



URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS



ASESOR ACADÉMICO:

DR LUIS MANUEL CORREA BAUTISTA

PRESENTA:

LORENA GONZALEZ ZACARIAS

ENSAYO

PASIÓN POR EDUCAR

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Las funciones del aparato digestivo están la propulsión de los alimentos y la materia fecal a lo largo del tubo digestivo y su expulsión a través del ano.

Estreñimiento: Es la valoración en urgencias de un paciente que refiere enlentecimiento del tránsito intestinal debe estar dirigida a detectar signos de alarma que sugieran un cuadro orgánico que pueda originar patología urgente tumoral y a diferenciarlo del estreñimiento primario o idiopático.

Se utiliza escala de forma de deposiciones de Bristol, aparición de productos patológicos en las heces, alternancia de estreñimiento y diarrea, presencia de otros síntomas, como dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos, historia previa de estreñimiento, medicación habitual y los cambios recientes en la misma, antecedentes de cirugías previas, enfermedades sistémicas, antecedentes familiares de neoplasia digestiva o enfermedad inflamatoria intestinal, así como presencia o no de síndrome constitucional (anorexia, astenia y pérdida de peso).

Escala de heces de Bristol son siete.

Tipo 1 Trazos duros separados, que pasan con dificultad. / Importante.

Tipo 2 Como una salchicha compuesta d fragmentos. /Ligero.

Tipo 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie. /Normal.

Tipo 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. /Normal.

Tipo 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos. /Falta de fibra.

Tipo 6 Fragmento pastoso con bordes irregulares. /Ligera diarrea.

Tipo 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. / Diarrea importante.



ETIOPATOGENIA Y CLASIFICACIÓN

Factores de riesgo para el estreñimiento:

Sexo femenino

Envejecimiento (no es una consecuencia fisiológica del envejecimiento normal)

Inactividad

Baja ingesta calórica. Baja ingesta de líquidos y baja ingesta de fibra en la dieta

Estrés y cambios de horarios

Bajos ingresos y bajo nivel educativo

Cantidad de medicación (independientemente de los efectos adversos)

Puede clasificarse en tres tipos según el mecanismo subyacente:

Estreñimiento con tránsito normal

Estreñimiento con tránsito lento

Estreñimiento con disfunción anorrectal

EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO

El examen físico debe centrarse en la búsqueda de signos que sugieran la existencia de alguna enfermedad sistémica de base, en la inspección y palpación del abdomen (presencia de cicatrices de cirugías previas o detección de masas abdominales) y en una adecuada exploración anal y perianal (tacto rectal).

TRATAMIENTO.

El manejo inicial incluye medidas generales como la educación del paciente en hábitos dietéticos, incrementando la cantidad de líquidos y añadiendo suplementos de fibra o agentes incrementadores del volumen y laxantes osmóticos.

COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO.

Son frecuentes en los pacientes ancianos con movilidad reducida y con alteración de la percepción sensorial; en estos casos hay que intentar la desimpactación manual seguida de un enema con aceite mineral y después utilizar laxantes osmóticos para conseguir una deposición cada 48 h.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:

La obstrucción intestinal es un diagnóstico diferencial que hay que considerar en pacientes que acuden a Urgencias con dolor abdominal. Se define como una dificultad total o parcial del paso del contenido a través del tubo digestivo que puede asociar o no daño vascular y que puede deberse a una causa mecánica (íleo mecánico) o a un trastorno en la motilidad del intestino (íleo paralítico).

La pseudoobstrucción intestinal o síndrome de Ogilvie es una enfermedad crónica caracterizada por síntomas de obstrucción intestinal recidivante sin datos radiológicos de obstrucción mecánica que se produce por una obstrucción de colon derecho y ciego en ausencia de causa obstructiva que en un 95 % de los casos se relaciona con patología subyacente (enfermedades neurológicas, alteraciones metabólicas y endocrinas, como la diabetes mellitus, tratamiento con opioides, traumatismos, infecciones y patología cardíaca o abdominal).

DIAGNÓSTICO.

El dolor abdominal será el principal motivo de consulta; puede tener un inicio insidioso, será de carácter cólico al principio del cuadro y se hará continuo e intenso según progresa la enfermedad. Su localización dependerá de la porción de intestino que se encuentre afectada por la obstrucción; así, en las obstrucciones altas, el paciente referirá dolor difuso o de localización epigástrica y/o periumbilical, mientras que en las obstrucciones del colon el dolor estará localizado en la parte baja del abdomen.

El tacto rectal debe hacerse siempre en todo paciente con sospecha de obstrucción intestinal en busca de masas tumorales o impactación fecal. Ante la sospecha de una obstrucción intestinal a su llegada a Urgencias se pedirá una analítica completa con hemograma, bioquímica general con glucosa, amilasa, sodio, potasio y función renal, pruebas de coagulación y gases venosos.

TRATAMIENTO

La obstrucción intestinal aguda es una urgencia, y más si se acompaña de isquemia intestinal. El objetivo fundamental del tratamiento es conseguir una adecuada reposición hidroelectrolítica y un alivio precoz de la obstrucción y por tanto la relajación intestinal. En las obstrucciones con isquemia y en las evolucionadas o si hay signos de sepsis se deben administrar antibióticos de amplio espectro. En los casos de vólvulo sigmoideo sin datos de isquemia se debe intentar la desvolvulación con colonoscopia; en cambio el vólvulo cecal es indicación de cirugía urgente. El síndrome de Ogilvie

tiene un tratamiento inicialmente conservador, pudiendo necesitarse descompresión mediante colonoscopia.

La hemorragia digestiva aguda.

Es la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo que se presenta de forma aguda. Se puede manifestar clínicamente como:

Hematemesis: Vómito de sangre roja, parcialmente digerida o “en posos de café”.

Melenas: Heces negras, pastosas y malolientes, como la “pez” o el “alquitrán”.

Hematoquecia: Sangre oscura y coágulos mezclados con las heces.

Rectorragia: Sangre roja o coágulos frescos mezclados con las heces.

Síntomas y signos secundarios a pérdida de sangre previos a objetivarse la hemorragia: mareo, síncope, disnea o angina.

La presencia de sangre roja o “agua de lavar carne” que no se aclara tras varios lavados indica sangrado activo; el lavado “en posos de café” indica un sangrado alto reciente pero no activo; el lavado bilioso excluye prácticamente el sangrado alto activo y un lavado gástrico limpio no excluye el origen alto de la hemorragia digestiva porque la sonda puede estar mal colocada o puede haber edema alrededor de una úlcera.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PORTAL: ETIOLOGÍA

Varices esofágicas.

Varices gástricas.

Gastropatía portal hipertensiva.

DIAGNÓSTICO

Antecedentes: hepatopatía, varices esofagogástricas conocidas, etilismo crónico.
Exploración física: estigmas de hepatopatía crónica e HTP: arañas vasculares, circulación colateral, ginecomastia, pérdida del vello corporal, ictericia, ascitis, hepatoesplenomegalia, flapping

Características de la hemorragia: vómitos de sangre roja “en escopetazo”, abundantes, frecuentemente con inestabilidad hemodinámica asociada.

Endoscopia precoz durante las primeras 12 h.

DESTINO DEL PACIENTE

El paciente debe permanecer en unidades de estabilización durante el proceso diagnóstico y la estabilización hemodinámica y, según el diagnóstico etiológico y la posibilidad terapéutica que se haya tenido, será dado de alta tras comprobación de buena tolerancia oral y confirmación de la resolución del cuadro. Ingresará en hospital o UCI si la inestabilidad es de difícil manejo.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA:

ETIOLOGÍA

Fisura anal.

Sangrado hemorroidal.

Divertículos intestinales (más frecuente en ancianos).

Lesiones vasculares (más frecuente en ancianos).

Tumores (más frecuente en ancianos)

Enfermedad inflamatoria intestinal (más frecuente en jóvenes).

Colitis infecciosas (más frecuente en jóvenes).

DIAGNÓSTICO:

Antecedentes Edad, presencia de coagulopatía, enfermedad o factores de riesgo cardiovascular, uso de AINE, antiagregantes o anticoagulantes, radioterapia pélvica, endoscopia, polipectomía o cirugía previa, cambios del ritmo intestinal reciente, síntomas anales.

Características de la hemorragia

Sangre de color rojo vivo, que recubre las heces o aparece tras la defecación de heces de aspecto normal, al final de la deposición, como goteo o como mancha en el papel higiénico al limpiarse: sugiere origen anorrectal.

Sangre de color rojo oscuro o granate, mezclada con las heces o como único componente de la defecación: indica origen no hemorroidal.

Heces negras, alquitranadas (melenas): sugieren HDA, pero pueden ser la forma de presentación de una hemorragia originada en intestino delgado o colon derecho.

Pruebas complementarias

Pacientes con rectorragia leve autolimitada, sin inestabilidad hemodinámica ni anemia, con enfermedad anal evidente, sin restos hemáticos en el tacto rectal: colonoscopia diferida.

Pacientes con HDB no grave: considerar colonoscopia urgente, previa preparación, preferentemente dentro de las primeras 24-48 h.

Pacientes con HDB grave: si hay inestabilidad hemodinámica, se recomienda una endoscopia alta. Si es normal, o no es posible, la angiotomografía computarizada con contraste es la exploración de elección. Posteriormente, y previa estabilización, se hará una colonoscopia urgente, previo inicio de solución evacuante.

HEPATITIS AGUDA:

La hepatitis aguda es la inflamación o necrosis hepatocelular, de menos de 6 meses de duración, sobre un hígado previamente sano o con una hepatopatía compensada. Se caracteriza por una elevación de niveles de transaminasas en la sangre (transaminasa glutámico oxalacética [GOT]-aspartato aminotransferasa [AST]; transaminasa glutámico pirúvica [GPT]-alanina aminotransferasa [ALT]) más de 10 veces por encima del límite de la normalidad (LN) (indicativo de daño celular, no de alteración de la funcionalidad hepática).

COLICO BILIAR:

La litiasis biliar es una de las patologías digestivas más frecuentes, con una elevada morbimortalidad. Los factores de riesgo que contribuyen a padecer esta patología son: sexo femenino, edad, fármacos (anticonceptivos orales y tratamientos con estrógenos), antecedentes familiares, obesidad, cirrosis hepática, diabetes mellitus y procesos que produzcan hipomotilidad de la vía biliar, como el ayuno prolongado y la nutrición parenteral.

ESOFAGITIS

Es un grupo de trastornos que tienen en común la lesión, inflamación e irritación de la mucosa esofágica. Se pueden manifestar como disfagia, odinofagia, dolor torácico o impactación alimentaria.

Bibliografía

Dr. Luis Manuel Correa Bautista

Enfermería medico quirúrgica: sistema gastrointestinal