



HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS **FECHA:** 14/11/2014.

DATOS PERSONALES:

Número de Historia: 228001.

DNI: 12999568.

Apellido: Barraza Dora.

Nombre: Beatriz.

Edad: 55 años. **Sexo:** F.

Ocupación: Ama de Casa.

Fecha de Nacimiento: 07/02/1959.

Estado Civil: Casada.

Nacionalidad: Argentina.

Residencia Actual: Merlo.

Residencia Anterior: Villa Luro.

Grado de Instrucción: Primario incompleto.

Fecha de Internación: 04/11/2014.

Sala: 34. **Cama:** 111.

Procedencia: niega.

MOTIVO DE CONSULTA/INTERNACION:

Dolor Abdominal, vómitos y náuseas.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente, sexo femenino, 55 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial, desde 2012, tratada con Enalapril 10 mg/día sin dieta dash, ingresa en la guardia en martes 04/11/2014 a las 19:00 PM por un dolor en abdomen de inicio súbito, carácter cólico, intensidad 10/10, se irradia en forma hemicenturon, que no cede al uso de antiespasmódicos (Buscapina) automedicado en su casa, donde el dolor se agranda por ingesta de alimentos grasos, y alivia en posición decúbito lateral. Presento síntomas acompañantes como vómitos y náuseas. Juntamente con familiares, en la guardia, realizo estudios de laboratorio, Rayo-x, ECG y ecografía abdominal.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente relata que hace 6 meses, comenzó una molestia en el abdomen, de tipo cólico, de menor intensidad (4/10), sin irradiación, que duro algunas horas, no se acompañó de vómitos e nauseas. El paciente relata haber tomado antiespasmódicos (Buscapina) que con el cual cedió el dolor.

ANTECEDENTES PERSONALES:

HÁBITOS TÓXICOS:

Alcohol: Ocasionalmente toma um copo de vino com las comidas.

Tabaco: Niega.

Drogas: Niega.

Infusiones: Niega.

HÁBITOS FISIOLÓGICOS:

Alimentación: Realiza 3 refecciones durante el día, en las cuales como alimentos sin restricciones.

Diuresis: normal, poco oscura, no despierta por la noche para orinar.

Catarsis: normal.

Sueño: normal.

Sexualidad: casada, y 2 hijos.

Otros: su periodo de lactancia con los 2 hijos fue mayor de un año.

ENF. DE LA INFANCIA:

Sin antecedentes.

ENFERMEDADES:**CV:**

Paciente diagnostica en el hospital Eva Perón con hipertensión arterial hace 2 años, tratada con Enalapril 10 mg/dia sin dieta dash, donde realiza acompañamiento cardiológico periódicamente.

RESPIRATORIO

Sin datos patológicos aparentes.

GASTROINTESTINALES:

Sin datos patológicos aparentes.

NEFROUROLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

NEUROLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

HEMATOLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

GINECOLOGICOS:

E: 3 P: 2 C: 0 A: 1

MAC: Uso por 1 año, por reacciones adversas del medicamento dejó el mismo.

FUM: No acuerda.

MENARCA: Fue a los 13 años, eumenorreica, tenía un ritmo de 28- 30 días, la menstruación duraba cera de 5-7 días.

MENOPAUSIA: a los 45 años.

INFECTOLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

ENDOCRINOLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

QUIRÚRGICOS:

1 procedimiento quirúrgico: Curetagem uterina debido a un aborto.

TRAUMATOLÓGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

ALÉRGICOS:

Paciente relata tener alergia a plantas.

SOCIOECONOMICOS/EPIDEMIOLOGICOS:

Habita en una casa propia que pose piso, muro y losa de concreto, con buena ventilación e iluminación, cuenta con sala- comedor, 1 baño completo, 2 dormitorios y 1 cocina. Viví con su marido y 2 hijos. Tiene regular condiciones de higiene, cuenta con servicio de agua con tratamiento adecuado y luz eléctrica.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre e madre sin antecedentes de hipertensión arterial y litiasis.

EXAMEN FÍSICO:

TA: 14.9 mm/Hg **FC:** 70 lat/min **FR:** 18 rpm **Temperatura:** 36.5°C

Peso: **Altura:** **IMC:**

Impresión General: Bueno Estado General.

Constitución: Longilineo.

Facies: Normal.

Actitud: Decúbito dorsal.

Decúbito: Decúbito Dorsal Activo Obligado.

Marcha: Normal.

Piel, faneras y tejido celular subcutáneo:

Aspecto: Piel color brancal, bien perfundida, hidratada, tiene una turgencia elástica y rápidamente vuelve a su forma original, cuando se presiona entre pulgar e el índice. No presenta cambios de coloración de la piel, pigmentación, dolor, prurito, alteraciones e lesione en las uñas .Presenta 3 cicatrices longitudinales en el abdomen secundarias a las cirugías intestinales según el paciente hace 10 años. A la palpación, piel normotermia de textura gruesa con sensibilidad táctil y termica. Mucosas se observan normales.

Distribución pilosa: Cantidad y distribución normal, buena implantación pilosa.

Lesiones: Se aprecian lesiones cutáneas tales como maculas vasculares e algunas pápulas en el piel de la espalda. No se observa turbéculos, nódulos,

tumores, vesículas, ampollas o flictena, escamas, pústulas, prurito, triquiasis, distiquias y costra.

Faneras: Conservadas. Pelo esponjoso, de color rubio (teñido), mala higiene, pigmentación normal, larga, gruesa, buena implantación y de distribución normal de acuerdo con su edad, sexo y raza. Las uñas presentan espesor 0,3-0,65mm, superficie lisa, consistencia elástica, de color uniforme, rosada, excepto en la lúnula (blanquecida), tiempo de llenado capilar menor que 3 segundos y no se observan lesiones.

Tejido Celular Subcutáneo: No infiltrado, prominencias óseas visibles, no huella o godet a la presión. No a presentan edemas, enfisema celular subcutáneo, linfomas subcutáneos, nódulos, abscesos, flemón y granuloma. Panículo adiposo no es abundante.

CABEZA:

Cráneo y cara: Normocéfalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel y cuero cabelludo. La palpación de la cabeza confirma la inexistencia de la lesiones, no se palpa nodulaciones, ni hundimientos craneales. La auscultación de la cabeza no se asciulta soplos. Facies compuesta.

Cuero cabelludo: Poco hidratado, sin lesiones ni cicatrices, con seborrea, sin presencia de zonas alopecicas, no presentan pediculosis, ni exoparasitos.

Región frontal: Tamaño normal, simétrica, sin lesiones y cicatrices.

Región orbitonasal: Cejas palpables, completa, con altura del canto ocular, ojos simétricos, medianos, sin exoftalmos y enoftalmias, sin rasgos mongólicos, movimientos oculares sin limitaciones. Parpados íntegros acorde con la coloración del resto del cuerpo, sin ptosis, ni lesiones aparentes. Pupilas reactivas, esocoricas. Escleróticas normal, hidratada, sin lesiones aparentes. Cornea transparente, integra, sin lesión, reflejos cornéales e luminosos presentes, cámara anterior limpia. La palpación confirma buena implantación de cejas y pestañas, no hay seborreas. Bueno tono ocular , sin dolor a palpación.

Nariz simétrico, en posición central, pequeño, color igual al resto del cuerpo, moco escaso, sin presencias de lesiones en las regiones del dorso, raíz, cuerpo y alas nasales. Se palpa huesos propio de la nariz, indoloro al papar, cartílago hialino íntegro, narinas permeables, y senos paranasales también.

Región orofaríngea: Boca con labios lisos, simétricos, íntegros, pálidos, color rosado oscuro, sin lesiones. Mucosa eucronica hidratada con gingivitis moderada, dientes sujos, incompletos aparentemente lesiones e caries. Legua central, eucromica, lisa en la región dorsal, , papilas sin hipertrofia, movimientos de la lengua sin limitaciones, úvula normal, central y pequeña.

Oídos aparentemente normales, pabellones auriculares íntegros e simétricos, ni signos de lesiones como furúnculos, laceraciones y foliculitis. A la palpación se encuentran estructuras cartilaginosas integras, sin quistes, tofos y dolor.

Prueba del reloj: simétrico, prueba del cuchicheo: simétrica, se confirma el buen funcionamiento del par craneal VIII o Estatoacústico.

CUELLO:

Inspección: Cuello cilíndrico, simétrico, alargado, sin lesiones dérmicas, hundimientos, nodulaciones, tráquea central.

Palpación: No se palpa ganglios. Tráquea y cartílagos laríngeos palpables y sin dolor a la palpación, desplazable. Presenta buena fuerza muscular. Tiroides no palpable.

Percusión: Sin particularidades.

Auscultación: No se ausulta soplos.

RESPIRATORIO:

Inspección: Tórax simétrico, expansión pulmonar normal.

Palpación: Expansión de las bases y vértices conservadas, vibraciones vocales se palpan normales (+).

Percusión: Sonoridad pulmonar normal (timpánica) en ambos hemitórax, frémito normal.

Auscultación: Murmullo pulmonar y respiraciones bronquiales presentes y normales, no se ausulta ruidos respiratorios.

CARDIOVASCULAR:

Inspección: Tipo normolínea, simétrico, con buen estado de superficie, choque de punta no visible.

Palpación: Choque de punta palpable en el 5º espacio intercostal izquierdo, por dentro de la línea mamaria y por fuera de la línea paraesternal con extensión de 2-3 pulpejos. No presenta frémitos.

Auscultación: Ruidos cardíacos rítmicos, sin presencia de ruidos agregados, ni soplos y ni desdoblamiento. Focos aórtico, pulmonar y accesorios presentan 1º e 2º ruidos cardíacos audibles, con mayor percepción del 2º ruido. Focos tricúspides y mitral presentan 1º y 2º ruidos cardíacos audibles con mayor percepción del 1º ruido. Ningún de los 5 focos presentan soplos asociados.

Pulsos: Palpables, simétricos.

ABDOMEN:

Inspección: Simétrico, ligeramente globoso, presenta 3 cicatrices quirúrgicas, cicatriz umbilical normal, pulsación de la aorta visible, piel con coloración normal, respiración predominantemente abdominal.

Palpación: Nada anormal. Paciente presenta reacción de defensa, dolor y signo de irritación peritoneal, Blumberg(+), punto de Burney(+), no presenta hipertesia, reflejos abdominales presentes y de buen tono, no hay presencia de masas ni hernias o masas. Orificios herniarios si presencia de hernias o masas. Hígado palpable, Bazo no palpable. No se palpa riñones.

Percusión: Se percibe el timpánico general, en Fosa Iliaca derecha matidez. No hay organomegalia. Signo de Jordano (+).

Auscultación: Se encuentra peristaltismo normal, presencia de ruidos hidroaérios suaves.

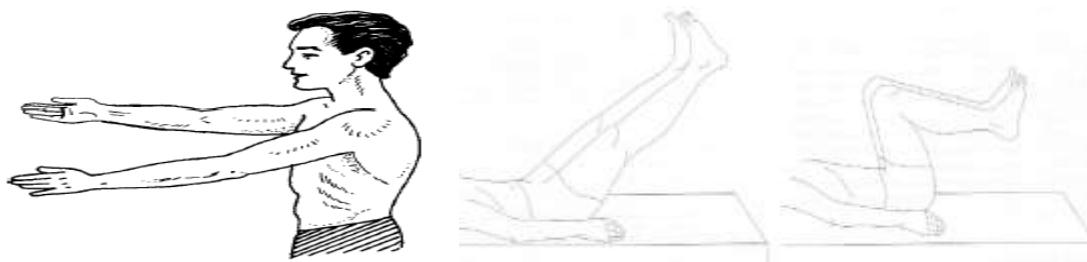
NEUROLOGICO:

GLASGOW: Con puntuación 15/15, el paciente se mantiene alerta durante el interrogatorio, lucido y colaborador.

MOTILIDAD ACTIVA: el paciente efectúa sin ayuda, los movimientos que lo solicitan, no presenta parálisis, paresía, hemiplejia, hemiparesia.

Maniobra de Barré (-) negativa.

Maniobra de Mingazzini (-) negativa.



MOTILIDAD PASIVA: El paciente a presenta movilización de los diferentes segmentos corporales, apreciando la resistencia normal que el músculo le oponga al movimiento. No a presentan hipotonía y hipertonia, sin rigidez.

Signo de Navaja: (-)

También no a presenta resistencia a los movimientos pasivos (Espasticidad).

MOTILIDAD REFLEJA: conservados.

PARES CRANEALES: sin particularidades.

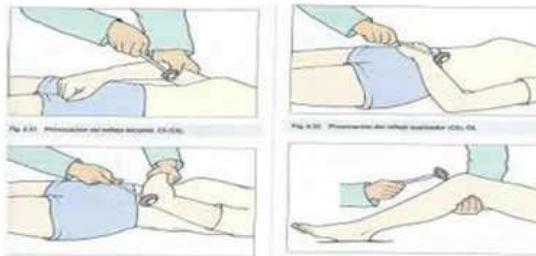
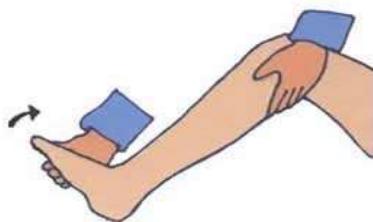
SENSIBILIDAD: 1- profunda- dolor profunda: al aplicar la misma fuerza, se obtiene igual dolor en miembros superiores e inferiores

- Vibratoria- perceptible sin alteración en miembros superiores e inferiores

2-superficial- Táctil: conservada en los miembros superiores e inferiores.

-Dolorosa: conservada normal en los segmentos corporales.

-Térmica: conservada normal y por igual en todos los segmentos corporales.



EXAMENES COMPLEMENTARIOS: LABORATORIO:

Hto: 37.5 %

Leucocitos $11.1 \times 10^3/\mu\text{L}$. **Cayados**.....**Segmentados**.....**Eosinófilos**.....

Linfocitos.....**Monocitos**.....

VCM.....**Plaquetas:** $249 \times 10^3/\mu\text{L}$

Glucemia: 140 mg/ dl

Urea: 36 mg/dl. **Creatinina:** 0,58 mg/dl. **Sodio**.....**Potasio**.....**Cloro**.....

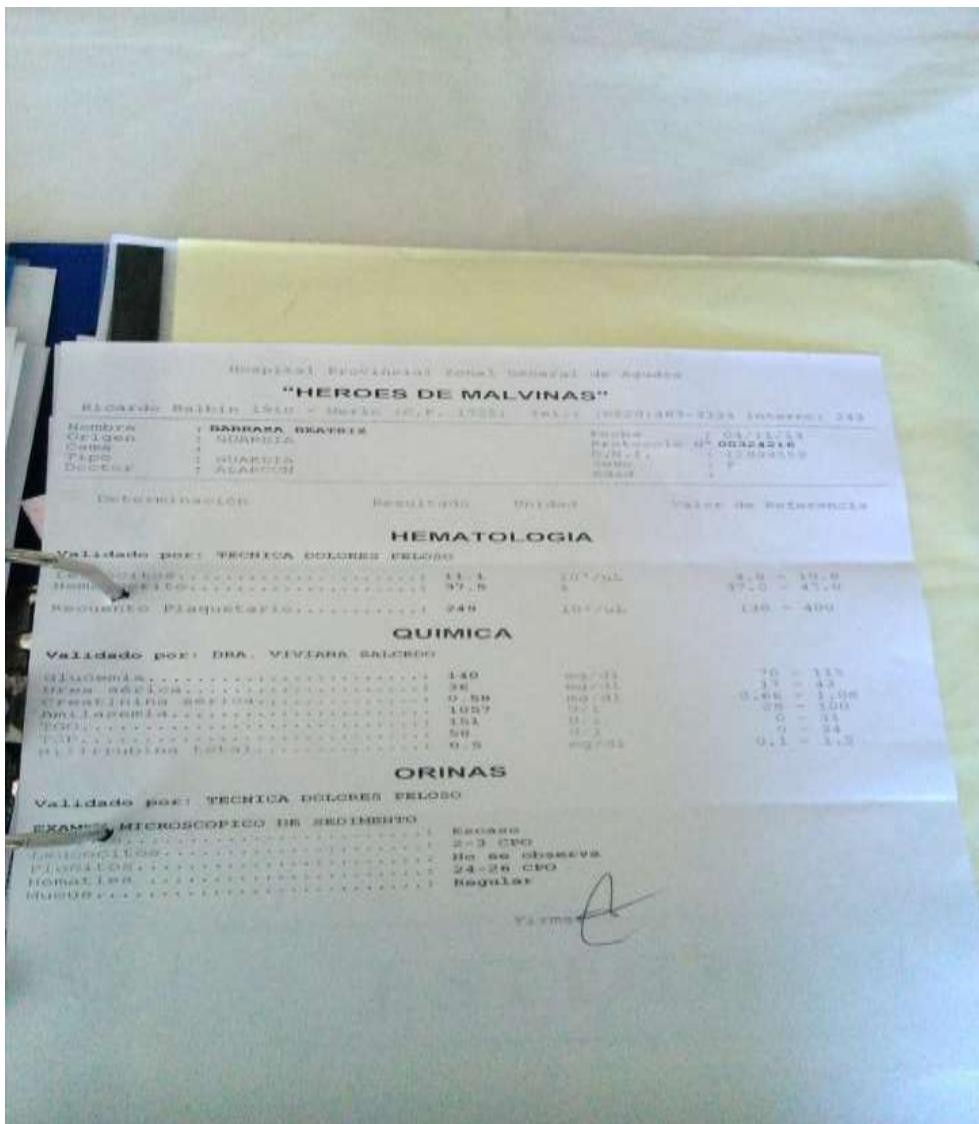
GOT: 151 u/l. **GPT:** 58 u/l. **FAL**..... **Bilirrubina Total:** 0.5 mg/dl.

Coagulograma.....

PH.....**CO2**.....**HCO3**.....**PO2**.....**Sat**.....**GAP**.....**A-a**.....**FIO2**.....

Orina.....
.....

Hemocultivo: - **NO** **Urocultivo:** - **NO** **Otros:**.....



ELECTROCARDIOGRAMA:

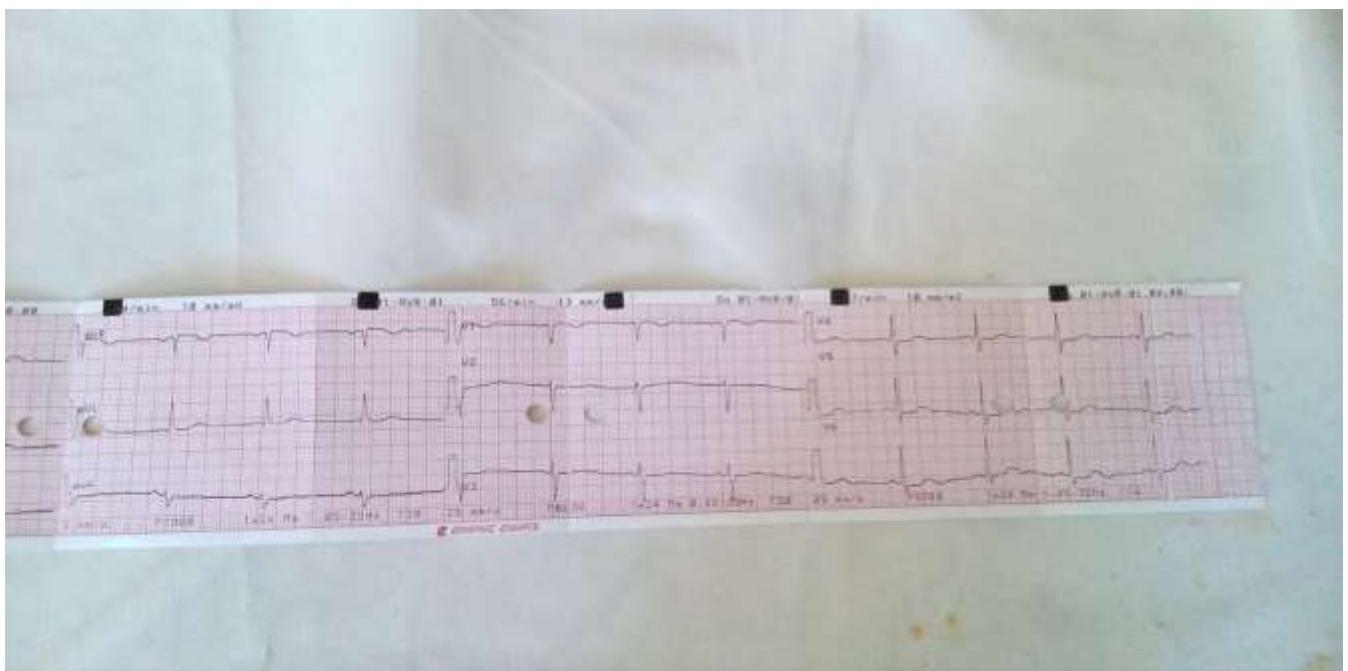
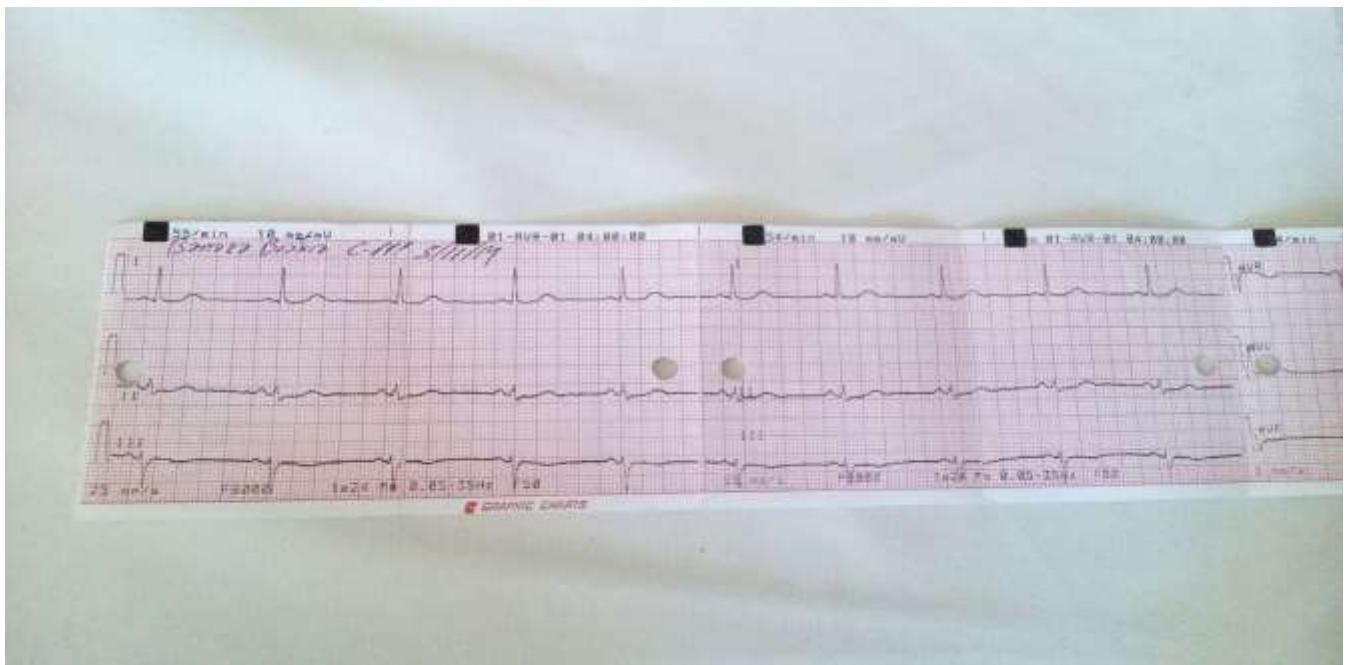
Ritmo: Sinusal FC: 60 lat/min. Eje: normal, 0-90 +. QRS: 0.1 seg.

Onda P: 0.1 seg, 2.0 mm de altura.

Onda T: 3 mm de altura, < a 1/3 de la altura de onda R. ST: isoelectrica.

PR: 0.16 seg. QTc: 0.46 seg

Conclusión: ECG sin valores patológicos.



RADIOGRAFIA DE TORAX:

Partes Blandas: sin particularidad.

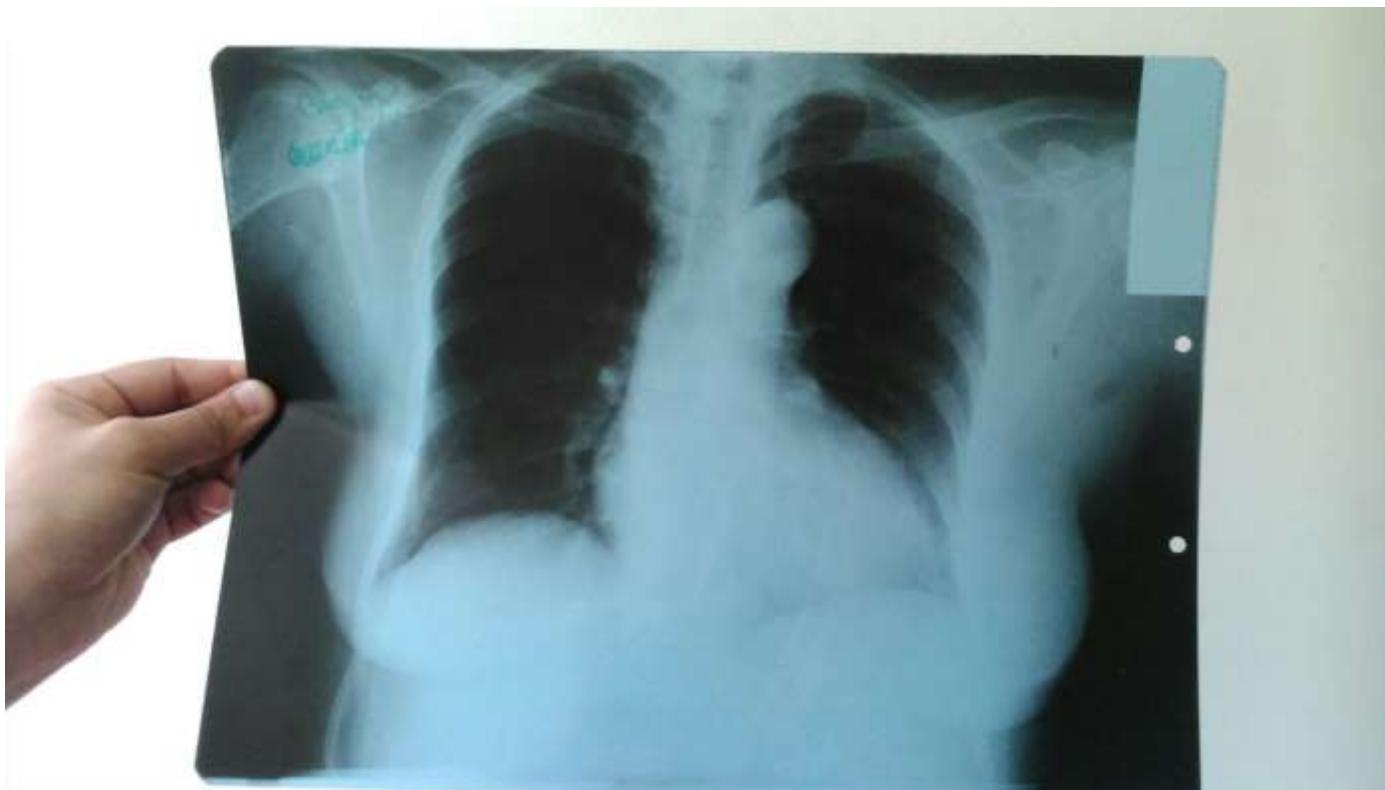
Partes Óseas: sin particularidad.

Campos Pulmonares: sin particularidad.

Silueta cardiovascular: sin particularidad.

Índice cardiotorácico: sin particularidad.

Conclusiones: sin particularidad.



OTROS ESTUDIOS: Realizo una Ecografia abdominal, que consta;

Hígado: con contornos regulares, tamaño normal, ECO genicidad normal, ECO estructural homogéneas.

Vena porta e super hepática: conservados.

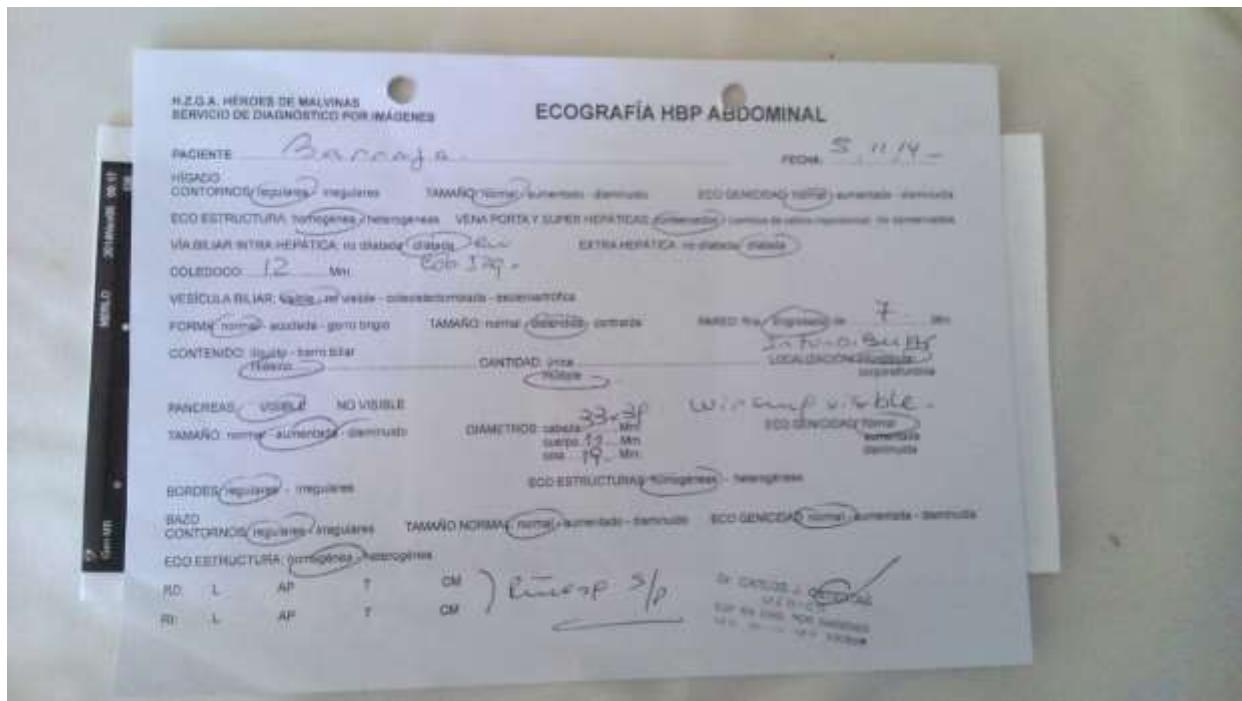
Via biliar: intra hepática(dilatada) ,extra hepática(dilatada).

Colédoco: 12 mm.

Vesícula Biliar: visible, com tamano distendida, pared engrosada 7 mm, a nível infundibiliar,contenido litiasico, con cantidades multiples.

Pancreas: visible, tamaño normal, diámetro de la cabeza(33mm), cuerpo(11mm), cola(19mm), ECO genicidad normal, bordes regulares, ECO estructural: homogéneas.

Bazo: contornos regulares, tamaño norma, ECO genicidad normal, ECO estructural homogéneo.





DIAGNOSTICOS SINDROMATICOS:

1- Pancreatitis Aguda:

- Dolor abdominal que se irradia en forma de cinturón en la espalda.
- Trastornos digestivos (náuseas, vómitos).
- Dolor a la palpación en epigástrico y hipocondrio, signo de Grey- Turner.
- Hepatomegalia.
- Pérdida de peso (asociada a una digestión deficiente).
- Diarrea con presencia de grasa y heces con color arcilla.
- Fiebre y sudoración.
- Llenura abdominal por gases.
- Leve coloración amarillenta de la piel y la esclerótica de los ojos (ictericia).
- Erupción o ulceración (lesión) cutánea.
- Algunos casos pueden tener derrame pleural.

Es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por la necrosis de la glándula por auto digestión ante la activación de sus profermentos, con atrapamiento y descarrilamiento enzimático. Estas anomalías aumentan la permeabilidad vascular y producen edematización de la glándula, y además puede producir extravasación de fluido intravascular rico en proteínas al peritoneo. Las alteraciones iniciales intracelulares es el bloqueo en la secreción enzimática que favorece la colocalización de las proenzimas digestivas con las hidrolasas lisosomales y la activación de aquellas, lo que determina finalmente la destrucción celular. La magnitud del daño pancreático determina la severidad de la enfermedad y también la inducción de las respuestas inflamatorias y endoteliales a nivel local y sistémico. En la Pancreatitis Aguda, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) es frecuente, y probablemente sea mediado por las enzimas pancreáticas y citocinas activadas y liberadas a la circulación desde el páncreas inflamado, no cual esa inflamación genera dolor abdominal en forma hemicítruron.

2- Coletiasis:

- Dolor intenso y repentino en la parte superior derecha de su abdomen.
- Dolor intenso y repentino en el centro de su abdomen, justo debajo del esternón.
- Dolor de espalda entre los omoplatas.
- Dolor en el hombro derecho
- Indigestión, náuseas o vómitos.
- Ictericia.
- Coluria
- Acolia

. La Litiasis biliar se debe a una incapacidad para mantener determinados solutos(fundamentalmente colesterol y sales de calcio) en estado soluble.

La sobresaturación de la báls com bilirrubina no conjugada favorece la formacion de cálculos negros.

La sobresaturación de la báls con colesterol favorece la formacion de cálculos de colesterol.

La infección y la estasis biliar propician los cálculos marrones.

3- Abdômen agudo

- Dolor, inflamación, y/o sensibilidad persistentes o severos en la parte superior, media o inferior del abdômen
- Contractura: contracción involuntaria de los músculos abdominales
- Rigidez: cuando los músculos del abdomen están tensos y rígidos
- Fiebre

*

Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal;

-**Mecánicos:** tracción, distensión y estiramiento sobre vísceras huecas, peritoneo y cápsula vísceras macizas de modo brusco

-**Inflamatorios:** Liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico como infeccioso

-**Isquémicos:** El cese de riego sanguíneo provoca dolor por irritación de determinados metabolitos tisulares.

DIAGNOSTICOS ETIOLOGICOS (POR SINDROME)

1- Pancreatitis Aguda:

- **Litíasis Biliar** (40-50%): los cálculos en la ampolla de Vater obstruyen el conducto pancreático, lo que condiciona que se acumule líquido rico en enzimas.
- **Alcohol:** También producen una obstrucción funcional porque contrae el esfínter en la Ampolla de Vater y aumenta la secreción de proteínas pancreáticas, lo que da origen a tapones de proteínas densas que bloquean los conductos pequeños.
- **Hipertrigliceridemia:** Con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido.

2- Coletiasis:

- Tumores de las vías biliares.
- Síndrome de Alagille.
- Estrechamiento de la vía biliar (estenosis).

-Mecanismos desconocido. (no encontre)

3- Abdômen agudo

- **Apendicitis aguda:** La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción conlleva una acumulación de las secreciones de la mucosa con aumento consecuente de la presión intraluminal. De proceder el cuadro inflamatorio y obstructivo, se comprimen las arterias y venas causando isquemia e invasión bacteriana de la pared del apéndice con necrosis, gangrena y ruptura si no se trata de inmediato .
- **Colecistitis aguda:** La colecistitis aguda puede ser litiasica, cuando se genera por la impactación de un cálculo en algún sitio del sistema de drenaje de bilis (conducto cístico, y conducto hepato-coledoco); y alitiásica cuando la anatopatología no se acompaña de cálculo.
- **Cetoacidosis diabética:** el hígado realiza lipólisis y proteólisis en respuesta a la falta de sustrato para la respiración aeróbica. El alcoholismo prolongado también puede producir cetoacidosis

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES:

1- Pancreatitis Aguda:

- Intra abdominales
 - Colangitis
 - Isquemia / Infarto mesentérico
 - Obstrucción Intestinal
 - Perforación de una víscera hueca
 - Apendicitis
 - Diverticulitis
 - Rotura de quiste ovárico
 - Embarazo ectópico
- Extra abdominales
 - IAM
 - Neumonía con derrame
 - Saturnismo
 - Púrpura de Henoch-Schonlein

2- Coletitiasis:

PATOLOGÍA TUMORAL

- Tumor benigno de vía biliar
- Quiste de colédoco
- Quiste pancreático
- Cáncer de cabeza de páncreas
- Cáncer de vesícula o vía biliar
- Carcinoma de la ampolla de Váter

3- Abdômen agudo:

- Apendicitis aguda.
- Colecistitis aguda
- Úlcera péptica aguda o complicada.
- Enfermedad diverticular complicada.
- Isquemia intestinal aguda por trombosis mesentérica.
- Obstrucción intestinal aguda por briduras postoperatorias, cuerpos extraños, etc.
- Hernia estrangulada.
- Traumatismo abdominal complicado, incluyendo traumatismo renal y traumatismo de vejiga.

PLAN DIAGNOSTICO(La impresión clínica debe complementarse con exámenes de laboratorio y estudios de imagenología)

1- Pancreatitis Aguda:

• **Test de Laboratorio-Enzimas**

- **Hiperamilasemia**

Incremento de amilasa sérica, no solamente corresponde a una pancreatitis aguda; sino también a:

- Aumento de la amilasa sérica salival,
- Aumento de la amilasa sérica por injuria intestinal,
- Aumento de la amilasa sérica por pobre función renal.

Entre el 1 al 23% de pacientes con pancreatitis aguda presentan nivel de amilasa normal, cuyo tiempo de vida es de 10 horas.

- **Lipasa**

Un aumento de la lipasa sérica es más específico pero menos sensible que la medida de la amilasa sérica.

La hiperlipasemia puede ser útil en la diferenciación de pancreatitis de otras causas de hiperamilasemia. Es un test que debe ser hecho tardíamente en el curso de la enfermedad.

• **Radiografia Abdominal**

- En una Rx de abdômen, existe lo que se ha denominado signo de Cutoff, el cual consiste en una abrupta terminación de gas por el colon transverso, cerca de la flexura esplénica; determinación por la dilatación del mesocôlon transverso “atacada por la superficie anterior del pâncreas inflamado”.

Además hay el signo del “asa centinela”, determinado por um asa duodenal anormal dilatada.

Puede haber un halo radiolucente de la margen del riñón izquierdo.

- **La Ultrasonografía**

Determina:

Páncreas grande edematoso y revela un área sonolucente relativa al lugar donde está el edema o pseudoquistes.

Es más sensible que la TAC en identificar la enfermedad litiasica y es usada en la evaluación inicial de pacientes con pancreatitis aguda

- **Tomografía Axial Computarizada (TAC)**

La TAC es el mejor texto no invasivo que determina los cambios morfológicos en la pancreatitis aguda. Estos cambios incluyen ensanchamiento y una imagen no homogénea del páncreas. Cambios en la región peripancreática sugestiva de inflamación y acumulación de líquidos. La TAC mejor estudio para objetivar necrosis pancreáticas.

La inyección rápida de bolos de contraste durante la T.C. (llamada T.C. dinámica) puede establecer la integridad de la microcirculación en el páncreas.

2- Coletiasis:

- **Ecografía:**

Es la exploración radiológica más utilizada de forma preoperatoria para diagnosticar una litiasis biliar: permite valorar la vesícula, el grosor de su pared, su contenido y las vías biliares intra y extrahepática. Es una exploración no invasiva, rápida, barata, fácil de realizar e inocua para el paciente, pues evita la irradiación y los medios de contraste. Por este motivo, debe ser la primera exploración complementaria a realizar ante la sospecha de una coledocolitiasis. La ecografía tiene una fiabilidad del 95% en el estudio de la colelitiasis.

- **Ánalisis de Sangre:**

Los tests de función hepática pueden ser anormales en presencia de coledocolitiasis, por lo que debe realizarse una analítica de forma rutinaria ante cualquier paciente con colelitiasis. La existencia de obstrucción al flujo biliar se refleja en forma de elevación de las denominadas enzimas de colestasis: gamma-glutamyl transpeptidasa (GGT) y fosfatasa alcalina (FA), y con menor frecuencia de la bilirrubina. En casos de colestasis prolongada o colangitis, el daño celular hepático determina una elevación asociada de las transaminasas (AST y ALT).

- **Tomografia Axial Computarizada (TAC)**

Permite identificar la dilatación de la Vía Biliar Principal (VBP) en el 90% de los casos. Su principal indicación es el estudio y diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva para descartar tumoraciones de la cabeza pancreática y de la VBP distal, aunque también es útil en el estudio de la litiasis intrahepática. Las nuevas generaciones de TC helicoidales pueden mejorar el rendimiento de la exploración en el futuro, pero no se considera una prueba de elección en la detección primaria de la coledocolitiasis.

- **Colangioresonancia**

. Se trata de un método no invasivo que permite visualizar la vía biliar con una muy alta sensibilidad y especificidad por lo que sus características la convierten en una prueba ideal. Está limitada en los pacientes obesos y en los portadores de marcapasos, y su sensibilidad disminuye en el estudio de las litiasis de pequeño tamaño. Su elevado precio hace que su disponibilidad sea escasa, por lo que no puede ser considerada actualmente como una técnica de primera elección.

- **Ecoendoscopia**

Consiste en la aplicación de sondas de ecografía de alta frecuencia en el duodeno con la ayuda de un endoscopio, lo que permite evaluar con gran precisión posibles lesiones en la ampolla de Vater, páncreas y colédoco distal.

- **Colangiografía intravenosa**

Se trata de un método sencillo y barato que permite la exploración radiológica de la vía biliar utilizando contrastes intravenosos. No obstante, esta exploración no consigue opacificar el árbol biliar en el 3-10% de los casos y presenta un porcentaje de falsos negativos relativamente importante. A pesar de que los nuevos contrastes han disminuido la incidencia de reacciones adversas, las limitaciones de la técnica (el contraste no se excreta en aquellos pacientes con obstrucción biliar) y la falta de resultados contrastados hacen que no se emplee de forma rutinaria.

3- Abdômen agudo

1- Bioquímica

- - **amilasa (>330 UI)**: alterada procesos abdominales y extraabdominales
- - **CPK**: diagnóstico diferencial con dolores referidos
- - **ionograma**: que han vomitado
- - **gasometría arterial**, obstrucción intestinal, diarrea grave, bili t biliares,etc.
- - **orina**: si sospechamos patología renal o de vías urinarias.
- - **test de embarazo**: en mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de embarazo ectópico .

2- EXAMENES OMPLEMENTARIOS;

- **ECG**- dolor hemiabdomen superior para descartar isquémica cardiaca como causante de dolor referido y como estudio preoperatorio.
- **Exámenes de función hepática**
- **Ultrasonido** : un examen que usa ondas sonoras para examinar el abdomen.
- **Tomografía computarizada** : para tomar imágenes de las estructuras internas del abdomen
- **Imagen de resonancia magnética** : usa ondas magnéticas para tomar imágenes de las estructuras internas del abdômen
- **Radiografía** del riñón, el uréter y la vejiga
- **Radiografía** con bario
- **Angiografía**
- **Cirugía**
- **Endoscopia**: se inserta un tubo delgado

PLAN TERAPEUTICO

FIRMA MEDICO MATRICULA.....

