

Protocolo de manejo en Urgencias de la PATOLOGÍA COLÓNICA AGUDA en el ANCIANO

(Dra. N. Martínez)

HERNIAS ABDOMINALES EN URGENCIAS

PERFORACIÓN DE COLON

PSEUDOOBSTRUCCIÓN COLÓNICA o SÍNDROME de OGILVIE (DILATACIÓN AGUDA DEL COLON)

IMPACTACIÓN FECAL O FECALOMA

HERNIAS ABDOMINALES EN URGENCIAS

CONCEPTOS

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto u orificio, natural (congénito) o artificial (adquirido), de la pared abdominal. Toda hernia consta de:

- Un contenido protruido, que forma la hernia: **I. delgado, epiplon o colon.**
- Un saco herniario: El peritoneo parietal.

Clasificación de las hernias abdominales

SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

INGUINALES (75%): Discurren por el conducto inguinal, por encima del ligamento inguinal. Se subdividen en:

- **Indirecta u oblicuas externas:** Son las + frs. Van por fuera de los vasos epigástricos, pudiendo llegar hasta el escroto (hernia inguinoescrotal).
- **Directa u oblicuas internas:** Cuando el contenido protuye medial a los vasos epigástricos, a nivel del triángulo de Hesselbach. Son de anillo herniario amplio, se reducen fácilmente y raramente se incarcerationan o estrangulan.

HERNIA INCISIONAL O EVENTRACCIÓN: Se producen por dehiscencia de suturas o debilidad en la pared tras una cirugía abdominal. Serían las segundas en frecuencia.

CRURALES (5%): Son las más frecuentes en la mujer. Protruyen por debajo del ligamento inguinal, a través del anillo crural o femoral. Presentan una tumoración a nivel del triángulo de Scarpa. Son las hernias que más se estrangulan debido a la rigidez de su anillo herniario.

UMBILICALES (3%). Por distensión del anillo umbilical, Por ejemplo obesidad, ascitis, embarazadas.

EPIGÁSTRICAS: Por defecto de la aponeurosis de la línea alba, entre xifoides y ombligo.

ANTEROLATERALES o de SPIEGHEL: Protruyen a través de la línea de Spieghe (borde externo del músculo recto, en la inserción músculo-aponeurótica de los músculos oblicuo externo, oblicuo interno y transversos).

POR LA CLÍNICA

REDUCTIBLES: Se reintroducen con facilidad en la cavidad. Son blandas y depresibles, apareciendo con la tos, la defecación, los esfuerzos, las maniobras de Valsalva. Ocasionalmente pueden producir dolor generado por distensión.

INCARCERADAS o "con pérdida de derecho a domicilio": Está siempre exteriorizada, siendo imposible de reducir por su gran volumen. No existe compromiso vascular. Puede producir alteración del tránsito intestinal, incluso su detención.

ESTRANGULADAS: Son tumoraciones duras, irreductibles y muy dolorosas. Implica compromiso vascular del contenido herniario, con riesgo de necrosis.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

Haremos hincapié en:

- **Tiempo de evolución** desde que apareció el dolor: Es imprescindible el dx precoz, ya que pasadas 10h desde la estrangulación el pronóstico se ensombrece (peritonitis).
- **Sintomatología acompañante** local y/o general: Lo más fr es la tumoración, asintomática o con poca clínica. En caso de dolor, descartar patología quirúrgica urgente (estrangulación).

EXPLORACIÓN ABDOMINAL

- Obtener la certeza de la hernia: explorar en decúbito supino y en bipedestación, con maniobras de Valsalva.
- Comprobar si es reductible o no.
- Descartar la estrangulación herniaria, que le llevaría a la necrosis, gangrena y perforación.

Los síntomas de estrangulación herniaria son:

- **Síntomas locales** de tamaño.↑: Tumoración dura, dolorosa y Empastamiento de la piel, equímosis, flemón, incluso fistulización en estadíos avanzados.
- **Síntomas generales:** Dolor abdominal, oclusión I (vómitos, distensión abdominal), afectación del estado general e incluso shock.

TRATAMIENTO

PACIENTE EN NIVEL 1

- Acude por notar una "tumoración"
- Hacer el dx clínico
- Alta, remitiendo a MAP y cirujano de zona.

PACIENTE EN NIVEL 2

- Acude por dolor y hernia no reductible.
- Poner al paciente en decúbito supino.
- Realizar **pruebas complementarias:** AS, Coagulación, RX de tórax y abdomen (simple y en bipedestación).
- Poner analgésico, espasmolítico con/sin relajante muscular (Nolotil, buscapina, Valium).
- Reducción manual de la hernia: Nunca realizar en hernias cruales (avisar a cirugía, debido a su alta frecuencia de estrangulación).

SE REDUCE, y pruebas complementarias normales:

- Dejar unas horas en urgencias, hasta remitir la sintomatología y ALTA.
- Se les debe informar sobre las complicaciones y remitir al cirujano de zona para intervención quirúrgica diferida.

NO SE CONSIGUE REDUCIR: Avisar a cirugía de guardia (intentará de nuevo la reducción de la hernia)

- Si se consigue reducir y las pruebas complementarias son normales, observar unas horas y ALTA.
- Si no se consigue reducir, se reduce parcialmente o hay datos clínicos de estrangulación (leucocitosis con desviación izquierda, hiperamilasemia, RX con niveles hidroaéreos) pasa a CIRUGÍA para tratamiento quirúrgico.

PERFORACIÓN DE COLON

CAUSAS

- Estados patológicos: Diverticulitis, cáncer, isquemia, RT, oclusión I, cuerpos extraños...
- Iatrogénicas: tras colonoscopia, enema baritado.
- Traumáticas.
- Espontánea (raro)

CLÍNICA

Los síntomas y signos de la perforación, independientemente del órgano afecto, se deben primero a la irritación química del peritoneo y luego a la infección o sepsis.

- **Dolor abdominal:** En un principio agudo, cuya intensidad y localización nos informa de la localización de la perforación. Luego mal delimitado, cuando se desarrolla la peritonitis difusa; el paciente tiende a permanecer inmóvil. Aunque la mayoría de perforaciones se comunican con el peritoneo, también pueden estar localizadas (peritonitis focal), al quedar englobada por las vísceras o el epiplón circundante.
- **Hipovolemia y sepsis:** Fiebre, taquicardia, oliguria, hipoTA.

La contaminación peritoneal es mucho más importante que en otras localizaciones, apareciendo antes los síntomas y signos de la sepsis. Es más grave cuanto más proximal (cercana al ciego) sea la perforación.

EXPLORACIÓN

Dolor intenso a la exploración y peritonismo (sensibilidad de rebote) en el área de la perforación. Vientre en tabla, si progresa.

DIAGNÓSTICO

- **Laboratorio:** Leucocitosis y desviación izqda, hiperamilasemia, alteraciones electrolíticas, alcalosis respiratoria, que si no se corrige acaba en acidosis metabólica.
- **Serie oclusiva:** Neumoperitoneo. Niveles hidroaéreos, (íleo reflejo, cáncer, oclusión I...)
- **Ecografía:** Líquido libre en cavidad peritoneal.
- **TAC:** Si no se observa neumoperitoneo en la RX y existe sospecha clínica.
- **Neumogastrografía:** Si no se aprecia en el TAC. Consiste en insuflar por SNG 400 -500 ml de aire, con RX posterior.

TRATAMIENTO

- Dieta absoluta y fluidoterapia.
- Valorar analgesia.
- **SNG a bolsa:** Descompresión intestinal.
- Antibióticos de amplio espectro iv:
 - PIP/TZ (Tazocel) 4 gr / 6 h, iv
 - Si alergia a penicilina: Metronidazol (Flagyl): 500mg / 8h o Gentamicina 5 mg/Kg cada 24h.
- Avisar a cirugía de guardia.

DILATACIÓN AGUDA DE COLON

Pseudoobstrucción aguda de colon o Síndrome de Ogilvie

CONCEPTO

Dilatación aguda del I grueso con cuadro clínico y RX compatible con obstrucción mecánica, sin evidencia de la misma.

Patogenia: Alteración de la actividad motora del intestino, de origen neuropático o miopático.

ETIOLOGÍA

Puede ser secundario a:

- **Procesos infecciosos** intraabdominales o retroperitoneales.
- **Metabólico:** Uremia, hipokaliemia, coma diabético, insuf respiratoria, alcoholismo...
- **Reflejo:** por traumatismos pélvicos o de columna (shock medular).
- **Otros:** Tumor cerebral, Fármacos (antiparkinsonianos, ADT, anticolinérgicos), hipotiroidismo, postoperatorio de cirugía abdominal, idiopático.

CLÍNICA

- Con frecuencia estos pacientes son > 50 años, encamados y con enfermedades crónicas asociadas como cáncer, insuficiencia respiratoria, infecciones o sepsis, fracturas, etc.
- Síntomas sugestivos de oclusión o suboclusión intestinal.
 - Dolor de intensidad leve (periumbilical, hipogastrio y ambas fosas ilíacas) y suele aliviarse al expulsar gases o heces.
 - Distensión abdominal.
 - Náuseas y menos frecuente los vómitos.
 - Ausencia de deposición y expulsión de gases; otras veces el tránsito I está conservado (suboclusión I).

EXPLORACIÓN

- Abdomen distendido y timpánico
- A la auscultación pequeños ruidos intestinales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Laboratorio:** La analítica es de escaso valor, expresando alts hidroelectrolíticas o complicaciones (perforación - peritonitis).
- **RX de tórax y abdomen:** Distensión de colon, sobre todo en ciego, colon ascendente y transversal, y en menor cantidad y frecuencia, en colon descendente ("amputación" del aire cólico en el ángulo hepático o esplénico). La falta de dilatación del I delgado o del colon distal, le diferencia del íleo generalizado.
- **Enema opaco:** EVITAR, por el riesgo de perforación.
- **Colonoscopia:** Si sospecha de oclusión mecánica.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PRIMARIA O FACTORES QUE AGRAVAN EL CUADRO

El tratamiento de las infecciones intercurrentes o favorecedoras del cuadro, de las enfermedades metabólicas, alteraciones hidroelectrolíticas y retirada de los fármacos causantes, resolverá el cuadro.

TRATAMIENTO DEL MEGACOLON AGUDO

Hay 3 niveles de tratamiento:

Nivel 1: Farmacológico

- **Dieta absoluta y fluidoterapia.** Corregir las alteraciones hidroelectrolíticas.
- **Sonda rectal** con /sin SNG con aspiración continua.
- **Neostigmina:** Es un anticolinesterásico (inhibe la ACE):
 - Amp 2.5 mg (5 cc); 0.5 mg = 1cc
 - **Vía:** iv, IM, sc.
 - **Dosis:** 1- 2 mg (2-4 cc) sc o iv, en bolo lento (3-5min) en dosis única, que se repetirá a las 3 horas si el cuadro no mejora.
 - **Respuesta:** Se han descrito buenos resultados iniciales, aunque es fr la recidiva.
 - **Efectos secundarios:** Produce manifestaciones colinérgicas; sudoración fría, bradicardia y síncope, broncoespasmo, miosis y visión borrosa, estimulación GI (sialorrea, vómitos, diarrea). Su antídoto es la atropina.
 - **Contraindicaciones:** Bradiarritmias, hipoTA, broncoespasmo, I renal, HDA, HDB, riesgo de perforación, antecedente o sospecha de neoplasia de colon, -adrenérgicos.βgestación, ingesta previa de antagonistas

Nivel 2: Endoscópico

Colonoscopia terapéutica: La aspiración a través del colonoscopio, y la posibilidad de dejar una sonda en el colon izqdo o transversal, tiene buenos resultados y pocas complicaciones. Tiene una tasa de éxito del 85 - 90 %.

Nivel 3: Quirúrgico

- **Cirugía urgente si:**
 - Fracaso del tratamiento endoscópico, o evidencia de progresión de la dilatación.
 - Sospecha de estrangulación o perforación (M 50%): Fiebre, leucocitosis, dolor abdominal continuo o signos de irritación peritoneal...
 - Gran dilatación del ciego : > . Sin embargo el riesgo de $\varnothing 10$ cm de perforación está más en relación con el tiempo de evolución y el carácter progresivo de la dilatación que con el calibre en sí.
 - Sospecha de oclusión mecánica con obstrucción completa del colon.
 - Sospecha de causa vascular : Colonoscopia diagnóstica de isquemia colónica con íleo de colon secundario.
- **Técnica quirúrgica:**
 - Cecostomía provisional.
 - Resección (hemicolectomía derecha) si lesiones isquémicas irreversibles.
- **Destino del paciente:**
 - **Consulta con cirugía:** Dudas con cuadro oclusivo de colon o complicaciones que requieran cirugía urgente.
 - **Ingreso en Medicina Interna:** Primer episodio de dilatación aguda de colon en pacientes encamados y con enfermedades agudas o crónicas asociadas, como cáncer, insuf respiratoria, infecciones - sepsis, hipotiroidismo, fracturas, etc.
 - Ingreso en **UCE:** Pacientes con dilatación aguda de colon recurrentes, ya estudiados; y pacientes seniles, pluripatológicos, en los que no está indicado realizar exploraciones agresivas, siendo subsidiarios sólo de tto médico conservador.

IMPACTACIÓN FECAL O FECALOMA

CONCEPTO

Es una acumulación de heces endurecidas y compactas que el paciente no puede expulsar espontáneamente.

Patogenia: Suele producirse en pacientes cuyo reflejo de defecación está debilitado, como ancianos incapacitados, Enfermos terminales con cáncer, en tto con opiáceos, Ancianos con estreñimiento crónico, tras la realización de RX baritadas...

LOCALIZACIÓN

- **Ampolla rectal:** 70% de los casos.
- **Colon sigmoide:** 20%
- **Colon proximal:** 20% (+ fr por bario).

CLÍNICA

- Acuden habitualmente por estreñimiento y tenesmo rectal, sensación de malestar abdominal tras la ingesta y anorexia.
- En otras ocasiones, por diarrea: Es una " falsa diarrea por rebosamiento " de las heces retenidas proximalmente a la impactación.
- Úlceras estercoráceas: Se producen por decúbito de un fecaloma en la pared del recto. Pueden provocar una pérdida crónica de sangre y menos frecuente, hemorragia rectal.

DIAGNÓSTICO

- **Tacto rectal:** Se palpa una masa fecal endurecida que ocupa la ampolla del recto.
- **RX simple de abdomen:** Ver el tamaño del fecaloma y su localización (en impactación fecal alta, la ampolla rectal estará libre de heces en el tacto rectal).

TRATAMIENTO

Extracción manual del fecaloma: Se realizará en aquellos fecalomas localizados en la ampolla rectal. Está **contraindicada** en los pacientes con patología anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras o abscesos) o con cirugía reciente en la zona. **Técnica:**

1. Ponerse un guante en la mano no dominante y dos en la mano dominante.
2. Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración.
3. Paciente en **decúbito lateral derecho**, con la rodilla izquierda ligeramente flexionada (se sitúa el colon sigmoides en la parte más alta y facilita la extracción de las heces).
4. Poner un hule bajo las caderas del paciente.
5. Poner **1-2 cánulas de lubricante anestésico** hidrosoluble **en la ampolla rectal** del paciente y **esperar 10 min** a que haga efecto.
6. Lubricar abundantemente el dedo índice de la mano dominante.
7. Introducir el dedo índice en el recto en dirección al ombligo y realizar movimientos rotatorios para **romper el fecaloma**.
8. Indicar al paciente que realice un esfuerzo defecatorio y con un movimiento de retracción del dedo , extraer los fragmentos (repetir esta operación varias veces), hasta retirar la mayor cantidad posible de heces. Tener en cuenta :
 - o Si el fecaloma es muy grande, se debe valorar la posibilidad de extracción en varias sesiones.
 - o Suspender el procedimiento ante la aparición de sangrado, dolor anal intenso o reacción vagal (sudoración, palidez facial, palpitaciones, hipoTA, bradicardia).
9. Finalizada la extracción, es conveniente administrar un **enema de limpieza**, con el fin de extraer el contenido fecal restante. Colocar al paciente sobre la cuña o acompañar al WC.
10. Finalizado todo el procedimiento, la auxiliar de enfermería realizará la limpieza de la zona anal del paciente.

DESTINO DEL PACIENTE

TRAS LA EXTRACCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL FECALOMA

- Alta hospitalaria.
- Recomendaciones: En los días siguientes, para remover las heces residuales del colon proximal, se deben pautar laxantes:
 1. **Dieta rica en fibra** (frutas y verduras).
 2. **Pautar laxantes osmóticos:** Duphalac 20 -30 gr / día, pasando en 1-2 semanas a
 3. **Laxantes de volumen:** Son los preferidos en tratamientos largos, por carecer de efectos secundarios y regular el hábito intestinal. Si no deposiciones en 2-3 días poner
 4. **1 Enema Casen** al día, para evitar la impactación fecal en recto.

SI ES IMPOSIBLE LA EXTRACCIÓN DEL FECALOMA

Tras el intento de extracción manual del fecaloma en urgencias (y por tanto, puesto el lubricante anestésico + enema de limpieza):

En fecalomas grandes o semisólidos:

- Alta con MAP ó UHD.
- Recomendaciones al alta para la impactación fecal:
 - o Pautar laxante osmótico oral y ablandar las heces localmente:
 - **Movicol:** 8 sobres en 1 litro de agua, a tomar en 6-8h
 - **Enema Casen con 2 Mycralax /12h.**
 - **Supositorios de glicerina:** 1 sup/8h (menos eficaz).
 - o Si no es efectivo a las 24 horas, puede intentarse por el médico de AP o de UHD la extracción manual, generalmente ya con éxito.
- Recomendaciones a seguir para el estreñimiento crónico:
 1. Dieta rica en fibra (frutas y verduras).
 2. Pautar laxantes osmóticos: Duphalac 20 -30 gr / día, pasando en 1-2 semanas a

3. Laxantes de volumen: como tratamiento crónico para regular el hábito I. Si no deposiciones en 2-3 días poner
4. 1 Enema Casen o de limpieza al día, para evitar la impactación fecal en recto.

En fecalomas proximales (ej en colon ascendente o transverso)

Consultar con cirugía: Aparece en estenosis orgánica del colon o tras realizar exploraciones con sustancias baritadas. Ingreso en observación de cirugía para tto con laxantes orales y rectales y ver evolución:

- Si se resuelve la oclusión I: estudio por cirugía o digestivo.
- Si oclusión I total: cirugía.

TIPOS DE LAXANTES A UTILIZAR

LAXANTES LUBRICANTES

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
PARAFINA LÍQUIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Hodernal: Sol 4g/5mL (Frasco 100 y 300 mL) 	15mL/12h
GLICEROL rectal (lubricante)	<ul style="list-style-type: none"> • Supositorios de Glicerina 	1 sup/24h

Contraindicaciones: La parafina líquida está contraindicada en pacientes encamados o con trastornos de la deglución, por el riesgo de neumonía por aspiración. En usos prolongados disminuye la absorción de vitaminas liposolubles.

LAXANTES DE VOLUMEN son los más recomendados en tratamientos prolongados

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
PLÁNTAGO	<ul style="list-style-type: none"> • Biolid: Sobre de 3.5g • Plantaben: Sobre de 3.5g • Metamucil: Sobre de 3.5g 	1-2 sobres/24h
SALVADO de TRIGO	<ul style="list-style-type: none"> • Salvado de trigo 	4-8 cuch/24h, con alimentos
METILCELULOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Muciplasma: cp de 500mg 	1-4 cp/8h máx

Contraindicaciones: En casos de estenosis del tracto digestivo (riesgo de oclusión I total).

LAXANTES OSMÓTICOS O SALINOS

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
LACTULOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Duphalac sol 3g/5cc (frasco 200cc) • Duphalac sobres 10g/15cc 	15-30mL/24h en dosis única o repartida
LACTITOL	<ul style="list-style-type: none"> • Oponaf, Emportal sobre 10g 	10-20g/24h en dosis única o repartida
PEG	<ul style="list-style-type: none"> • Movicol: sobre 13.8g 	8 sobre en 1L de agua en 4-6h (máx 3d)

Contraindicaciones: Oclusión I, perforación I, íleo, inflamación aguda intestinal (EII, megacolon tóxico).

ENEMAS OSMÓTICOS POR VÍA RECTAL

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
FOSFATO SÓDICO (Osmótico)	<ul style="list-style-type: none">• Enema Casen	1 enema/24h
SULFATO SÓDICO (Osmótico)	<ul style="list-style-type: none">• Micalax: 5mL	1 canuela/24h