

# CASO CLÍNICO.

## ABDOMEN AGUDO EN HEMOFILIA.

**Por:**  
**Viviana Bedoya B.**  
**Enfermera.**  
**Mauricio Jaramillo R.**  
**Hematólogo.**



## Qué es hemofilia?

Enfermedad crónica, incurable, hereditaria, no contagiosa en algunos países degenerativa, caracterizada por la tendencia a presentar hemorragias espontáneas o traumáticas en cualquier parte del cuerpo.

En Colombia catalogada enfermedad huérfana y de alto costo.





# Qué es abdomen agudo?



# Qué es abdomen agudo?

Síndrome clínico caracterizado por la presencia de dolor abdominal que compromete el estado general del paciente, de menos de 8 horas de evolución.

Suele ser una emergencia médica.

Se origina en el compromiso de cualquiera de los órganos intraabdominales y probablemente la solución sea quirúrgica.



# Abdomen agudo en trastornos hemorrágicos severos.

Se aumenta el riesgo hemorrágico intraabdominal cuando el abdomen agudo es de origen:

 Traumático.

 Obstructivo.

 Inflamatorio.

 Infeccioso.

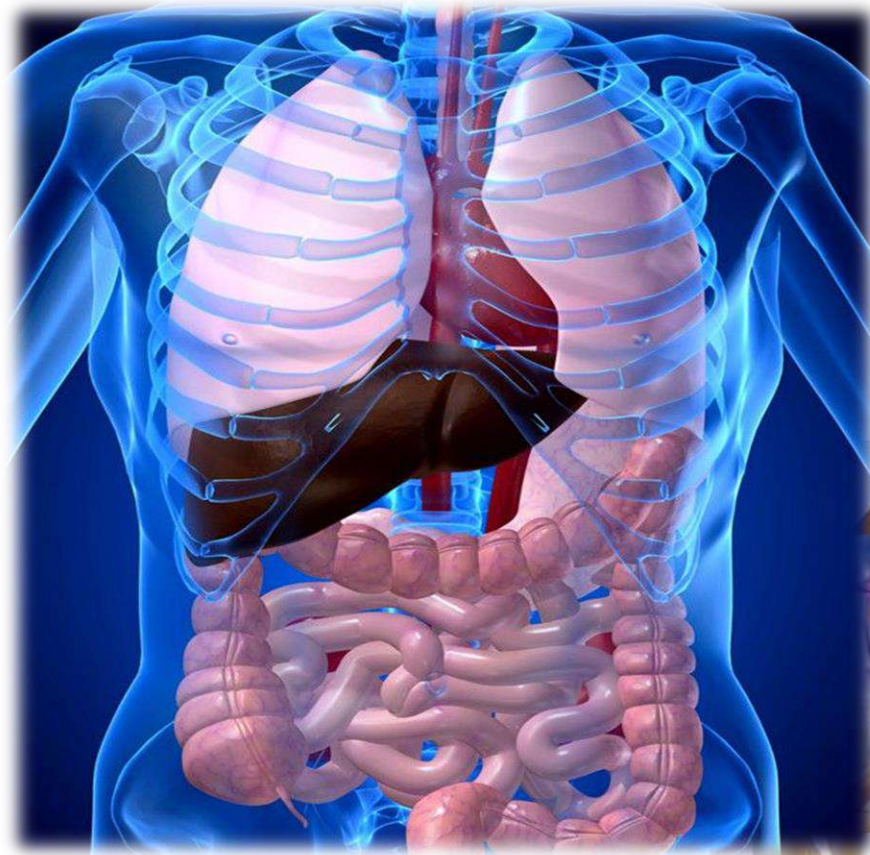




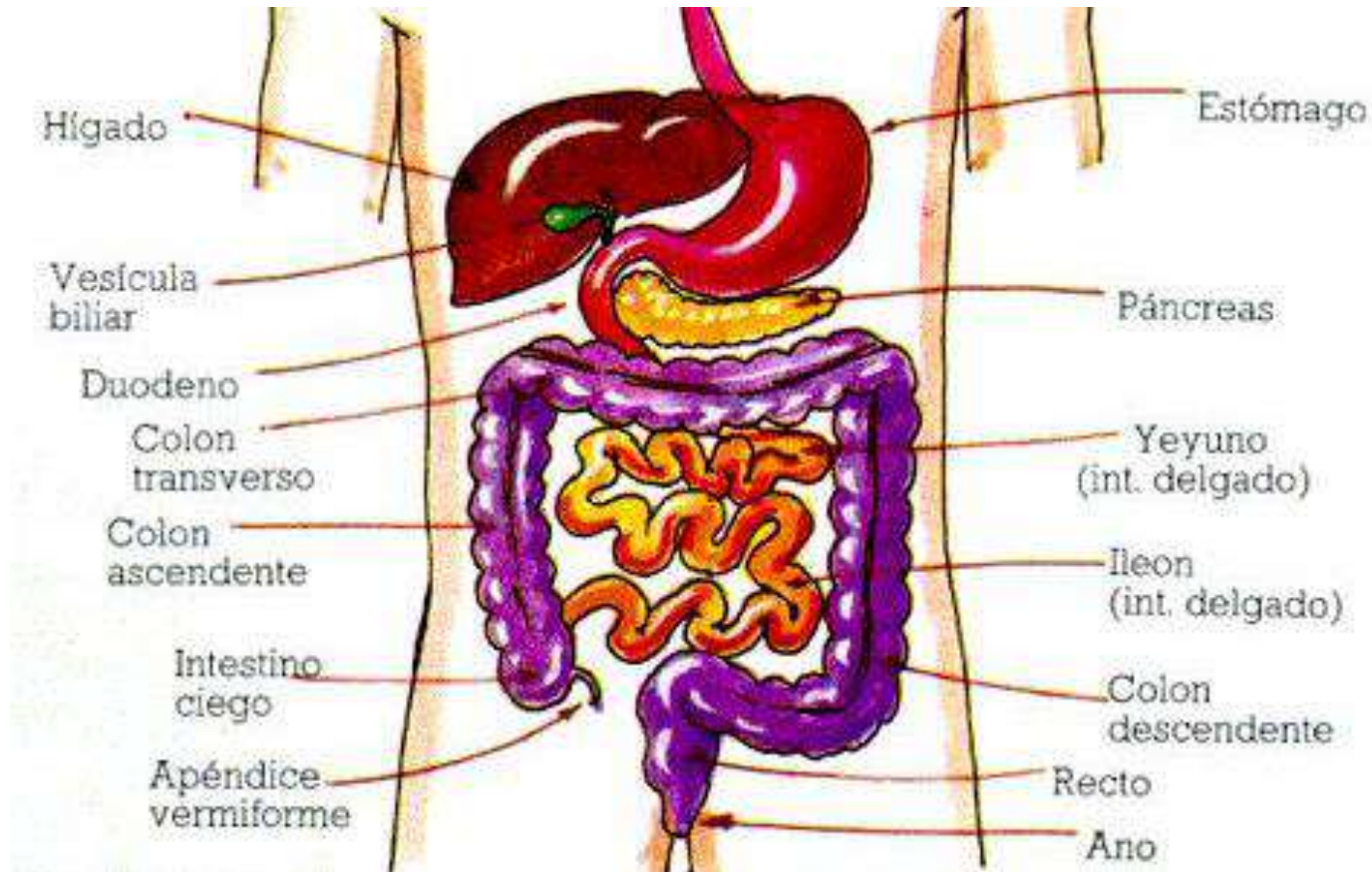
Integral I.P.S.

*Brindamos atención con calidad humana*

# Qué hay dentro del abdomen?



# Qué hay dentro del abdomen?



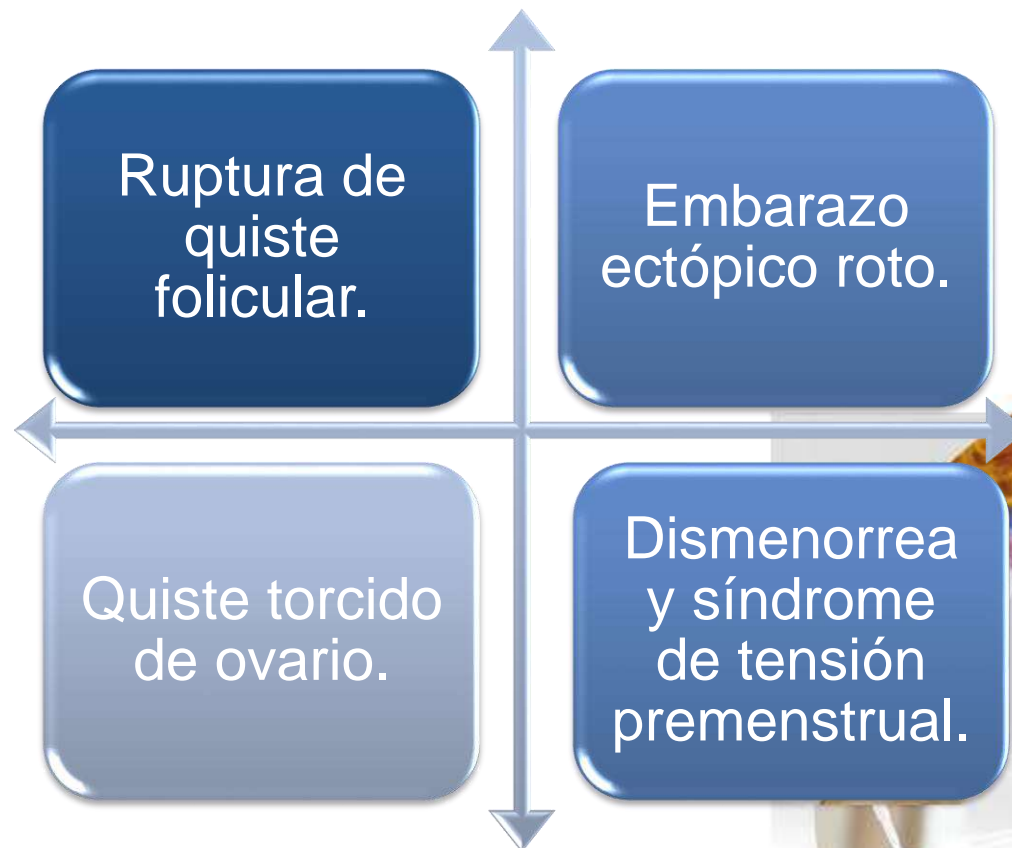
# Que tipos de abdomen agudo hay?

- **Abdomen agudo inflamatorio-infeccioso:** Apendicitis aguda, colecistitis aguda, enfermedad ácido péptica, pancreatitis, diverticulitis, infección urinaria.
- **Abdomen agudo hemorrágico:** Hemorragia digestiva, hematoma del psoas, hemorragia retroperitoneal, traumatismo abdominal, hemorragia renal espontánea o por cálculos.
- **Abdomen agudo obstructivo:** Obstrucción intestinal por bridas, hernias de la pared abdominal y neoplasias.
- **Colon irritable (síntomas de predominio diurno)**



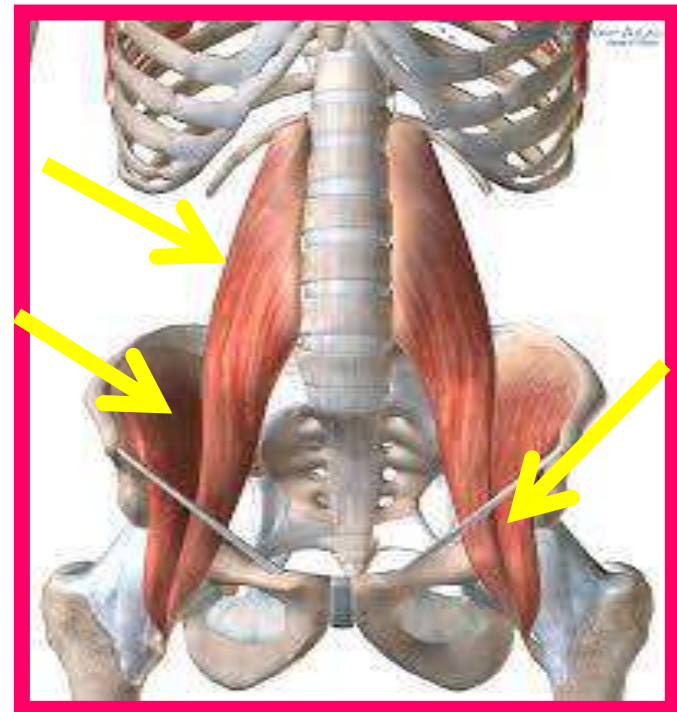


# Otras causas de abdomen agudo:



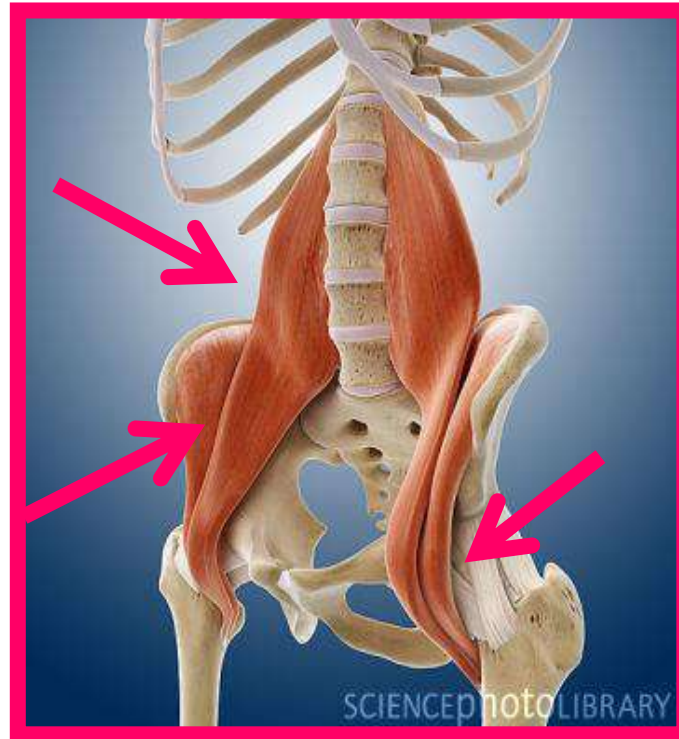
# Abdomen agudo y hematoma del psoas.

Ese es el psoas el musculo mas grande del cuerpo el que nos mantiene de pie, erguidos.  
Soporta un carga enorme.





# Músculo iliopsoas



# Qué hace el músculo iliopsoas?

1. Mantenernos erguidos (rectos, derechos), mientras estamos de pie.

2. Mantener la cadera flexionada mientras estamos sentados.



# Por que sangra el psoas?

- Es un músculo grande, soporta gran carga.
- Se extiende desde la columna dorsal y lumbar, atravesando el abdomen hasta el fémur.
- Se dice que sangra después del coito. No hay evidencia científica seria de ello.



# Manifestaciones clínicas.

Se caracteriza por la aparición de dolor en fosa ilíaca, mal definido, irradiado a miembro ipsilateral, constante, de intensidad moderada a severa, que aumenta con la bipedestación y empeora con la extensión de la cadera.

Mejora con la flexión de la extremidad.



## Manifestaciones clínicas.

Se puede presentar en hemofílicos leves, moderados o severos.

Siendo mas usual en **estos últimos.**

En ocasiones comienza con dolor **en región lumbar.**



## Manifestaciones clínicas.

Es característica la contractura en flexión de la cadera; cuando se intenta extender la extremidad el dolor aumenta.

La aducción y la abducción de la cadera son normales.

Parestesia ipsilateral ( **Calambrito** )





# HEMATURIA.

- Su causa es la hemorragia renal.
- Manifestaciones clínicas: Dolor de intensidad variable (leve a severo), localizado en región lumbar, o flanco, o hipogastrio que se irradia al hemiabdomen inferior y genitales externos.
- Se acompaña de disuria, polaquiuria, **estrongiuria y orina** hipercoloreada (café o roja).
- La presentación de fiebre obliga a **descartar infección.**



# HEMATURIA.

- Las recomendaciones básicas son el reposo, el consumo de abundantes líquidos orales, agua, de ser posible tres litros en 24 horas; si es necesario esta indicado el uso de analgésicos como el butil bromuro de hioscina simple.
- De persistir la hematuria se indica concentrado de factor a 25 ui /kg, dosis única.
- No existe consenso para el manejo de la hematuria.
- Se contraindica el uso de acido tranexámico por el riesgo de causar obstrucción urinaria por coágulos.
- La repetición de la hematuria obliga la **evaluación por urología para descartar** lesión estructural del tracto urinario.



# IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** J.A.Q.

**Edad:** 30 años

**Sexo:** Masculino.

**Profesión:** Técnico en sistemas.

**Conocido en el Integral, IPS desde:** 30-03-2009.



# MOTIVO DE CONSULTA:

## Dolor abdominal.



# ENFERMEDAD ACTUAL:

Cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal opresivo localizado en epigastrio y flanco izquierdo.

Consultó en hospital local en **donde se diagnosticó** gastritis, medicado **con gel hidróxido y omeprazol** sin **mejoría**.



# ENFERMEDAD ACTUAL:

El dolor persistió; ya se irradiaba a dorso, intensidad variable, sin horario ni periodicidad que aumenta en la noche impidiéndole dormir.

Aumenta con la ingesta de **alimentos y la** inspiración profunda.

Niega cefalea, fiebre, náuseas, **emésis, tos,** disnea, síntomas urinarios; **deposición normal.**



# ANTECEDENTES PERSONALES:

- Paciente con hemofilia a severa en profilaxis secundaria con factor VIII 1500ui iv tres veces por semana desde el 30 de marzo de 2009.
  
- Porcentaje de factor 0.4%. Inhibidor negativo.
  - Artropatía hemofílica.
  - Dislipidemia.
  - Adiposidad localizada.
- Ingesta de alcohol en días previos.



# EXAMEN FÍSICO.

Buenas condiciones generales.

**TA** 100.60 **FC** 80 por min. **PESO** 72.7 Kg.

Abdomen con cicatriz en hipocondrio izquierdo, blando depresible, peristaltismo presente, no palpo masas ni megalias.

Limitación en la flexión y extensión de codo derecho. Limitación en la flexión de ambas rodillas.

Resto del exámen físico dentro de parámetros normales.



# IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Enfermedad ácido péptica:  
Úlcera péptica penetrada.
2. Pancreatitis Aguda?
3. Hemorragia  
intraabdominal???



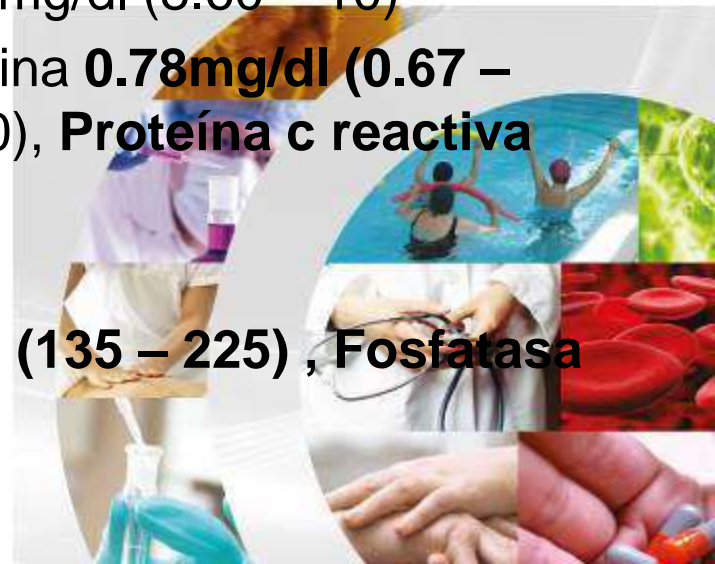
# PLAN.

- Se remite para hospitalización.
- Se aplica factor viii a 50ui/kg/ dosis cada 12 horas.
- Se sugiere a los médicos hospitalarios:
  - Ayuno.
  - TAC contrastado de abdomen.
  - Solicitar hemograma creatinina lipasa parcial de orina, got, gpt, fosfatasa alcalina.
  - Realizacion de endoscopia de vías digestivas superiores.
  - Demás medidas que crean pertinentes.



# LABORATORIOS:

1. **Hemograma:** Leucocitos: 6300mm, Hemoglobina: 15gm/dl, Hematocrito: 46%. Plaquetas: 405000mm. Neutrofilos: 3546mm, linfocitos 1827mm, monocitos 630mm.
2. Parcial de orina normal.
3. Sodio 139 mmol/l (135 – 148). Potasio 4.33 mmol/l (3.50 – 4.50) Magnesio 2.1mg/dl (1.6- 2.4), Calcio: 8.72mg/dl (8.60 – 10)
4. Fibrinógeno 683 mg/dl ( 169-515), Creatinina **0.78mg/dl (0.67 – 1.17)**, GOT 14 u /l (0 - 40), GPT 14 (0 - 40), **Proteína c reactiva** cuantitativa: 40.45mg/dl (0 – 5).
5. Glucosa 86mg/dl (70 -110)
6. Bilirrubina total 0.35mg/dl (< 1), LDH 140 (**135 – 225**) , **Fosfatasa** alcalina 79 u/l (40 - 129)



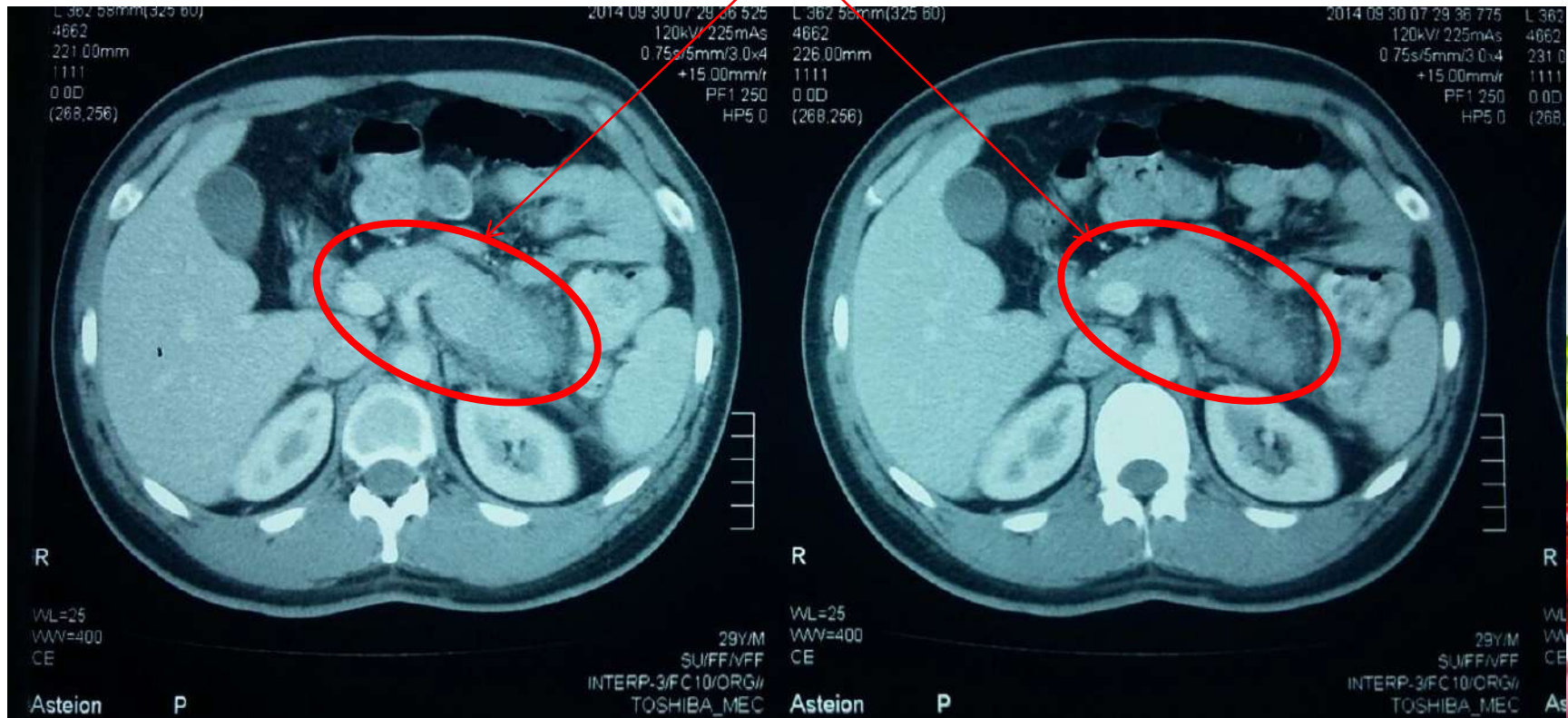
# LABORATORIOS:

**Lipasa pancreática: 198.6 ui/  
(13 – 60).**



# TOMOGRAFIA DE ABDOMEN CONTRASTADA:

Páncreas





# EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE EGRESO.

## EVOLUCION SATISFACTORIA

1. Pancreatitis Aguda.
2. Enfermedad acido péptica:  
Antritis prepilórica.

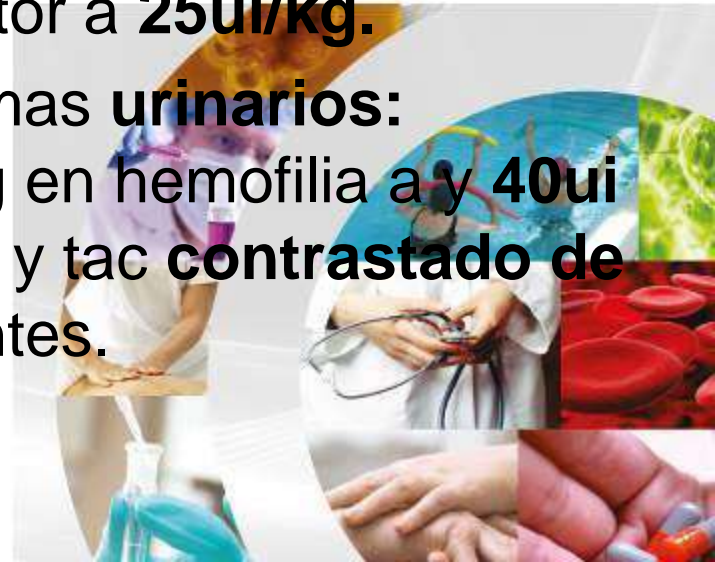




## QUE HACEMOS:

Evaluación inmediata por medico o enfermera:

1. Dolor abdominal con síntomas urinarios: Reposo, abundantes líquidos (3litros en 24h), analgesia con hioscina. Sino mejora factor a **25ui/kg**.
2. Dolor abdominal sin síntomas **urinarios**: **Concentrados** de factor a 50ui/kg en hemofilia a y **40ui/kg** en hemofilia b, hospitalización y tac **contrastado de abdomen** urgentes.



**GRACIAS.**  
**MEDELLÍN, 2015.**

