

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"SINDROME ABDOMINAL DOLOROSO"

*(Estudio realizado de los pacientes ingresados a la
unidad de tratamiento intensivo del Hospital
Roosevelt durante el año 1979)*

T E S I S

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos

P o r

MIGUEL ANTONIO BOTTO ROSALES

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio 1979.

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- CONSIDERACIONES CLINICAS
- 5.- PRESENTACION DE DATOS
- 6.- ANALISIS DE DATOS
- 7.- DISCUSION
- 8.- SUMARIO
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- RECOMENDACIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Uno de los aspectos más importantes en la atención del enfermo que consulta por "dolor abdominal", es lograr el diagnóstico preciso en el menor tiempo posible, para decidir si el tratamiento apropiado es de tipo médico o quirúrgico.

A pesar de que en la mayoría de los pacientes, el diagnóstico se logra mediante una buena historia clínica y el examen físico complementado con unas pocas pruebas de laboratorio, la sintomatología presentada por algunos de ellos crea dificultades diagnósticas al médico.

En vista de lo anterior se creyó conveniente realizar una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados a la unidad de tratamiento intensivo de adultos (UTIA) del Hospital Roosevelt durante el año de 1978. En cada una de las historias se analizó: impresión clínica, examen físico, exámenes de laboratorio efectuados, tratamiento, evolución y comparación de Dx inicial con el final para formarnos un panorama sobre la conducta instituida en ellos, señalar las deficiencias (si las hay) y tratar en lo posible de establecer una guía en el diagnóstico de estos pacientes.

O B J E T I V O S

Determinar cuales son las entidades etiológicas implicadas con mayor frecuencia en el diagnóstico de pacientes con abdomen doloroso en la unidad de tratamiento intensivo del Hospital Roosevelt.

Revisar el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de cada una de esas enfermedades.

Analizar si la impresión clínica de ingreso fue adecuada desde el ingreso comparándola posteriormente con el Dx final.

Conocer las complicaciones más frecuentes del abdomen doloroso dependiendo de la enfermedad que lo desencadena.

Proponer los pasos a seguir para el Dx diferencial y Tx adecuado de los pacientes con abdomen doloroso.

Revisar la confección de cada una de las historias clínicas en cuanto se refiere a las características del dolor y sintomatología presentada.

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo de tesis se revisó el motivo de consulta en 1044 historias clínicas, que es el total de ingresos a la unidad de tratamiento intensivo del Hospital Roosevelt durante el año de 1978, habiéndose encontrado que en 53 de ellas el motivo de consulta fue "dolor abdominal".

Con estas 53 historias clínicas se hizo una revisión completa del cuadro clínico, examen físico, exámenes de laboratorios efectuados, Tx instituido y las complicaciones.

En la investigación del cuadro clínico se hizo hincapié en el tiempo de evolución del dolor y sobre todo en las características del mismo; en la sintomatología presentada se consideró primariamente la del tracto gastrointestinal, urinario y reproductor (en mujeres) y secundariamente el sistema cardiorespiratorio. Al revisar el examen físico de cada una de las historias clínicas se le tomó especial interés a la signología encontrada en el abdomen, se revisaron además todos los estudios complementarios (laboratorios, Rx, EKG, otros procedimientos) el Tx instituido: Médico o Quirúrgico, investigando cual fué la asociación de antibióticos más usada las complicaciones presentadas por cada uno de los pacientes durante su hospitalización así como también el tiempo de hospitalización.

Se tomaron en cuenta otros parámetros tales como edad, sexo, raza, actividad, procedencia y antecedentes.

CONSIDERACIONES CLINICAS

Las consideraciones clínicas expuestas a manera de historia clínica completa sobre abdomen agudo, se hacen con el fin de que sirvan de guía al médico general para conseguir el análisis claro y rápido de las características del dolor abdominal.

1.- HISTORIA

En general la historia está encaminada a hacer descripción de las características del dolor, por lo que hay que tener en cuenta la semiología del mismo sin la pretensión de establecer un diagnóstico, pero si una orientación.

Postulados a tener en cuenta ante todo dolor:

- a.- Inicio
- b.- Carácter
- c.- Intensidad
- d.- Topografía
- e.- Irradiación
- f.- Duración
- g.- Patocronía
- e.- Factores de alivio y agravación.

INICIO.- El comienzo del dolor tiene importancia diagnóstica. El que despierta a un paciente que está durmiendo suele ser intenso. Puede ser brusco (úlceras pépticas perforadas, colecistitis aguda, etc.) y lento y progresivo (apendicitis, obstrucción del intestino grueso, etc.).

CARACTER.- El dolor en "puñalada" es propio de las perforaciones de vísceras huecas; el terebrante y transfixivo de las pancreatitis agudas y úlceras penetrantes en páncreas; de tipo

cólico en las litiasis y obstrucciones intestinales; punzante en los procesos inflamatorios y agudizaciones ulcerosas; gravativo en esplenomegalias y hepatopatías; sordo y lento en los procesos tumorales.

INTENSIDAD.- Al estar matizada por la cultura, personalidad afectiva y estado psíquico del paciente, no es muy valorable en sí misma, por lo que, generalmente, se ha de cotejar con las reacciones vegetativas que ocasiona, aunque siempre es de tener en cuenta que los dolores más intensos están en relación con pancreatitis agudas, infartos intestinales y cólicos litiasícos.

TOPOGRAFIA.- Si bien, en un principio, casi toda la patología visceral abdominal es percibida por el paciente en la línea media del abdomen en relación con el órgano afectado. Así, el dolor en el cuadrante superior derecho indica, antes que nada, enfermedades del hígado, vías biliares, duodeno y flexura hepática del colon.

El percibido en el cuadrante superior izquierdo es indicio de lesiones en el cuerpo y cola del páncreas, bazo y colon izquierdo por encima del sigmoides.

En el cuadrante inferior izquierdo se refieren las lesiones orgánicas y funcionales del colon pélvico, porción rectosigmoidea, tracto urinario y anexos izquierdos.

Y en el cuadrante inferior derecho el dolor es originado por patología apendicular, íleon terminal, tracto urinario y anexos derechos.

IRRADICACION.- Algunas afecciones que comprometen ciertos órganos, ocasionan dolor referido a otras zonas, a saber:

- Irritación del diafragma, a la región supraclavicular

- Dilatación del árbol biliar, a la parte profunda del área escapular derecha
- Pancreatitis aguda, al dorso
- El infarto miocárdico agudo y la pleuresía, al abdomen o a las extremidades superiores.
- Afecciones del recto o del útero a la región lumbosacra.
- El compromiso ureteral, desde el flanco hasta los genitales externos del mismo lado.

DURACION.- Continuo en los procesos isquémicos e inflamatorios; es intermitente en los procesos obstructivos y funcionales.

PATOCRONIA.- Entre esta característica se encuentra el dolor en ayunas (síndrome de Reichmann), el dolor prandial, inmediato a la ingesta (s. del Dumpin), el dolor post prandial (obstrucción, úlcera gástrica -ritmo de 4 tiempos-, úlcera duodenal -ritmo de 3 tiempos-) y el dolor nocturno (problemas vesiculares).

FACTORES DE ALIVIO Y AGRAVACION.- Agravan el dolor los movimientos corporales y abdominales, como la respiración profunda, tos y defecación en los procesos peritoníticos; alivian el calor local en los procesos funcionales y el frío en los inflamatorios. La posición que adopta el paciente merece consideración. En un cólico biliar o intestinal puede resultar imposible permanecer quieto; la hemorragia intraperitoneal produce un profundo desasosiego. En contraposición, el paciente que padece de peritonitis generalizada yace inmóvil con las rodillas flexionadas para relajar los músculos del abdomen y aliviar la tensión intraabdominal.

II.- REVISION POR SISTEMAS

A.- Tracto gastrointestinal. Indagar sobre:

- Anorexia.
- Náusea.

Vómito.- Este debe distinguirse del de origen central, el cual se presenta bruscamente con el carácter de "vómito en escopetazo" y no va precedido de náuseas y/o arcadas.

Atendiendo a su composición el vómito puede ser: alimenticio (síndrome de retención), mucosos (gastritis, acuoso -jugo gástrico puro- (s. de Reichmann), biliosos (estenosis del duodeno, pancreatitis, obstrucción intestinal), Porraceos (peritonitis aguda), sanguinolentos (hematemesis), purulentos, fecaloideos (oclusión intestinal). En cuanto a su relación con los dolores, los de origen gastroduodenal alivian con rapidez las molestias epigástricas; los de origen reflejo (apendicitis, colecistitis, etc.) no alivian al paciente.

De acuerdo al ritmo horario en: 1.- ayunas: acuosos, mucoso-bilioso (alcohólicos) y alimentarios de retención. 2.- post-prandiales: inmediatos (nerviosos), precoces (2 a 3 hrs. después de la ingesta) y tardíos (12 a 24 hrs. después de la ingesta). 3.- Nocturnos (hernias diafragmáticas, úlcera duodenal, problemas vesiculares).

B.- Sistema Urinario. Interrogar acerca de:

- Disuria.
- Polaquiuria.
- Hematuria: investigar si es inicial (lesión uretroprostato-vesical); terminal (lesión vesical) o si es total (lesión renal) -micción en tres vasos.
- Dolor lumbar.

C.- Sistema Reproductor. Investigar en mujeres:

- Fecha de la última menstruación.
- Presencia de hemorragia vaginal anormal.
- Aparición de dispareunia.

- Leucorrea.
- Antecedentes obstétricos en general.

III.- ANAMNESIS

Conviene averiguar exhaustivamente sobre:

- Cualquier traumatismo reciente.
- Episodios dolorosos previos de características similares.
- Existencia de afecciones que en alguna forma pueden estar relacionadas con la aparición del dolor abdominal, como sucede durante el curso de enfermedades vasculares periféricas, anemia de células falciformes, diabetes mellitus, uremia, parasitismo, colitis ulcerosa, enteritis regional, diverticulosis y angioedema.
- Ingestión reciente de alcohol y de drogas, sobre todo analgésicos y esteroides.

IV.- EXAMEN FISICO

Fuera del método rutinario, es útil efectuar ciertos procedimientos especiales durante la exploración clínica, con el objeto de lograr el diagnóstico preciso.

Ganglios Linfáticos.

Investigar la existencia de adenopatías, en vista de que con cierta regularidad suelen aparecer durante episodios de dolor abdominal (Ca gástrico, TB peritoneal, adenitis mesentérica, etc.).

Piel

Verificar la presencia de petequias y exantemas, especialmente en enfermos jóvenes que tienen tendencia a sufrir púrpura de Henoch-Schönlein.

Corazón

La auscultación cuidadosa permite valorar el ritmo cardíaco e identificar cualquier frote pericárdico o fibrilación auricular existente. Los pulsos periféricos sirven como guía para detectar aneurismas disecantes, que a menudo se manifiestan en forma de síndrome abdominal agudo.

Pulmones.

Mediante el examen clínico se establece la presencia de frotes pleurales o zonas de condensación del parénquima, especialmente del lado derecho ya que las neumonías lobares inferiores derechas simulan en muchos casos un abdomen doloroso.

Abdomen

Inspección. El grado de actividad del enfermo y la posición que adopta, sirven para diferenciar si el dolor es parietal o visceral, así como la región afectada. En cuanto a la forma del abdomen: glubuloso (obesidad, meteorismo, neumoperitoneo), escafoideo (desnutrición, TB peritoneal), sinuoso y asimétrico (tumores, hernias, meteorismo -signo de Gobiet en la pancreatitis-). Algunos otros signos que se manifiestan como puntos equimóticos generalmente periumbilicales como: signo de Halstead, signo de Grey-Turner en pancreatitis, signo de Cullen en hemoperitoneo.

Auscultación. Generalmente los ruidos intestinales son muy débiles o están ausentes cuando hay dolor abdominal de cualquier etiología. Como en algunos casos de peritonitis

no desaparecen, conviene recordar que su existencia no descartan por completo la posibilidad de que se trate de una entidad susceptible de tratamiento quirúrgico. En la estrangulación intestinal el asa afectada, muy distendida, da a la percusión, un sonido macizo a veces con timbre metálico, a causa de la gran tensión del gas.

Palpación. En primera instancia se establece si hay zonas dolorosas y los síntomas desaparecen o se agravan al poner en tensión la musculatura abdominal, lo cual se logra al ejercer presión continua e invitar al paciente a levantar la cabeza. Si el dolor, aumenta, significa que proviene de la misma pared muscular y no de la región intraperitoneal. Las algias de tipo parietal aparecen cuando se obliga al enfermo a toser.

Maniobras. Es importante practicar la flexión, la extensión y la rotación interna de la articulación de la cadera, pues ocasionan dolor cuando existe irritación o algún proceso inflamatorio a nivel de los músculos obturadores o del Psoas.

Los signos comunmente investigados son: Psoas-Iliaco, Obturador, Rovsing, de Rebote, Murphy, etc.

Masas. Se ponen de manifiesto mediante la palpación cuidadosa del abdomen, centrando la atención especialmente en:

- La aorta abdominal.
- Areas de tumefacción indefinida (hematomas intraperitoneales o abscesos)
- Regiones umbilical, femoral o inguinal, en busca de hernia encarcelada.

Anotar siempre las características de toda masa: Forma, dureza, sensibilidad, movilidad, pulsatilidad, adenopatías distantes.

Pelvis y Recto

El tacto vaginal o el rectal son necesarios en todos los pacientes que se quejan de dolor abdominal, pues el origen de la afección puede localizarse allí. En las mujeres en las que se sospeche hematocele tener en cuenta la colpotomía.

Paracentesis

Cuando se presenta hipotensión, descenso progresivo del hematocrito, historia de traumatismo reciente o enfermedades pélvicas (en las mujeres), es indispensable realizar la paracentesis para comprobar si hay sangre libre en la cavidad.

La técnica es inócua y solo está contraindicada en casos de obstrucción intestinal.

Proctoscopia

Se llevará a cabo en los enfermos que consultan por diarrea (con melena o sin ella), para descartar el diagnóstico de ciertas afecciones como diverticulitis, colitis ulcerosa o amebiasis. El estudio microscópico es de gran ayuda, siempre que lo realice un experto.

V.- EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes más sencillos y útiles son:

- Hemograma
- Uroanálisis
- Amilaseamia
- Rayos X del tórax y dos placas simples del abdomen, una en decúbito y otra después de permanecer de pie durante diez minutos con el objeto de buscar neumoperitoneo o gas en el retroperitoneo.

En ciertas oportunidades se impone la investigación de otros parámetros como:

Presencia de sangre en las heces, glucemia, nitrógeno uréico, transaminasas, fosfatasa alcalina, electrocardiografía para descartar cualquier cardiopatía, pruebas de embarazo, Widal, etc. Entre los estudios radiológicos complementarios, los cuales dependerán del Dx final están:

- Colon por enema, si se cree que existe obstrucción del intestino grueso, inflamación o infarto mesentérico.
- Urografía ante la presencia de hematuria.
- Colangiografía intravenosa, para demostrar la dilatación del hepatocolédoco cuando se piensa en una alteración del árbol biliar.

VI.- TRATAMIENTO

A.- MEDICO

- 1.- Con respecto a la afección grave del organismo, se refiere a la prevención o terapia del shock y en ello hay que contar con varias medidas esenciales:

- Reposición de líquidos y electrolitos, de acuerdo con el control clínico analítico del paciente, atendiendo al balance aporte-eliminación habitual y la colaboración en la actualidad, si es factible de expertos en reanimación.

La medida de la presión venosa central (P.V.C.) (eficacia del retorno venoso al corazón derecho) y el control horario de la diuresis, son dos gestos comunes e importantes.

- Antibioticoterapia.
- Oxígeno si es preciso, tónico cardíacos, etc.

2.- El reposo del tubo digestivo y aspiración endodigestiva gástrica, ante la alteración del tránsito manifiesta.

3.- En cuanto a calmar el dolor, hay que contraindicar, en principio, todos los analgésicos y emplearlos solo cuando ha sido tomada la decisión terapéutica definitiva y no tenga trascendencia el enmascaramiento del cuadro clínico. Entre tanto, pueden administrarse espasmolíticos que actuando sobre la causa del dolor, en bastantes circunstancias consigue aliviarlo. De todos modos, conviene evitar los morfínicos, en general, espasmodizantes obdianos y depresores respiratorios.

B.- QUIRURGICO

Dependerá del Dx final.

Tabla No. 1 Edad.

Años	No.	o/o
11 - 20	19	35.85
21 - 30	4	7.55
31 - 40	5	9.43
41 - 50	10	18.87
51 - 60	10	18.87
61 - 70	2	3.73
71 - -	3	5.66

TABLA No. 2 Sexo.

	No.	o/o
Masculino	35	66.04
Femenino	18	33.96

Tabla No. 3 Raza

	No.	o/o
Ladino	50	94.34
Indígena	3	5.66

TABLA No. 4 Actividad.

	No.	o/o
Oficios domésticos	14	26.41
Estudiante	10	18.87
Agricultor	12	22.64
Albañil	3	5.66
Otros	14	26.41

TABLA No. 5 Procedencia.

	No.	o/o
Urbana	35	66.04
Rural	18	33.96

TABLA No. 6 ESTADO CIVIL

	No.	o/o
Soltero	26	49.05
Unido	13	24.52
Casado	11	20.75
Viudo	3	5.66

TABLA No. 7 Tiempo de Evolución (dolor)

Días	No.	o/o
0 - 3	33	62.26
4 - 6	8	15.09
7 - 9	3	5.66
10--	9	16.98

NOTA: 21 Pacientes tenían menos de 24 horas de evolución.

TABLA No. 8 Características del dolor

	No.	o/o
Carácter	20	45.45
Intensidad	6	11.32
Topografía	39	73.58
Irradiación	20	45.45
Duración	6	11.32
Patocronía	2	3.77
Factores de alivio y agravación	14	26.41
Inicio	0	0.0

NOTA: Solo 44 pacientes tenían las características anotadas (leer las descripciones de cada característica en consideraciones clínicas)

TABLA No. 9 Antecedentes

	No.	o/o
Médicos	15	71.42
Quirúrgicos	4	19.04
Traumático	2	9.54

NOTA: Solo 21 Pacientes tenían antecedentes

TABLA No. 9 "A" Antecedentes Médicos

	No.	o/o
Alcoholismo	7	46.66
Enfermedad Péptica	3	20.00
Dispepsias	2	13.33
Pancreatitis	1	6.66
Amebiasis	1	6.66
Cirrosis	1	6.66

TABLA No. 9 "B" Antecedentes Quirúrgicos

	No.	o/o
Apendicectomía	1	25
Volvulectomía	1	25
Gastrectomía	1	25
Histerectomía	1	25

NOTA: El Paciente de la volvulectomía fue intervenido por bridas.

TABLA No. 10 Síntomas más frecuentes . Gastrointestinales

	No.	o/o
Anorexia	18	36.73
Nauseas	25	51.02
Vómitos	36	73.46
Diarrea	18	36.73
Estreñimiento	14	28.57
Flatulencia	2	4.08

NOTA: Solo 49 Pacientes presentaron síntomas. 3 de estos pacientes presentaron síntomas cardiorespiratorios (Disnea).

TABLA No. 11 Signos más frecuentes. Abdominales

	No.	o/o
Dolor a la Palpación	41	78.84
Ruidos Disminuídos	12	23.07
Signos de irritación peritoneal	9	17.30
Ausencia de Ruidos	8	15.38
Distensión Abdominal	6	11.53
Organomegalia	5	9.61
Ruidos Aumentados	3	5.76
Ictericia	3	5.76
Ruidos Metálicos	2	3.84
Pérdida Matidez Hepática	1	1.92
Masa Abdominal	1	1.92

Extra - Abdominales

	No.	o/o
Cardíacos	3	5.76
Pulmonares	7	13.44

NOTA: Solo en 52 Pacientes se encontraron signos. En los Pacientes que presentaron signos extra-abdominales, entre los pulmonares se encontraron: estertores basales derechos (5) y soplo tubárico, tiraje intercostal y matidez basal derecha (2). Entre los cardíacos: arritmias (2) y edema de Miembros Inferiores (1).

TABLA No. 12 IMPRESION CLINICA de Ingreso (Abdominal)

	No.	o/o
Fiebre Tifoidea	12	16.43
Pancreatitis	7	9.60
Obstrucción Intestinal	6	8.21
Apendicitis	5	6.84
Colecistitis	5	6.84

NOTA: Solo se ponen en esta tabla las 5 impresiones clínicas más frecuentes. En total fueron 73 impresiones clínicas de las cuales 67 fueron abdominales y el resto estuvo distribuido entre: Enfermedad Peptica (5), Infección urinaria (4), Absceso hepático (3) Geca (3), Ca Gástrico (3), DHE (2), Infarto miocárdico (2), Neumonía basal derecha (2) y otros Diagnósticos (14).

TABLA No. 12 "A" Impresión Clínica de Ingreso Extra Abdominal

	No.	o/o
Infarto Miocardio	2	2.74
Neumonía Basal derecha	2	2.74
Bronconeumonía	1	1.37
Bloqueo A - V	1	1.37

TABLA No. 13 Exámenes Radiográficos

Torax :

	No.	o/o
Normal	26	49.06
Anormal	27	50.94

Abdomen:

	No.	o/o
Normal	6	11.76
Anormal	45	88.24

NOTA: No se consideraron las radiografías tomadas por c/paciente si no a cuantos de ellos se les tomaron.

TABLA No. 13 "A" Rx de Torax Anormal

	No.	o/o
Patología pulmonar	13	48.15
Patología abdominal	12	44.44
Ambas Patologías	2	7.41

NOTA: En la patología abdominal se consideró: gas subdiafragmático y elevación de diafragmas. En cuanto se refiere a la patología pulmonar ésta fue muy variada habiéndose encontrado en 4 Pacientes alguna clase de infiltrado pulmonar, en 4 Pacientes más se reportaron con densidad pulmonar y los últimos 6 con problemas crónicos (enfisema).

TABLA No. 14 EKG

	No.	o/o
Normal	19	76
Anormal	6	24

NOTA: Solo 25 Pacientes tenían EKG.

TABLA No. 15 Otros Procedimientos

	No.	o/o
SGD	3	25
Centelleograma	2	16.6
Pielograma	2	16.6
Esofagoscopia	1	8.3
Proctosigmoidoscopia	1	8.3
Colangiocolicistograma	1	8.3
Colecistograma	1	8.3
Gastroduodenoscopia	1	8.3

NOTA: Estos procedimientos fueron tomados en un total de 10 Pacientes; en 8 de ellos fueron anormales.

TABLA No. 16 Tratamiento

	No.	o/o
Médico	14	26.42
Médico - Quirúrgico	39	73.58

NOTA: A todos los Pacientes se les colocó SNG con succión, además de administrarles soluciones. En cuanto a la técnica quirúrgica empleada esta dependió del DX definitivo.

TABLA No. 17 Antibióticos usados

	No.	o/o
Penicilina	33	71.73
Cloranfenicol	32	69.56
Gentamicina	17	36.95
Ampicilina	4	8.69
Clindamicina	4	8.69
Cotrimoxazole	3	6.52
Tetraciclina	1	2.17

NOTA: En 46 Pacientes se empleo antibioticoterapia.

TABLA No. 17 "A" Asociación de antibióticos más usados

	No.	o/o
Penicilina + cloranfenicol	17	60.71
Penicilina + Cloranfenicol + Gentamicina	11	39.28

TABLA No. 18 Complicaciones (Causas)

	No.	o/o
Infección Herida Operatoria	8	38.10
SCI	3	14.28
Sepsis	3	14.28
Peritonitis	2	9.52
Neumonía	2	9.52
Otras	5	23.80

NOTA: Solo 21 Pacientes (39.62o/o) presentaron complicaciones.

TABLA No. 18 "A" Complicaciones (enfermedad)

	No.	o/o
Fiebre Tifoidea	9	42.85
Apendicitis	3	14.28
Pancreatitis	2	9.52
Colecistitis	1	4.76
Otras	6	28.57

TABLA No. 18 "B" Complicaciones (causa y enfermedad)

	IHO	SCI	Sepsis	Peritonitis	Neumonía B I
Fiebre Tifoidea	5	2	2		
Apendicitis	3				
Pancreatitis				1	1

TABLA No. 19 Evolución

	No.	o/o
Buena	35	66.03
Fallecieron	18	33.97

TABLA No. 20 Tiempo de Hospitalización

Días	No.	o/o
0 - 1	2	3.77
1 - 10	20	37.73
11- 20	14	26.41
21- 30	3	5.66
mayor de 1 mes	12	22.64

TABLA No. 21 Dx Final

	No.	o/o
Fiebre Tifoidea	14	22.95
Colecistitis	6	9.84
Apendicitis	5	8.20
Obstrucción Intestinal	5	8.20
Pancreatitis	4	6.56

NOTA: Solo se ponen los 5 diagnósticos más frecuentes de un total de 61. Dentro de los otros estuvieron: Amibiasis (4), Neumonía basal derecha (4), Colelitiasis (2), Ca gástrico (2), Enfermedad péptica (2), DME (2) y otros diagnósticos (11).

TABLA No. 22
Comparación del Dx inicial con el Dx final

	No.	o/o
Errado	20	37.7
Certero	33	62.3

NOTA: Esto se hizo en base a la historia clínica y examen físico comprobado por exámenes de laboratorio y en algunos casos por necropsia.

ANALISIS

De las 53 historias clínicas analizadas, correspondientes a los 53 pacientes, ingresados al servicio de tratamiento intensivo de adultos del Hospital Roosevelt durante el año 1978, se encontró que un 35.85o/o de los pacientes estaba comprendido en la segunda década de la vida siguiéndole en orden de frecuencia la cuarta y la quinta década con 18.87o/o cada una; de estos pacientes un 66.04o/o eran de sexo masculino y un 94.24o/o de raza ladina, siendo de ellos un 49.05o/o solteros y de procedencia en un 66.04o/o urbana.

La actividad a la que se dedicaban fue muy variada, la más frecuente que se observó fue la de oficios domésticos en un 26.41o/o.

Todos los pacientes ingresaron por dolor abdominal (motivo de consulta) estando el tiempo de evolución en un 62.26o/o de ellos comprendido entre 0 días y 3 días. En el 39.62 o/o el tiempo de evolución fue menor de 24 horas. En cuanto a las características del dolor se refiere, la característica más anotada fue la TOPOGRAFIA en un 73.58o/o siguiéndole en orden de frecuencia el carácter y la irradiación en un 25.45 o/o cada una de ellas. El inicio no fue descrito en ninguno de los pacientes. Es de hacer notar que solo en el 83.01o/o de todos los pacientes se encontraron anotadas las características; esto es importante de recalcarlo porque si bien es cierto que una descripción detallada del dolor no nos da el Diagnóstico pero por lo menos lo orienta.

Con respecto a los antecedentes se encontró que solo el 39.62o/o presentaron: médicos en un 71.42o/o quirúrgicos en un 19.04o/o y traumáticos en el 9.54o/o. Entre los antecedentes médicos el más frecuente fue por alcoholismo en un 46.66o/o, el resto, al igual que los quirúrgicos y traumáticos, carecen de valor estadístico por no ser significativos.

Revisando la sintomatología se encontró que entre la gastrointestinal la más anotada fueron los vómitos en un 73.46o/o, siguiéndole las náuseas un 51.02o/o y la anorexia y la diarrea en un 36.73o/o cada una. Es importante hacer notar que las características

del vómito no fueron descritas más que en 2 pacientes por lo que no se analizaron a fondo. El describir los vómitos ayuda a orientar aun más el Dx ya que hay entidades nosológicas en las cuales el vómito presenta determinado ritmo horario y características químicas que orientan aun más el Dx.

El 6.12 de los pacientes, de el 92.45o/o que presentaron sintomología, presentaron además síntomas cardiorrespiratorios (Disnea).

Al Analizar los signos abdominales más frecuentes se encontró que el dolor a la palpación fue el que más porcentaje tuvo (78.84), siguiéndole la disminución de los ruidos intestinales en un 25.07, signos de irritación peritoneal en un 17.30o/o, la ausencia de ruidos intestinales en un 15.38o/o. Se consideraron también los signos extra-abdominales habiéndose encontrado signos pulmonares en un 11.53o/o y cardíacos en un 7.69o/o; esto es importante ya que hay patología, principalmente torácica, cuyo dolor lo irradian a el abdomen.

Las 5 impresiones clínicas de ingreso más frecuentes fueron: Fiebre Tifoidea (16.43o/o) pancreatitis (9.60o/o) obstrucción intestinal (8.21o/o), apendicitis (6.84o/o) y Colecistitis (6.84). Estas 5 impresiones clínicas al compararlas con los 5 Dx finales, comprobados por distintos medios, nos damos cuenta que son iguales aunque varía el orden de las 4 últimas. En el 11.32o/o de los pacientes la Ic de ingreso al igual que el Dx final fueron extra-abdominales.

Los exámenes de laboratorio de gabinete al igual que otros procedimientos no rutinarios no se analizaron a fondo, pero en general estos estuvieron orientados de acuerdo al Dx de cada paciente como se pudo observar durante la recolección de los datos.

En cuanto a las radiografías de torax se les tomaron al 100o/o de los pacientes obteniendo un 50.94o/o con resultado anormal, dentro de estas un 44.44o/o presentaron patología abdominal (gas subdiafragmático y elevación de diafragmas); en esta misma serie la

patología pulmonar presentada fue en un 61.54o/o activa y en el 38.46o/o crónica. En las radiografías de abdomen un 88.24o/o fueron anormales (parálisis de asas intestinales, distensión de asas intestinales edema inter asa, líquido abdominal, imagen de vidrio despulido, borramiento de Psoas, asa centinela, etc.).

De 25 electrocardiogramas tomadas (47.16o/o) el 24o/o fueron anormales; estos datos al compararlos con el Dx final encontramos que de 6 EKG anormales (24o/o) 3 pacientes presentaron problemas cardíacos.

El tratamiento empleado en estos pacientes fue en un 73.58o/o médico-quirúrgico, a todos los pacientes se les colocó SNG con succión, además de administrarles soluciones. En cuanto a la técnica quirúrgica empleada, esta dependió del Dx. definitivo.

Los antibióticos más empleados fueron: Penicilina (71.73o/o), Cloramfenicol (69.56o/o) y Gentamicina (36.95o/o). La antibioticoterapia se empleo en un 86.79o/o de todos los pacientes siendo la asociación más empleada la de Penicilina más Cloranfenicol en un 60.71o/o.

De el 39.62o/o que representa el porcentaje de los pacientes que presentaron complicaciones, el 38.10o/o fue por infección de la herida operatoria siguiéndole el SCI y la Septicemia en un 14.28o/o cada una. La enfermedad que presentó más complicaciones fue la Fiebre Tifoidea (42.85o/o) siguiéndole la apendicitis (14.28o/o) y la pcreatitis en un 9.52o/o.

La complicación más frecuente de la Fiebre Tifoidea fue infección de la herida operatoria en 55.56o/o, la de la apendicitis en un 100o/o fue también infección de la herida operatoria.

La mortalidad de la totalidad de los pacientes fue del 33.97o/o.

El tiempo de hospitalización un 37.73o/o estuvo comprendido entre uno y diez días.

El 37.7o/o de la impresión clínica de ingreso fue errática.

DISCUSION

El síndrome de "abdomen doloroso" sigue siendo uno de los principales enigmas para el médico que por primera vez tiene contacto con el paciente.

Al revisar la bibliografía y hacer un análisis de los casos estudiados en el presente trabajo, se desprende el hecho que el manejo y tratamiento de un paciente que consulta por abdomen doloroso debe de hacerse de una manera conciente y racional para evitar errores diagnósticos que repercutirían en la evolución satisfactoria de dicho paciente.

Sin embargo, en vista de la escasa literatura encontrada sobre el síndrome de abdomen doloroso y por basarse ésta unicamente en generalidades clínicas, principalmente en la descripción semiológica del dolor, se efectuó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados a la unidad de tratamiento intensivo de adultos (UTIA) del Hospital Roosevelt, con el fin de tener un panorama del manejo de estos pacientes.

Se encontró que el 5o/o de los ingresos a la UTIA fue por abdomen doloroso, lo que indica la importancia de conocer la semiología del dolor desde el punto de vista de orientación diagnóstica.

Se observó, que al relacionar la historia clínica (confeccionada en su mayor parte por las características del dolor) con un buen examen físico y este a su vez complementado con exámenes de gabinete, no solo se llegó a un buen Dx sino que también se orientó a un Tx definitivo.

De los 53 pacientes estudiados se encontró que la Impresión clínica de ingreso fue errática en el 37.7o/o. Este porcentaje posiblemente se deba a varios factores, entre ellos, el bajo nivel socio-cultural asociado a creencias ancestrales lo que

hace que el paciente consulte mucho tiempo después de iniciado los síntomas, cuando los remedios caseros no dan resultado. Otro factor es la confección deficiente de la historia clínica en cuanto a las características del dolor se refiere, lo que implica un mal Dx y por lo tanto un mal manejo de los pacientes con síndrome de abdomen doloroso, esto, comprobado por los datos obtenidos ya que solo 44 pacientes tenían anotadas algunas de las características.

La falta de una buena política de salud, al igual que la falta de control de medidas sanitarias y a la proliferación de áreas marginales llevan a concluir que la Fiebre Tifoidea sigue siendo un azote y un factor de morbi-mortalidad en estos pacientes. Como lo demuestra tanto la Impresión Clínica como el Dx final, esta enfermedad continúa en los primeros lugares de las entidades infecto-contagiosas no controlables actualmente. Así mismo, la alta incidencia de alcoholismo encontrada entre los antecedentes de estos pacientes debe ser tomada muy en cuenta en el momento del ingreso, ya que el alcoholismo conlleva a problemas abdominales tales como: Fiebre Tifoidea, pancreatitis, úlceras pépticas, predisposición a infecciones, al igual que algunos casos no relacionados abdominalmente como neumonías.

Teniendo en mente que el abdomen es el "espejo del torax", encontramos que la patología cardiopulmonar es importante y hay que tenerla en cuenta en el momento del ingreso de un paciente ya que en este estudio se encontró que de los 53 pacientes 6 presentaron patología cardiopulmonar con abdomen doloroso.

El 73.58o/o de los pacientes fueron intervenidos, siendo la Fiebre Tifoidea la enfermedad que más intervenciones acusó.

Las complicaciones encontradas fueron múltiples y en su mayor parte debidas a que la mayoría de pacientes presentaron perforación de viscera hueca y a pesar, de las combinaciones de

antibióticos empleadas, la infección de herida operatoria, septicemia, peritonitis, síndrome de coagulación intravascular (SCI), fueron presentadas en el 39.62o/o de los pacientes. De esto se deduce que, el paciente además de presentar un proceso infeccioso activo, la injuria que la intervención quirúrgica significa desencadena y predispone a la gran incidencia de mortalidad encontrada, a pesar de que dichos pacientes son puestos en condiciones óptimas y cubiertos con antibióticos antes del acto quirúrgico.

Es de hacer notar que la asociación de antibióticos usadas en estos pacientes es muy importante desde el punto de vista de cobertura, ya que por las malas condiciones con que ingresa el paciente antes del procedimiento operatorio y por ser este de emergencia, no se puede esperar hasta tener un Dx bacteriológico exacto. Esto es aceptable debido a la falta de medios de Dx de cultivo; no obstante, no se justifica que en el momento de una intervención quirúrgica y contando con estos medios de cultivo no se efectúe. En ausencia de dichos medios, serviría de mucha ayuda un simple frote de Gram, el cual sigue siendo un bastión importante para la guía terapeutica final.

El manejo post-operatorio de un paciente con abdomen doloroso, debe ir siempre de la mano con el médico internista y cirujano, ya que las complicaciones presentadas deben de ser manejadas directamente por el médico especialista.

En muchos pacientes la sintomatología desaparece rapidamente cuando se da Tx médico; esto no implica que la investigación de la causa de abdomen doloroso deba de suspenderse, por el contrario, es cuando el médico debe de emplear procedimientos Dx auxiliares como: gastroscopia, colangiocolicistograma, pielograma, etc. para efectuar un Dx definitivo que logicamente disminuiría la mortalidad.

Tener presente siempre que el tratamiento del abdomen

doloroso algunas veces no es quirúrgico, ya que en este trabajo se demostró que en algunas entidades que se presentan como tal el tratamiento fue esencialmente médico.

SUMARIO

El presente trabajo se llevó a cabo en el departamento de medicina interna y cirugía, sección de UTIA del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Se efectuó un estudio de pacientes con abdomen doloroso manejado por ambos departamentos en el período comprendido del lero. de Enero a el 31 de Diciembre del año de 1978, encontrándose 53 casos de abdomen doloroso de los cuales se comparó la Impresión Clínica de ingreso con el Diagnóstico final no importando si fueron o no intervenidos quirúrgicamente.

El Diagnóstico se confirmó clínicamente con ayuda secundaria de laboratorios y confirmado por métodos radiológicos y en algunos casos por necropsia.

De cada uno de los casos se estudió: datos generales, historia clínica, antecedentes, examen físico, impresión clínica de ingreso, pruebas de laboratorio, tratamiento y Diagnóstico final.

De este trabajo se extrajeron las conclusiones que se citarán a continuación.

CONCLUSIONES

La segunda década de la vida fue la que mayor porcentaje de consultas obtuvo (35.85o/o); siendo el sexo masculino el predominante en 66.04o/o.

El tiempo de evolución del dolor en la mayoría de los pacientes (62.26o/o) fue menor de 3 días; las características de este fueron investigadas en el 83.02o/o de los pacientes, siendo la característica más investigada la "topografía" (73.58o/o).

Una minoría de pacientes (39.62o/o) presentó alguna clase de antecedentes (médicos, quirúrgicos o traumáticos); siendo los antecedentes médicos los que mayor porcentaje (71.42o/o) obtuvieron y dentro de estos el alcoholismo fue el más referido.

De la sintomatología gastrointestinal la más encontrada fueron los vómitos (73.46o/o); sin embargo, el 98.07o/o de los pacientes no tienen una descripción detallada de el ritmo horario y características químicas del vómito.

El signo abdominal más frecuente fue dolor a la palpación (78.84o/o), no obstante, no todos los pacientes que consultan por dolor abdominal, su problema es abdominal.

La impresión clínica más frecuente al igual que el diagnóstico final más frecuente fue el de fiebre tifoidea (16.43o/o y 22.95o/o respectivamente).

Las radiografías de tórax y abdomen fueron rutinarias en la mayoría de los pacientes (100o/o y 98.07o/o respectivamente). Casi la mitad de los pacientes (50.94o/o) presentaron Rx de torax anormal, en comparación con el 88.24o/o de los pacientes que presentaron Rx de abdomen

anormal.

- 8 - El EKG no fue de rutina en estos pacientes.
- 9 - En el 73.58o/o de los pacientes el tratamiento fue Médico-Quirúrgico, siendo los antibióticos más usados: penicilina, cloranfenicol y gentamicina.
- 10 - Una minoría de pacientes (39.62o/o) presentó complicaciones, siendo la Infección de la herida operatoria la más frecuente (38.10o/o). La fiebre tifoidea fue la enfermedad que más complicaciones presentó (42.85o/o).
- 11 - La mayoría de los pacientes tuvieron buena evolución (66.03o/o).
- 12 - El tiempo de hospitalización en la mayoría de los pacientes fue menor de 10 días (37.73o/o).
- 13 - La impresión clínica de ingreso fue errática en un porcentaje relativamente alto (37.7o/o).

RECOMENDACIONES


- 1 - Para los pacientes que consultan por dolor abdominal crear un protocolo donde se anoten las características del dolor al igual que la sintomatología o, en su defecto, insistir en los médicos que confeccionan las historias con el fin de que estas sean bien elaboradas.
- 2 - Enfatizar en que el manejo de un paciente con abdomen doloroso debe de hacerse siempre en conjunto con el médico internista y cirujano.
- 3 - Tener en mente que la patología cardiopulmonar puede manifestarse con cuadro de abdomen doloroso.
- 4 - Con las limitaciones que el Hospital cuenta, continuar con la misma guía diagnóstica en esta clase de pacientes, mejorándola cuando los medios lo permitan.

B I B L I O G R A F I A

- 1 - Barcelona. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat Editores, S.A. Barcelona. 11a. Edición. 913-922. 1974.
- 2 - Cabrera Valverde, Julio Rafael. Fiebre Tifoidea. Estudio clínico y diagnóstico. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Septiembre 1970. 28 pp.
- 3 - Farreras Valentí, P.; Rozman, Ciril. Medicina Interna. Editorial Marin S.A. Barcelona. 1-318. 1978.
- 4 - Judge, Richard D. y Zuidema, George D. Diagnóstico físico: enfoque fisiológico para el examen clínico. Editorial El Ateneo Buenos Aires. 2a. Edición. 248-262. 1973.
- 5 - Madrid. Instituto Nacional de Previsión. 27 lecciones y 5 mesas redondas de patología digestiva. Editada por Gráficas Orion. Madrid. 1975.
- 6 - Sabiston Jr., David C. Tratado de Patología Quirúrgica. Interamericana. 10a. Edición. Tomo II. 747-767, 813-821, 832-841, 877-891, 903-905. 1974.
- 7 - Sánchez Bennett, Guillermo Humberto. Absceso hepático amibiano, revisión y análisis de los pacientes hospitalizados en el Depto. de Medicina del Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Mayo 1973. 37 pp.
- 8 - Schaposnik, F. Clínicas Médica. Editorial Troquel S.A. Buenos Aires. 4ta. Edición. 1031-1039. 1966.
- 9 - Solomón Garb, M.D. Laboratory test. Springer Publishing

Company, Inc. 5ta. Edición. 1971.

- 10 - Surós J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, S.A. Barcelona. Reimpresión 5ta. Edición Revisada. 367-570, 596. 1975.
- 11 - Tribuna Médica. Pancreatitis recurrente. 2o. número de julio 1974. No. 167 - Tomo XVI - No. 2. B3-B5.
- 12 - Tribuna Médica. Abdomen Agudo. 1er. número de Agosto 1974. No. 168 - Tomo XVI - No. 3. 18-26.
- 13 - Tribuna Médica. Invaginación Intestinal. 1ero. de Febrero 1977 No. 226 - Tomo XXI - No. 2. 1 - 5.
- 14 - Tribuna Médica. Coleliatosis. 2o. número de Abril 1977. No. 231 - Tomo XXI - No. 8. 12-16.
- 15 - Tribuna Médica. Abscesos intraabdominales. 2o. número de junio 1977. No. 235 - Tomo XXV - No. 12. 12 - 16.
- 16 - Tribuna Médica. Úlcera Gástrica. 1er. número de Septiembre 1977. No. 240 - Tomo XXII - No. 5. 11-17.


Dr. Miguel Antonio Rotto Rosales


Asesor

Dr. Ernesto Ponce


Revisor

Dr. Julio Díaz Cáceres


Director de Fase III

Dr. Julio de Leon Méndez


Secretario General

Dr. Raul A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo