

**“MATERIA”: ENFERMERIA MEDICO
QUIRURGICA II**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
RUIZ GUILLEN MAHONRRY DE JESUS**

PRESENTA: ENSAYO

ALUMNO: GARCIA GOMEZ JHENIFER

CUATRIMESTRE: 6_” B”

LICENCIATURA: ENFERMERIA

Dolor abdominal y abdomen agudo

En el presente tema vamos a ver la diferenciación, tratamiento y cuidados entre el concepto de un cuadro de dolor abdominal y el de abdomen agudo ya que el dolor abdominal es un síntoma inespecífico de muchos procesos que pueden estar originado por causas intraabdominales, extraabdominales y por enfermedades sistémicas, mientras que el abdomen agudo es un síndrome que se caracteriza por dolor abdominal de comienzo brusco con una importante repercusión del estado general de paciente/cliente.

Como profesionales enfermeros en muchas ocasiones tendrán que hacer la primera valoración y decidir ante una consulta por "dolor abdominal agudo". La consideración principal sería. ¿el paciente está grave?, ¿tiene o tendrá compromiso funcional o vital?, ¿qué debo hacer para llegar a una valoración, conclusión y cuidados acertados? La experiencia del día a día en las urgencias en un contacto cercano con nuestros enfermos nos hará seguir una sistemática para averiguar lo que está detrás de lo que se antoja como falsamente evidente para llegar a unos cuidados adecuados a las necesidades de nuestros pacientes.

El dolor abdominal es frecuente motivo de consulta constituyendo un 10% en el ámbito hospitalario y subiendo hasta un 15% en atención primaria aunque en muchas ocasiones es de causa banal. (tabla2) el dolor abdominal lo podemos definir como un síntoma inespecífico de muchos procesos, tanto intra como extraabdominales. El dolor puede ser:

Constante: continuo en el tiempo y intensidad constante(no varia).

Intermitente: presenta intervalos temporales sin dolor.

Cólico: con variaciones en intensidad y con cierto ritmo temporal. Es el síntoma más habitual en la clínica de enfermedades del aparato digestivo, sus causas son diversas, entre ellas nombraremos: ♦ mecánicas

Infecciosas vasculares las causas desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico, de tipo inflamatorio y de tipo isquémico.

Mecánicos: son la tracción, la distensión y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas, el peritoneo y la cápsula de las vísceras macizas; es importante que se produzca de modo brusco pues una instauración progresiva puede no ocasionar dolor.

Inflamatorio: la liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico como infeccioso es un poderoso estímulo doloroso. Isquémicos: el cese de riego sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia o trombosis o secundario por torsión de su pedículo vascular, provoca dolor debido a la irritación que provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares. Hay que tener en cuenta también la diferente sensibilidad de las estructuras intraabdominales, así por ejemplo la mucosa de casi todo el tubo digestivo no aprecia sensación dolorosa, las vísceras huecas son más sensibles al aumento de presión, el peritoneo visceral es prácticamente indoloro y que existen unas

zonas denominadas "áreas silenciosas" (cámara gástrica y ciego) que no provocan dolor hasta que no se produce irritación peritoneal u obstrucción.

Existen tres tipos de dolor

Abdominal: dolor visceral está originado en los órganos abdominales. Es de carácter sordo y mal localizado. En ocasiones aparece como una sensación de plenitud abdominal. También puede ser de tipo cólico (como un retortijón), acompañándose de náuseas, vómitos, palidez y sudoración. Dolor parietal está originado en estructuras de la pared abdominal. Se agrava con los movimientos y aumenta con la palpación. Dolor referido se percibe en regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación y se produce por que esta zona de estimulación comparte segmento neuronal sensorial con el área dolorosa. Por ejemplo, se puede tener dolor en el hombro derecho y padecer una colecistitis o un cólico biliar, o tener dolor entre ambas escápulas y estar sufriendo la disección de un aneurisma de aorta torácica, o tener dolor en la boca del estómago y acabar teniendo a las pocas horas un proceso de apendicitis localizando el dolor en la fosa ilíaca derecha.

APENDICITIS

El apéndice es una parte del intestino grueso (colon) y es una bolsa intestinal estrecha, en forma de dedo, **de unos 5-6 cm de largo**, que se proyecta desde el fondo del ciego, que es la parte del principio del colon. Se encuentra situado cerca del punto donde se unen el intestino delgado y el colon y, en ocasiones, puede llegar a infectarse.

La apendicitis es la inflamación del apéndice. **La apendicitis aguda** "es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente y supone **alrededor del 60% de los cuadros de abdomen agudo quirúrgico**",

Causas

El apéndice produce constantemente mucosidad que se mezcla con las heces. El problema que se plantea es que es el único órgano del tracto intestinal que no tiene salida, por lo que cualquier obstrucción en el drenaje de la mucosidad hace que ésta se acumule y, por tanto, se produzca una dilatación en el apéndice.

A medida que se va ampliando el tamaño del apéndice, se va produciendo la compresión de los vasos sanguíneos y la necrosis de sus paredes. Este proceso puede evolucionar hasta que se produce la rotura del apéndice.

Las causas de esta obstrucción pueden ser:

- Aumento de los tejidos linfáticos por **infección viral o bacteriana**.
- Obstrucción por otras circunstancias más complejas: **tumores o lombrices intestinales**.

Síntomas

Los síntomas de esta enfermedad pueden ser muy variados aunque difíciles de detectar en niños pequeños o mujeres en edad fértil.

El primer síntoma y más notable es el **dolor abdominal**. Este dolor comienza siendo vago para pasar progresivamente a agudo y grave. Normalmente, a medida que va aumentando la inflamación del apéndice, el dolor tiende a desplazarse hacia la parte inferior derecha del abdomen a un lugar concreto del apéndice denominado punto de McBurney.

Este dolor abdominal tiende a empeorar al realizar actividades como caminar o toser por lo que el paciente deberá intentar estar en reposo para evitar así los repentinos brotes de dolor.

En cuanto a los síntomas tardíos, estos pueden ser:

- Escalofríos.
- Vómitos.
- Temblores.
- **Estreñimiento o diarrea**.
- Náuseas.
- Falta de apetito.
- Fiebre.

Colecistitis

Es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios notorios a nivel microscópico y macroscópico que evolucionan desde una simple congestión, pasan por una fase de supuración, otra de gangrenación y otra de perforación. Resulta todo una consecuencia de la respuesta inflamatoria que se genera. Y esta comienza con el infiltrado celular, la extravasación de líquido y la consecuencia fisiológica que puede ser curación espontánea o formación de absceso y aparición de complicaciones como sepsis, perforación, formación de un plastrón (raro) y fístula. La colecistitis se debe en la gran mayoría de los casos (95%) a la presencia de cálculos en el interior del órgano, que terminan ocluyendo el conducto cístico, que desemboca en el colédoco.

La vesícula biliar es un reservorio o bolsa que se localiza en el lado derecho de la región hepática. Se constituye por 4 regiones conocidas como cuerpo, fondo, cabeza y cuello. Tiene un tamaño aproximado de 10 x 5 x 4 cm. Desemboca en el conducto cístico (que al unirse con el conducto hepático da lugar al colédoco), que mide entre 2-5 cm, con un diámetro aproximado de 5 mm. La vesícula biliar, con forma de pera, puede contener hasta 50 ml de bilis. El peritoneo rodea completamente el fondo de la vesícula biliar y une su cuerpo y su cuello al hígado. La cara hepática de la vesícula biliar se une al hígado mediante tejido conectivo de la cápsula fibrosa del hígado.

La colecistitis aguda puede ser litiásica, cuando se genera por la impactación de un cálculo en algún sitio del sistema de drenaje de bilis y alitiásica cuando la anatomopatología no exhibe cálculo. Esta es más compleja de explicar, de entender y de diagnosticar, ya que sus causas obedecen fundamentalmente a virus como es el caso del virus de Epstein-Barr, la familia Herpesviridae, o a bacterias como el género *Salmonella*, entre otras.

La colecistitis crónica obedece en su gran mayoría a la presencia de un cálculo incapaz por su tamaño de impactar contra el conducto. Se abre paso a la horadación constante de la mucosa, con la consecuencia siempre clásica, de lo que sucede cuando un tejido es sometido a un daño cronificado: a saber la patología neoplásica.

COLELITIASIS

En [medicina](#), la **colecistitis**, comúnmente conocida como "piedras en la vesícula" **cálculos biliares** o **litiasis biliar**, se refiere a la formación de [cálculos](#) en la [vías biliares](#), sobre todo en la [vesícula biliar](#). Son acreencias de materias sólidas que pueden ser tan pequeñas como granos de arenilla o, en ocasiones excepcionales, tan grandes que ocupan toda la vesícula. La mayor parte, sin embargo, suelen ser de tamaño intermedio, es decir, de 20 mm o menos. La mayor parte de estos cristales —cerca de un 80%— están constituidos por cristales de [colesterol](#), el resto son cristales pigmentados de color negro

La **arenilla biliar** suele ser precursora. Está formada por bilirrubinato de calcio (un polímero de la bilirrubina), microcristales de colesterol y mucina. La arenilla biliar se desarrolla durante la estasis vesicular, como en el embarazo o en pacientes que reciben nutrición parenteral total. La mayor parte de los pacientes con arenilla biliar no presentan síntomas y ésta desaparece cuando el trastorno primario se resuelve. En forma alternativa, la arenilla puede evolucionar hacia la formación de cálculos o migrar a las vías biliares, con obstrucción de los conductos y producción de cólicos biliares, [colangitis](#) o [pancreatitis](#).

Generalidades sobre a los cálculos biliares

Los **cálculos de colesterol** son responsables de > 85% de los cálculos en el mundo occidental. Para que se formen cálculos de colesterol, se requieren los siguientes elementos:

- La bilis debe estar sobresaturada con colesterol. En condiciones normales, el colesterol no hidrosoluble se convierte en hidrosoluble al combinarse con sales biliares y lecitina y formar micelas mixtas. La sobresaturación de la bilis con colesterol se debe con mayor frecuencia a una secreción excesiva de colesterol (como en pacientes [obesos](#) o [diabéticos](#)) pero también puede ser secundaria a una reducción de la secreción de sales biliares (p. ej., en la [fibrosis quística](#) como resultado de la malabsorción de sales biliares) o de la secreción de lecitina (p. ej., en un trastorno genético infrecuente que ocasiona una forma de colestasis intrahepática progresiva familiar).
- El exceso de colesterol debe precipitar en la solución en forma de microcristales sólidos. Esta precipitación en la vesícula biliar se acelera en presencia de mucina, que es una glucoproteína, o de otras proteínas presentes en la bilis.
- Los microcristales deben agregarse y crecer. Este proceso se facilita gracias al efecto fijador de la mucina, que forma una estructura básica, y a la retención de los microcristales en la vesícula biliar, que compromete la contractilidad como consecuencia del exceso de colesterol en la bilis.

Los **cálculos de pigmento negro** son cálculos pequeños y duros formados por bilirrubinato de calcio (Ca) y sales de Ca inorgánicas (p. ej., carbonato de Ca, fosfato de Ca). Los factores que aceleran el desarrollo de los cálculos son la [hepatopatía alcohólica](#), la hemólisis crónica y la edad avanzada.

Los **cálculos de pigmentos marrones** son blandos y ricos en grasas y están formados por bilirrubinato y ácidos grasos (palmitato o estereato de Ca). Estos cálculos se forman durante las infecciones, la inflamación y la infestación por parásitos (p. ej., trematodos hepáticos en Asia).

Los cálculos biliares crecen a una velocidad de entre 1 y 2 mm/año y tardan entre 5 y 20 años para alcanzar un tamaño suficiente que pueda ocasionar problemas. La mayoría de los cálculos se forman dentro de la vesícula biliar, pero los de pigmentos marrones se moldean en los conductos. Los cálculos biliares pueden migrar hacia el conducto biliar después de la colecistectomía o, sobre todo los cálculos de pigmento marrón, pueden desarrollarse detrás de estenosis como consecuencia de la estasis y de la infección.}

Signos y síntomas

Alrededor del 80% de las personas con cálculos biliares son asintomáticas. Las demás personas con cálculos presentan síntomas que abarcan desde un tipo característico de dolor (cólico biliar) hasta colecistitis y colangitis capaz de amenazar la vida del paciente. El cólico biliar es el síntoma más frecuente.

En ocasiones, los cálculos atraviesan el conducto cístico sin causar síntomas. No obstante, la migración de la mayoría de los cálculos produce obstrucción del conducto cístico que, aunque sea transitoria, desencadena un cólico biliar. El cólico biliar comienza en forma típica en el cuadrante superior derecho del abdomen, pero puede localizarse en cualquier sitio del abdomen. Con frecuencia, puede circunscribirse con dificultad, en particular en los pacientes diabéticos y en los adultos mayores. El dolor podría irradiar a la espalda o el brazo.

Los episodios se establecen en forma súbita, se intensifican entre 15 minutos y 1 hora después del comienzo, mantienen una intensidad estable (sin cólicos) durante hasta 12 horas (en general, < 6 horas); luego desaparecen de manera gradual durante 30 a 90 minutos y dejan un dolor sordo. El dolor suele ser suficientemente intenso como para que los pacientes concurren al departamento de emergencias para su alivio. También pueden experimentarse náuseas y vómitos en forma frecuente, pero sin fiebre ni escalofríos salvo que se desarrolle colecistitis. Podría detectarse hipersensibilidad leve a la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen o el epigastrio, pero sin signos peritoneales. Entre los episodios, los pacientes se sienten bien.

Aunque el cólico biliar puede comenzar tras una comida pesada, los alimentos ricos en grasas no se consideran un factor desencadenante específico. Los síntomas gastrointestinales inespecíficos, como la distensión abdominal y las náuseas, se atribuyeron en forma errónea a la enfermedad vesicular. Estos síntomas son frecuentes

y su prevalencia es similar en la colelitiasis, la úlceras péptica y los trastornos gastrointestinales funcionales.

Perlas y errores

Los alimentos grasos no son causas específicas de cólico biliar, y los gases, la hinchazón y las náuseas no son síntomas específicos de la enfermedad de la vesícula biliar.

Existe escasa correlación entre la gravedad y la frecuencia de los cólicos biliares y los cambios anatomopatológicos en la vesícula biliar. Los cólicos biliares pueden desarrollarse sin colecistitis. Si el cólico dura > 12 horas, en particular si se asocia con vómitos o fiebre, es probable que el paciente presente colecistitis o pancreatitis.

Ecografía

La litiasis vesicular se sospecha en pacientes con cólicos biliares. La ecografía abdominal es la prueba de diagnóstico por imágenes de elección para detectar los cálculos biliares, con una sensibilidad y una especificidad del 95%. La ecografía también muestra con exactitud la arenilla biliar. La tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la colecistografía oral (que rara vez se indica en la actualidad, aunque es bastante precisa) pueden considerarse procedimientos alternativos. La ecografía por vía endoscópica detecta con gran sensibilidad los cálculos pequeños (< 3 mm) y podría ser necesaria si los resultados de las demás pruebas son controversiales.

Las pruebas de laboratorio no suelen ser útiles y, en forma típica, son normales excepto cuando se desarrollan complicaciones.

Los cálculos biliares asintomáticos y la arenilla biliar suelen identificarse en forma incidental en estudios de diagnóstico por la imagen, en general ecografía, indicada para otras causas. Entre el 10 y el 15% de los cálculos está calcificado y es visible en las radiografías simples.

Pronóstico

Los pacientes con cálculos biliares asintomáticos desarrollan síntomas a una velocidad de alrededor del 2% por año. El síntoma más común es el cólico biliar, más que las complicaciones biliares mayores. Una vez establecidos los síntomas biliares, es probable que recidiven, y entre el 20 y el 40% de los pacientes vuelve a experimentar dolor en un año, con 1 a 2% de complicaciones por año, como por ejemplo colecistitis, coledocolitiasis, colangitis y pancreatitis litiasica.

TRATAMIENTO

- Para los cálculos sintomáticos: colecistectomía laparoscópica o a veces disolución de los cálculos utilizando ácido ursodesoxicólico
- Para los cálculos asintomáticos: Conducta expectante

La mayoría de los pacientes asintomáticos deciden que las molestias, los costos y los riesgos de la cirugía electiva no justifican la extirpación de un órgano que nunca causará una enfermedad con manifestaciones clínicas. No obstante, si surgen síntomas, debe indicarse la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía), porque es probable que el dolor vuelva a aparecer y que se desarrollen complicaciones graves.