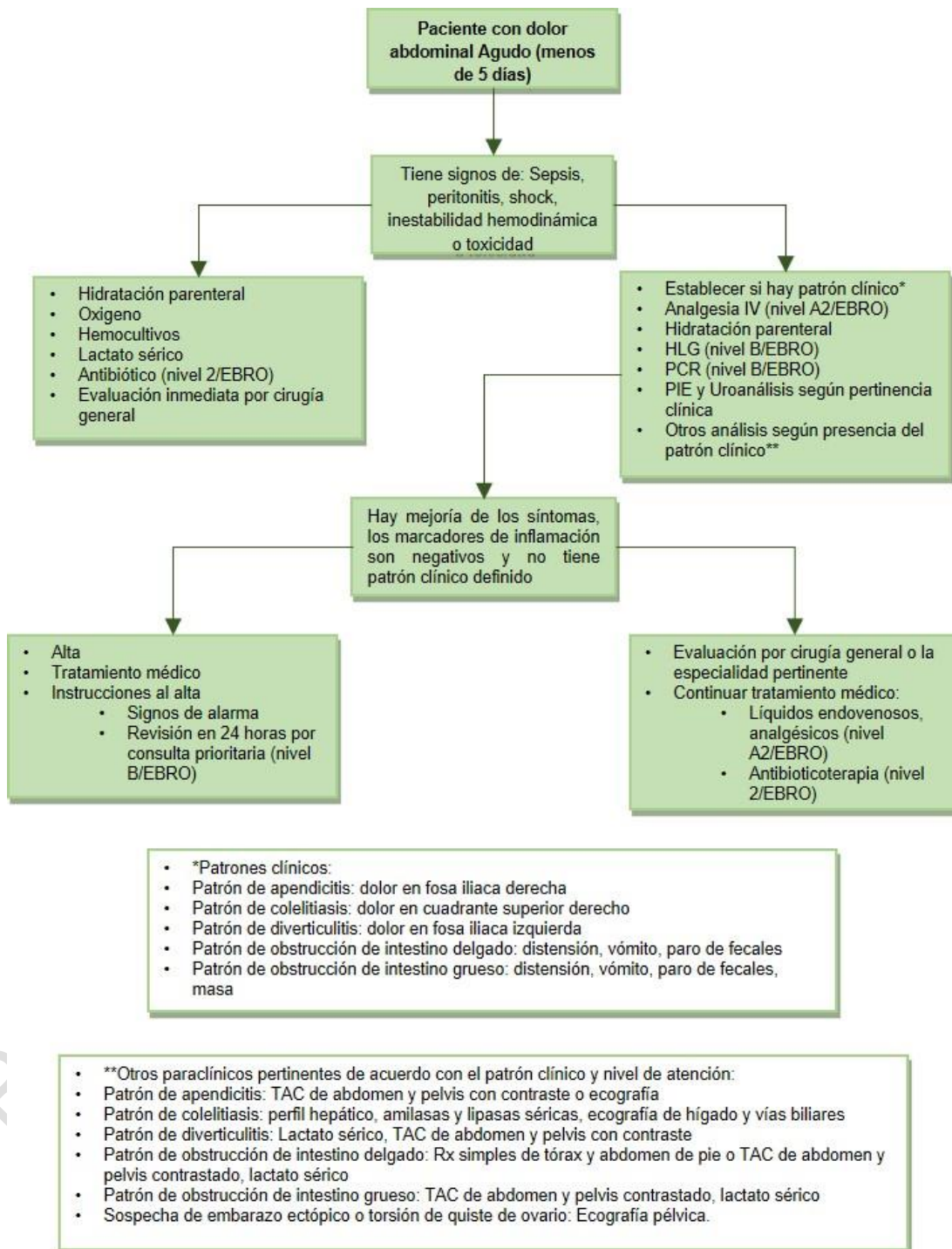
	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 29 de 42


(Grado recomendación 1+, GRADE / Debe realizarse/ Guidelines for management of intra-abdominal infections).

Estudios retrospectivos han demostrado asociación entre un aplazamiento de la intervención y un incremento en la mortalidad. (12)

PROPIEDAD INTELECTUAL C.A.S.A

Algoritmo de decisiones



	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 31 de 42

MÉTODOS PARA FORMULAR RECOMENDACIONES

Las recomendaciones formuladas para la presente guía fueron extraídas de aquellas que tuvieron un mayor puntaje después de aplicarles el instrumento AGREE II, para la evaluación de Guías de práctica clínica.


“Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain”

El grupo realizador de esta guía, evaluó la calidad de los artículos incluidos en la elaboración de esta guía, usando el sistema de clasificación nacional (Holanda) para el desarrollo de guías basadas en la evidencia (www.cbo.nl). Los artículos fueron clasificados de acuerdo al tipo de estudio y su calidad metodológica, usando el sistema EBRO-CBO.

“American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Appendicitis and Clinical Policies Committee”

Los artículos revisados para la formulación de estas políticas clínicas fueron evaluados, por al menos dos miembros del subcomité, y clasificados en tres grados de evidencia. Los designados con el 1, representan la más fuerte evidencia, y los designados con el 3 representan la más débil evidencia. Luego estos artículos fueron evaluados en seis dimensiones (incluyendo cegamiento, aleatorización, medición de los resultados, sesgos, validez y tamaño de la muestra), considerados los aspectos más relevantes para el desarrollo de una guía clínica. Posteriormente, los artículos recibieron una clasificación final (clase I, II, III), sobre la base de una fórmula predeterminada, teniendo en cuenta el diseño y la calidad del estudio. La clasificación de la evidencia fue realizada respecto a la información específica extraída y la revisión de las preguntas críticas.

“ACR-Appropriateness-Criteria®14 American College of Radiology; 2007, 2008. Link: <http://www.acr.org/ac>”

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 32 de 42

Esta guía basada en la evidencia fue elaborada por el comité para criterios apropiados del Colegio Americano de Radiología, usando los parámetros proporcionados por la Agencia para la Investigación y calidad en el cuidado de la salud y diseñados por el Instituto de medicina. Un panel de expertos identificó los artículos más relevantes, y después de revisarlos asignó un puntaje de 1-4 de acuerdo a la fuerza de la evidencia y asignó un puntaje a cada procedimiento considerado, utilizando la técnica de Delphi modificada.

“International guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012”

Se aconsejó a los autores atenerse a los principios del sistema de clasificación de la valoración, el desarrollo y la evaluación de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) para guiar la evaluación de la calidad de la evidencia desde alta (A) a muy baja (D) y para determinar la intensidad de las recomendaciones como sólidas (1) o débiles (2). Se enfatizaron las posibles desventajas de realizar recomendaciones sólidas ante evidencias de baja calidad. Algunas recomendaciones no obtuvieron ninguna clasificación (UG). No obstante, las recomendaciones se clasificaron en tres grupos: 1) aquellas que apuntaban directamente a la sepsis grave; 2) aquellas que apuntaban a la atención general del paciente enfermo en estado crítico y considerado de alta prioridad en sepsis grave; y 3) consideraciones pediátricas.

“Guidelines for management of intra-abdominal infections”

Para el desarrollo de esta guía se usó el método GRADE. Después de realizar un análisis cuantitativo de la literatura, se usó este método para determinar la calidad de la evidencia y el grado de recomendación. La calidad de la evidencia fue clasificada en cuatro categorías: **_alta:** Es probable que investigaciones futuras no introduzcan cambios en el nivel de confianza y en el efecto estimado; **_moderada:** Es probable que investigaciones futuras introduzcan cambios en el nivel de confianza en el efecto estimado y modifiquen la estimación del efecto en sí mismo.; **_bajo:** investigaciones futuras muy probablemente tengan un impacto sobre el nivel de confianza en el efecto estimado y probablemente modifiquen la estimación del efecto en sí mismo; **_muy bajo:** el efecto estimado es muy incierto. Se realizó un análisis de la calidad de la evidencia para cada estudio y luego se definió un nivel global de evidencia para cada pregunta y criterio particular. La formulación final de recomendaciones siempre fue binaria, si es positivo o negativo y si es fuerte o débil: **_ fuerte:** debe ser hecho o no debe ser hecho (GRADE 1+ O 1-); **_ débil:** puede ser hecho o no ser hecho. (GRADE

2+ O 2-). La fuerza de las recomendaciones fue determinada de acuerdo a factores clave, validados por expertos después de votar, usando el método Delphi: estimar los efectos; el nivel global de evidencia: el mayor nivel de evidencia, la recomendación que pareciera ser más fuerte; _ el balance entre los efectos deseados y los efectos adversos; _ valores y preferencias, determinados idealmente con la gente implicada; y los costos.

TABLAS DE INTERPRETACIÓN DE RECOMENDACIONES Y EVIDENCIA

Guía “Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain”.

La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones fue la escala EBRO. Ver tabla N° 2 y 3.

Tabla N° 2. Calificación de los niveles de evidencia por el sistema EBRO-CBO /CBO.

Nivel	EBRO – CBO / CBO
A1	Revisión sistemática de al menos dos estudios llevados a cabo de forma independiente de nivel A2.
A2	Estudio clínico doble ciego comparativo, aleatorizado, de buena calidad y muestra suficiente.
B	Estudios comparativos, pero sin todas las características mencionadas en el A2 (esto incluye estudios de control, estudios de cohortes).
C	Estudios no comparativos.
D	Opinión de expertos, por ejemplo, los miembros del grupo de trabajo.

Adaptación de Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, van Barneveld TA, van de Klundert JLM: Evidence based richtlijn ontwikkeling. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004 http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO-CBO_handl_totaal.pdf

Tabla N° 3 Valoración de la fuerza de las recomendaciones sistema EBRO-CBO /CBO.

Niveles de valoración de la fuerza de la evidencia EBRO-CBO /CBO e interpretación		Expresión propuesta
Nivel 1	Estudios de nivel A1 o por lo menos dos estudios de nivel A2 realizadas de forma independiente	Se ha demostrado que...
Nivel 2	Un estudio de nivel A2 o por lo menos dos estudios realizadas de forma independiente de nivel B	Es probable que...
Nivel 3	Un estudio de nivel B o Nivel C.	Parece probable que.... Hay indicios que....
Nivel 4	Opinión de expertos	El grupo de expertos cree que....


Adaptación de Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, van Barneveld TA, van de Klundert JLM: Evidence based richtlijn ontwikkeling. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004 http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO-CBO_handl_totaal.pdf

1.2. Guía “Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis”

La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones se muestra en la tabla N° 4.

Tabla N°4 Fuerza de las recomendaciones

Nivel A	Principios generalmente aceptados para el manejo de pacientes que reflejan un alto grado de certeza clínica (basados en estudios clase I o estudios clase II con una abrumadora evidencia)
Nivel B	Recomendaciones para el manejo de pacientes que pueden identificar una estrategia particular y reflejan un moderado nivel de certeza clínica (basados en estudios con evidencia clase II que tratan algunos aspectos de análisis de decisiones o evidencia de estudios clase III)
Nivel C	Otras estrategias para manejo de pacientes, que están basados en estudios preliminares, no concluyentes, o evidencia conflictiva, o basada en consenso de expertos.

	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Adoptada de la guía basada en la evidencia de Metrosalud 2016	Código: E-GCC-G-004
		Versión: 001
		Fecha: Septiembre 2017
		Página 35 de 42

Adaptación de Howell JM, Eddy OL, Lukens TW, Thiessen ME, Weingart SD, Decker WW; American College of Emergency department patients with suspected appendicitis. Ann Emerg Med. 2010 Jan;55(1):71-116

Guía “ACR Appropriateness Criteria®14

El puntaje otorgado a las recomendaciones, está integrado en una escala entre 1 y 9, donde 1 es “el menos apropiado” y 9 “el más apropiado”. Para cada examen se estableció una categoría adicional, el nivel relativo de radiación (NRR).

Guía “Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012”

La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones fue la escala GRADE. Ver tabla N° 5 y 6.

Tabla N° 5. Fuerza de las recomendaciones sistema GRADE

GRADE 1	Fuerte	Debe realizarse
GRADE 2	Débil	Puede realizarse

Adaptación de Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb S, BealeRJ, Vincent JL, Moreno R; Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including The Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive Care Med. 2013 Feb; 39(2):165-228. doi: 10.1007/s00134-012-2769-8. Epub 2013 Jan 30. PubMed PMID: 23361625

Tabla N° 6. Interpretación de la calidad de la evidencia sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Metodología subyacente
A (elevada)	RCT (Estudios clínicos aleatorizados de alta calidad)
B (moderada)	RCT bajados de categoría o estudios observacionales actualizados
C (baja)	Estudios observacionales bien realizados con RCT de control

D (muy baja)	Estudios controlados bajados de calidad y opiniones de expertos basadas en su evidencia
--------------	--

Adaptación de Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb S, BealeRJ, Vincent JL, Moreno R; Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including The Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive Care Med. 2013 Feb;39(2):165-228. doi: 10.1007/s00134-012-2769-8. Epub 2013 Jan 30. PubMed PMID: 23361625.

Guía “Guidelines for management of intra-abdominal infections”

La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones fue la escala GRADE. Ver tabla N° 7.

Tabla N° 7. Fuerza de las recomendaciones en el sistema Grade

GRADE 1 +	Fuerte	Debe realizarse
GRADE 1 -	Fuerte	No debe realizarse
GRADE 2+	Débil	Puede realizar
GRADE 2-	Débil	Podría no realizarse

Adaptación de Montravers P, Dupont H, Leone M, Constantin JM, Mertes PM; Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar); Société de réanimation de langue française (SRLF), Laterre PF, Misset B; Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), Bru JP, Gauzit R, Sotto A; Association française de chirurgie (AFC), Brigand C, Hamy A; Société française de chirurgie digestive (SFCD), Tuech JJ. Guidelines for management of intra-abdominal infections. Anaesth Crit Care Pain Med. 2015 Apr;34

Información para pacientes

Dolor abdominal agudo (dolor de estómago)

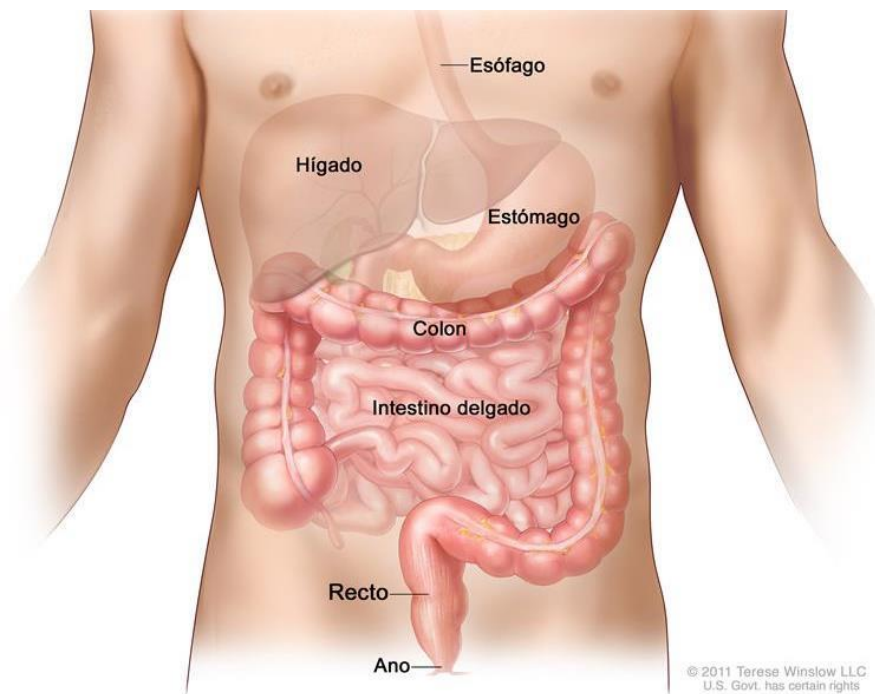


Fig. 2 tomado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/estreñimiento/complicaciones-gi-pdq>

¿Qué es el dolor abdominal agudo?

Es un dolor fuerte en el estómago que aparece de un momento a otro y puede ser tan fuerte que lo obliga a presentarse por urgencias. Puede durar menos de 7 días y no se puede encontrar la causa fácilmente.

¿Qué puede sentir?

- Dolor, inflamación, y/o sensibilidad constante y fuerte en la parte de superior, media o inferior del estómago.
- Dolor tipo calambre en los músculos del estómago.
- Los músculos del estómago se ponen duros.
- Fiebre, vómito, náuseas.

¿Qué debo tener en cuenta?

Cada caso de dolor de estómago se presenta de forma diferente, evite tomar medicamentos por su cuenta o remedios caseros, estos pueden ocultar los síntomas y desmejorar su situación y agravarse. Asista a las citas para la revisión médica.

¿Cuándo debo consultar al hospital?

Debe de consultar inmediatamente al servicio de urgencias si:

- Presenta dolor abdominal acompañado de mareos, vómitos, dificultad para respirar, fiebre muy alta.
- Dolor que irradia al pecho, cuello, hombro.
- Vómito con sangre.
- Dolor abdominal acompañado de sangre que sale por la vagina.
- Materia fecal con sangre.
- Orina con sangre.

Medicamentos incluidos en la guía

Analgésicos opioides

Tabla N° 8. Analgésicos opioides

Fármaco	Dosis	Vía
Morfina	3mg cada 10 min y titular respuesta (max. tres dosis)	IV – SC - IM
Meperidina	50 a 100 mg cada 3 horas Niños 0.5 a 1.8 mg /kg/dosis	IM
Tramadol	100 mg cada 6 o 8 horas Niños 1 mg /kg / dosis	IV (lenta)

Antibióticos

Fármaco

Dosis

Imipenem	500 mg cada 6 horas
Meropenem	500 mg cada 6 horas
Aztreonam	1 a 2 gr cada 6 a 8 horas
Gentamicina	7 mg/kg cada 24 horas
Piperacilina / Tazobactam	4.5 g cada 6 horas
Amikacina	15 mg/kg cada 24 horas
Ciprofloxacino	400 mg cada 12 horas
Levofloxacino	750 mg cada 24 horas
Ceftriaxona	1 a 2 g cada 12 o 24 horas

Cefotaxime	1 a 2 g cada 6 a 8 horas
Cefuroxime	1.5 g cada 8 horas
Cefazolina	1 a 2 g cada 8 horas
Metronidazol	500 mg cada 8 horas a 12 horas
Vancomicina	500 mg cada 6 horas

Debe ajustarse la dosis ante el deterioro de la función renal.

Adaptación de Sartelli M, Catena F, Di Saverio S, et al. Current concept of abdominal sepsis: WSES position paper. World Journal of Emergency Surgery : WJES. 2014;9:22. doi:10.1186/1749-7922-9-22.

Bibliografía

1. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA; expert steering group. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg.* 2015; 32 (1):23-31. doi: 10.1159/000371583. Epub 2015 Jan 28. PubMed PMID: 25659265.
2. De la Fuente S, Souto S, Cabanela J, Diaz A (08/04/2013) Guía Clínica Dolor Abdominal Agudo, Available at: http://www.fisterra.com/guiasclinicas/dolor_abdominal_agudo/ (Accessed: 03/03/2015).
3. Erik Kulstad (2010) 'Current Guidelines For Diagnosis And Management Of Abdominal Pain In The Emergency Department', *EM Practice Guidelines Update*, 2(5), pp. 2-11 [Online]. Available at: http://www.ebmedicine.net/topics.php?action=showTopic&topic_id=224 (Accessed: 2015/07/09). 10.1016/j.annemergmed.2009.10.004. PubMed PMID: 20116016.
4. Association of surgeons of Great Britain and Ireland (2014) Commissioning guide: Emergency general surgery (acute abdominal pain), Available at: /Downloads/commissioning_guide_-_emergency_general_surgery_acute_abdominal_pain_.pdf (Accessed: 2015/07/09).
5. Ramírez D. francisco O, Londoño S. Juan C., Castrillón S. José H. Guía Clínica Basada en la Evidencia (Dolor Abdominal Agudo). Medellín. E.S.E. Metrosalud. 2009.
6. Horta E., Velásquez C. (Noviembre del 2010) DOCUMENTO DE APOYOGUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DOLOR ABDOMINAL, Available at: [www.clinicamedellin.com/v2_base/file_downloader.php?id_file:///D:/Downloads/DA0400-007-V2%20\(1\).pdf...](http://www.clinicamedellin.com/v2_base/file_downloader.php?id_file:///D:/Downloads/DA0400-007-V2%20(1).pdf...) (Accessed: Junio 12 del 2015)
7. EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. (AGOSTO DEL 2010) Guía de abordaje del paciente con dolor abdominal, Available at: http://www.epssura.com/guias/04guia_dabdom.pdf (Accessed: 20/05/2015).
8. Sartelli M, Catena F, Di Saverio S, et al. Current concept of abdominal sepsis: WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery: WJES.* 2014; 9:22. doi:10.1186/1749-7922-9-22.
9. Howell JM, Eddy OL, Lukens TW, Thiessen ME, Weingart SD, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. *Ann Emerg Med.* 2010 Jan; 55(1):71-116.

10. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria®. <http://www.acr.org/ac>. Retrieved April 1, 2010.
11. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb S, Beale RJ, Vincent JL, Moreno R; Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including The Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med.* 2013 Feb; 39(2):165-228. doi: 10.1007/s00134-012-2769-8. Epub 2013 Jan 30. PubMed PMID: 23361625.
12. Montravers P, Dupont H, Leone M, Constantin JM, Mertes PM; Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar); Société de réanimation de langue française (SRLF), Laterre PF, Misset B; Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), Bru JP, Gauzit R, Sotto A; Association française de chirurgie (AFC), Brigand C, Hamy A; Société française de chirurgie digestive (SFCD), Tuech JJ. Guidelines for management of intra-abdominal infections. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2015 Apr; 34(2):117-30. doi: 10.1016/j.accpm.2015.03.005. Epub 2015 Apr 24. PubMed PMID: 25922057

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Septiembre 2017	Elaboración de la guía Diagnóstico y manejo del dolor abdominal agudo	Coordinador Tecnocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías.