

Capítulo VI

Emergencias Gastrointestinales

Dolor Abdominal

Hemorragia Digestiva

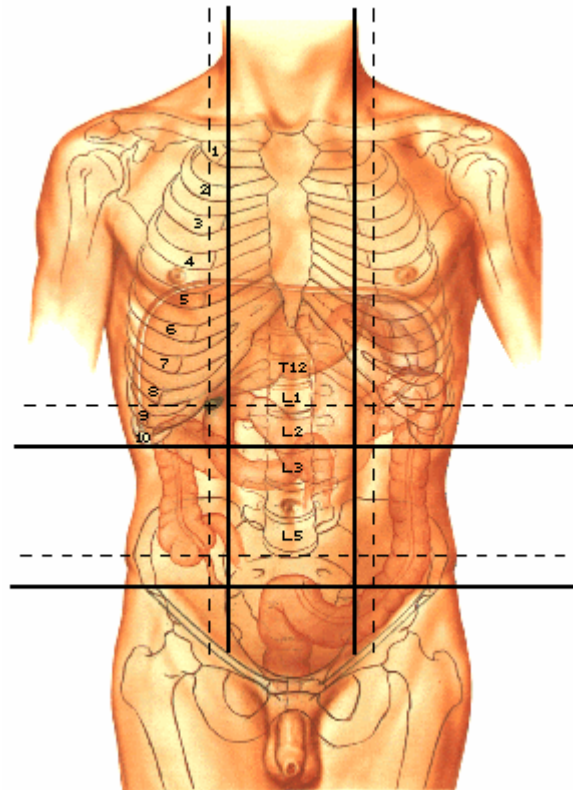
"El dolor, si grave, es breve; si largo, es leve"

Cicerón

DOLOR ABDOMINAL

El dolor, al igual que la hemorragia, constituye un evento de mayor entidad en la vida de cualquier paciente. El dolor abdominal se encuentra entre los más atemorizantes de todos, ya que para el paciente que lo experimenta abarca toda una gama de posibles catástrofes. El dolor abdominal es el signo más frecuente en los pacientes afectados de enfermedades quirúrgicas agudas del abdomen. Ante todo paciente con dolor abdominal agudo debemos establecer las siguientes prioridades:

- 1.- La gravedad y la urgencia de la situación.
- 2.- Buscar la causa desencadenante del cuadro.
- 3.- Discernir si se trata de un problema médico o quirúrgico.
- 4.- Instaurar el tratamiento necesario



En el curso de la investigación de un paciente afecto de dolor abdominal, es de extrema importancia no administrar analgésicos o sedantes hasta completar el diagnóstico o en los casos en que hay una obvia indicación para una intervención quirúrgica.

En todo **dolor** deben determinarse sus **características** mediante interrogatorio y examen físico.

Localización del dolor¹. Ciertas vísceras ofrecen una localización del dolor relativamente buena, mientras que otras aportan escasa información en este aspecto. El estómago y el duodeno, por ejemplo, son completamente fiables y la localización del dolor está invariablemente en la zona del epigastrio, ya sea a la derecha o a la izquierda de la línea media. El apéndice causa dolor clásicamente en la fosa iliaca derecha, la trompa de Falopio y los Ovarios producen dolor a la derecha o la izquierda del hipogastrio. Otros órganos, tales como el intestino delgado, tienen una escasa localización del dolor; el dolor puede ser percibido en cualquier lugar del abdomen, aunque el dolor periumbilical es el más comúnmente afectado.

Irrradiación del dolor. Aunque mucho se ha escrito sobre el valor diagnóstico de la irradiación del dolor, estos conocimientos pueden no ser útiles y conducir a un error. El dolor del tracto biliar tradicionalmente se irradia alrededor del lado derecho de la espalda al ángulo del omóplato, mientras que el dolor de origen pancreático con frecuencia se irradia directamente a la espalda. El dolor apendicular, por una razón enteramente distinta, ocasionalmente se inicia en el epigastrio y finalmente migra a la fosa iliaca derecha.

Condición del dolor. El dolor abdominal agudo se presenta en una de dos formas. Es de carácter **constante**, más o menos, o tipo **cólico**.

DOLOR ABDOMINAL CONSTANTE

Frecuentemente crece y disminuye, pero no es rítmico ni cíclico y no aparece en episodios sucesivos, como es el caso de los tipo cólicos. El dolor abdominal constante por lo general esta causado por una afección inflamatoria o neoplásica de una víscera sólida.

DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO

Está siempre causado por la obstrucción de una víscera hueca, por ejemplo: obstrucción intestinal, cálculo uretral, dismenorrea (un coágulo sanguíneo que obstruye el canal cervical).

Intensidad del dolor. Aunque ello no constituya una regla invariable, las entidades quirúrgicas más agudas son las que causan dolor más intenso o agudo, ejemplo: úlcera péptica perforante, diverticulitis, traumatismo.

Naturaleza del inicio del dolor. Algunas entidades quirúrgicas están caracterizadas por un comienzo muy súbito y brusco, ejemplo: perforación de víscera hueca; en cambio, en otras el inicio del dolor tiende a ser más gradual, ejemplo: obstrucción intestinal, apendicitis, diverticulitis.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto del paciente. El aspecto del paciente a menudo puede servir de guía general con respecto a la gravedad de la enfermedad, la palidez, cianosis o simplemente una expresión facial contorsionada por el dolor apoya la suposición de que ha tenido lugar un grave trastorno abdominal.

La taquicardia es común en los pacientes con afecciones profundas tales como la rotura de una víscera, la obstrucción intestinal vascular o la peritonitis difusa.

La taquipnea se observa en pacientes con peritonitis derivada de pancreatitis, shock hemorrágico y lesiones similares.

La fiebre es común en los pacientes con afección abdominal aguda, aunque la temperatura es probable que sea normal o sólo experimente una ligera elevación en los comienzos del curso de la enfermedad.

Examen del Abdomen:

1.- Examínese siempre en primer lugar la zona distal al lugar del dolor máximo. Es importante examinar ambos lados del abdomen con ambas manos (la mano derecha del examinador explora el lado izquierdo del abdomen del paciente, y la izquierda, el lado derecho)

2.- La presencia de rigidez real o de una defensa bilateral intensa sugiere una peritonitis difusa (abdomen agudo).

3.- La palpación de las vísceras sólidas es importante, pero raramente diagnóstica.

4.- De considerable importancia es la evaluación de la frecuencia de los **ruidos hidroaéreos**. En los pacientes con peritonitis difusa o una enfermedad inflamatoria localizada intensa, los ruidos intestinales o peristalsis desaparecen o se hacen notablemente hipoactivos. La actividad en ayunas es de 10-2- ruidos/min.

5.- Determinar la distensión abdominal, si es distensión gaseosa o líquida mediante una cuidadosa percusión del abdomen.

Gravedad del Dolor.

Hay que considerar una actuación urgente ante todo cuadro de dolor abdominal agudo que presente:

- 1.- Modificación del dolor de discontinuo a continuo.
- 2.- Taquicardia.
- 3.- Palidez de piel y mucosas.
- 4.- Aparición de dolor abdominal posterior a traumatismo.

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

El índice de mortalidad hospitalaria es de alrededor del 10%, la mayor parte de las complicaciones y muertes en pacientes con **H.D.S.** ocurre como resultado de pérdida continua o reanudación de la hemorragia. Es por esto que es importante la evaluación inicial para la determinación de los enfoques diagnósticos y terapéuticos. La úlcera gástrica, la duodenal y la gastritis son las causas de hemorragia del conducto gastrointestinal superior en el 85% de los casos.

DEFINICIONES¹

La **Hemorragia digestiva superior** es una efusión de sangre proveniente del esófago, estómago o duodeno (es decir, por la existencia de un punto de sangramiento localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treiz). Este sangramiento puede proceder del propio tubo digestivo o de estructuras adyacentes que vierten su contenido hemático en el espacio comprendido entre los puntos referidos. La HDS se suele manifestar en forma de hematemesis y/o melenas, dependiendo de su forma de presentación de la cuantía y rapidez del sangrado, así como de la localización de la lesión sangrante.

Hematemesis vómito de contenido hemático. Este puede adoptar una coloración negruzca (aspecto de borra de café) o rojo brillante (sangre fresca), dependiendo de que haya sido alterado o no por la secreción gástrica.

Melena es la eliminación de heces negras, alquitranadas, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa.

EVALUACIÓN DE LA MAGNITUD DE LA PERDIDA DE SANGRE².

La evaluación inicial y la estabilización de la **H.D.S.** se realiza de la siguiente manera:

A.- Indicios de pérdida importante de sangre:

1.- Antecedentes de **melena** o **hematemesis**.

2.- **Shock**, evidenciado por hipotensión, taquicardia, volumen urinario disminuido, obnubilación, sudoración y palidez.

3.- La **Hipotensión postural** (descenso de la presión arterial sistólica >10 mmHg o aumento de la frecuencia cardíaca >20 latidos/min luego de adoptar la posición erecta) sugiere una pérdida de por lo menos 1-2 unidades de sangre completa.

DETERMINACIÓN DEL SITIO DE LA HEMORRAGIA².

Signos de H.D.S.

1.- **Vómitos** de sangre en borra de café (sangre que ha permanecido en el estómago por lo menos varios minutos)

2.- Sangre por **sonda nasogástrica**. (Sin embargo, las aspiraciones nasogástricas de pacientes con **H.D.S.** pueden no contener sangre si la pérdida de la misma ha cesado y el estómago se ha limpiado de sangre, o si el duodeno es la fuente y un píloro cerrado impide el retorno de la sangre al estómago. Más aun, una aspiración hemopositiva puede deberse a traumatismo por la sonda)

3.- La **melena** por lo general se asocia con hipotensión, ruidos intestinales activos.

TRATAMIENTO INMEDIATO^{1,2}.

Todo paciente que presente hemorragia digestiva **debe ser ingresado en un hospital**. En el tratamiento inicial existen dos objetivos primordiales:

1.- **Reposición del volumen de sangre pérdida** para estabilizar el estado del paciente. Proveer de inmediato **expansión de volumen** con solución fisiológica por una vía venosa grande cánula # 14-16. Colocar vía central para

monitorizar la presión venosa central en todos los pacientes con hemorragia progresiva o signos de inestabilidad hemodinámica.

El **reemplazo de sangre** debe comenzar con sangre completa para la hemorragia continua o grave, se puede utilizar concentrados globulares para los casos menos graves. Cada unidad de sangre debe elevar el hematócrito un 3% si el paciente no sigue sangrando.

2.- Medidas generales.

3.- Lavado gástrico, la principal utilidad del lavado gástrico es limpiar la sangre del estómago para la endoscopia e impedir la aspiración de la sangre vomitada, el agregado de hielo, vasoconstrictores o factores de la coagulación no se ha mostrado beneficioso. El uso rutinario de una sonda nasogástrica con aspiración para monitorear la hemorragia recurrente no se aconseja, ya que puede producir múltiples erosiones esofágicas y gástricas.

4.- Antiácidos y bloqueantes H₂

5.- Determinar el punto de origen y el volumen de la hemorragia y si la efusión de sangre continúa o no.