

ABDOMEN AGUDO

Apendicitis aguda, colecistitis, obstrucción intestinal, termino para encubrir diagnósticos desconocidos.

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO:

EDAD:

>50años: la patología biliar son más frecuentes 2º obstrucc por cáncer. 3º inespecíficos

<50años: 1º apendicitis q va a quirófano.

CLINICA:

- Dolor abdominal brusco.
- Alteración del transito + 0 -
- Deterioro del estado general

Es importante para: orientar el estudio del paciente y definir una situación de URGENCIA (Qx o no)!

No incluir en el termino urgencias q cursen sin dolor (hemorragias)

DIFERENCIAR: ABDOMEN AGUDO medico, quirúrgico, psiquiátricos sin tener patología.

PATOGENIA:

El tiempo es el factor mas importante. Todos los proceso etiológicos del abdomen agudo acaban afectando a la SEROSA PERITONEAL y si se rompe produce peritonitis.

Todos van a tener la misma Clínica final → idéntica ya se el órgano perforado q sea.

ETIOPATOGENIA:

1. Abd agudo de origen:
 - PERITONITICO
 - QUIMICO menos irritativo q el purulento o de una apendicitis.
 - OBSTRUCTIVO:
 - Obstrucción
 - Obstrucción mas estrangulación, hay un asa que se volvula sin irrigación y termina con perforación intestinal.
 - El sd de abd agudo viene dado por el peristaltismo de lucha , dilatación de asas y compromiso valvular.
 - VASCULAR:
 - Alteraciones isquémicas viscerales.
 - TRAUMATICO:
 - Hemorragico parietal: accidentes de coche, balonazos y peleas.
 - ORIGEN MIXTO:
 - Mas de un factor.

❖ ANAMNESIS:

- Muy importantes aspectos generamos como:
 - Sexo: en mujeres hay mas
 - Edad: en lactantes hay atresias, etc. En ancianos los tumores.
 - Afectaciones previas: intervenciones
 - Tratamientos previos: antiinflamatorios.
- ❖ SX ABDOMEN AGUDO
 - DOLOR: su valoración es obligada par el dx. NO DAR ANALGESICOS SIN DX. Importante valorarlo precozmente (al final todo es dolor peritonitico diseminado)
 - FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR:
 - DOLOR SOMATICO: por nervios segmentarios espinales, q inervan el peritoneo parietal. Ej en apéndice: Dolor preciso en fosa iliaca derecha.
 - DOLOR VISCERAL El inicio es un dolor visceral muy sordo muy mal delimitado que se transfiere a través de los nervios simpáticos y a los espinales que inervan el peritoneo parietal que llega rapidísimo al cerebro (dolor epicritico) Ej. Cuando el apéndice se inflama, si se rompe va por las fibras espinales y no sabe donde es el dolor solo dice que es en todo el abdomen. Y cuando se perfora ya es un dolor epicritico.
 - DOLOR REFERIDO:

Al principio el paciente tiene mucha sintomatología vegetativa (nauseas, vómitos, gravedad) pasa en todos los dolores.

Apéndice yeyuno:

Páncreas: dolor q se va a la espalda

Sigma descendente: diverticulitis perforada.

Estómago: patolog estomacal

DOLOR PARIETAL: TRAUMATICO puede irradiarse.

MECANISMOS DE ESTIMULO DOLOROSO:

- 1) ESTIMULO FISICO en vísceras:
 - a. Distensión, contracción de asas,...
 - b. ,...
- 2) LSSL

CUALQUIER proceso evoluciona SIEMPRE hasta un dolor peritonitico generalizado!!(paciente con dolor con fascies característica y que está quieto!!!)

El colico nefrítico es diferente le duele mucho pero se mueve!

2.- ALTERACIONES DEL TRANSITO:

- 1) VOMITOS: manifestación muy común en el abd agudo. Valorar el momento de aparición ya que nos puede dif una causa medica de una qx.
- 2) CIERRE ABDOMINAL: estreñimiento
- 3) DIARREAS

- 4) MELENAS: por tumor obstructivo, úlcera perforada.
- 5) RECTORRAGIAS:

3.- ALTERACIONES DEL ESTADO GENERAL:

- a. FIEBRE: un niño con 40º no va a ser apendicitis, será proceso gripal, porq así no empieza una apendicitis.
- b. ESCALOFRÍOS:
- c. TRASTORNOS HIDROELECTRICOS si la evolución es larga
- d. CORTEJO VEGETATIVO
- e. SHOCK que causa sepsis.

EXPLORACION FISICA: obligatorio:

- 1) EXAMEN GENERAL
- 2) EXAMEN PARTICULAR DEL ABDOMEN: inspección, palpación, percusión, auscultación y TACTO RECTAL es muy importante!!!

A.- ABDOMEN EN TABLA: duro, rígido.

B.- OBSTRUCCION INTESTINAL: abd distendido, doloroso pero blando. Esta isquémico al estar dilatado.

C.- OBSTRUCCION ESTRANGULADA.

TACTO RECTAL: puede irradiar el dolor hacia la zona afectada durante el tacto.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- A.- El criterio clínico debe marcar las indicaciones de los estudios complementarios.
- B.- OBLIGATORIOS: analítica standard, rx torax (porq puede ser infarto miocardio de cara diafragmática o de TEP) y ECG.
- C.- RX ABDOMEN: decúbito en bipedestación (distribución del gas, msa anormales liq libre)
- D.- ECOGRAFIA:
- E.- TAC
- F.- EXPLORAC INVASIVAS: punciones en los traumáticos, arteriografías y finalmente LAPAROSCOPIA.

AFECCIONES SISTEMICAS, ABDOMINALES, ETC. Es muy amplia su afección.

TTO:

- ❖ PAUTA GENERAL: Sonda nasogástrica, diuresis, vía IV, equilibrio electrolítico y ATB terapia profiláctica.
- ❖ TTO ESPECIFICOS: de cada enfermedad.
Manual de la asociación española de los cirujanos (AEC). Manual práctico de urgencias quirúrgicas del 12.