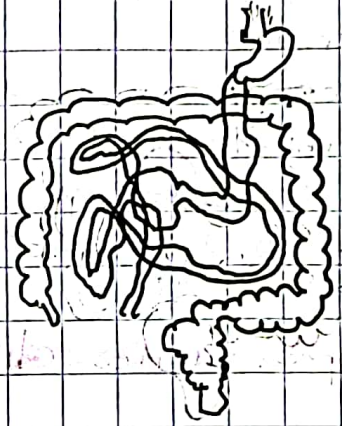


Obstrucción intestinal

Es un cuadro clínico producido por la dificultad del tránsito del contenido intestinal a través del tracto digestivo de manera completa, debido a una causa intrínseca o extrínseca al propio intestino.

Es una enfermedad frecuente de consulta al servicio de urgencias ya que representa el 1-3% de los dolores abdominales y 20% de ingreso hospitalario.



Etiología

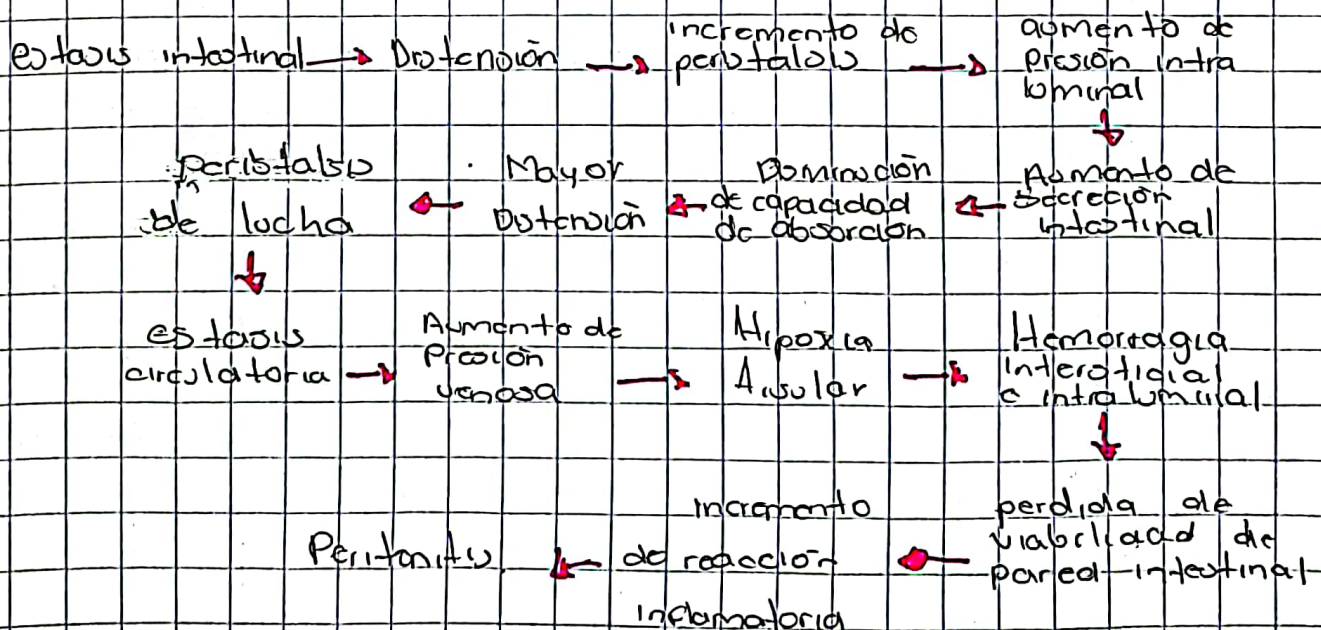
Mecánica

- ileon mecánico u obstructivo
- obstáculo que impide el paso del contenido intestinal.

Motora o funcional

- denominándose pseudoobstrucción intestinal, ileon paralítico
- alteración de la motilidad intestinal

Fisiopatología



Intususcipitudo abdominalis

Factores de riesgo

- Cirugía abdominal previa
- Hernias
- pacientes de la tercera edad
- Hábitos dietéticos deficientes en cantidad y calidad
- Colico biliar
- Sndotarismo

manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vomitos
- Ausencia de ruidoso y deposición

Clasificación

CLASIFICACIÓN

Origen	<ul style="list-style-type: none">• Mecánica• No mecánica
Inicio	<ul style="list-style-type: none">• Agudo• Crónico
Extensión	<ul style="list-style-type: none">• Parcial• Completa
Localización	<ul style="list-style-type: none">• Intestino delgado alto o bajo• Intestino grueso
Efectos sobre el intestino	<ul style="list-style-type: none">• Simple• Estrangulado• Atelectasia

Diagnostico

→ Anamnesis y exploración física

→ Clínica

→ Pruebas complementarias

- Solicitar: hemograma

- Bioquímica sanguínea

- Gaseometría venosa

- Tiempos de coagulación

- Electrolitos séricos

→ Pruebas de imagen

- Radiografía de abdomen

- TC abdominal

- colonoscopia

- Ecografía

Tratamiento

→ Medidas iniciales de urgencia

- Dieta absoluta

- Reposición hidroelectrolítica

- sonda nasogástrica

- metoclopramida

- control de diuresis

→ Antibioterapia empírica

- amoxicilina-clavulanato 2-0,2 g/6 h i.v

- piperacilina-tazobactam 4-0,5 g/8 h i.v

→ Tratamiento quirúrgico

ileon

El ileon paralítico consiste en la desaparición de los movimientos peristálticos intestinales debido a una reacción refleja del sistema nervioso autónomo o alteraciones metabólicas.

Etiología

- Embolia arterial
- Trombosis venosa
- Traumatismos y procesos inflamatorios abdominales
- Procesos retroperitoneales
- Postquirúrgico

Clinica

- Clínica del proceso de base del ileon (neumonía, cólico nefrítico, isquemia mesentérica).
- Dolor abdominal no cólico
- Sensación de distensión abdominal
- Náuseas y vómitos leves

Diagnóstico

- Fáciles no impropia de gran dolor
- Datos cutáneos que orientan etiología
- Inspección: (distensión abdominal franca)
- Palpación (Dolor difuso sin signos de irritación)
- Percusión (timpanismo)
- Auscultación (disminución o ausencia de ruidos intestinales)
- Tacto rectal (normal)

Pruebas complementarias

- Analítico
 - Hemograma
 - Bioquímica sérica con glucemia
 - Coagulación

→ Radiografía

Proyecciones

- Abdomen simple
- Abdomen en bipedestación
- Decubito lateral izquierdo con rayo horizontal

Tratamiento

→ Tratamiento de la causa subyacente

- Tratamiento antibiótico en procesos neumónicos
- Laparotomía por peritonitis

→ Tratamiento propio de íleon

- Dieta absoluta
- Reposición hidroelectrolítica IV
- Colocar sonda nasogástrica
- Observación durante 24-48 hrs.

Íleon mecánico

Clinica

→ Dolor abdominal cólico

→ Vomitos

- Claros: obstrucción pilórica
- Bilioso: obstrucción alta de delgado
- Fecaloideos: obstrucción baja del delgado o colon

→ Ausencia de emisión de heces y gases

→ Oclusión alta (predomina vomitos)

→ Oclusión baja (predomina distensión abdominal)

Exploración Física

- Afectación por dolor
- Signos de deshidratación
- Inspección (cicatrices previas, distensión)
- Palpación (Dolor a la palpación)
- Percusión (Timpanismo)
- Auscultado (antes de los 24-48 hrs, aumento de los ruidos hidroaéreo)
- Tacto rectal normal
- Localización (hernia inguinal proximal al ligamento inguinal)

Análisis y Radiología

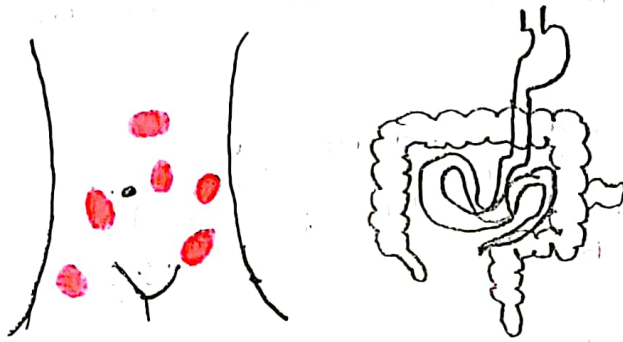
- Hallazgos radiológicos en la obstrucción de intestino delgado
 - Dilatación de asas de intestino delgado
 - Núcleos hidroaéreos en configuración de escaleras
 - Falta o disminución de gas de colon y en ampolla

Tratamiento

- Interconsulta a cirugía
- Actitud en urgencias
 - Dieta absoluta
 - Reposición hidroelectrolítica
 - Colocación de sonda nasogástrica

hernias abdominales

Las hernias de pared son protuberancias del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales primarios (congenitos o adquiridos) o secundarios a cirugías previas (eventraciones), este contenido se acompaña de una envoltura peritoneal o saco herniario, se presenta típicamente como tumores dolorosos de localización variable.



etiología

- Congenitas
- Adquiridas

- Recidivantes
- Traumático

- Estreñimiento
- ...

clasificación

clasificación por Localización:

→ Hernias inguinales

Protruyen por el orificio inguinal profundo y se presentan como una tumoración de tamaño variable en la ingle, que en varones puede descender hacia el escroto.

→ Hernias crurales o femorales

menos frecuente que las anteriores y más prevalentes en mujeres que en hombres, protruyen por el anillo crural medialmente a los vasos femorales.

→ Hernias Umbilicales

son especialmente frecuentes en obesos, pacientes con ascitis y embarazadas

→ Hernias epigástricas
El anillo herniario está en algún punto de la línea alba entre la cicatriz umbilical y el relieve xifóideo.

→ Hernias de Spiegel
Son infrecuentes y difíciles de explorar ya que protruyen entre dos planos musculares laterales al borde externo de recto anterior del abdomen.

→ Evencraciones
son defectos de la pared secundaria a cirugía previa, su localización es en la línea media, paracostomal, subcostal, pararicetal en el punto de McBurney.

Clasificación según el nivel de compromiso

→ Hernias reductibles
Son tumoraciones de consistencia blanda que se reintroducen en la cavidad abdominal con el simple decubito o con maniobras sencillas de compresión manual.

→ Hernias encarceradas
Son tumoraciones duras cuyo contenido no se reduce con facilidad.

→ Hernias estranguladas
son hernias encarceradas que presentan compromiso vascular de la viscera alojada en la hernia o en ocasiones del saco herniario únicamente.

Manifestaciones clínicas

- Dolor agudo
- Náuseas
- Vómitos
- distensión abdominal
- Obstrucción intestinal

Diagnóstico

- Clínico
- pruebas analíticas
- Ecografía de la pared abdominal
- TC

Tratamiento

- Reducción manual
- Cirugía.

Trombosis mesentericas

Se define como un estado inadecuado de perfusion tisular que se origina por una interrupcion subita del aporte sanguineo en la circulacion mesenterica

La mucosa intestinal tiene un alto metabolismo y por ello un alto requerimiento de flujo sanguineo lo que lo vuelve muy sensible a una hipoperfucion

etiologia

- Embolia de arteria mesenterica superior
- Trombosis de arteria mesenterica superior
- Isquemia mesenterica no oclusiva
- Trombosis venosa mesenterica

Fisiopatologia

consiste inicialmente en congestion de la pared intestinal apareciendo luego edema, hemorragias intramurales

y finalmente necrosis con presencia de infarto

hemorragico, el cual puede producir ascitis serohemorragica

Factores de riesgo

- edad avanzada
- enfermedad cardiaca
- aterosclerosis
- hipertension arterial sistematica
- Fibrilacion auricular
- Uso de digitalicos
- Tabaquismo
- Obesidad

Clinica

- Dolor abdominal intenso y aumento de peristaltismo
- íleo y leve atenuación transitoria del dolor
- Peritonismo
- Sepsis, traslocación bacteriana
- shock septico

Diagnostico

→ Analitico

- 1- Hemograma
- 2- Espectrometria

→ Pruebas de imagen

- 1- Radiografía de torax PA y lateral
- 2- Radiografía de abdomen PA
- 3- Tomografía computarizada

Tratamiento

→ Monitorización

→ Realizar ECG

→ Reposición de volumen y control hidroelectrolitico

→ Analgesia

traumatismo abdominal

Una correcta evaluación y abordaje del traumatismo abdominal y pelvico es crucial, debido a que es una de las causas mas frecuentes de mortalidad prevenible en cualquier paciente politraumatizado

Clasificación

el mecanismo de acción del traumatismo abdominal nos orienta en la identificación de potenciales lesiones

Penetrante

Cuando existe rotación de continuidad del peritoneo

- 1- Arma blanca
- 2- Arma de fuego

Cerrado

Son las mas frecuentes y se producen cuando no existen lesiones externas

evaluación

el traumatismo abdominal siempre se debe enmarcar en el contexto general del paciente politraumatizado

se aplica el algoritmo ABCD

ANAMNESIS

- conocer el estado actual del paciente (localización del dolor, distensión)
- antecedentes médicos-quirúrgicos, tratamientos habituales y alergias.

exploración física

- monitorización de signos vitales
- Inspección
- Auscultación
- Palpación, percusión
- Evaluación pelvica

Pruebas complementarias

- hemograma y coagulación
- orina
- Radiodiagnostico
 - Radiología simple
 - Tomografía computarizada
 - Eco - fast
- Lavado peritoneal