

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 1/9	
RESPONSABLE Médicos CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS			
OBJETIVO Diagnosticar de una manera oportuna y con pertinencia los pacientes que consultan por dolor abdominal con su adecuada clasificación para así dar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones futuras por esta causa en el área de influencia donde opera la Red de Salud de Ladera ESE			
ALCANCE Inicia desde el momento en que el paciente solicita la consulta al servicio medico, se registra e ingresa al servicio refiriendo la presencia de dolor abdominal, cualquiera que fuera su clasificación hasta complementar su diagnostico, tratamiento, recomendaciones y salida de la institución.			
REQUISITOS			
LEGALES		OTROS	
República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Decreto 1043 de 2006 Decreto 2309 de 2002 Resolución 1446 de 2006 Ley 1122 de 2007 Decreto 029 de 2011		IPS con capacidad instalada(física y dotación) resolutive Equipo de salud capacitado que brinde atención humanizada y con calidad. Aplicación de Código Ético Cumplimiento de Indicadores Cumplimiento de las 5 S Seguridad Atención Oportuna Accesibilidad Satisfacción Amabilidad Cumplimiento de los Derechos del Paciente	
DEFINICIONES El Dolor Abdominal: Se refiere a una condición clínica caracterizada por comienzo rápido (abdomen agudo), usualmente mayor a 6 horas y menor a 7 días, acompañado generalmente de síntomas gastrointestinales y de un compromiso variable del estado en general, que requiere un diagnóstico preciso y oportuno, con el fin de determinar la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico de urgencia. Su diagnóstico debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la forma de aparición, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban.			
GUÍAS DE MANEJO MEDICO			
INTRODUCCIÓN El diagnóstico de dolor abdominal, debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la forma de aparición, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban. En segundo término, debe determinarse la presencia de síntomas asociados, su secuencia de aparición y relación con el dolor, especialmente aquellos pertinentes al tracto gastrointestinal y genitourinario. El examen físico detallado incluye evaluación del estado general, registro de los signos vitales, inspección, auscultación, percusión y palpación abdominal, búsqueda de signos específicos, y finalmente el examen genital y rectal Es importante determinar si existe indicación para un tratamiento quirúrgico, situación en la cual es necesaria la participación del cirujano desde el momento mismo del ingreso del paciente; lo anterior no aplicaría para nuestro nivel de atención, razón por la que este tipo de pacientes debe ser remitido al nivel de atención correspondiente. Los impulsos del dolor originado en la cavidad peritoneal son transmitidos tanto por vía del sistema			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 2/9	
<p> autónomo como por los tractos espinotalámico lateral y anterior. Los impulsos del dolor conducidos por el tracto espinotalámico lateral se caracterizan fácilmente y tiene buena localización. Es el dolor de irritación peritoneal parietal. El paciente usualmente localiza el dolor y se señala con uno o dos de sus dedos. Los impulsos dolorosos transmitidos a través del sistema autónomo desde los órganos intraabdominales se originan en isquemia o dilatación de una víscera, o en contracciones peristálticas del musculo liso para vencer una obstrucción intraluminal. Este dolor no es bien localizado, suele ser difuso y se sitúa generalmente en la parte media del abdomen. Es el dolor de irritación peritoneal visceral. El paciente no es capaz de localizar el dolor y pasea su mano de una manera circular en la porción media del abdomen. Por otra parte, las relaciones anatómicas segmentarias entre las vías autónoma y espinotalámica dan origen al dolor visceral referido. </p> <p> La interpretación exacta del dolor abdominal agudo constituye un verdadero problema y un gran desafío para el medico. La necesidad de aplicar un tratamiento adecuado puede ser urgente por lo que a veces es imposible estudiar con calma al paciente, como se hace en otras circunstancias. Son pocas las situaciones clínicas que exigen más discernimiento, porque el más catastrófico de los fenómenos patológicos puede ir precedido de síntomas y signos más sutiles. Por eso es importante reconocer algunas causas de dolor abdominal. </p> <p> Dolor de origen abdominal: </p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inflamación del peritoneo parietal: <ol style="list-style-type: none"> a). Contaminación bacteriana, por ejemplo: apendicitis perforada, enfermedad pélvica inflamatoria. b). Irritación química, por ejemplo: ulcera perforada, pancreatitis, dolor de ovulación. 2. Obstrucción mecánica de las vísceras huecas: <ol style="list-style-type: none"> a). Obstrucción del intestino delgado o grueso. b). Obstrucción de las vías biliares. c). Obstrucción ureteral. 3. Trastornos vasculares. <ol style="list-style-type: none"> a). Embolia o trombosis. b). Roturas vasculares. c). Oclusión por comprensión o torsión. d). Anemia depreanocítica. 4. Pared abdominal. <ol style="list-style-type: none"> a). Distorsión o tracción del mesenterio. b). Traumatismos o infecciones de los músculos. 5. Distensión de las superficies viscerales, por ejemplo, de la capsula hepática o renal. <p> Dolor referido de origen extra-abdominal. </p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del tórax, por ejemplo neumonía, dolor referido de la oclusión coronaria. 2. De la columna, por ejemplo, radiculitis debida a artropatías. 3. De los genitales, por ejemplo, torsión del testículo. <p> Causas metabólicas </p>			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 3/9	
<p>1. Exogenas</p> <p>a). Picadura de insectos con tóxicos.</p> <p>b). Intoxicación por plomo.</p> <p>2. Endógenas</p> <p>a). Hiperazoemia.</p> <p>b). Cetoacidosis diabética.</p> <p>c). Porfiria.</p> <p>d). Factores alérgicos</p> <p>Causas neurogenas</p> <p>1. Orgánicas</p> <p>a). T aves dorsal</p> <p>b). Herpes zoster.</p> <p>c). Causalgia.</p> <p>2. Funcionales.</p> <p>DIAGNOSTICO</p> <p>El diagnostico para los pacientes que refieren dolor abdominal debe incluir una muy buena anamnesis y examen físico antes de solicitar las ayudas diagnosticas. Su diagnostico debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban. Completado el interrogatorio, se procede con el examen físico detallado que incluye la evaluación del estado general, registro de los signos vitales, la inspección, auscultación, percusión y palpación abdominal, la búsqueda de signos específicos y finalmente el examen genital y rectal.</p> <p>SINTOMATOLOGIA</p> <p>DOLOR</p> <p>El síntoma sobre el cual se fundamenta el abdomen agudo es el dolor. Casi se podría afirmar que no existe abdomen agudo sin dolor abdominal. Un primer elemento en el interrogatorio debe ser si el cuadro clínico se inició con dolor abdominal, sus características y de cómo ha evolucionado en ubicación de intensidad.</p> <p>APARICION DEL DOLOR</p> <p>El dolor puede presentarse de manera súbita, gradual o lenta, o puede ser la agudización de un dolor previo, de cronicidad variable, como ocurre en la ulcera perforada, la ruptura del aneurisma aórtico o la del embarazo ectópico.</p> <p>Aparición Súbita: 1. Ulcera péptica perforada. 2. Ruptura de embarazo ectópico. 3. Ruptura de aneurisma aórtico. 4. Disección aortica. 5. Torsion testicular u ovárica. 6. Hematoma de la vaina de los rectos. 7. Litiasis ureteral. 8. Infarto agudo del miocardio.</p> <p>Aparición Gradual: 1. Apendicitis. 2. Colelitiasis. 3. Ulcera péptica. 4. Obstrucción del intestino delgado. 5. Divertículo de Meckel. 6. Pancreatitis. 7. Anexitis. 8. Diverticulitis. 9. Infecciones del tracto urinario.</p> <p>Aparición Lenta: 1. Obstrucción abdominal baja. 2. Neoplasias. 3. Enfermedad inflamatoria intestinal. 4. Apendicitis complicada. 5. Abscesos intraabdominales.</p>			



**GUIA DE MANEJO DE DOLOR
ABDOMINAL**

1-12-01-ASI-gui-011

Fecha
actualización: 08/05/2012

Revisión No. 1

Página: 4/9

PROGRESION DEL DOLOR: Debe establecerse, con precisión, cómo se ha modificado el dolor en el curso del tiempo, si se presentan tiempos de remisión, si existe intermitencia, o si se ha presentado alivio y bajo que condiciones.

MIGRACION DEL DOLOR: Es el cambio en la localización del dolor en el transcurso de la enfermedad: dolor percibido inicialmente en una determinada localización cambia a otra.

TIPO DE DOLOR: Dolor tipo ardor, quemante, punzante, cólico, molestia, pesadez, mordisco o picada. A. Cólico leve: sensación de calambre abdominal, de poca intensidad y rara vez asociado a patología abdominal de importancia. B. Cólico intermitente: el dolor es de mayor intensidad, con periodos de exacerbación cortos y de gran intensidad, seguidos de alivio por algunos minutos. Es el dolor típico de la obstrucción intestinal. C. Cólico continuo: Es parecido al anterior, pero los periodos de alivio prácticamente desaparecen. Esta forma es común en la obstrucción intestinal alta, la colecistitis aguda y la litiasis uretral. D. Dolor severo continuo: El dolor se mantiene en el curso del tiempo y su intensidad no cambia. Es el dolor típico de úlcera perforada, la pancreatitis aguda, la sobredistensión de vísceras huecas, la peritonitis o el hemoperitoneo.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Causas de dolor en el epigastrio:

- Úlcera péptica
- Úlcera péptica complicada
- Colecistitis aguda
- Apendicitis (inicialmente)
- Pancreatitis
- Obstrucción intestinal (inicialmente)
- Absceso hepático
- Absceso subfrenico
- Esplenomegalia
- Hepatomegalia
- Pleuritis y neumonías basales
- Infarto agudo del miocardio

Causas de dolor en mesogastrio:

- Apendicitis (inicialmente)
- Obstrucción intestinal
- Pancreatitis
- Hernias epigástricas o umbilical
- Eventración
- Isquemia o gangrena intestinal
- Diverticulitis colonica
- Diverticulitis de Meckel
- Ruptura de aneurisma aórtico

Causas de dolor en hipogastrio:

- Apendicitis
- Anexitis
- Embarazo ectópico roto
- Torsión ovárica
- Torsión testicular
- Diverticulitis
- Infección urinaria
- Aneurisma aórtico roto
- Litiasis uretral

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 5/9	
<p>-Retención urinaria -Hernias inguinales -Hematoma de la vaina del recto abdominal</p> <p>VOMITO: El vomito es el síntoma que más comúnmente acompaña al dolor abdominal en el paciente con abdomen agudo. El vomito se relaciona con las siguientes causas: 1. Vomito reflejo secundario a inflamación peritoneal o visceral. 2. Vomito por obstrucción del tracto gastrointestinal o de una víscera hueca. 3. Vomito originado en el sistema nervioso central.</p> <p>ANORMALIDADES EN LA FUNCION INTESTINAL: El íleo reflejo que acompaña a la mayoría de los procesos inflamatorios intraperitoneales hace que el paciente manifieste sensación de distensión abdominal, incapacidad para pasar flatos y constipación. Los antecedentes de deposiciones sanguinolentas, deben alertar sobre patología colónica, principalmente diverticulitis y carcinoma. La ictericia indica la existencia de ictericia de tipo obstructivo. La distensión abdominal también acompaña muchos procesos abdominales.</p> <p>SINTOMAS GENITOURINARIOS: Se puede presentar disuria o aumento de la frecuencia urinaria más comúnmente en la infección urinaria, pero también en procesos inflamatorios pélvicos relacionados con apendicitis, anexitis, diverticulitis complicada y embarazo ectópico. La hematuria suele acompañar a procesos infecciosos, litiasis, trauma o neoplasia del árbol urinario. Sin embargo, la presencia de hematuria en pacientes con abdomen agudo debe hacer sospechar litiasis. La historia de retardo menstrual o amenorrea reciente, debe conducir a la investigación de embarazo ectópico.</p> <p>EXAMEN FISICO Se debe realizar un examen físico completo el cual orienta a la posible causa de dolor abdominal.</p> <p>Examen abdominal.</p> <p>INSPECCION: Observar color de la piel, presencia de hernias o cicatrices que orienten hacia el diagnóstico de la obstrucción intestinal o permitan concluir que el paciente ya tuvo, por ejemplo, una apendicetomía previa. La coloración azul del ombligo (signo de Cullen) puede verse en pacientes con sangrado intraperitoneal y la equimosis en los flancos y la región dorsal puede verse en las hemorragias retroperitoneales asociadas a pancreatitis o ruptura de aneurisma aórtico (Signo de Grey Turner). Se debe observar el contorno abdominal, si existe distensión, excavación, pulsaciones o masas anormales y el grado de tensión en la pared abdominal. Una severa distensión abdominal esta asociada a íleo reflejo u obstructivo o a peritonitis generalizada.</p> <p>AUSCULTACION: La ausencia completa de ruidos intestinales tiene connotación de catástrofe abdominal con peritonitis.</p> <p>PERCUSION: Permite averiguar si la distensión abdominal obedece a líquido o a gas intraperitoneal y su distribución. El hecho de que la percusión despierte un intenso dolor en una determinada área puede ser interpretado, sin duda, como un signo característico de irritación peritoneal.</p> <p>PALPACION: Hay que buscar zonas de rigidez y zonas que producen signos de dolor. Realizar Signos Especiales como: 1. Signos del psoas. 2. Signo de Rovsing. 3. Signo de Murphy. 4. Signo de Kehr. 5. Signo de Blumberg. 6. Punto de Mac-Burney.</p> <p>AYUDAS DIAGNOSTICAS: Los de mayor complejidad se deben remitir al nivel de atención correspondiente. - Hemograma Completo.</p>			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 6/9	
<p>- Bilirrubinas. - Fosfatasa Alcalina - Electrolitos. - Glicemia. - Nitrógeno Ureico y Creatinina Sericos. - Amilasas - Gonadotropina corionica (HCG) - Proteína C reactiva - Enzimas cardiacas - Uroanálisis</p> <p>IMÁGENES DIAGNOSTICAS: Los de mayor complejidad se deben remitir al nivel de atención correspondiente.</p> <p>- Radiografía de Tórax - Radiografía Abdominal - Ecografía Abdominal Total - Electrocardiograma - Tomografía Axial Computarizada (TAC), Urografía Excretora, Laparoscopia, Endoscopia de Vía Digestiva Alta, Colonoscopia, Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Gammagrafía.</p> <p>TRATAMIENTO</p> <p>El tratamiento para el dolor abdominal agudo, depende de la anamnesis y examen físico, inicialmente y del estado en que se encuentre el paciente que consulta por esta entidad clínica. Depende de la etiología que esta desencadenando el síntoma de dolor abdominal, ya que, en ciertas ocasiones hay compromiso de la vida del paciente y por eso el tratamiento debe ser apropiado, rápido y oportuno para evitar las complicaciones.</p> <p>Clasificación de abdomen agudo no traumático según severidad y conducta inicial.</p> <p>ESTADO 0:</p> <p>a). Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo cuyo diagnostico clínico corresponde a una patología leve de manejo medico, ejemplo; infección urinaria no complicada, estos pacientes, no requieren hospitalización, no requieren observación, no requieren evaluación por especialista.</p> <p>b). Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo, que no presenta otra sintomatología significativa a la evolución, ni hallazgos que siguieran un proceso patológico intraabdominal, estos pacientes; no requieren hospitalización, si requieren observación.</p> <p>ESTADO I: Pacientes con dolor abdominal agudo, con hallazgos clínicos que sugieran un padecimiento intraabdominal, pero el diagnostico no esta claro en el momento, estos pacientes no tienen factores de riesgo y no pertenecen al grupo determinado “ especiales “ ejemplo; Paciente joven con dolor abdominal pero sin hallazgos significativos que sugieran apendicitis aguda, en las cuales el diagnostico es difícil de entrada. Las conductas para este paciente son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requiere hospitalización - Suspender la vía oral - Examen clínico repetido - Hemoleucograma - Citoquímico de orina - BHCG - No dar analgésicos - No dar antibióticos 			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 7/9	
<p>ESTADO II:</p> <p>a). Pacientes con hallazgos muy sugestivos de una patología intraabdominal aguda que requieren procedimiento quirúrgico o medico para resolver su problema.</p> <p>b). Pacientes con dolor abdominal agudo con factores de riesgo: ancianos, embarazadas, obesos, inmunosuprimidos, con enfermedades sistémicas o con trastornos sensoriales es decir los pacientes que se encuentran en la categoría de “ especiales “.</p> <p>c). Pacientes con dolor abdominal agudo que requieren otros estudios diagnósticos para evaluar su dolor abdominal.</p> <p>Las conductas para pacientes con estadio II son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspender la vía oral y líquidos endovenosos - Monitoreo hemodinamico cardiovascular - Monitoreo urinario - Sonda nasogastrica para disminuir la distensión y evitar la broncoaspiración. - Evaluación y manejo por el Cirujano General y si es el caso por otros especialistas. <p>AYUDAS DIAGNOSTICAS: Hemoleucograma, amilasas séricas, enzimas hepáticas, BUN, creatinina, PTT Y PT, Rx de tórax, Rx abdominal, ecografía abdominal. Los exámenes se deben solicitar según su diagnostico presuntivo.</p> <p>ESTADO III:</p> <p>a). Pacientes con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda del diagnostico que padecen y necesitan una hospitalización urgente para ser estabilizados y ser llevados a un procedimiento quirúrgico como en el caso de la apendicitis.</p> <p>b). Pacientes con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda del diagnostico que padecen y necesitan una hospitalización urgente para ser estabilizados y ser llevados a un manejo medico como en el caso de la pancreatitis. Las conductas para pacientes estado III son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizar - Manejo por el cirujano de acuerdo al diagnostico etiológico - Prevenir complicaciones como broncoaspiracion: colocar sonda nasogastrica a pacientes con: - Hematemesis - Vomito intenso - Distensión abdominal - Íleo paralítico - Con cuadros de confusión, inconscientes o que tienen alteraciones mentales - Intoxicados - Gravemente enfermos - Pacientes ancianos - Con trastornos sensoriales - Discapacitados - Restringir las drogas a las esenciales: Los antibióticos y los analgésicos que aquí se utilicen son de uso exclusivo por el cirujano responsable del paciente y son su responsabilidad. <p>En Estados I II III, debe estabilizarse y referirse a Nivel de Complejidad Superior, para manejo por especialista. En el Estado 0, se maneja en el Nivel I de Complejidad, requiere observación y/o hospitalización</p> <p>Clasificación del abdomen agudo según etiología y mecanismo de producción.</p> <p>Todos deben estabilizarse y referirse a Nivel de Complejidad Superior, para manejo por especialista</p> <p>1. ABDOMEN AGUDO DE TIPO INFLAMATORIO: Corresponde a los pacientes con patologías inflamatorias intra-abdominales como: Apendicitis, peritonitis, abscesos intra-abdominales,</p>			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL	1-12-01-ASI-gui-011	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 8/9	
<p>pancreatitis, diverticulitis.</p> <p>2.ABDOMEN AGUDO DE TIPO OBSTRUCTIVO: Corresponde a los pacientes con patología obstructiva intra-abdominal como: bridas, eventraciones, vólvulos, masas, intususcepción,.</p> <p>3. ABDOMEN AGUDO DE TIPO PERFORATIVO: Corresponden a los pacientes con patologías perforativas intra-abdominales como: Ulcera perforada, colecistitis perforada, neoplasias perforadas.</p> <p>4. ABDOMEN AGUDO DE TIPO VASCULAR: Corresponde a los pacientes con patologías vasculares intra-abdominales que producen hemorragia y/o isquemia como: embarazo ectópico roto, accidentes vasculares mesentéricos arteriales o venosos, aneurisma de aorta abdominal infrarrenal rotos y otras causas de hemorragia intra-abdominal o retro-peritoneal.</p> <p>5. ABDOMEN AGUDO TRAUMATICO: Corresponde a los pacientes con patologías dolorosas agudas intra-abdominales, pero con un trauma abdominal previo como: hematoma de la pared abdominal y de todas las lesiones abdominales y retroperitoneales traumáticas.</p> <p>6. DOLOR ABDOMINAL NO ESPECIFICADO: Corresponden a los pacientes con patologías dolorosas agudas intra-abdominales no traumáticas cuya etiología no se ha logrado definir y en la cual se descartaron las causas más comunes de Abdomen Agudo.</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</p> <p>Solo deben suministrarse medicamentos cuando la etiología ya esta definida y la conducta es la apropiada para la patología a tratar. Se busca estabilizar al paciente, aplicar el A, B, C. En nuestro nivel de atención solo podemos tratar pacientes con clasificación 0. Los pacientes con clasificación I, II Y III se considera ser remitidos a un nivel de mayor complejidad. No se deben suministrar analgésicos o antibióticos si la patología es dudosa y su etiología no esta definida.</p> <p>COMPLICACIONES FRECUENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peritonitis primaria - Peritonitis secundaria - Peritonitis terciaria - Síndrome compartimental - Sepsis - Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple - Muerte <p>SEGUIMIENTO</p> <p>Recordar que los pacientes que inicialmente consultan por dolor abdominal no especifico y que en el momento de su examen físico no es compatible con alguna patología abdominal, se deben dar recomendaciones y explicar signos de alarma, ya que en la mayoría de las ocasiones hay patologías abdominales que se manifiestan con síntomas inespecíficos inicialmente.</p> <p>BIBLIOGRAFIA</p>			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL		1-12-01-ASI-gui-011	
			Fecha actualización:	08/05/2012
			Revisión No.	1
			Página: 9/9	
<p>Boleslawski E. Panis Y, Benoist S, et al. Plain abdominal radiography as a routine procedure for acute abdominal pain of the right lower quadrant: prospective evaluation. World J Surg 1999;23:262</p> <p>Memom MA, Fitzgibbons RL. The role of minimal Access surgery in the acute abdomen. Surg Clin North Am 1997, 77:1333-1353.</p> <p>Sawyers JL, Williams LF. The acute abdomen. Surg Clin North Am 1998; 68:233-470. Welch CE. Malt RA. Abdominal Surgery (Third of three parts) N Engl J Med 1983; 308:685-695.</p> <p>Guías Medicina Basada en la Evidencia "ABDOMEN AGUDO"</p> <p>Acea Nebriil B. et al: Acute abdomen in anticoaguled patients. Its assessment and the surgical indications: Rev Clin Esp. 1995; 195:7, 463-467.</p> <p>Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. Principios de la Medicina Interna de Harrison, 16 Edicion, 2004, cap, 14; 82-86.</p> <p>GUIAS PARA EL MANEJO DE URGENCIAS: Tomo II: Ministerio de la Protección Social. P.137. 3era edición 2009</p>				
Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:
LUIS FERNANDO LENIS Coordinador Urgencias y Consulta Externa		ISAURO ENOC PRIETO Auditor Medico		RICARDO POSADA Subgerente Científico Asistencial
REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
REVISIÓN #	FECHA	PÁGINA	SOLICITANTE	COMENTARIOS
1	08 de mayo de 2012	Todas	Planeación	Se modificó la descripción patología, etiología y la bibliografía de la guía