

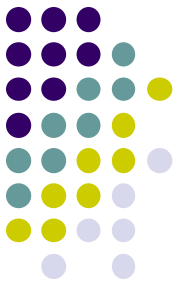
- **DOLOR ABDOMINAL:**
 - Maneig a urgències de l'atenció primària.

Dr. A. Domínguez: *Metge de Família*

Dr. J. Oliveras: *Metge de Família*

Dr. E. Grau: *R3 MFiC*

ABS LA GARRIGA

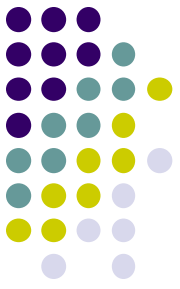


Concepte:

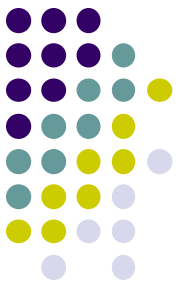
- **Dolor abdominal agut:**

“dolor no diagnosticat amb anterioritat, de pocs dies d’evolució (<7 d.) i que no ha millorat o ha empitjorat des de la seva instauració”

Freqüència



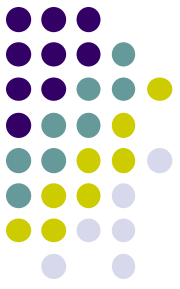
- 10% dels motius de consulta a nivell hospitalari.
- 15% dels motius de consulta a l'atenció primària, tot i que moltes vegades sigui de causa banal.
- Recordar que un 50% dels dolors abdominals que arriben a urgències queden sense diagnòstic.



Objectius a primària...

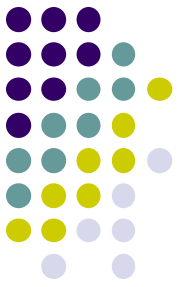
- ***Discernir la patologia abdominal urgent de la banal.***
- Si **urgent**: assolir estabilitat del pacient garantint l'ABC (air, breath, circulation) i condicions adequades de trasllat a urgències hospitalàries.
- En el cas de banalitat controlar els símptomes del pacient.

Disposem d'exploracions complementàries?



- A primària no disposem de cap exploració complementària, excepte l'**ECG** i la **tira d'orina**, per discernir l'etiologia del dolor abdominal.
- Per aquest motiu el metge de primària només disposa com a úniques eines de **l'anamnesi** i **l'exploració física** del pacient.

Quines eines tenim per fer-ho?

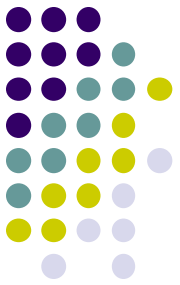


1. Anamnesi:

- 1.1. Filiació del pacient. Sexe/edat
- 1.2. Antecedents personals
- 1.3. Bateria de preguntes.

2. Exploració física:

- 2.1. Estat general.
- 2.2. Control de constants.
- 2.3. Inspecció.
- 2.4. Percusió.
- 2.5. Auscultació.
- 2.6. Palpació.



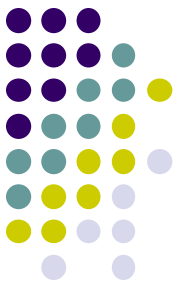
1.1. Filiació del pacient:

- **Edat**: Nombroses malalties es presenten en grups de població d'una determinada edat. Per exemple, davant un quadre oclusiu pensarem:
 - Invaginació intestinal en nens.
 - Càncer de còlon en pacient d'edat avançada sense AP.



1.1. Filiació del pacient:

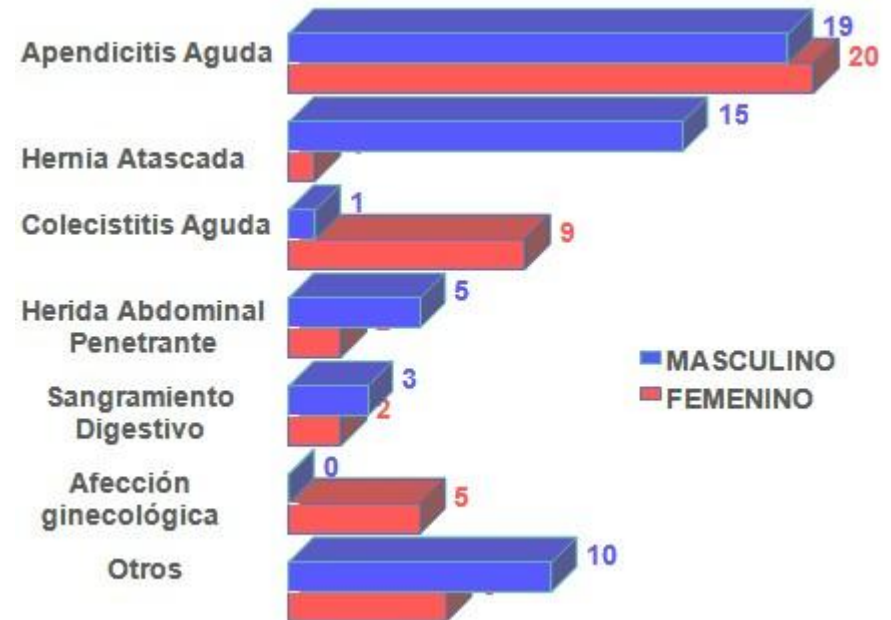
Diagnòstic Final	(N=2406)	(N=6317)
	>50á.	<50a.
● Diagnòstic Final		
● Dolor Abdominal Inespecífic	16%	40%
● Apendicitis	15%	32%
● Patologia del tracte Biliar	21%	6%
● Obstrucció Intestinal	12%	2%
● Patologia Ginecològica	<0,1%	4%
● Pancreatitis	7%	2%
● Hèrnia	3%	<0,1%
● Càncer	4%	<0,1%
● Malaltia Diverticular	6%	<0,1%
● Vascular	2%	<0,1%
● D'altres	13%	13%

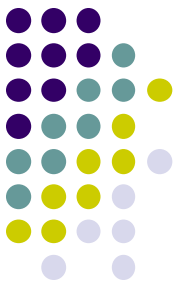


1.1. Filiació del pacient:

● Sexe:

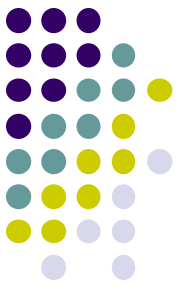
- El dolor abdominal inespecífic és molt més freqüent en dones
- Dolors a hipogastri, mesogastri, FIE i FID poden tindre etiologia ginecològica en dones
- Hèrnia encarcerada en homes, colecistitis aguda en dones.





1.2. Antecedents:

- **Antecedents familiars i viatges recents.**
- **Antecedents ginecològics:**
 - Història menstrual (FUR, moment i duració del cicle), canvis en l'aspecte i volum del flux.
- **Medicació actual:**
 - AINEs, **corticoids (poden enmascarar la intensitat dels símptomes)**, immunosupressors, antibiòtics, anticoagulants, anticonceptius, etc...
- **Hàbits tòxics.**



1.2. Antecedents:

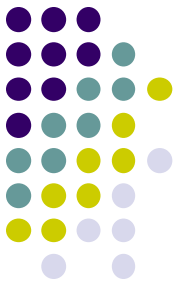
- **Antecedents quirúrgics:**

- Informes d'intervencions prèvies.
- Tipus d'abordatge: obert vs. Laparoscòpic.
- Complicacions post-operatòries.
- Presència d'eventracions i estomes.

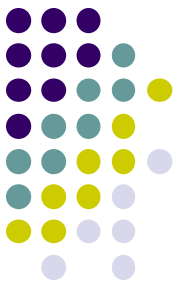
- **Antecedents mèdics:**

- Enfermetat vascular perifèrica o coronària.
- Enfermetats cròniques preexistents: cirrosi, insuficiència renal, MPOC...
- Enfermetats neoplàsiques: tractaments previs i actual.

Quines preguntes fem davant un dolor abdominal?



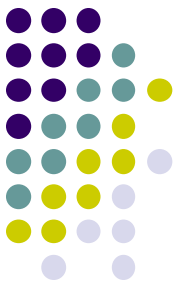
1. On li fa mal?
2. Irradiació del dolor?
3. El dolor és continu o intermitent?
4. Com va iniciar-se (brusc o progressiu)?
5. Desencadenants (esforç, ingesta...)?
6. Des de quan fa mal?
7. Modificacions: influència que sobre el dolor té la ingesta, digestió, respiració, micció, defecació, menstruació...



8. Síntomes acompanyants:

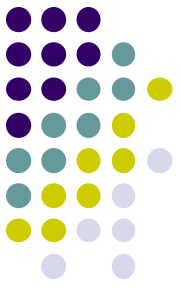
- Nàuseas, vòmits.
- Alteracions del ritme deposicional.
- Característiques de la femta.
- Hematemesi, melenes, rectorràgies.
- Anorèxia.
- Perdua de pes.
- Emissió de femta i gas: si o no.
- Leucorrea.
- Alteracions menstruals.

Semiologia del dolor abdominal:



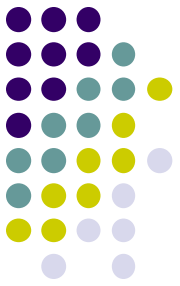
- La semiologia és l'eina **més important** de la que disposa el metge de primària per filiar el dolor abdominal.
- L'**anàlisi acurat** de la informació que rebem del pacient és de vital importància en l'orientació diagnòstica.
- Caldrà que en tinguem en compte molts aspectes. Entre ells:

Semiologia del dolor abdominal:



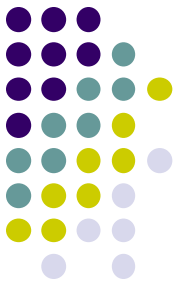
- A. Relació intensitat/temps.
- B. Fisiopatologia.
- C. Tipus.
- D. Etiologia.
- E. Formes d'instauració.
- F. Característiques.
- G. Síntomes acompanyants.

A. Relació intensitat / temps:



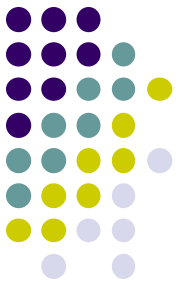
- **Constant**: Continu en el temps i d'intensitat constant (no varia).
- **Intermitent**: Presenta intervals temporals sense dolor.
- **Còlic**: Amb variacions en l'intensitat i amb cert ritme temporal.

B. Fisiopatologia:

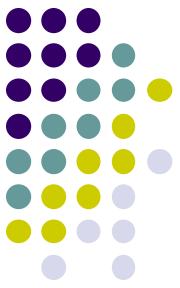


- **Tipus mecànic**
 - Per tracció, distensió, o estirament sobre les capes musculars de les visceres buides, el peritoneu i la càpsula dels òrgans abdominals
- **Tipus inflamatori**
 - Alliberament de substàncies en el procés inflamatori---estímul dolorós
- **Tipus isquèmic:**
 - Isquèmia primària, per embòlia o trombosi
 - Secundària per torsió testicular

C. Tipus:

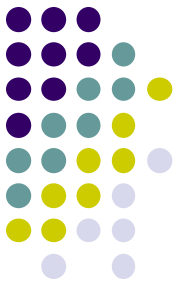


1. **Dolor visceral.**
2. **Dolor parietal.**
3. **Dolor referit.**



1. Visceral:

- El dolor visceral està ocasionat per la distensió d'una víscera abdominal i es transmet a la línia mitja a causa de l'origen embriològic de l'òrgan compromès.

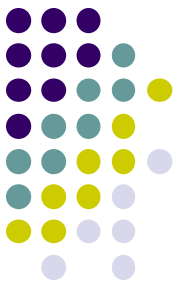


1. Visceral:

El dolor Epigàstric

(originat en l'intestí anterior):

- Distensió de:
 - Estòmac
 - Duodè
 - Vesícula biliar

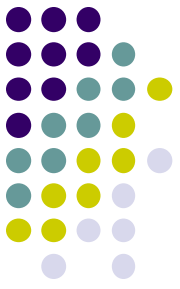


1. Visceral:

El dolor Periumbilical

(originat a l'intestí mig embrionari):

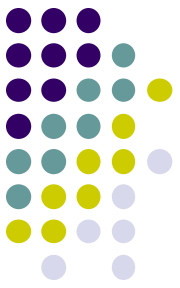
- Distensió:
 - Intestí prim des del lligament de Treitz fins el colon transvers
- Estructures irrigades per l'artèria mesentèrica superior.



1. Visceral:

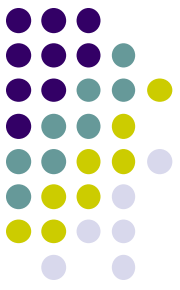
El dolor Hipogàstric
(originat a partir de l'intestí posterior)

- **Distensió:**
 - Porció distal del colon transvers
 - Colon descendent
 - Sigmoide
 - Recte
- Estructures irrigades per **l'artèria mesentèrica inferior**



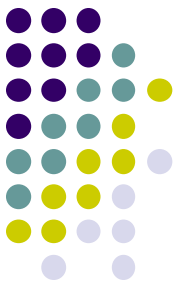
1. Visceral:

- De caràcter sord i mal localitzat.
- De vegades apareix com una sensació de plenitud abdominal.
- També pot ser de tipus còlic, acompanyat de nàuseas, vòmits, palidessa i sudoració.



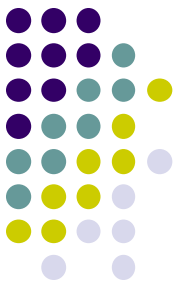
2. Parietal:

- El dolor somàtic o parietal està ocasionat per la irritació mecànica o química del peritoneu parietal.
- Es localitza directament sobre l'àrea compromesa.
- S'exacerba amb els moviments de la paret abdominal (com succeeix amb l'estímul causat per la tos o la marxa). Augmenta amb la palpació.
- Dolor agut, intens, ben localitzat.



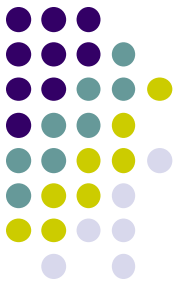
3. Referit:

- El dolor referit es **perceb** en **regions anatòmiques diferents** a la zona d'estimulació i es produeix perquè aquesta zona d'estimulació **comparteix segment neuronal sensorial** amb l'àrea dolorosa.



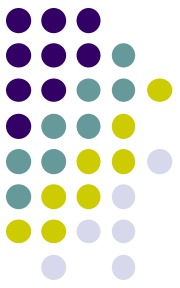
3. Referit:

- ***Per exemple:***
- El dolor de la **colecistitis aguda** s'irradia al marge costal, a l'espatlla i a la regió escapular dreta.
- El dolor de la **pancreatitis aguda** s'irradia als marges costals posteriors i l'esquena.
- Un dolor interescapular pot ser degut a **dissecció d'aneurisme toràcic**
- Es pot tenir un dolor a la boca de l'estòmac i acabar en poques hores amb un procés d'**apendicitis** localitzat a FID.



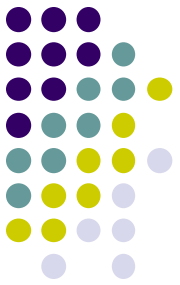
D. Etiologia:

- **Causa intrabdominal.**
 - Gastrointestinals
 - Ginecològiques
 - Vasculars
 - Genito-urinàries
- **Causa extrabdominal.**
 - Toràcic
 - Neurògen
 - Metabòlic



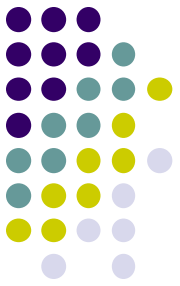
D.1. Intrabdominal:

- **Gastrointestinals:**
 - Apendicitis
 - Patologia del tracte Biliar
 - Úlcera pèptica
 - Hipermotilitat intestinal
 - Pancreatitis
 - Obstrucció de l'Intestí Prim
 - Diverticulitis
 - Perforació de viscera buida
 - Peritonitis bacteriana primària (pneumococ, gonococ)
 - Peritonitis no bacteriana (ruptura de quist ovàric...)
 - Febre mediterrània familiar



D.1. Intrabdominal:

- **Ginecològic:**
 - Ovulació, menstruació
 - Enfermetat Inflamatoria Pèlvica
 - Ruptura d'Embaràs Ectòpic
 - Endometritis, salpingitis
- **Vascular:**
 - Isquèmia Mesentèrica
 - Aneurisma Aòrtic Abdominal
 - Colitis Isquèmica
- **Genito-urinari:**
 - Còlic nefrític
 - Retenció Urinària Aguda
 - Escrot Agut, torsió testicular



D.2. Extrabdominal:

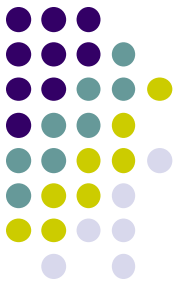
- **Cardiopulmonars**
 - Pneumònia
 - IAM inferior
 - Embòlia pulmonar
 - Ruptura esofàgica

- **Paret Abdominal**
 - Hèrnies
 - D'altres Síndroms de Paret Abdominal



D.2. Extrabdominal:

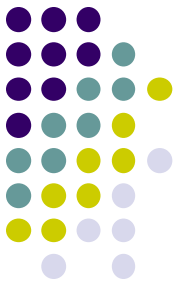
- **Tòxiques i metabòliques:**
 - Diabetis
 - Cetoacidosi
 - Urèmia
 - Porfíria aguda intermitent
 - Insuficiència suprarenal aguda
- **Neurogèniques:**
 - Dolor de tipus radicular
 - Herpes Zòster
 - Tabes dorsal
 - Epilèpsia abdominal



D.2. Extrabdominal:

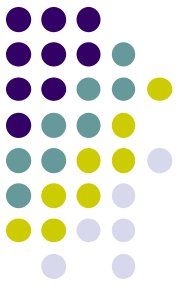
- **D'altres:**
 - Colagenosi.
 - Púrpura de Schönlein-Henoch.
 - Anèmia hemolítica.
 - Intoxicació per fàrmacs (ergotamina).
 - Hematoma de la vaina del m. rectes.
 - etc...

E. Forma d'instauració:



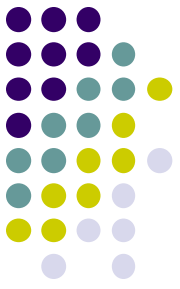
- **BRUSC (instantani).**
- **RÀPID (en minuts).**
- **GRADUAL (poques hores d'evolució).**

Causes de dolor abdominal d'instauració brusca:



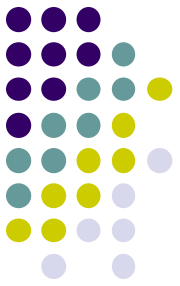
- **Úlcera perforada**
- **Ruptura de gran vas (aneurisma d'aorta dissecant, traumatisme, arma blanca)**
- **Ruptura d'abcès o hematoma**
- **Ruptura d'embaràs ectòpic**
- **Infart d'òrgan abdominal**
- **Pneumotòrax espontani**

Causes de dolor abdominal d'instauració ràpida:



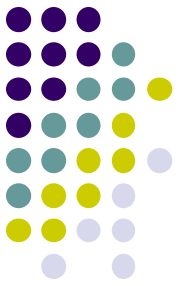
- **Còlic nefrític**
- **Colecistitis aguda**
- **Perforació de víscera**
- **Oclusió intestinal alta**
- **Pancreatitis**
- **Infart mesentèric**
- **Diverticulitis**
- **Embaràs ectòpic**
- **Apendicitis (poc comú)**

Causes de dolor abdominal d'instauració gradual:

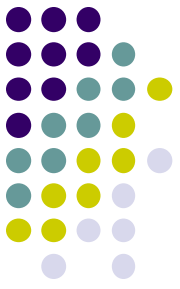


- **Gastroenteritis aguda**
- **Apendicitis (comú)**
- **Colecistitis**
- **Pancreatitis**
- **Retenció urinària**
- **Amenaça d'abort**
- **Hèrnia estrangulada**
- **Oclusió intestinal baixa**
- **Diverticulitis**
- **Perforació de tumor gàstric o colònic**
- **Salpingitis**
- **Infart intestinal**

F. Característiques:

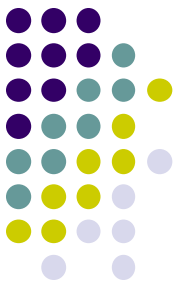


- **Inici**
- **Duració**
- **Freqüència**
- **Localització i irradiació**
- **Cronologia del dolor**
- **Intensitat**
- **Evolució**
- **Factors modificadors:**
 - **Moviment**
 - **Ingesta**
 - **Deposició**
 - **Vòmit**



F. Característiques:

- **Inici**: Orienta sobre la gravetat del procés
 - Inici súbit: suggestiu d'isquèmia, ruptura o perforació, sobretot si s'acompanya de perdua de coneixement
- **Localització** :
 - És fonamental doncs ens orienta sobre l'òrgan o víscera afectada i per tant sobre l'origen del quadre



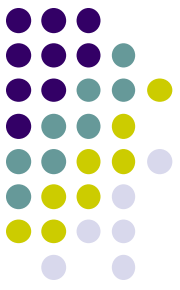
Segons la localització:

Hipocondri dret: Colecistitis aguda, còlic biliar, úlcera duodenal, pneumònia amb reacció pleural, pancreatitis aguda, PNA, hepatomegàlia congestiva, herpes zòster, àngor, abscess hepàtic, IAM, còlic nefrític

Epigastri: Úlcera pèptica, IAM inferior, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, vòlvul gàstric, esofagitis

Hipocondri esquerre: Poc específic, vòlvul gàstric, úlcera pèptica, pneumonía amb reacció pleural, pancreatitis, pielonefritis, IAM, perforació gàstrica, còlic nefrític

Fossa ilíaca dreta: Apendicitis, hèrnia encarcerada, diverticulitis de Meckel, adenitis mesentèrica, salpingitis aguda, embaràs ectòpic, còlic nefrític



Segons la localització:

Periumbilical: Trombosi mesentèrica, pseudobstrucció intestinal, obstrucció intestinal, **aneurisma d'aorta**, **apendicitis aguda**, divertícle de Meckel

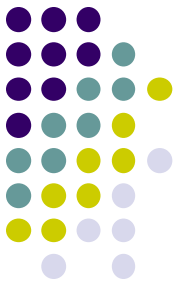
Hipogastri: Pseudoobstrucció intestinal, **patologia urogenital**

Fossa ilíaca Esquerra: **Diverticulitis**, hèrnia encarcerada, **litiasis renal**, ruptura embaràs ectòpic

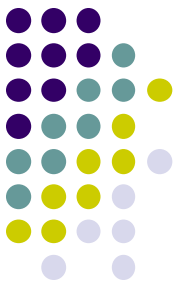
Esquena: **Aneurisma d'aorta abdominal**, còlic nefrític

Sense localització concreta: Obstrucció intestinal, isquèmia mesentèrica, vòlvul colònic, porfiries, gastroenteritis, intoxicació alimentària, intoxicació per plom, alcohol metílic

F. Característiques:

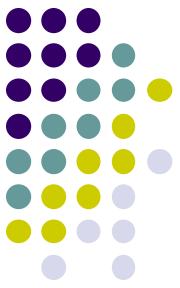


- **Intensitat:**
 - De difícil valoració, tot i que pel general la intensitat del dolor està en relació amb la importància de l'enfermetat.
 - És a dir, un dolor de baixa intensitat rarament és símptoma d'un procés greu.



F. Característiques:

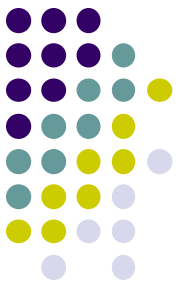
- **Irradiació**: Amb relativa freqüència el dolor abdominal s'irradia a d'altres regions poguent orientar el quadre, així:
 - El dolor del **còlic biliar** s'irradia a **esquena i escapula dreta**.
 - El del **còlic nefrític** cap als **genitals**.
 - El de la **pancreatitis** s'irradia en **cinturó** cap a **l'esquena**.



F. Característiques:

- **Cronologia del dolor:**

- És important saber si s'ha produït desplaçament del dolor.
- Molts quadres abdominals tenen una pauta de dolor característica.
- Per exemple, la perforació de l'úlcus duodenal, té un inici brusc a epigastri molt intens i posteriorment es generalitza a tot l'abdomen.

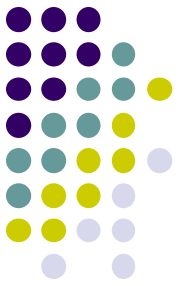


F. Característiques:

● Factors modificadors:

- Cal valorar si es produeix variació del dolor amb la respiració, la ingesta, la deposició, el vòmit...
- Així:
 - El dolor per **irritació peritoneal** s'agreuja amb el moviment.
 - El dolor **ulcerós** calma amb la ingesta
 - En la **pancreatitis** s'experimenta un alleujament del dolor a l'inclinar-se el pacient cap endavant
 - Un dolor **còlic** que s'alleuja amb la deposició pot ser indicatiu de **patologia de colon**
 - El **vòmit** alleuja el dolor en processos obstructius
 - El **còlic hepàtic** és típicament post-pandrial

G. Síntomes acompanyants:



- **Digestius:**

- Vòmit.
- Ritme intestinal.
- Anorèxia.
- Característiques de la femta.

- **Extradigestius:**

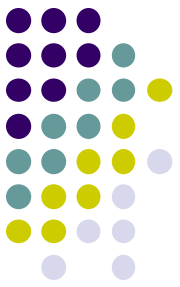
- Febre.
- Transtorns urinàris.
- Transtorns ginecològics.

Digestius:



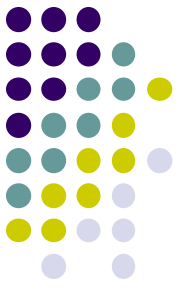
- **Vòmit:**

- Freqüents en les enfermetats abdominals, acompanyats per nàuseas.
- Podem reconèixer tres mecanismes que ens orientarien en la causa:
 - Per irritació intensa dels nervis del peritoneu o mesenteri (perforació de víscera, apendicitis...).
 - Obstrucció de conducte dotat de musculatura llisa.
 - Acció de toxines sobre centres bulbars.



Digestius:

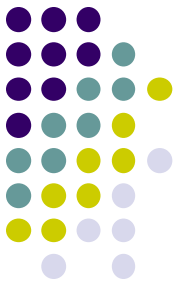
- És important valorar les materies vomitades (vòmit alimentici, fecaloideu, biliós, hematemesi...).
- També cal veure la relació del vòmit amb el dolor (apareix rapidament en l'estrangulació, és més tardà en l'oclusió, alleuja el dolor en les retencions gàstriques...).



Digestius:

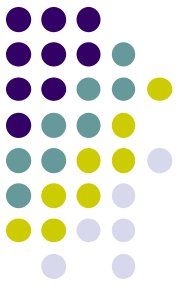
- **Ritme intestinal :**
 - Els canvis en l'hàbit deposicional ens ajuden a valorar els quadres oclusius, podent aparèixer falta d'emissió de fempta i gas abans de la instauració del dolor.

Digestius:



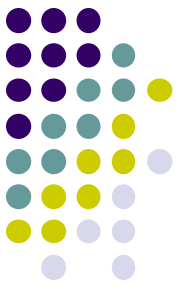
- **Característiques de la femta:**
 - Consistència, color, olor, productes patològics acompanyants
 - Aparició de diarrees en la GEA
 - Femta amb sang vermella en neoplasies de colon, diverticulitis...
 - Melenes en úlcus sagnant
 - Acòlia en patologia obstructiva biliar, hepatitis...
 - Liendres en femta per parasitosi
 - Femta pastosa en giardiasi
 - Fecalomes en constipació

Extradigestius:



- **Febre:**

- Està en relació amb l'estat sèptic del pacient
- Generalment s'accepta que presència de febre per sobre 39 °C en un dolor abdominal agut , faria pensar en un origen extradigestiu del mateix, per pielonefritis, pneumònia o meningitis



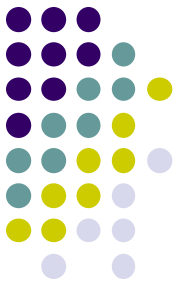
Extradigestius:

- **Simptomatologia urinària:**

- Sd. Miccional, colúria, macrohematúria...
- Pot aparèixer tant en processos urològics com intestinals:
 - Apendicitis retrocecal.
 - Diverticulitis.
 - Neoplasies perforades.

- **Transtorns ginecològics:**

- Història ginecològica prèvia / DIU / Ovulació / ACOs...



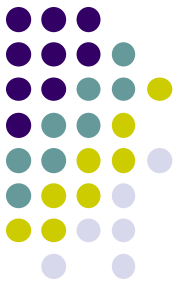
Extradigestius:

- **Tos i/o dispnea:** Pneumònia basal, empiema, etc..
- **Dolor toràcic:** Dolor epigàstric en IAM inferior
- **Mareig, síncop**
- **Sd. Constitucional**



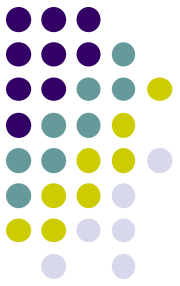
2. Exploració Física:

2. Exploració física:



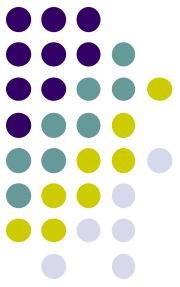
1. Estat general del pacient.
2. Control de constants.
3. Inspecció.
4. Percussió.
5. Auscultació.
6. Palpació.

2.1. Estat general del pacient :

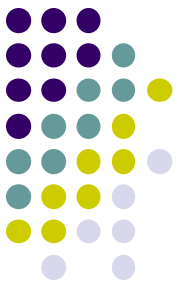


- **Estat de perfussió.**
- **Estat de nutrició.**
- **Estat d'hidratació.**
- **Estat de coloració.**
- **Estat de consciència.**

2.1. Estat general del pacient :



- **Postura:**
 - Peritonitis—Inmobilitat
 - Còlics nefrítics, biliars, retencions urinàries o obstruccions intestinals—Inquietut, canvi de postura
- **Grau de malestar**



2.2. Control de constants:

- Determinar freqüència cardíaca, freqüència respiratòria, tensió arterial, temperatura, i polsos arterials (amplitut i freqüència).

Hipotensió + taquicàrdia

Shock, hemorràgia.

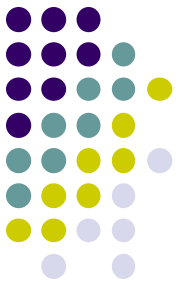
Hipotensió + obnubilació + dolor d'esquena

Aneurisma Ao.

Hipotensió + febre + icterícia

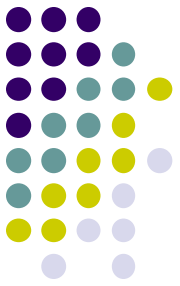
Colangitis.

2.2. Control de constants:



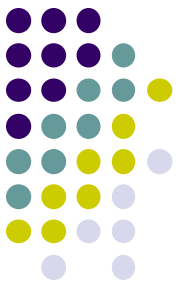
- En situació de xoc trobarem hipotèrmia i hipotensió
- Hi ha situacions que poden provocar hipertensió paradòjica, com per exemple en l'inici d'una dissecció aòrtica que produeixi dolor molt intens

2.3. Inspecció:



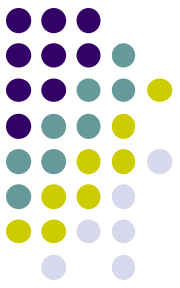
- **Morfologia i contorn de l'abdomen:**

- Abombament generalitzat (obesitat, edema parietal, acúmulo de gossos, diàstasi de rectes, ascitis lliure, tumoracions, malnutrició).



2.3. Inspecció:

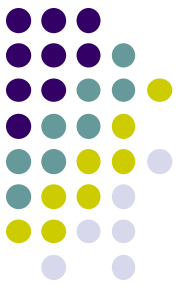
- Abultaments (masses o bultomes).
- Processos parietals (hèrnies, eventracions), masses intraabdominals (visceromegàlies, tumors, plastrons).
- Depressió o abdomen excavat (inanició, caquèxia), en bipedestació: ventre ptòsic.



2.3. Inspecció:

- **Aspecte cutàni:**

- Color de la pell (icterícia)
- Alteracions cutànies:
 - Cicatrius d'IQ prèvies (pensar en possibles brides)
 - Estries (embaràs, hipercorticisme)
- Lesions dermatològiques (micosi, urticària, intertrigen, lesions per rascat, vesícules herpes-Zòster).



2.3. Inspecció:

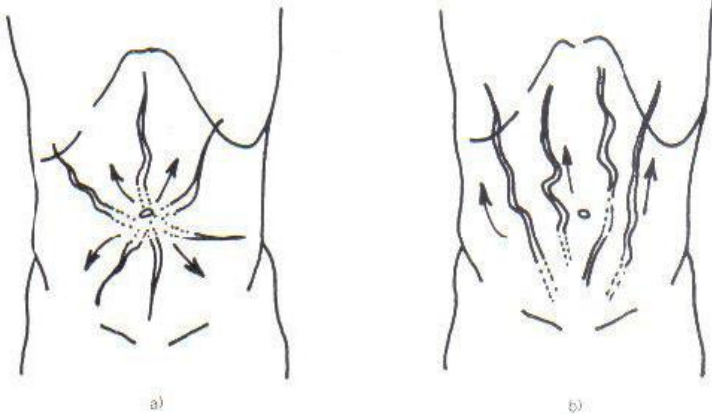
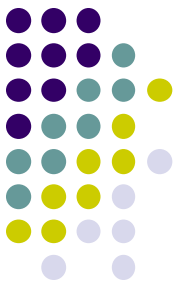


Fig. 94. Circulació colateral porto-cava (a) y cava-cava (b)



● Trajectes venosos anormals:

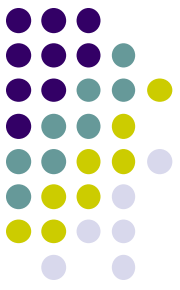
- Cap de medusa, circulació colateral porto-cava (HTP), cava-cava obstrucció vena cava inf. (trombosi, tumors, ascitis a tensió).



2.3. Inspecció:

- **Hemorragies cutànies:**

- Equimosi periumbilical (**signe d'Halsted**, pancreatitis necrohemorràgica).
- Equimosi paraumbilical (**signe de Cullen**, a l'embaraç ectòpic)
- Hemorràgia en flancs (**signe de Grey-Turner**, a la pancreatitis aguda).

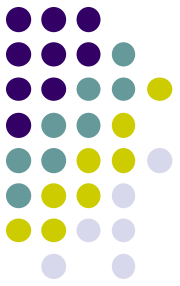
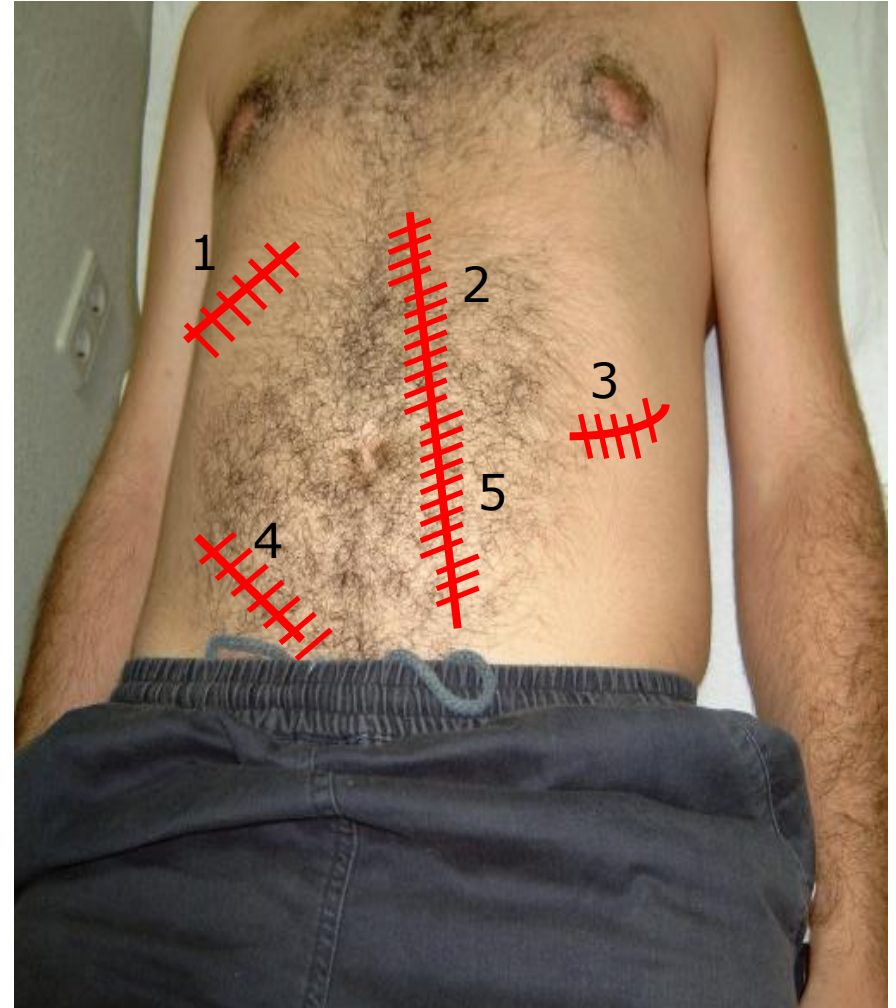


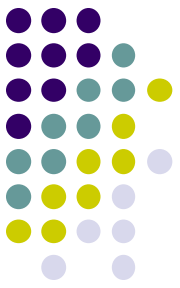
2.3. Inspecció:

- **Presència de moviments:**
 - Durant la inspiració, descendeix el diafragma i protueix l'abdomen
 - Els moviments respiratoris cesen en la peritonitis aguda
 - Ili obstructiu, ondulacions de la paret abdominal, peristaltisme de lluita
 - Batecs vasculars (Batec Ao epigàstric--massa pulsàtil--aneurisma)

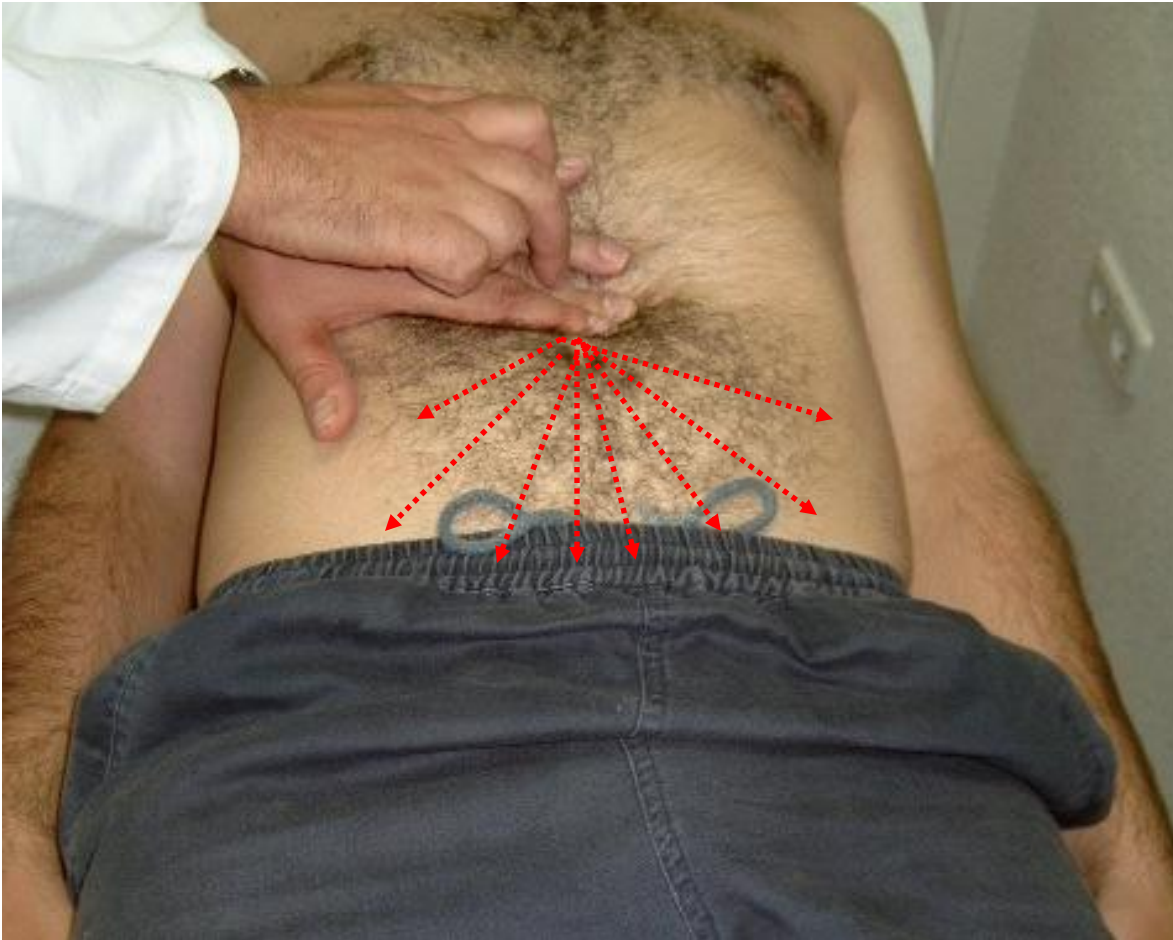
2.3 Inspecció:

- 1: Incisió de Kocher per **colecistectomia**
- 2: Incisió en la línia mitjana superior per cirurgia **d'úlceres pèptiques**
- 3: Cicatriu lumbar lateral per **nefrectomia**
- 4: Cicatriu en la fossa ilíaca dreta per **apendicectomia**
- 5: Cicatriu en la línia mitjana inferior per **ressecció colònica**, laparotomia i cesària





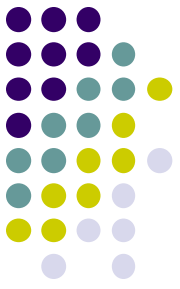
2.4. Percussió:



Cal que el pacient estigui en decúbit supí.

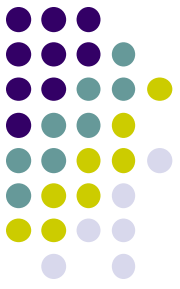
Cal fer la percussió indirecta general de l'abdomen en forma radiada a partir de l'epigastri, a fi de localitzar zones de timpanisme i matidesa

2.4. Percussió:



- Valorar existència de matideses o timpanismes abdominals. Per ex:
 - Una matidés que s'exten més de dos transversos de dit per sota la revora costal a hipocondri dret es signe d'**hepatomegàlia**
 - Timpanisme generalitzat, **distensió abdominal**.
 - Canvis de matidesa i timpanisme segons els diferents decúbits més distensió abdominal, suggereix **ascitis**
 - Matidesses en localitzacions anòmales són indicatives d'**organomegàlies** i **masses intrabdominals**

2.4. Percussió ascitis:

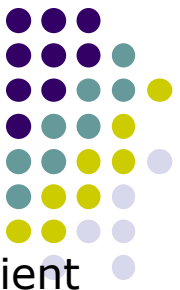


Zona timpànica

Cal que el pacient estigui **en decúbit supí lateralitzat**. Cal percutir des de mesogastri (zona ressonant) cap al flanc on es troba lateralitzat (zona mat).



Zona amb matidesa



2.4. Percussió ascitis:



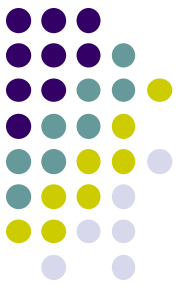
Zona amb matidesa

A continuació, es demana al pacient que es giri de l'altre costat. Quan hi ha ascites, **el so que abans era mat en aquest punt ara es torna ressonant**. I quan es percudeix a **mesogastri**, **el so que abans era ressonant ara és mat**.

Això és produït a conseqüència del desplaçament del líquid ascític.



Zona timpànica

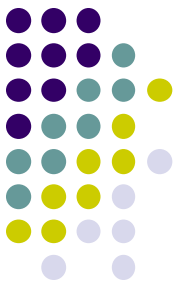


2.4. Punyopercussió renal:



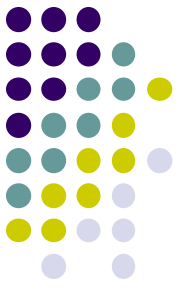
Positiva seria suggestiva de processos com:

- Pielonefritis
- còlic nefrític.

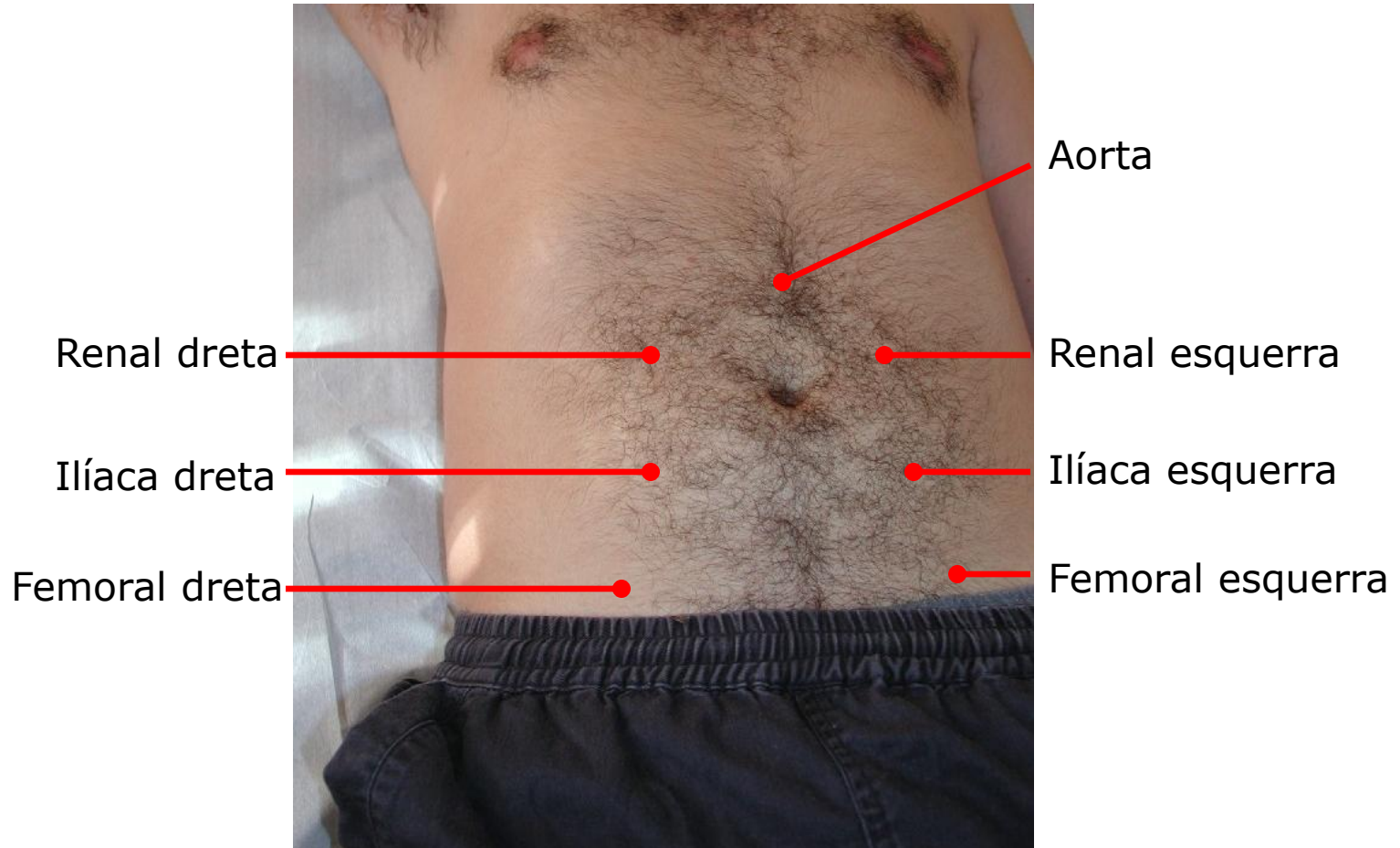


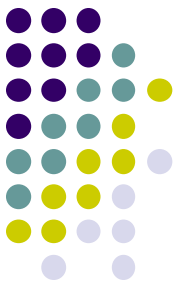
2.5. Auscultació:

- Valorar la intensitat i característiques dels sorolls abdominals.
- Caldria realitzar-la durant tres minuts.
- En un peristaltisme normal s'escolta soroll intestinal cada 1 a 3 minuts:
 - Absència de soroll: **Ili paralític** o **reflex per peritonitis**.
 - Sorolls metàlics: **Obstrucció intestinal**.
- Ausculatació de bufs intrabdominals, el més freqüent seria l'aòrtic.



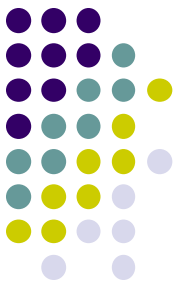
2.5. Auscultació:



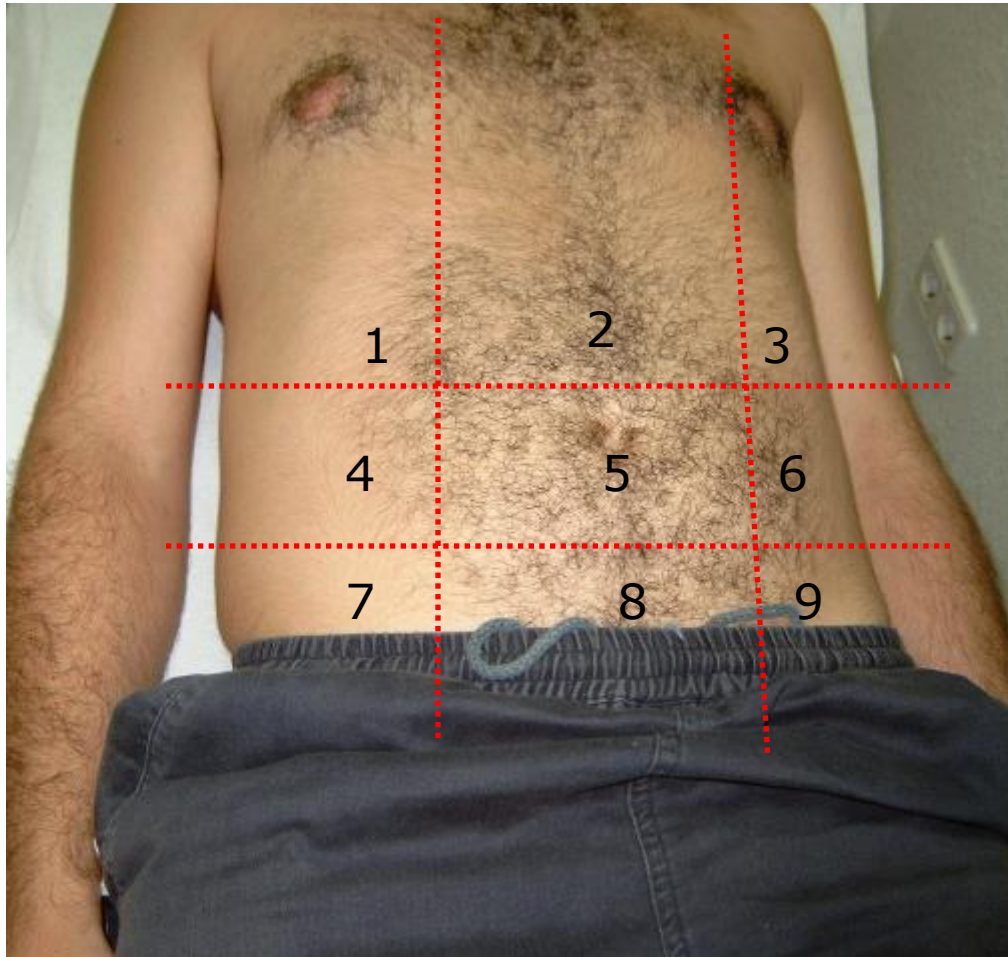


2.6. Palpació:

- **La palpació és la maniobra exploratòria més rentable.**
- Cal realitzar-la de forma suau per evitar provocar en el pacient una contracció voluntària de la musculatura abdominal.
- També és bó seguir una rutina col.locant-se sempre al mateix costat del pacient i palpar l'abdomen per quadrants seguint la mateixa direcció i deixant la zona dolorosa pel final.

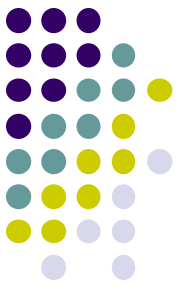


2.6. Palpació:



- 1: Hipocondri dret
- 2: Epigastri
- 3: Hipocondri esquerre
- 4: Flanc dret
- 5: Mesogastri o zona umbilical
- 6: Flanc esquerre
- 7: Fossa ilíaca dreta
- 8: Hipogastri
- 9: Fossa ilíaca esquerra

[Segueix](#)

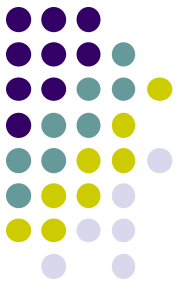


2.6. Palpació:



Cal posar
ambdues
mans fent
un angle
agut i
anar
palpant
totes les
parts de
l'abdomen

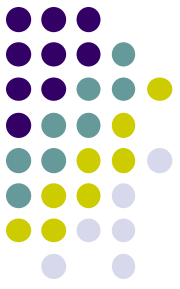
.



2.6. Palpació:

- Aspectes a valorar:
 - **Palpació superficial:** S'apreciarà l'existència de zones d'hiperestèsia cutània.
 - **Palpació profunda:** Busquem l'existència de:
 - Organomegàlies: Fetge, melsa, ronyó..
 - Masses: Hidrops vesicular, pseudoquistes pancreàtics, plastrons inflamatoris, neoplasies, aneurismes, hernies.

2.6. Palpació del fetge:

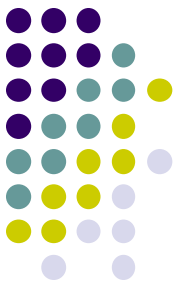


L'examinador ha d'estar situat a la **part dreta del pacient** per palpar amb la seva mà dreta.

La palpació s'inicia a partir de la **fossa ilíaca dreta** i seguint la línia hemiclavicular ha d'anar **adreçada cap al marge costal**.

Es **pressiona** suaument amb la punta dels dits i en cada espiració cal **lliscar la mà cap amunt** tractant de percebre en la inspiració següent el **contacte** amb el **marge hepàtic**.

2.6. Palpació: Maniobra de Guyon, palpació renal.



Cal que el **pacient** estigui en **decúbit supí** amb l'avant-braç flexionat sobre el seu tòrax.

L'examinador posa la seva **mà esquerra** transversalment en la **regió lumbar** per **sota de la dotzena costella** i l'altra mà en la **fossa ilíaca dreta** amb els dits semiflexionats fent **pressió** sobre la paret abdominal

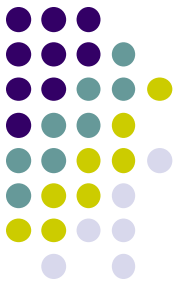


2.6. Palpació:

- **Signe de Murphy:**

- Valora l'existència d'una colecistitis aguda.
- Cal pressionar el punt de Murphy, que es troba situat sota el marge costal dret en la línia hemiclavicular.
- Quan en pressionar aquest punt s'origina dolor es diu que hi ha signe de Murphy positiu.

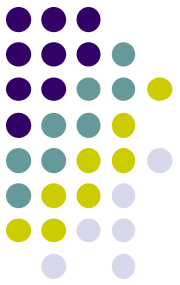
2.6. Palpació: Signe de Murphy.



Cal pressionar el punt de **Murphy**, que es troba situat sota el marge costal dret en la línia hemiclavicular.

Quan **en pressionar** aquest punt s'origina **dolor** es diu que hi ha signe de Murphy positiu.

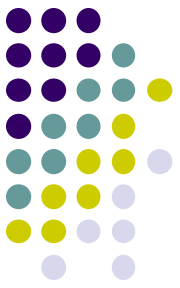
És típic del **dolor cístic**, com per exemple, en la **litiasi biliar** o la **colecistitis**.



2.6. Palpació:

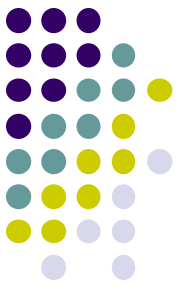
- **Signe de Blumberg:**
 - En **FID** molt indicatiu d'**apendicitis aguda**.
 - **Dolor** per **rebot** de la viscera inflamada sobre la paret abdominal al **retirar la mà bruscament** després de la palpació profunda sobre la zona dolorosa.

2.6. Palpació: Signe de Blumberg.



Cal pressionar el punt de **McBurney**, que es troba situat sobre una línia imaginària que va des de l'espina ilíaca anterosuperior dreta i el melic, en la unió dels seus terços extern i mig.

Si quan es deixa anar el dit apareix dolor es diu que hi ha signe de Blumberg, essent típic de la irritació peritoneal, com per exemple, en l'apendicitis aguda.



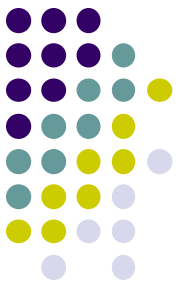
2.6. Palpació:

- **Signe de Rosving:**

- Dolor referit a la FID al pressionar sobre la FIE
- També indicatiu d'apendicitis aguda

- **Signe de Cope o dolor contralateral:**

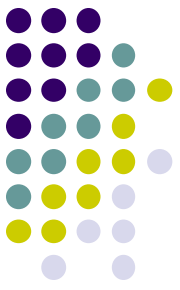
- Consisteix en pressionar sobre la zona contralateral a la zona dolorosa i descomprimir bruscament
- Si el dolor és intrabdominal, s'exacerba el dolor en la zona afecta
- Si és un dolor referit (per ex. Toràcic), no es modificarà



2.6. Palpació:

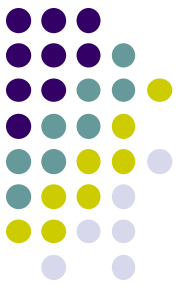
- **Signe del Psoas:**

- Es col.loca la mà de l'explorador a la fossa ilíaca i s'ordena al pacient que flexioni la cuixa oposant-nos a aquesta flexió amb l'altre mà
- Serà positiu si es produeix dolor intens a la zona
- Positiu en apendicitis retrocecal, abscessos del psoas, algunes pancreatitis...



2.6. Palpació:

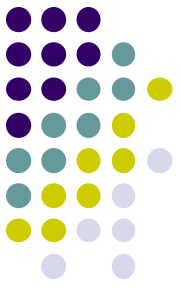
- **Signe de l'obturador:**
 - Es **flexiona la cuixa** del malalt i es realitza **rotació interna i externa**, produint-se **dolor** intens en el cas que sigui **positiu**.
 - Si és positiu pensem en **apendicitis de localització pèlvica**, i **abcessos intrapèlvics**



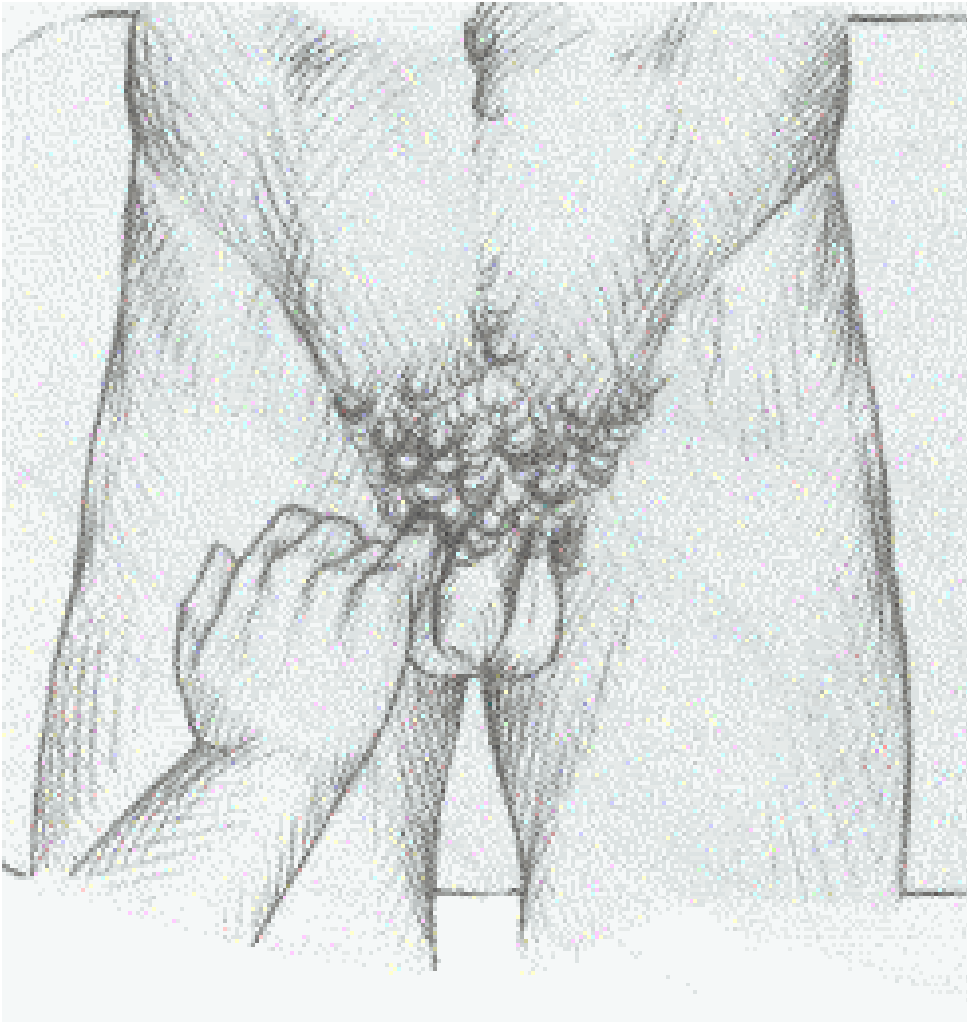
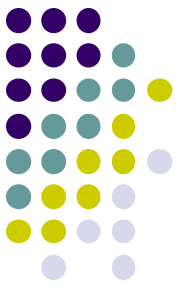
2.6. Palpació:

- **Signe de l'onada:**
- L'examinador **mà esquerra** de pla sobre **l'hemiabdomen dret** amb el dit polze adreçat cap avall sobre la línia mitjana.
- Amb els dits de la seva **mà dreta** s'exerceixen repetidament **cops bruscs i ràpids** sobre la **superfície abdominal** en el costat oposat cap a la cara palmar de la mà esquerra.
- En cas que **es percebi** amb aquesta mà esquerra un **moviment ondulatori** voldrà dir que hi ha **líquid ascític**, freqüent en **hepatopaties**.

2.6. Palpació: Ascitis

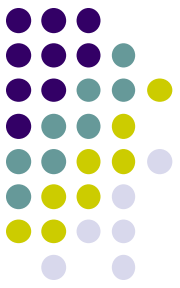


2.6. Palpació: Hèrnies. Regió inguinocrural.



- El pacient ha d'estar dempeus.
- L'examinador ha d'emprar el dit petit de la mà dreta per al costat dret i el de l'esquerra per a l'esquerre.
- S'invagina l'escrot amb el dit petit, rotant-lo de manera que l'ungla quedi contra el cordó i se segueix en direcció ascendent fins arribar a l'anell inguinal superficial.

2.6. Palpació: Hèrnies. Regió umbilical, línia mitja.

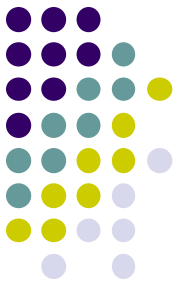


Cal que el pacient estigui en **decúbit supí** sense coixí.

Se li indica que **aixequi el cap** mentre l'examinador ofereix resistència.

Aquesta maniobra permet **avaluar** la contracció dels músculs abdominals, facilitant d'aquesta manera l'observació de **solucions de continuïtat**, com **hèrnies o eventracions**.

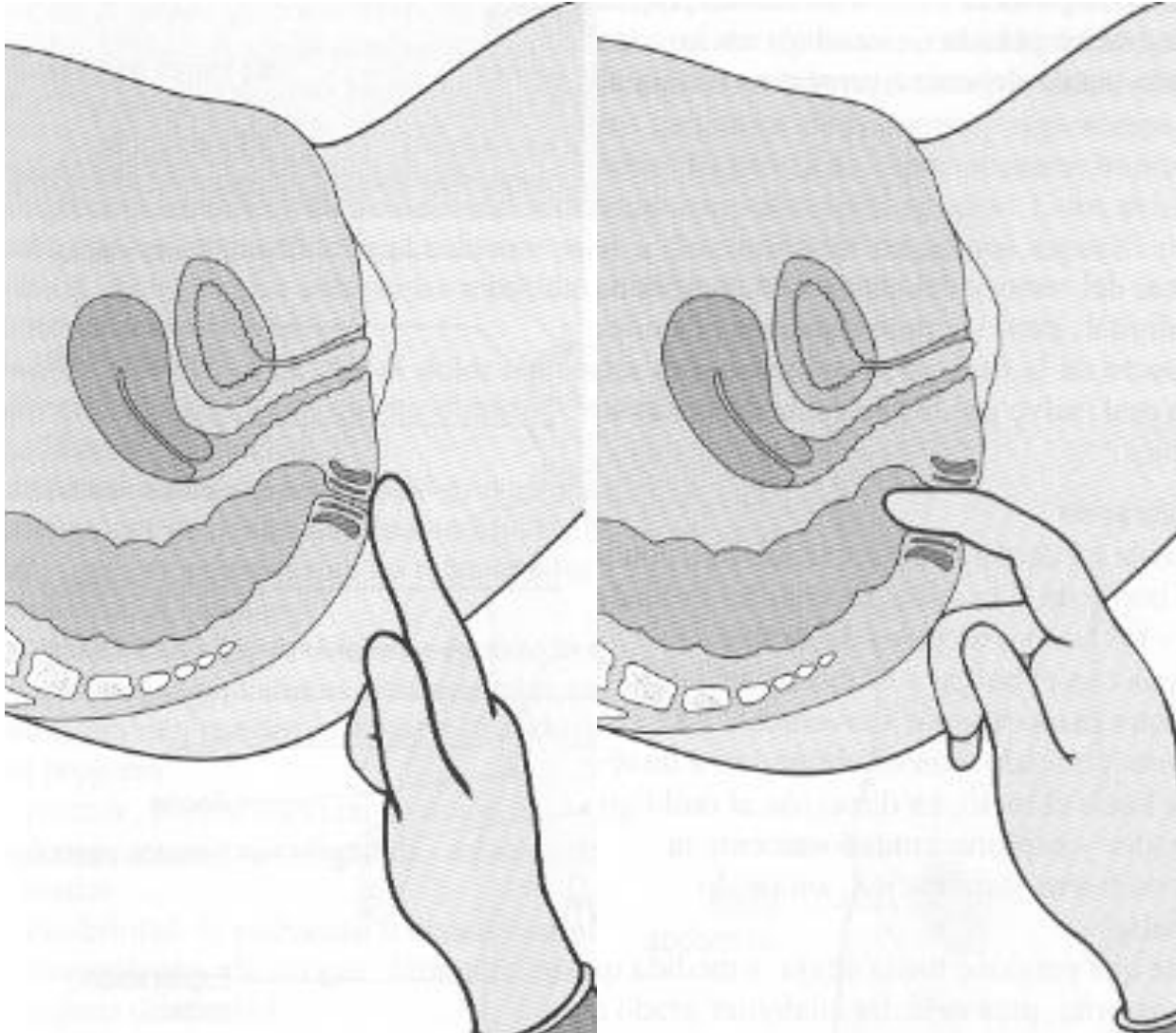
Aquesta inspecció ha d'**acompanyar-se** de **palpació dels orificis herniaris**.



2.7. Tacte rectal:

- És imprescindible en l'estudi del dolor abdominal. Valorarà:
 - Prostata, vesícules seminals, úter.
 - Es buscaran masses rectals, ocupació del fons de sac de Douglas i exacerbació del dolor a la pressió.
 - Important observar al retirar el guant les característiques de la femta.

2.7. Tacte rectal:

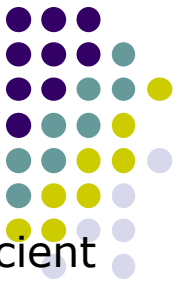


Cal explicar al pacient l'exploració que farem. Cal tranquil·litzar-lo.

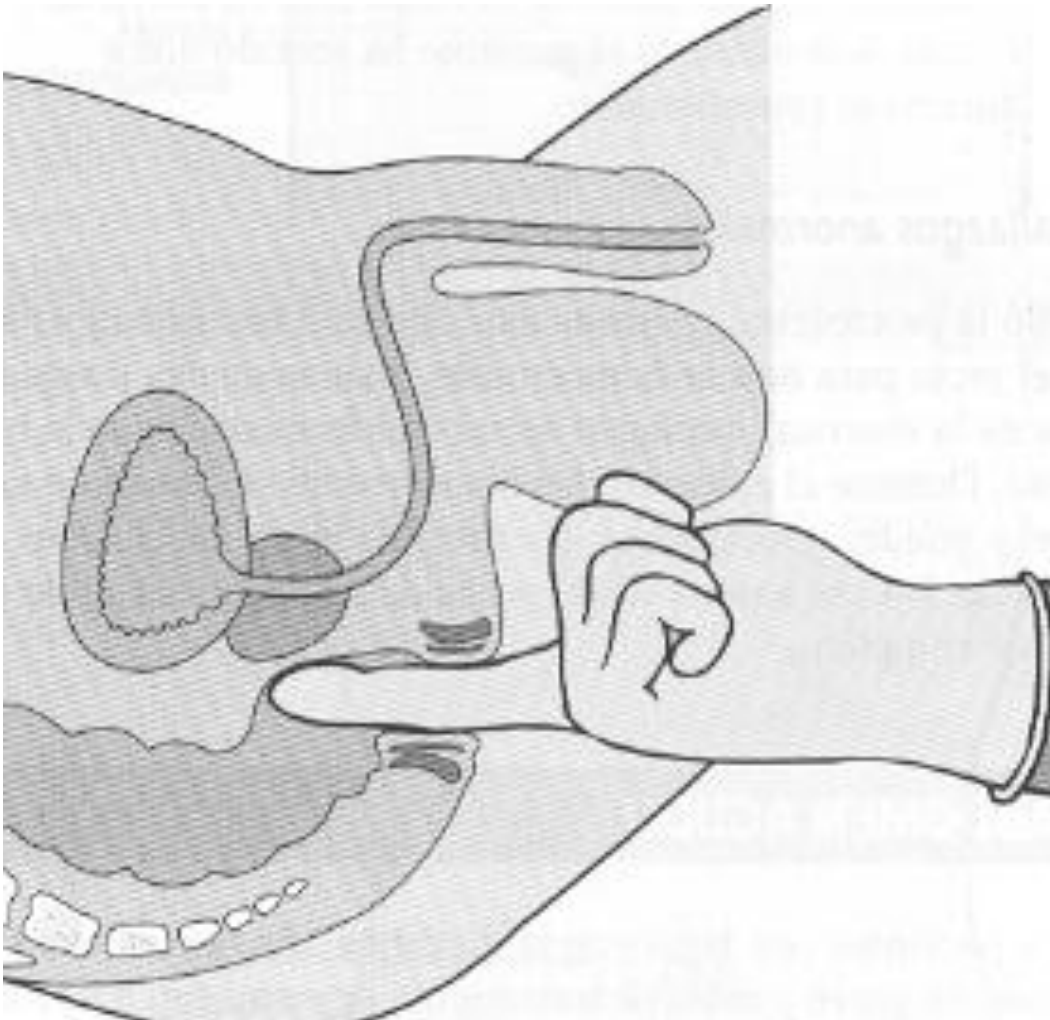
Cal lubricar el dit protegit per un guant apropiat.

Examinar la pell perianal amb bona llum per valorar hemorroides o fístules.

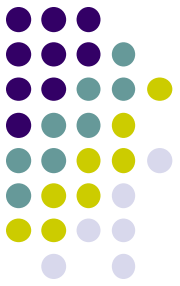
Posar la punta del dit índex sobre el marge anal, exercint una pressió contínua sobre l'esfínter, introduint el dit suaument a través del canal anal cap al recte.



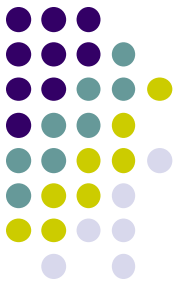
2.7. Tacte rectal:



Un cop passat l'efínter anal cal girar la mà per poder tocar la pròstata i el fons de sac de Douglas.

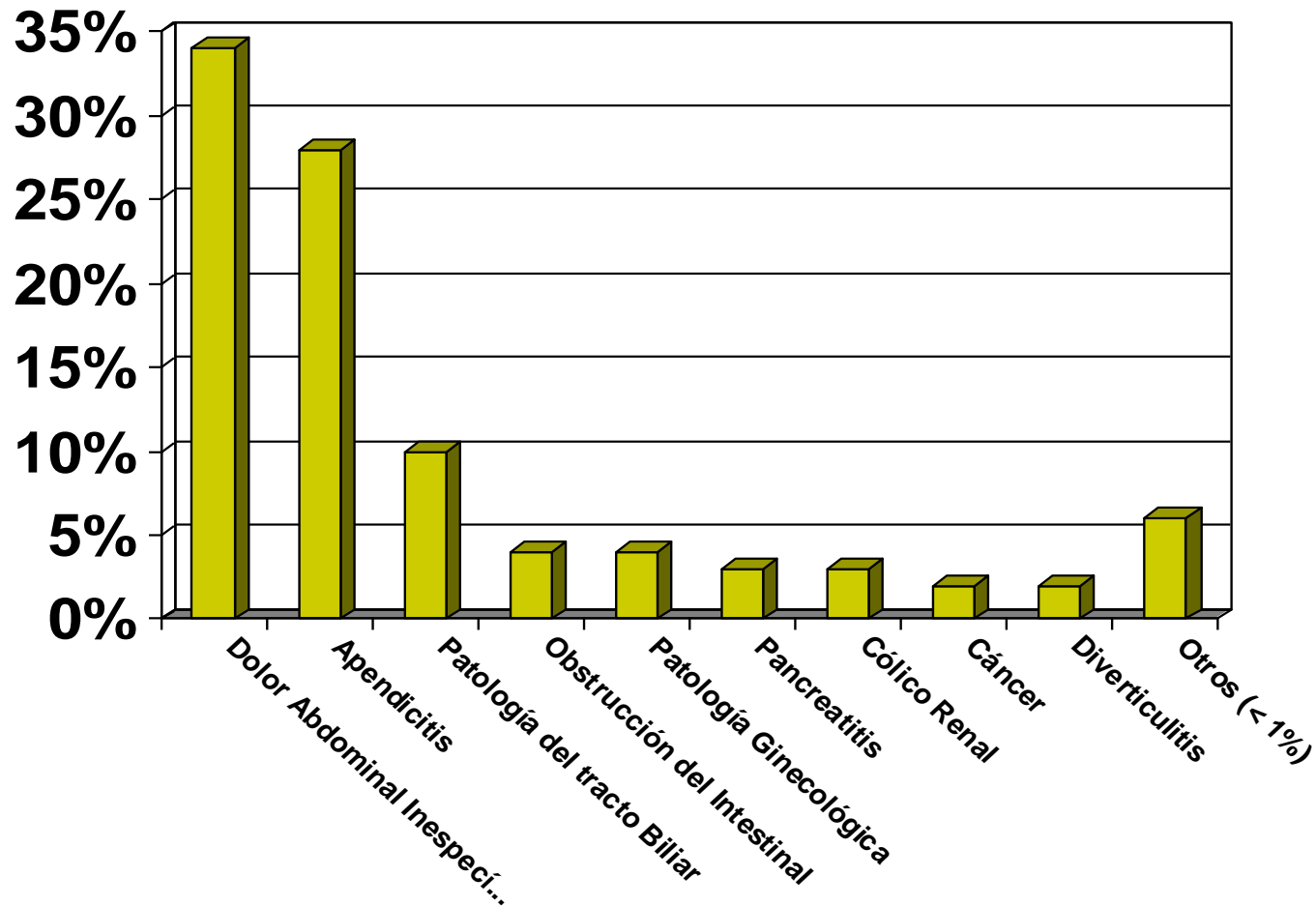
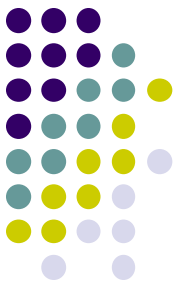


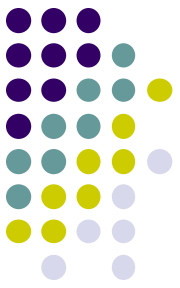
2.8. Tacte bimanual vaginal-abdominal:



- Cal practicar-lo en dolor a hemiabdomen inferior en dones.
- Explorarem:
 - Úter
 - Annexes
 - Masses
 - Exacerbació del dolor a la palpació del coll

Causas de dolor abdominal agut:

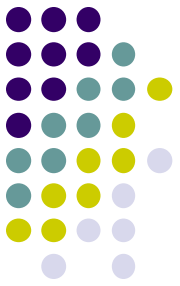




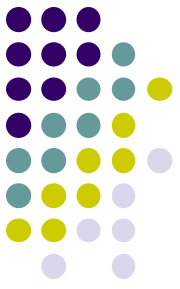
Tractament del còlic nefrític:

- **Analgèsia per via parenteral:**
 - Diclofenac / Dexketoprofeno
 - Mesures de recolzament:
 - Metimazol
 - Espasmolítics
 - Polaramine?
 - Calor local
 - Antihemètics
 - Si no milloria:
 - Tramadol / dolantina sc (antihemètic si cal)
 - Mòrfics.

Tractament del còlic nefrític:

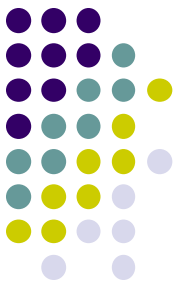


- Revisant articles sobre el maneig del còlic nefrític, hi ha grups de treball que proposen la utilització d'**anti-H1** en el control del dolor
- En el contacte d'un cos estrany amb l'endoteli uretral es produeix una reacció d'inflamació humoral amb l'alliberació d'**histamina**, Kalicreina, prostaglandines i leucotriens



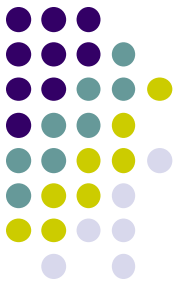
Criteris de derivació:

- >60 anys
- Monorens
- Embaràs
- Mal control del dolor després d'una hora
- Febre o anúria

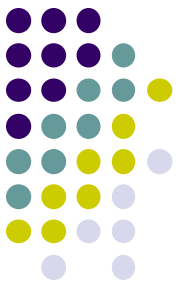


Còlic biliar:

- Menys freqüent que el còlic nefrític
- Tendència a derivació hospitalària per descartar patologia quirúrgica de la via biliar
- L'escala de tractament del dolor és similar a la del còlic nefrític.
- Recordar que l'administració d'opiàcis produïeix contracció de l'esfínter d'Oddi, augmentant el dolor còlic



ABDOMEN AGUT

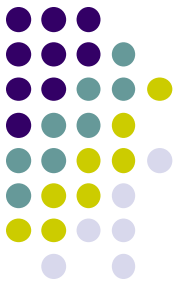


Concepte:

- **Abdomen agut:**

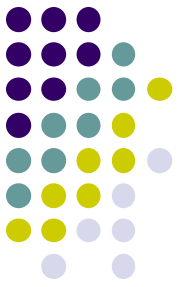
“és un quadre abdominal de presentació brusca, caracteritzat per un conjunt de signes i símptomes, generalment alarmants, provocat per malalties d’etiologia diversa, que exigeix adoptar decisions urgents, tant diagnòstiques com terapèutiques.”

Quan sospitar d'abdomen agut:



- Dolor intens.
- Caiguda de la TA, situació de pre-shock.
- Exploració suggestiva.
- Abdomen en “tabla”.

Causes freqüents d'abdomen agut:



- Apendicitis
- Colecistitis
- Obstrucció d'intestí prim
- Pancreatitis aguda
- Diverticulitis
- Úlcera pèptica perforada
- Isquèmia mesentèrica
- Aneurisme d'aorta abdominal
- Ruptura d'embaraç ectòpic

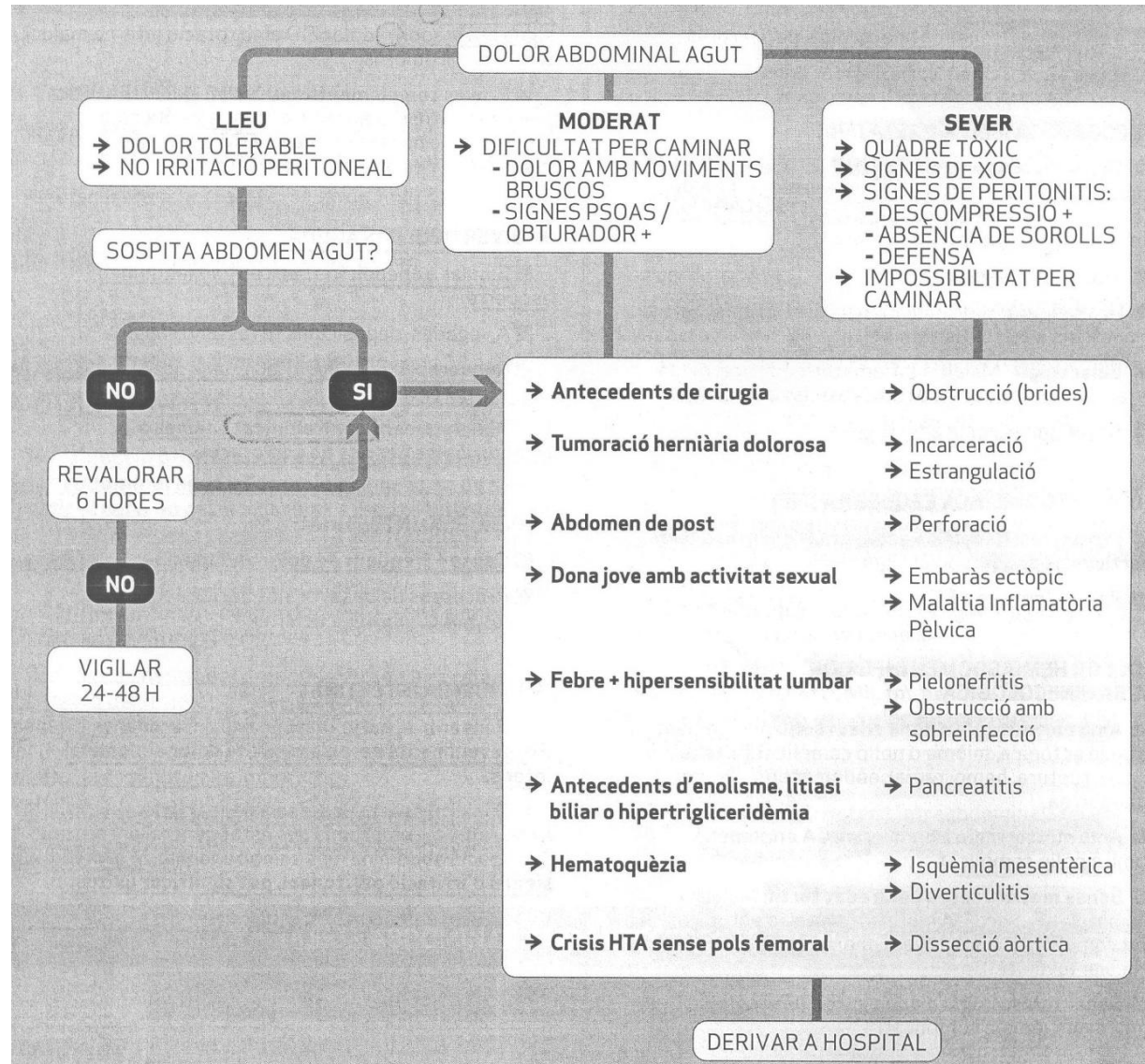
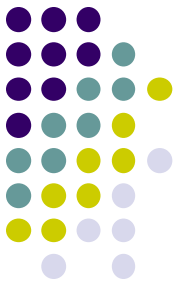


Causa	Apendicitis	Colecistitis	Diverticulitis	Úlcera pèptica perforada
FORMA	Gradual	Ràpida	Ràpida	Brusca
LOCALITZACIÓ	Periumbilical FID	Hipocondri Dret	Flanc- FIE	Epigastri
CARÀCTERÍSTIQUES	Difus	Localitzat	Localitzat	Localitzat a l'inici. Difus post.
TIPUS	Dolor	Pressió	Dolor	Cremor
IRRADIACIÓ	FID	Escapula dreta	Cap	Cap inicial, difus posterior
INTENSITAT	Moderada	Moderada	Moderada	Severa

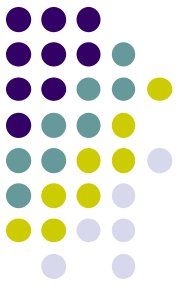


Causa	Obstrució intestinal	Isquèmia mesentèrica	Ruptura aneuris. Aòrtic	Pancreatitis	Ruptura d'embaràs ectòpic
FORMA	Gradual	Brusc	Brusc	Ràpid	Brusc
LOCALITZACIÓ	Periumbilical	Periumbilical	Abdomen /esquena	Epigàstric	Hipogàstric
CARÀCTERÍSTIQUES	Difus	Difus	Difus	Localitzat	Localitzat
TIPUS	Cargolament	Intens	Desgarra-ment	Sord	Punxant
IRRADIACIÓ	Cap	Cap	Esquena	Esquena	Cap
INTENSITAT	Moderada	Severa	Severea	Moderad. /severa	Moderada

Quan derivar a urgències hospitalàries?

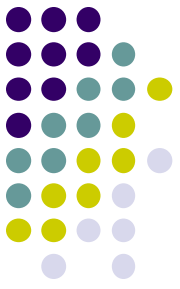


Trasllat del pacient amb sospita d'abdomen agut:



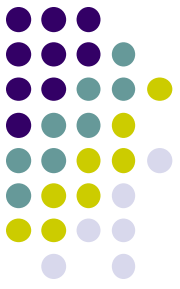
- Constants i monitorització del pacient
- Via de perfusió venosa:
 - Si es sospita de gravetat dues vies de perfusió venosa per a reposició de la volèmia
- Aport de líquids per previndre la caiguda de TA
 - Compte amb l'aport de líquids quan es sospiti d'aneurisme d'aorta

Trasllat del pacient amb sospita d'abdomen agut:



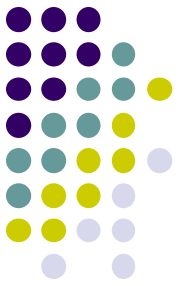
- Millorar la ventilació amb aport suplementari d'O₂ segons SpO₂ basal.
- Col·locar sonda nasogàstrica en hemorragia digestiva alta, sospita de perforació intestinal, pancreatitis, obstrucció intestinal (APS??)
- Sondatge vesical per controlar diüresi en tot malalt que considerem greu.

Trasllat del pacient amb sospita d'abdomen agut:



- No oblidem que pel diagnòstic es disposa principalment de la semiologia del dolor i l'exploració física pel que és **important no administrar analgèsics** fins al diagnòstic
- En ferides abdominals amb evisceració, cobrir la zona amb compreses mullades amb suero fisiològic

Cas nº 1



- Motiu de consulta: Varó 68 anys. Dolor abdominal i febre.

Antecedents: Ulcus pèptic intervingut

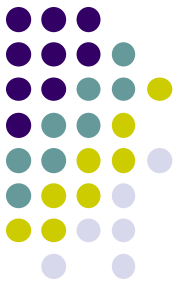
 HTA en tt. mèdic únic

 Exfumador

 Icterícia amb febre i dolor autolimitada fa
30anys. Hepatitis?

 No li senten bé els menjars forts. Clara
dispèpsia a greixos

Cas nº 1



Malaltia actual: Dolor continuo amb exacerbacions còliques de 3 dies d'evolució.

Vòmits de 48 hores d'evolució. Primperan.

Febre de 12 hores d'evolució.

Colúria macroscòpica

Exploració: Tax 38'2º. Estat general afectat. TA 115/75 90x'

Auscultació C/R normal. Subicterícia.

Abdomen tou, no defensat, dolor somort a epigastri i HCD.
Blumberg (-)

Cas nº 1

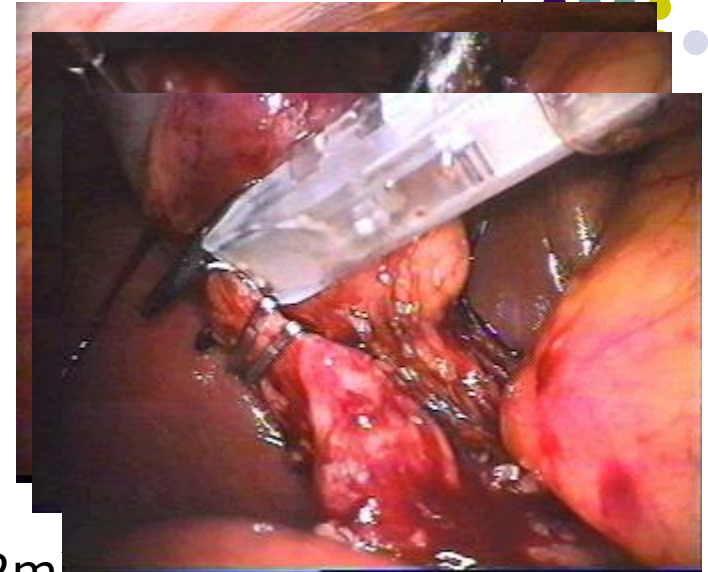
- Conclusió: Abdomen agut inflamatori Hipocondri dret. No emergent.

Proves complementàries:

Laboratori: 17300 leuc (86s,3c,8l,2m), GOT 240, Creat 1'4, Urea 82, Amil 77, Na 132, K 3'2, Quick 86%, TTP 33", PCR 175.

Rx tòrax i abdomen sense troballes que aportin dades.

Ecografia: Ectàsia VBP. Colelitiasi amb engruiximent parietal.



Cas nº 2

- Motiu de consulta: Varó 41 anys. Dolor epigàstic.

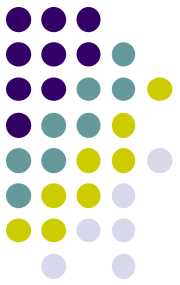
Antecedents: Tabaquisme sever 35 pq-any

Consum enòlic 70 gr/dia

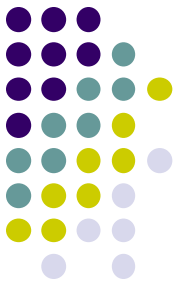
No antecedents quirúrgics

No medicació habitual

Camioner de professió



Cas nº 2



Malaltia actual: Dolor urent a epigastri de 10 dies d'evolució, que millorava amb la ingesta.

Dolor epigàstric continuo i intens de 24 hores d'evolució.

Dolor sobtat molt intens fa 6 hores.

Exploració: Afebril. Suat. TA 135/85 110x'

Ventilació superficial. Molt quiet. Malucs flexionats. Auscultació C/R normal.

Abdomen defensat, hiperestèsic de predomini a hipocondri dret. Blumberg (-). Peristaltisme abolit.

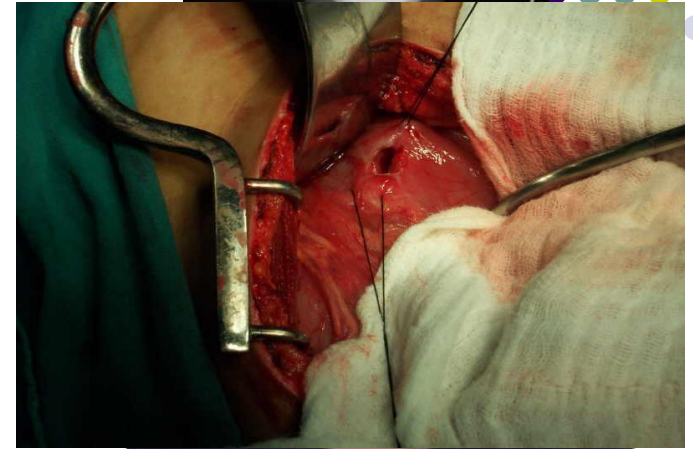
Cas nº 2

- Conclusió: Abdomen agut perforatiu. Indicació quirúrgica urgent.

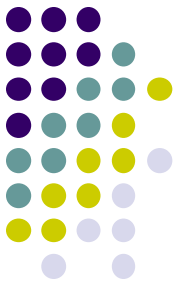
Proves complementàries:

Laboratori: 9700 leuc (73s,22l,5m), bioquímica normal.
Coagulació normal. PCR 14.

Rx tòrax pneumoperitoni. Rx abdomen sense troballes que aportin dades.



Cas nº 3



- Motiu de consulta: Dona 72 anys. Dolor abdominal i vòmits.

Antecedents: HTA, DMNID, obesitat

Histerectomia abdominal per miomes fa 4a.

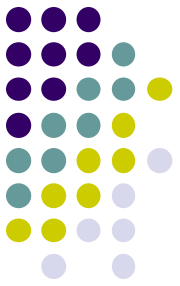
Colecistectomia oberta fa 17a.

Eventroplàstia amb malla fa 5a.

Constipació.

Dolor abdominal còlic recurrent.

Cas nº 3



Malaltia actual: Dolor còlic de 48 hores d'evolució, intensitat creixent fins a fer-se continuu.

Vòmits de 24 hores d'evolució.

Tancament intestinal incomplet.

Exploració: Tax 36'8º. TA 140/90 104x'

Auscultació C/R normal. Estat general afectat.

Abdomen globulós, timpànic, difusament dolorós. Blumberg (+/-).

Punts herniaris lliures. No recidiva d'eventració.

Peristaltisme hidroaeri amb sorolls metàlics.

TR: Ampolla rectal buida. SNG líquid biliós.

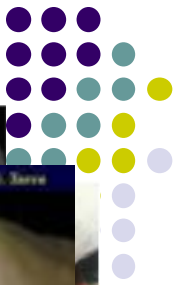
Cas nº 3

- Conclusió: Abdomen agut oclúsiu +/- isquèmic. Urgència quirúrgica.

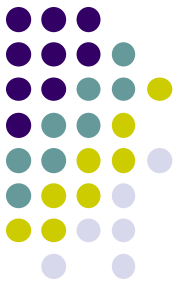
Proves complementàries:

Laboratori: 16300 leuc (82s,2c,12l,3m), Hb 14'7,
Quick 67%, Na 130, K 3'3, CK 330,CK mb 37, Amil 110, GOT
17, PCR 3.

Rx abdomen: Distensió de nanses de budell prim amb signes
de patiment.



Cas nº 4



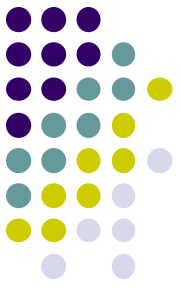
- Motiu de consulta: Dona 21 anys. Dolor abdominal i vòmits.

Antecedents: No antecedents d'interès.

DUR fa 6 dies

Episodi similar fa 2 anys, "van estar a punt d'operar-la d'apendicitis i després no ho era".

Cas nº 4



Malaltia actual: Dolor de 24 hores d'evolució d'inici a epigastri.

Inapetència i vòmits.

Curs continuu.

Progressiva focalització a FID.

Una deposició diarrèica

Exploració: Tax 37'40. Estat general conservat. TA 115/65
82x'

Auscultació C/R normal. Subicterícia.

Abdomen tou, dolorós amb hiperestèsia a FID. Blumberg (+).
PPLB +/-.

Peristaltisme normal.

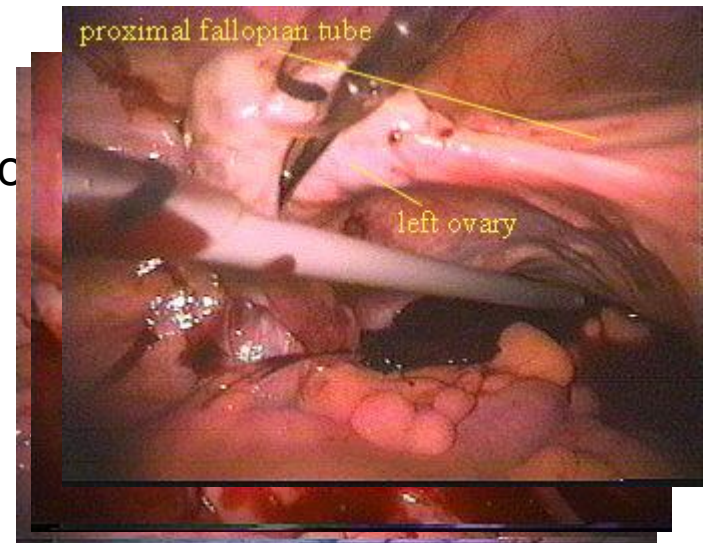
Cas nº 4

- Conclusió: Abdomen agut inflamatori. Intervenció quirúrgica urgent.

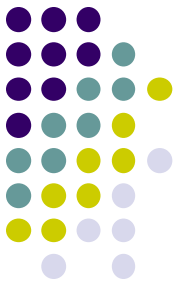
Proves complementàries:

Laboratori: 14300 leuc (73s,18l,7m), Quick 68%, TTP 28", bioquímica normal. PCR 52.

Rx tòrax i abdomen sense troballes que apo



Cas nº 3



- Motiu de consulta: Dona 72 anys. Dolor abdominal i vòmits.

Antecedents: HTA, DMNID, obesitat

Histerectomia abdominal per miomes fa 4a.

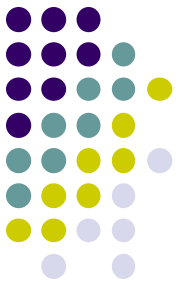
Colecistectomia oberta fa 17a.

Eventroplàstia amb malla fa 5a.

Constipació.

Dolor abdominal còlic recurrent.

Cas nº 3



Malaltia actual: Dolor còlic de 48 hores d'evolució, intensitat creixent fins a fer-se continuu.

Vòmits de 24 hores d'evolució.

Tancament intestinal incomplet.

Exploració: Tax 36'8º. TA 140/90 104x'

Auscultació C/R normal. Estat general afectat.

Abdomen globulós, timpànic, difusament dolorós. Blumberg (+/-).

Punts herniaris lliures. No recidiva d'eventració.

Peristaltisme hidroaeri amb sorolls metàlics.

TR: Ampolla rectal buida. SNG líquid biliós.

Cas nº 3

- **Conclusió: Abdomen agut oclushi
+/- isquèmic. Urgència quirúrgica.**

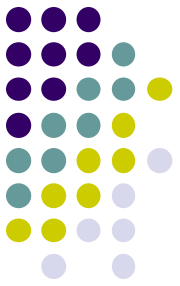
Proves complementàries:

Laboratori: 16300 leuc (82s,2c,12l,3m), Hb 14'7,
Quick 67%, Na 130, K 3'3, CK 330,CK mb 37, Amil 110, GOT
17, PCR 3.

Rx abdomen: Distensió de nanses de budell prim amb signes
de patiment.



Cas nº 4



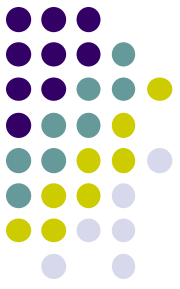
- Motiu de consulta: Dona 21 anys. Dolor abdominal i vòmits.

Antecedents: No antecedents d'interès.

DUR fa 6 dies

Episodi similar fa 2 anys, "van estar a punt d'operar-la d'apendicitis i després no ho era".

Cas nº 4



Malaltia actual: Dolor de 24 hores d'evolució d'inici a epigastri.

Inapetència i vòmits.

Curs continuu.

Progressiva focalització a FID.

Una deposició diarrèica

Exploració: Tax 37'40. Estat general conservat. TA 115/65
82x'

Auscultació C/R normal. Subicterícia.

Abdomen tou, dolorós amb hiperestèsia a FID. Blumberg (+).
PPLB +/-.

Peristaltisme normal.

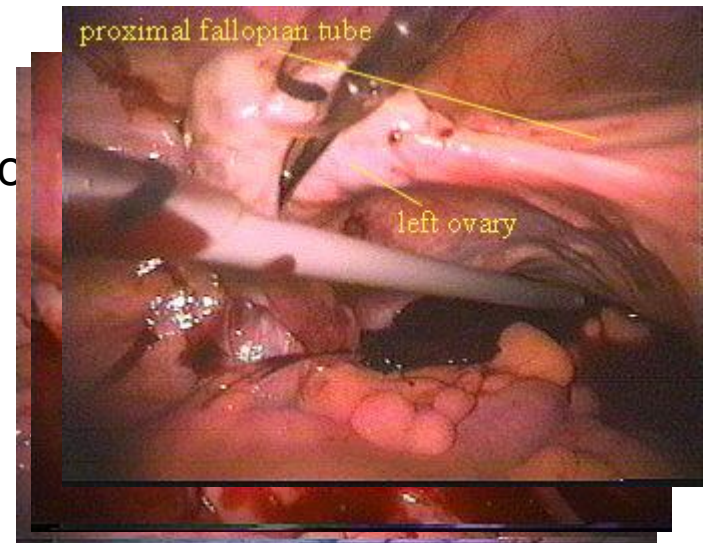
Cas nº 4

- Conclusió: Abdomen agut inflamatori. Intervenció quirúrgica urgent.

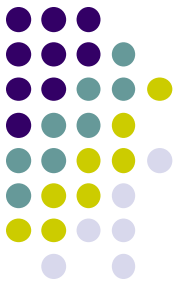
Proves complementàries:

Laboratori: 14300 leuc (73s,18l,7m), Quick 68%, TTP 28", bioquímica normal. PCR 52.

Rx tòrax i abdomen sense troballes que apo



Cas nº 5



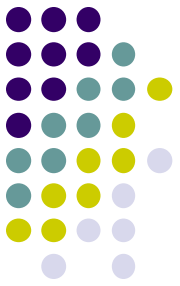
- Motiu de consulta: Dona 62 anys. Dolor abdominal i vòmits.

Antecedents: Histerectomia abdominal per patologia benigna.

Hèrnia de hiatus: Prèn IBP.

Hiperlipidèmia en tractament amb Atorvastatina.

Cas nº 5



Malaltia actual: Dolor continu de 24 hores d'evolució a hemiabdomen superior.

Vòmits de 8 hores d'evolució, biliosos.

Inapetència.

Sudoració profusa.

Deposicions normals.

Exploració: Tax 36'4°. TA 145/80 70x'

Crepitants bibasals inspiratoris. Respiració superficial.

Abdomen distès, dolorós i poc depressible a epigastri-HCE sense defensa clara i amb Blumberg (+). Peristaltisme escàs.

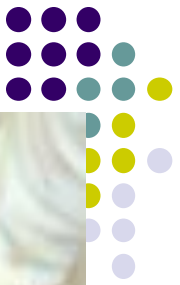
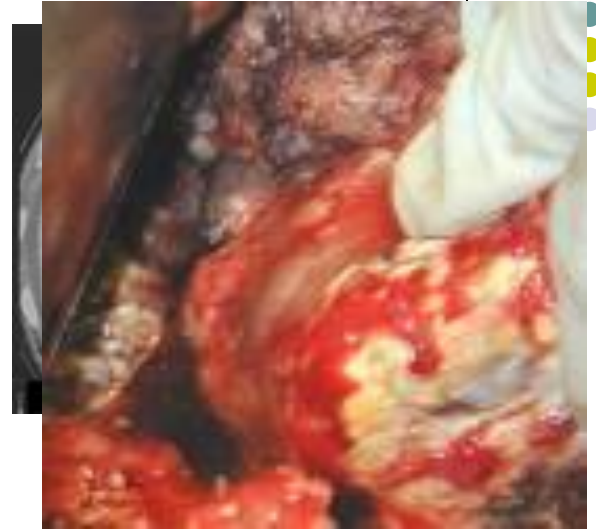
Cas nº 5

- Conclusió: Abdomen agut inflamatori hemiabdomen superior. No emergent.

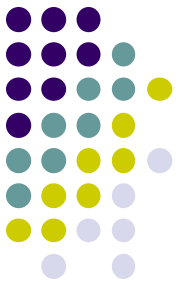
Proves complementàries:

Laboratori: 15300 leuc (72s,4c,12l,12m), Hb 15'2, Quick 88%, Glu 192, Urea 62, Creat 1'3, GOT 80, Amil 542, Na 137, K 4'4, PCR 70.

Rx tòrax i abdomen sense troballes que aportin dades.



Cas nº 6



- Motiu de consulta: Varó 87 anys. Dolor abdominal i mal estat general.

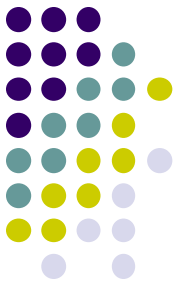
Antecedents: Exfumador sever. DMID

BCNO. Demència senil. Institucionalitzat.

Incontinència. ACxFA. Adiro per complicació hemorràgica amb dicumarínics.

Arteriopatia perifèrica. Peu diabètic.

Cas nº 6



Malaltia actual: Dolor abdominal de 3 dies d'evolució, intensitat progressiva.

Inicialment còlic.

Postració progressiva. Vòmits.

Deposicions toves hematoquètziques.

Exploració: Tax 36'1º. TA 80/40 115x'. Sat O2 87%.

Tons dèbils, irregulars. MVC hipofonesi.

Abdomen globulós, timpànic, difusament dolorós, tou.
Peristaltisme molt escàs, algú tò metàlic.

TR:Ampolla rectal buida.

Cas nº 6

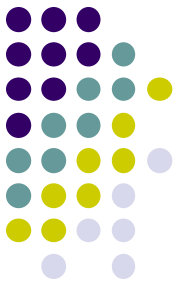
- Conclusió: Xoc d'origen abdominal.
Sèptic?.

Proves complementàries:

Laboratori: 24300 leuc (88s,10c,2l), Hb 10'1, Quick 58%,
Glu 260, Creat 2-4, Urea 113, GOT 40, Amil 110, CK 330, CKmb
52, PCR 303. pH 7-21, EB =12, Bic 18.

Rx abdomen mostra nanses de budell prim discretament dilatades,
sense patró oclusiu.





**ACCIÓN ANALGESICA DE LOS ANTIHISTAMINICOS H1.
ENSAYO CLÍNICO SOBRE 56 PACIENTES AFECTOS DE DOLORES CÓLICOS RENO-URETERALES EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS.**

Dr. F.R. BREIJO MARQUEZ.

Commemorative Hospital of Boston. Massachussets. USA.

Head of Urgencies. C.S. Stem. Albacete. Spain.