



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA



URGENCIAS.

Dr. Suarez Martínez Romeo

TEMA:

MAPAS CONCEPTUALES TERCERA UNIDAD



PRESENTA:

LÓPEZ HERNANDEZ SANDIBEL

OCTAVO SEMESTRE, GRUPO UNICO.

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 14 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Tabla de contenido

HEMORRAGIA E UBO DIGESTIVO ALTO Y BAJ	3
APENDICITIS	4
OCLUSION INTESTINAS.....	5
ILEO	6
PERFORACIÓN INTESTINAL.....	7
HERNIAS COMPLICADAS.....	8
TROMBOSIS MESENERICA	9
BIBLIOGRAFIA.....	10

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

es toda pérdida de sangre que proceda del aparato digestivo.

SANGRADO DE TUBO ALTO

hasta el ángulo de Treitz

FORMAS DE PRESENTACION

Melenas: heces negras, brillantes, pastosas, pegajosas, malolientes, como "petróleo"

Hematemesis: vómito de sangre fresca o restos hemáticos digeridos (posos de café).

Hematoquecia: heces sanguinolentas

CAUSAS

Úlcus gastroduodenal 30-70%

Varices esofágicas 12-30%

Síntomas de hipovolemia

mareo, hipotensión ortostática, palidez, disnea, angor, síncope

MANEJO EN URGENCIAS DE LA HDA

Valoración del estado hemodinámico.

Comprobar sangrado digestivo

Tratamiento de urgencia y valoración de ingreso.

Coger una o dos vías venosas periféricas

en caso de HDA grave

Canalizar DOS VÍAS VENOSAS periféricas de grueso calibre.

CLASIFICACION

Sistemático de sangre: signos vitales

VCM bajo indica pérdidas crónicas

Estudio de coagulación

ECG y CPK:

ENDOSCOPIA ORAL

antes de las 6 horas siguientes a su llegada a urgencias

TAS > 100, FC < 100 500 - 1.250 ml (10 - 25%)
Friedad ligera de piel
Test de ortostatismo (-)

TAS < 100, FC 100 - 120 1.250 - 1.750 ml (25 - 35%)
Pulso débil, sudor, palidez
Test de ortostatismo (+)

TAS < 80, FC > 120, Shock > 1.750 ml (> 35%)

Inactiva III Lesión limpia sin estigmas < 5%

Asintomático 500 ml (10%)

LEVE

MODERADA

MASIVA

GRAVE

Clasificación de Forrest

Activa: Ia Sangrado a chorro 55-80%
Ib Sangrado babeante

Reciente: IIa Vaso visible no sangrante 35-55%
IIb Coágulo rojo no adherido 15-30%
IIc Fondo ulceroso pigmentado 5-10%

TAS < 80, FC > 120, Shock > 1.750 ml (> 35%)

Inactiva III Lesión limpia sin estigmas < 5%

Tratamiento de urgencia:

Reposo absoluto.

Dieta absoluta

Antieméticos: metoclopramida 1 ampolla

Antiácidos:

SNG. Sólo en aspiración continua

Suero terapia según edad

SOMATOSTATINA (viales de 0.25 y 3 mg)

Bolus: 0.25 mg (250 microgramos) cada 15 minutos (3 bolus)

DESCARTAR POSIBLE ORIGEN ALTO DE LA HEMORRAGIA

Una adecuada anamnesis junto a la edad del paciente

pruebas complementarias como radiografía de abdomen o TAC abdominal dependiendo de la sospecha clínica

elección para el diagnóstico de HDB,

SANGRADO DE TUBO BAJO

origen en el tracto digestivo distal al ángulo de Treitz.

palidez, sudoración, obnubilación

CLASIFICACION

Divertículos de colon 17-40%
- Angiodisplasia y otras lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, varices) 6-30%

MANEJO DEL PACIENTE

ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

hemograma, estudio de coagulación, glucosa, iones, creatinina y urea

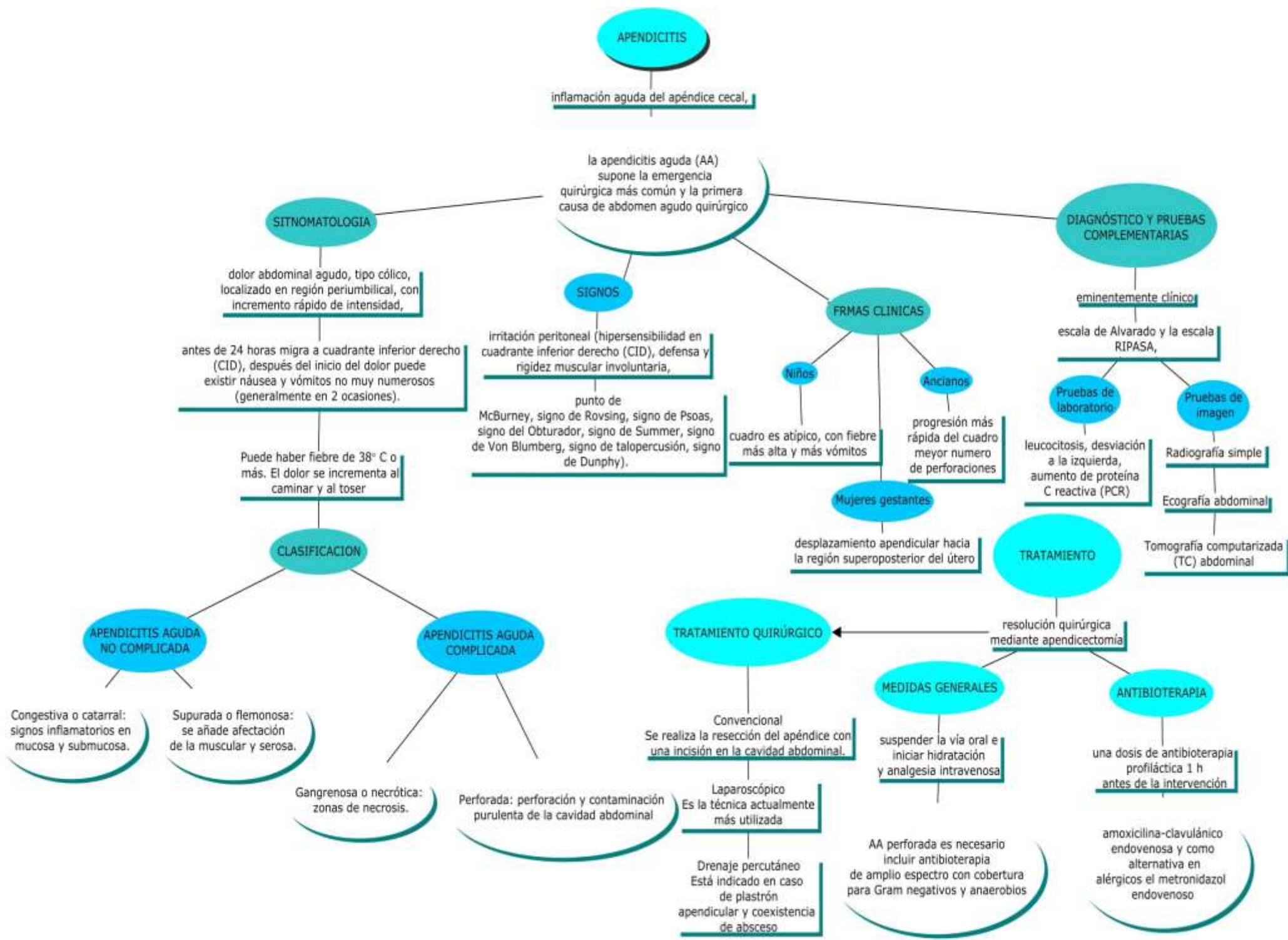
REALIZAR SNG

ASPIRADO CLARO CON BILIS

ASPIRADO HEMÁTICO ASPIRADO CLARO SIN BILIS

COLONOSCOPIA

elección para el diagnóstico de HDB,



APENDICITIS

inflamación aguda del apéndice cecal,

la apendicitis aguda (AA) supone la emergencia quirúrgica más común y la primera causa de abdomen agudo quirúrgico

SITNOMATOLOGIA

dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad,

antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones).

Puede haber fiebre de 38° C o más. El dolor se incrementa al caminar y al toser

SIGNOS

irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), defensa y rigidez muscular involuntaria,

punto de McBurney, signo de Rovsing, signo de Psoas, signo del Obturador, signo de Summer, signo de Von Blumberg, signo de talopercusión, signo de Dunphy).

FORMAS CLINICAS

Niños

cuadro es atípico, con fiebre más alta y más vómitos

Ancianos

progresión más rápida del cuadro, mayor número de perforaciones

Mujeres gestantes

desplazamiento apendicular hacia la región superoposterior del útero

DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

eminentemente clínico

escala de Alvarado y la escala RIPASA,

Pruebas de laboratorio

leucocitosis, desviación a la izquierda, aumento de proteína C reactiva (PCR)

Pruebas de imagen

Radiografía simple

Ecografía abdominal

Tomografía computarizada (TC) abdominal

TRATAMIENTO

resolución quirúrgica mediante apendicectomía

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Convencional
Se realiza la resección del apéndice con una incisión en la cavidad abdominal.

Laparoscópico
Es la técnica actualmente más utilizada

Drenaje percutáneo
Está indicado en caso de plastrón apendicular y coexistencia de absceso

MEDIDAS GENERALES

suspender la vía oral e iniciar hidratación y analgesia intravenosa

AA perforada es necesario incluir antibioterapia de amplio espectro con cobertura para Gram negativos y anaerobios

ANTIBIOTERAPIA

una dosis de antibioterapia profiláctica 1 h antes de la intervención

amoxicilina-clavulánico endovenoso y como alternativa en alérgicos el metronidazol endovenoso

CLASIFICACION

APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA

Congestiva o catarral: signos inflamatorios en mucosa y submucosa.

Supurada o flemosa: se añade afectación de la muscular y serosa.

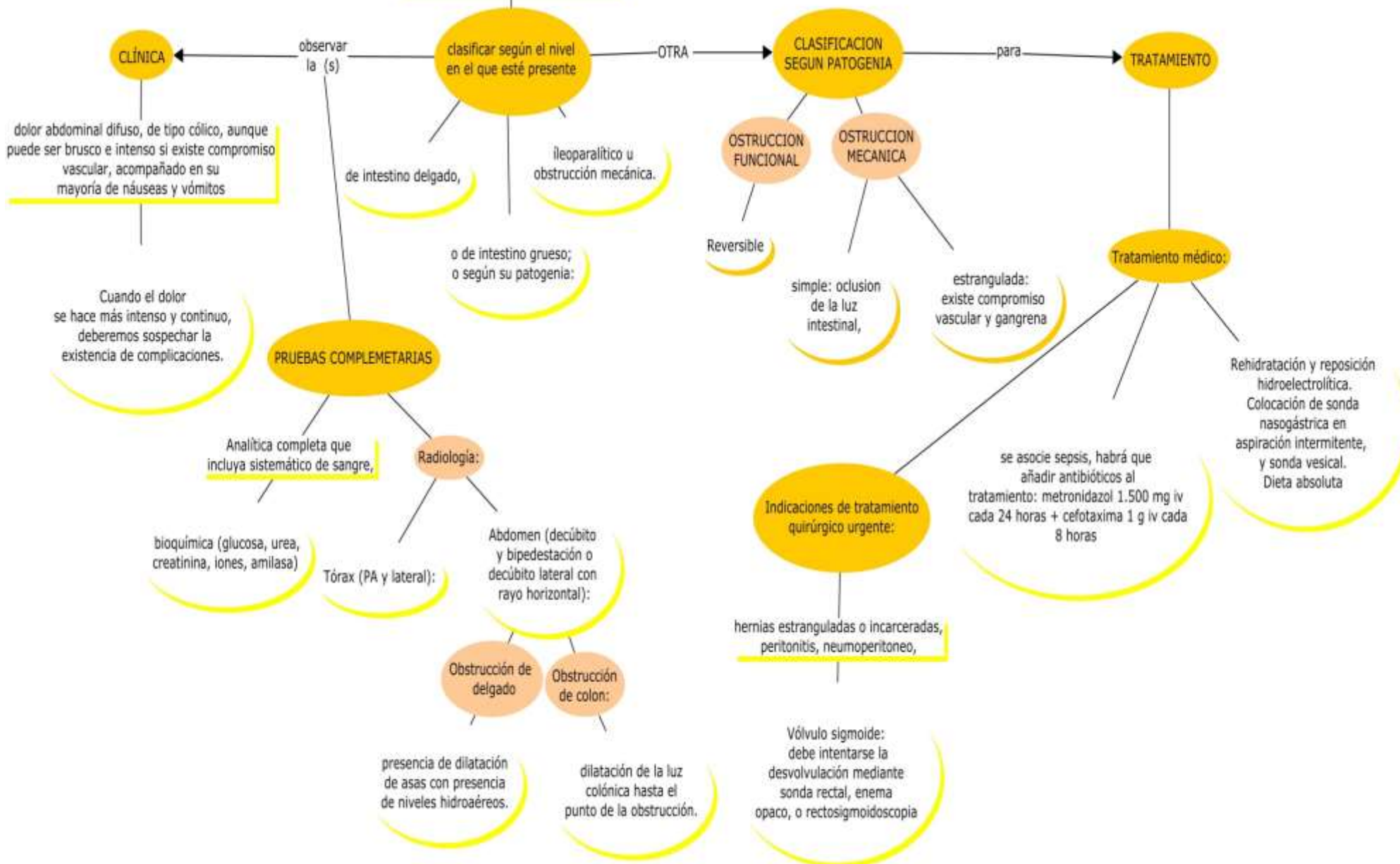
APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

Gangrenosa o necrótica: zonas de necrosis.

Perforada: perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal

OCLUSION INTESTINAL

oclusión total o parcial de la luz intestinal que impide el tránsito normal a través del mismo. Cuando no sea completa o persistente hablaremos de suboclusión intestinal.



CLÍNICA

dolor abdominal difuso, de tipo cólico, aunque puede ser brusco e intenso si existe compromiso vascular, acompañado en su mayoría de náuseas y vómitos

Cuando el dolor se hace más intenso y continuo, deberemos sospechar la existencia de complicaciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica completa que incluya sistemático de sangre,

bioquímica (glucosa, urea, creatinina, iones, amilasa)

Radiología:

Tórax (PA y lateral):

Abdomen (decúbito y bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal):

Obstrucción de delgado

Obstrucción de colon:

presencia de dilatación de asas con presencia de niveles hidroaéreos.

dilatación de la luz colónica hasta el punto de la obstrucción.

CLASIFICACION SEGUN PATOGENIA

OSTRUCION FUNCIONAL

Reversible

OSTRUCION MECANICA

simple: oclusion de la luz intestinal,

estrangulada: existe compromiso vascular y gangrena

TRATAMIENTO

Tratamiento médico:

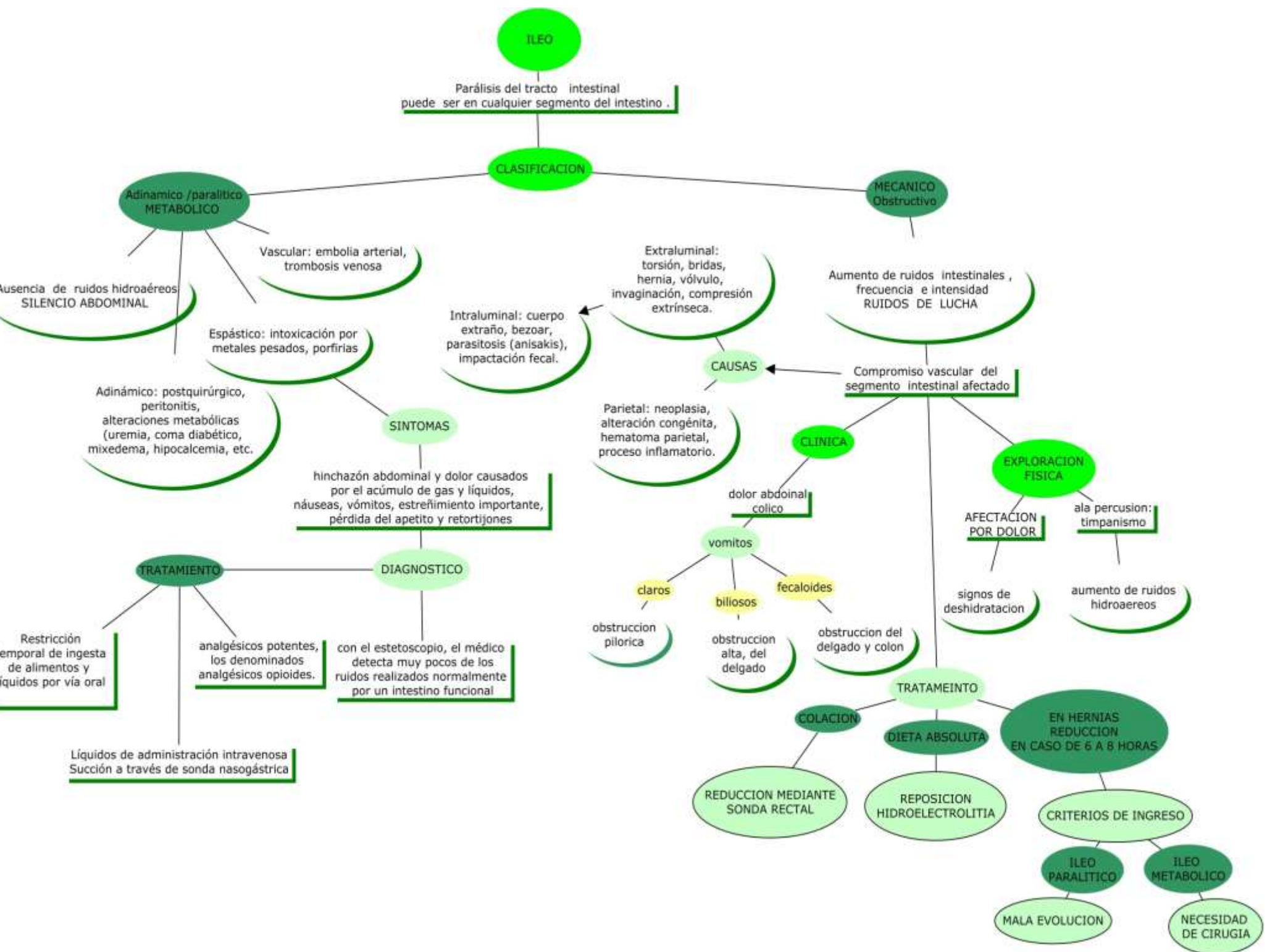
Rehidratación y reposición hidroelectrolítica. Colocación de sonda nasogástrica en aspiración intermitente, y sonda vesical. Dieta absoluta

se asocie sepsis, habrá que añadir antibióticos al tratamiento: metronidazol 1.500 mg iv cada 24 horas + cefotaxima 1 g iv cada 8 horas

Indicaciones de tratamiento quirúrgico urgente:

hernias estranguladas o incarceradas, peritonitis, neumoperitoneo,

Vólvulo sigmoide: debe intentarse la desvolvulación mediante sonda rectal, enema opaco, o rectosigmoidoscopia



PERFORACION INTESTINAL

La perforación no traumática del tubo digestivo es rara cuando su pared es normal

PERFORACION ESOFAGICA

TIPOS

- Iatrogénica:
 - Espontánea o postemética
- Ingestión de cuerpo extraño
 - Posttraumática:

CLINICA

- dolor lancinante o urente subesternal bajo, pudiendo irradiar a cuello, dorso y hombro izquierdo
- taquipnea, disnea y dolor pleurítico
- diáfóresis, fiebre, taquicardia e hipotensión
- enfisema subcutáneo. Hipoventilación del pulmón izquierdo y datos de derrame pleural a la auscultación

En la lesión iatrogénica

- dolor intenso, fiebre y poco después del procedimiento
- enfisema subcutáneo
- dolor a la palpación
- disfagia y la odinofagia aparecen con más frecuencia en las primeras 24-48 horas.

DIAGNÓSTICO

- radiografía de tórax:
 - enfisema mediastínico y derrame pleural izquierdo, con o sin neumotórax

TRATAMIENTO:

- Reposición del equilibrio hidroelectrolítico si fuera necesario.
- Ingreso urgente y exploración quirúrgica

PERFORACION DE INTESTINO DELGADO

Pacientes con patología subyacente: pacientes con isquemia crónica o enteritis bacteriana, enfermedad de Crohn, diverticulitis yeyunal o ileal,

Traumatismos abdominales, las más frecuentes

PERFORACION DE LA VESICULA BILIAR

La obstrucción de los conductos cístico o colédoco por cálculos y la posterior distensión de la vesícula biliar, produce una disminución del riego sanguíneo, necrosis y perforación de su pared

PERFORACION DE INTESTINO GRUESO

La apendicitis y la diverticulitis perforada son las dos causas más frecuentes.

CLINICA

- DOLOR ABDOMINAL.** Su intensidad, localización y carácter repentino
- HIPOVOLEMIA Y SEPSIS.** Fiebre, taquicardia, oliguria.
- Dolor intenso a la palpación y sensibilidad de rebote en el área de la perforación. Vientre en tabla, si progresa

TRATAMIENTO

- FLUIDOTERAPIA INTENSIVA.
- SONDA NASOGÁSTRICA.
- ANTIBIOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO POR VÍA INTRAVENOSA
 - Piperacilina-tazobactam: 4/0.5 g iv/6 h, durante 5 días o ertapenem 1 g/24 h iv.
 - Si alergia se cambiará por: metronidazol 1.500 mg iv/24 h + gentamicina 5 mg/kg de peso iv/24 h o tigeciclina 100 mg iv seguido de 50 mg/12 h.

PERFORACION GASTRODUODENAL

zona más frecuente de perforación de todo el tracto gastrointestinal, y sobre todo el duodeno

CAUSAS

úlcer péptico, siendo más frecuente en hombres

La zona más frecuente de perforación es la cara anterior

Si la perforación ocurre en la cara posterior, dependiendo del lugar pueden penetrar en: retroperitoneo (produciendo un absceso), páncreas (dando lugar a úlceras penetradas).

CLINICA

dolor súbito, intenso, grave en región epigástrica, que paulatinamente se extiende a todo el abdomen

dolor abdominal generalizado, de predominio en hemiabdomen superior.

defensa muscular involuntaria importante y signos de irritación peritoneal (inmóvil, acostado, rodillas flexionadas y respiración superficial).

DIAGNÓSTICO

La radiografía abdominal revela neumoperitoneo

realizar en decúbito supino, bipedestación y decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal.

TRATAMIENTO: es quirúrgico

PROFILAXIS

- ertapenem 1 g/24 h iv. 2. cefotaxima 1 g iv/8 h o ceftriaxona 1 g iv/12-24 h (uno de los dos) + metronidazol 1.500 mg iv/24 h o gentamicina 5 mg/kg de peso iv/24 h + metronidazol 1.500 mg iv/24 h.

HERNIAS COMPLICADAS

protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal, que son las denominadas zonas débiles de la pared y que pueden ser congénitos o adquiridos

CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS ABDOMINALES

SEGUN SU LOCALIZACION

H. inguinales

- H.I indirectas o laterales:

H.I directas o mediales:

cuando el contenido protuye medial a los vasos epigástricos, a nivel del Triángulo de Hesselbach.

H. de Spiegel o anterolaterales: a través de la línea entre el borde externo del recto anterior del abdomen y la inserción aponeurótica del oblicuo externo, oblicuo interno y transversos.

H. epigástricas: en la línea media a través de la línea alba, desde la apófisis xifoides al ombligo.

H. incisionales o eventraciones: son las que se producen por dehiscencia de suturas o debilidad en la pared tras una cirugía abdominal. Serían las segundas más frecuentes.

H. crurales: son más frecuentes en mujeres. Por debajo del ligamento inguinal, por el anillo crural o femoral, en el Triángulo de Scarpa. Como este anillo es muy rígido, son las que más frecuentemente se complican.

POR LA CLINICA

H. encarceradas: son todas las hernias que no pueden ser reducidas.

H. "con pérdida de derecho a domicilio": el contenido no puede ser reintroducido, debido a su gran tamaño o al desarrollo de adherencias.

H. reductibles: se reintroducen con facilidad en la cavidad. Son blandas, depresibles, que aparecen con la tos, los esfuerzos, las maniobras de Valsalva

H. estrangulada: son tumoraciones duras, irreductibles y muy dolorosas. Se acompañan de riesgo de necrosis del contenido herniario por compromiso vascular.

DIAGNÓSTICO

realizar una buena historia clínica, detallada y haciendo hincapié en el tiempo de aparición de la hernia

CLINICA

tumoración. En otras ocasiones puede producir dolor.

exploración abdominal

TRATAMIENTO

reducción se realiza con el paciente en decúbito supino, lo más relajado posible, iniciándose una maniobra suave, lenta y moderada

NUNCA DEBE REALIZARSE ESTA MANIOBRA EN LAS HERNIAS CRURALES

Si se consigue reducir y las pruebas complementarias son normales: alta

Si no se consigue reducir, se reduce parcialmente, o existen datos clínicos de estrangulación o sufrimiento; valoración quirúrgica

terminará dándonos la certeza sobre la hernia y/o sus complicaciones).

descartar la estrangulación herniaria, que nos puede llevar a la necrosis, gangrena y posterior perforación del elemento constituyente de la hernia.

síntomas de la estrangulación son: tumoración dura, dolorosa, aumentada de tamaño, empastamiento de la piel, equimosis, flemón e incluso fistulización en estadios avanzados

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS general, sistemático de sangre, estudio de coagulación, radiografía de tórax y abdomen simple y en bipedestación o en decúbito lateral y ECG)

TROMBOSIS MESENTERICA

squemia mesentérica aguda (IMA) se define como la lesión originada a nivel intestinal y visceral a consecuencia de una hipoperfusión súbita a nivel local o sistémico

El compromiso intestinal se inicia cuando la circulación se reduce en al menos el 50 %, siendo capaz de compensar reducciones del 75 % durante las primeras 12 h gracias a la circulación colateral y a fenómenos de vasodilatación

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

IMA (25 % de los casos), isquemia mesentérica crónica (angina intestinal) y colitis isquémica (CI) (forma más frecuente, 70 %).

ISQUEMIA MESENTERICA AGUDA

CAUSAS

edad avanzada, aterosclerosis, estados de bajo gasto, fibrilación auricular, enfermedad valvular cardíaca

Isquemia mesentérica aguda por embolia arterial

afectando por tanto a la práctica totalidad del intestino delgado, exceptuando el yeyuno proximal, que depende de las arterias pancreaticoduodenales

Isquemia mesentérica aguda por isquemia mesentérica no oclusiva

Isquemia mesentérica aguda por trombosis arterial

en pacientes con enfermedad aterosclerótica avanzada o en pacientes con trauma o infección intraabdominal

Isquemia mesentérica aguda por trombosis mesentérica venosa

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

dolor abdominal es el síntoma principal

predominio periumbilical, súbito en las embolias y en las trombosis arteriales

náuseas (90 %), vómitos (80 %), diarrea (48 %) rectorragia en algunas ocasiones.

estados de bajo gasto)

TRATAMIENTO

reinstaurar el flujo sanguíneo lo antes posible

reposición de volumen con cristaloides y corrección de las alteraciones iónicas y la acidosis metabólica.

oxigenoterapia, nutrición parenteral, monitorización, sondaje vesical y sondaje nasogástrico

Antibióterapia De amplio espectro para evitar translocación bacteriana

Anticoagulación Se hace con heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante 7-10 días, comenzando a las 48 h de la cirugía.

DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio

Hemograma (leucocitosis, hematócrito elevado), coagulación, gasometría venosa (acidosis metabólica), bioquímica

Tomografía computarizada abdominal

Es la prueba de elección. Debe realizarse sin contraste oral ya que artefacta la permeabilidad vascular.

Radiografía de abdomen

puede mostrar dilatación de asas, edema de pared

Angiografía mesentérica

Se usa en caso de dudas diagnósticas o sospecha de isquemia aguda no oclusiva

BIBLIOGRAFIA

- 1. Carlos Bibiano guillen, 2018, MANUAL DE URGENCIAS. tercera generación, SANED**
- 2. Agustín Julián Jiménez, 2010, Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS Tercera Edición**
- 3. M. J. Vásquez lima, 2008, guía de actuación en urgencias.**
- 4. Braunwald E. Unstable angina. A classification. Circulation. 1989 Aug;80(2):410-4.**
- 5. Hamm CW, Braunwald E. A classification of unstable angina revisited. Circulation. 2000 Jul 4;102(1):118-22.**