



ÍLEO PARALÍTICO

Talleres Integrados III

Blanca Andreu Ivorra



MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS

- Varón de 80 años que acude por dolor en cadera derecha y erosión en mano izquierda tras caída al suelo.
- HTA, DM II, DLP, EPOC, no RAM. Independiente ACVD. Ex-fumador. Deambulacion con andador. Aneurisma de aorta torácica. Fractura cadera izq hace 40 años. ACV isquémico hace 6 años.
- IQx: próstata, cataratas, apendicectomía, prótesis cadera izq.



ANAMNESIS II Y EXPLORACIÓN

- Tto habitual: ameride, clopidogrel, metformina, duodart, inaladuo, lormetazepam, sinvastatina, spiriva.

Exploración:

- TA 130/90. Afebril. CyO.
- AC: rítmica, sin soplos. AP:↓ MV.
- Abrasión antebrazo y mano izq
- Actitud MID en rotación externa y acortada.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- AS: Hb 9,3 g/dl, Hcto 29,3%. Creatinina 1,86 mg/l
- Rx tórax: sin hallazgos significativos
- Rx cadera derecha: fractura subcapital fémur derecho
- ECG: sin hallazgos significativos



DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

- Dx: fractura cadera derecha
- Tto: cura local, vacuna antitetánica. Suspender clopidogrel.
- Se propone IQx, retrasada por tto antiagregante

Evolución:

- A los 3 días: 4 episodios de **vómitos oscuros**. **No defecación** desde ingreso.
- IC medicina interna: afebril, abdomen distendido, peristaltismo abolido, timpánico, no doloroso a la palpación. Se solicita radiografía de abdomen.





JUICIO CLÍNICO

- En la radiografía de abdomen se aprecia una **dilatación** importante de la **cámara gástrica**.
- Juicio clínico: **ÍLEO PARALÍTICO**.

