



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

URGENCIAS MEDICAS

MAPA CONCEPTUALES DE URGENCIAS DIGESTIVAS

DR. SUAREZ MARTINEZ ROMEO

PRESENTA: MARTÍN PÉREZ DURÁN

GRADO: 8

GRUPO: ``A``

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS A 13 DE NOVIEMBRE DEL 2020

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

Hemorragia digestiva (HD) es toda pérdida de sangre que proceda del aparato digestivo.

Es una enfermedad muy frecuente en Urgencias, cuya mortalidad oscila entre 5-10%, dependiendo de la comorbilidad, edad, cantidad del sangrado y etiología.

Según su localización se encuentra por encima del ángulo de Treitz (esófago, estómago, duodeno).

Causas

- Úlcus gastroduodenal 30-70%.
- Tumores gástricos/esofágicos.
- Varices esofágicos 12-30%.
- Lesiones agudas la mucosa gástrica 10-15%.
- Causas vasculares: Dieulafoy 0.6%, Rendu Osler 0.9%.
- Sx de Mallory Weiss 5-8%.
- Esofagitis péptica 4%.
- Prótesis vasculares aórticas 4%.
- Hernia de hiato.
- Aneurismas aórticas con fístulas.
- Coagulopatias.
- Fistula aorto-entéricas.

Formas de presentación

Hematemesis: vómito de sangre fresca o restos hemáticos digeridos (posos de café). Sugiere HDA, pero hay que descartar origen respiratorio (hemoptisis) u ORL tratándose de sangre deglutida.

Hematoquecia: heces sanguinolentas. Sugiere HDB o HDA con tránsito rápido, en este caso hay que tener especial cuidado porque puede indicar pérdida importante de sangre de más de 1 litro en menos de 1 hora.

Rectorragia: sangre roja por el ano. Indica HDB, principalmente de recto y colon, sin descartar que pueda provenir de tramos más proximales si el sangrado es intenso y tránsito muy rápido.

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

Sugiere HDA o HDB con tránsito lento, pues para que se produzcan la sangre debe haber permanecido al menos 8 horas en el tubo digestivo.

Historia clínica

Antecedentes personales:

Historia de dispepsia ulcerosa, reflujo, úlcera o HDA previa, etc.

Historia actual:

Características del sangrado, tiempo transcurrido, síntomas desencadenantes (vómitos, estrés, etc.) y acompañantes (disfagia, dolor, pirosis, acidez, cambios en el ritmo intestinal, síndrome constitucional o síntomas de hipovolemia).

Exploración:

-Debemos prestar atención a las cifras de TA, FC, FR, T^a, SatO₂, nivel de consciencia, signos de deshidratación, palidez mucocutánea e hipoperfusión periférica.

- Abdomen suele ser blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Descartaremos masas y visceromegalias. Los ruidos hidroaéreos suelen estar aumentados.

-Tacto rectal: valoraremos la existencia de melenas, hematoquecia, hemorroides y masas. Si es negativo no descarta hemorragia, ya que puede haber comenzado recientemente.

Diagnóstico

-- Sistemático de sangre: la Hb y el Htco orientan sobre el volumen de pérdidas.

- Estudio de coagulación: para descartar coagulopatias.

- Iones: el sodio y el potasio pueden aumentar por deshidratación.

-Urea.

- ECG y CPK: para descartar cardiopatía isquémica.

-Radiografía de tórax y abdomen: para descartar perforación (neumoperitoneo).

-Endoscopia oral.

-Arteriografía.

-Laparotomía.

Tratamiento

-Reposo absoluto.

-Dieta absoluta salvo medicación hasta transcurridas 24 horas libres de hemorragia.

-Control de deposiciones, diuresis y constantes. Sonda urinaria si existe inestabilidad hemodinámica o mala recogida de la orina.

-Sueroterapia según edad, superficie corporal, enfermedades de base y estado del paciente (2.500 - 3.000 ml), alternando suero glucosado al 5% y suero salino fisiológico al 0.9% con un promedio en suplementos de 60 mEq totales de ClK, si los niveles de potasio son normales.

-Antieméticos: metoclopramida 1 ampolla (100 mg) i.v/ 8 h.

-Antiácidos: (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol. a dosis altas durante un periodo de 72 horas-

- Somatostatina (viales de 0.25 y 3 mg), Bolos: 0.25 mg (250 microgramos) cada 15 minutos (3 bolos) al inicio del tratamiento

-Terlipresina, en bolos de 2 mg/4 horas.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir entre el intestino delgado y el ano

Resultando en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea.

Factores de riesgo

La edad media de presentación es alrededor de los 65 años, con una tasa de mortalidad entre el 2 y 4%.

Su prevalencia aumenta desde los 20 y hasta los 80 años, asociado con un aumento paralelo de las causas asociadas como diverticulosis y angiodisplasias.

Etiología

- Diverticulosis.
- Angiodisplasias.
- Neoplasias.
- Lesiones perianales: hemorragia, fisuras o fistulas.
- Divertículo de Meckel.
- Colitis: infecciosa o no infecciosa.

Manifestaciones clínicas

- Fisuras perianales: Su manifestación es dolor, comezón y retorragia.
- Divertículo de Meckel: Puede ocasionar obstrucción, inflamación abdominal y peritonitis.
- Colitis: Se asocia con dolor abdominal de tipo cólico, y diarrea de característica sanguinolenta.

Característica de la hemorragia

- Sangre de color rojo vivo, que recubre las heces o aparece tras la defecación de heces de aspecto normal, al final de la deposición, como goteo o como mancha en el papel higiénico al limpiarse: sugiere origen anorrectal.
- Sangre de color rojo oscuro o granate, mezclada con las heces o como único componente de la defecación: indica origen no hemorroidal.
- Heces negras, alquitranadas (melenas): sugieren HDA, pero pueden ser la forma de presentación de una hemorragia originada en intestino delgado o colon derecho.

Pruebas complementarias

- Biometría hemática.
- Colonoscopia.
- Glóbulos rojos marcados con TC99.
- Angiografía.
- Tomografía.
- Radiografía de abdomen.

Diagnóstico

- Debe realizarse una historia clínica completa incluyendo hábitos intestinales, alimenticios, inicio y evolución del padecimiento.
- Exploración física: se debe evaluar los siguientes parámetros:
 - Estado general del paciente.
 - Color y temperatura de la piel.
 - Abdomen: buscar masas abdominales, descartar la presencia de ascitis, determinar dolor en alguna región específica, tamaño del hígado, cicatrices.
 - Inspección anal: lesiones perianales, fístulas, abscesos, hemorroides externos y/o procesos prolapsantes a través del canal anal.
- Tacto rectal: valorar sangrado activo o presencia de masas.

Tratamiento

- 1.-Estabilizar hemodinámicamente del paciente y valoración de la gravedad del sangrado:
 - Reposición de la volemia. Se utilizarán cristaloides (suero fisiológico). Se recomienda la administración de un bolo inicial de 1.000 a 2.000 ml en presencia de signos de hipovolemia.
 - Extracción de sangre para pruebas cruzadas y analítica: (hemograma, estudio de coagulación, glucosa, iones, creatinina y urea).
 - Monitorización de TA, FC, FR, Temp, perfusión periférica y diuresis.
- 2.-Descartar posible origen de la hemorragia.
- 3.-Anamnesis y exploración física tras la estabilización.
- 4.-Estrategia diagnóstica-terapéutica.

APENDICITIS

Inflamación del apéndice cecal, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, generando un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado a poca elasticidad de la serosa.

Supone aproximadamente el 28% del total de las infecciones intraabdominales atendidas en el servicio de urgencias hospitalarias.

Etiología

- Obstrucción de la luz apendicular.
- Dieta pobre en fibra.
- Hipertrofia de tejido linfoide.
- Semillas de verduras y frutas.
- Estenosis o Tumores apendiculares.
- Cuerpos extraños.

Manifestaciones clínicas

- Triada de Murphy: Dolor abdominal, náuseas vómitos o anorexia y fiebre.
- Dolor abdominal agudo tipo cólico en región periumbilical.
- Aumento de intensidad del dolor antes de 24 horas.
- Migración del dolor a CID.
- Náuseas y vómitos.
- Fiebre de 38°C 4-8.
- Dolor al caminar y toser.
- irritación peritoneal.

Formas clínicas alternativas:

- Dolor abdominal.
- Diarrea (escasas/semilíquidas).
- Deshidratación.
- Taquipnea.
- Taquicardia.
- Parálisis intestinal.
- Meteorismo.
- Distensión abdominal.

Diagnóstico

- El diagnóstico es inminentemente clínico.
- La precisión de la evaluación clínica también depende de la experiencia del examinador, es por ello que se ha dado lugar al desarrollo de sistemas de puntuación clínica como la escala de Alvarado.
- Los siguientes signos clínicos ayudan a diagnosticar apendicitis aguda:
 - Signo de McBurney.
 - Signo de Aaron.
 - Signo de Bloomer.
 - Signo de psoaps.
 - Signo de Dunphy.
 - Signo de rovsing.
 - Signo del obturador
 - Signo de Brittain
 - Signo de Chutro
 - Signo de Horn
 - Signo de Jacob
 - Signo de Mastín

Pruebas complementarias

- Biometría hemática.
- EGO.
- Enema de bario.
- Ecografía.
- Rx simple de abdomen.
- TAC.
- Laparoscopia.

Tratamiento

Medidas generales:

- Suspender la vía oral.
- Iniciar hidratación.
- Iniciar analgesia intravenosa.
- Administrar antieméticos si el paciente presenta nauseas o vómitos.

- Antibióticos que cubra microorganismos Gram negativos y anaerobios:
- Clindamicina 600mg y amikacina 1gr.
- Metronidazol 500mg y gentamicina 80mg.
- Monoterapia con sulbactam-ampicilina 3gr.
- Cefoxin 1gr u otros de acuerdo a la sensibilidad de la flora en cada hospital.

Tratamiento quirúrgico

- Convencional.
- Laparoscópico.
- Drenaje percutáneo.

OCCLUSIÓN 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.

Según localización:

- Obstrucción de intestino delgado.
- Obstrucción de intestino grueso.

Según la patogenia:

- Obstrucción funcional (Íleo paralítico).
- Obstrucción mecánica (íleo mecánico): simple o estrangulada.

Etiología

- Adherencias o bridas por intervenciones quirúrgicas previas.
- Hernias.
- Tumores intestinales (cáncer colorrectales).
- Diverticulitis.

Cuadro clínico

- Episodios de dolor abdominal acompañado de náuseas, vómitos, distensión abdominal y cierre intestinal.
- Dolor habitualmente es de tipo cólico (crisis cada 4-5 min).
- Sensación de distensión abdominal.
- Taquicardia, hipotensión, sequedad de piel y mucosas.

Pruebas complementarias

- Hemograma.
- Bioquímica.
- Coagulación.
- Gasometría.
- Función renal.
- Rx de Tòrax: PA y lateral.
- RX de Abdomen: decúbito y bipedestación.
- Ecografía abdominal.
- Colonoscopia.
- TAC.

Exploración

- Facies no impresionada de gran dolor excepto en (trombosis mesentérica).
- Datos cutáneos que orientan etiología: eritema nodoso, signo de Cullen o Grey-Turner, eritema en alas de mariposa, acantosis nigricans.

--**Inspección:** distensión abdominal franca.

--**Palpación:** dolor difuso sin signos de irritación peritoneal (salvo causa quirúrgicas).

--**Percusión:** timpanismo.

--**Auscultación:** disminución o ausencia de ruidos intestinales a la auscultación abdominal.

--**Tacto rectal:** normal.

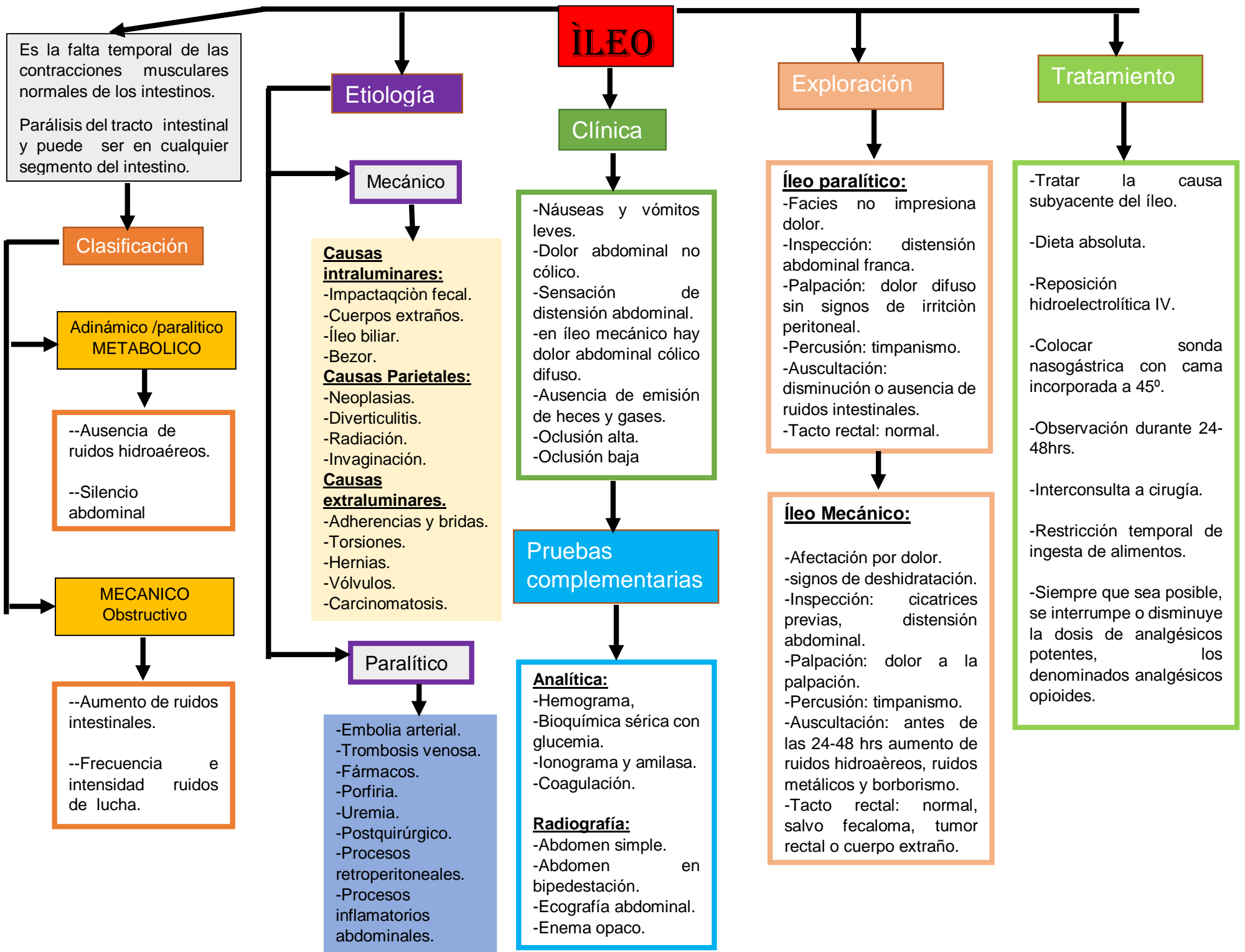
Tratamiento

Tratamiento médico:

- Rehidratación y reposición hidroelectrolítica.
- Colocación de sonda nasogástrica en aspiración intermitente, y sonda vesical.
- Dieta absoluta.
- Sepsis: metronidazol 1.500mg IV cada 24hrs + cefotaxima 1g IV cada 8hrs.

Tratamiento quirúrgico urgente:

- Hernias estranguladas o incarceradas.
- Signos de peritonitis.
- Obstrucción intestinal completa.
- Dilatación de marco cólico importante (ciego de 10cm).
- Vólvulo sigmoide: debe intentarse la desvolvulación mediante sonda rectal, enema opaco, o rectosigmoidoscopia.



Ileus

Es la falta temporal de las contracciones musculares normales de los intestinos.
Parálisis del tracto intestinal y puede ser en cualquier segmento del intestino.

Clasificación

Adinámico /paralítico
METABOLICO

- Ausencia de ruidos hidroaéreos.
- Silencio abdominal

MECANICO
Obstructivo

- Aumento de ruidos intestinales.
- Frecuencia e intensidad ruidos de lucha.

Etiología

Mecánico

- Causas intraluminales:**
- Impactación fecal.
 - Cuerpos extraños.
 - Íleo biliar.
 - Bezor.
- Causas Parietales:**
- Neoplasias.
 - Diverticulitis.
 - Radiación.
 - Invaginación.
- Causas extraluminarias.**
- Adherencias y bridas.
 - Torsiones.
 - Hernias.
 - Vólvulos.
 - Carcinomatosis.

Paralítico

- Embolia arterial.
- Trombosis venosa.
- Fármacos.
- Porfiria.
- Uremia.
- Postquirúrgico.
- Procesos retroperitoneales.
- Procesos inflamatorios abdominales.

Clinica

- Náuseas y vómitos leves.
- Dolor abdominal no cólico.
- Sensación de distensión abdominal.
- en íleo mecánico hay dolor abdominal cólico difuso.
- Ausencia de emisión de heces y gases.
- Oclusión alta.
- Oclusión baja

Pruebas complementarias

- Analítica:**
- Hemograma,
 - Bioquímica sérica con glucemia.
 - Ionograma y amilasa.
 - Coagulación.
- Radiografía:**
- Abdomen simple.
 - Abdomen en bipedestación.
 - Ecografía abdominal.
 - Enema opaco.

Exploración

- Íleo paralítico:**
- Facies no impresiona dolor.
 - Inspección: distensión abdominal franca.
 - Palpación: dolor difuso sin signos de irritación peritoneal.
 - Percusión: timpanismo.
 - Auscultación: disminución o ausencia de ruidos intestinales.
 - Tacto rectal: normal.

- Íleo Mecánico:**
- Afectación por dolor.
 - signos de deshidratación.
 - Inspección: cicatrices previas, distensión abdominal.
 - Palpación: dolor a la palpación.
 - Percusión: timpanismo.
 - Auscultación: antes de las 24-48 hrs aumento de ruidos hidroaéreos, ruidos metálicos y borborigmos.
 - Tacto rectal: normal, salvo fecaloma, tumor rectal o cuerpo extraño.

Tratamiento

- Tratar la causa subyacente del íleo.
- Dieta absoluta.
- Reposición hidroelectrolítica IV.
- Colocar sonda nasogástrica con cama incorporada a 45°.
- Observación durante 24-48hrs.
- Interconsulta a cirugía.
- Restricción temporal de ingesta de alimentos.
- Siempre que sea posible, se interrumpe o disminuye la dosis de analgésicos potentes, los denominados analgésicos opioides.

PERFORACIÓN INTESTINAL

Ruptura a través de todas las capas del intestino delgado.

Puede ser una complicación donde se produce la liberación del contenido intestinal a la cavidad peritoneal produciendo peritonitis.

El contenido intestinal también se puede liberar órganos vecinos como el páncreas en el caso de la perforación de una úlcera en la cara posterior a nivel del duodeno produciendo una penetración al páncreas.

También puede ser el resultado de un trauma, como una herida de arma blanca o de bala.

También puede ocurrir una perforación en la vesícula biliar. Esto puede tener síntomas similares a los síntomas de una perforación gastrointestinal.

Causas

- Lesión iatrogénica producida por una endoscopia gastrointestinal.
- Lesión producida por una laparotomía.
- Trauma por lesiones penetrantes y contusas al abdomen.
- Inducción de cuerpos extraños.
- Infecciones bacterianas como el CMV, Tuberculosis, fiebre tifoidea.
- Medicamentos como los AINES y úlceras producidas por potasio.
- Isquemia intestinal.
- Divertículo de Meckel.
- Enfermedad de Crohn.
- Neoplasia.
- El procedimiento de gastrectomía Billroth II.

Cuadro clínico

- Dolor abdominal intenso.
- Náuseas.
- Vómitos
- Fiebre.
- Escalofríos.
- FC aumentada.
- Hipotensión.
- Respiraciones superficiales.
- Leucocitosis.

Pruebas complementarias

- Biometría hemática.
- Química sanguínea.
- Coagulación.
- Función renal y hepática.
- Radiografía de abdomen.
- Tomografía computarizada de abdomen.
- Endoscopia superior (EGD) o una colonoscopia.

Tratamiento

- Cirugía para cerrar el orificio y tratar la afección.
- Debe controlarse la diuresis con una sonda vesical en los pacientes con signos de depleción de volumen.
- Se mantiene el estado hídrico mediante reposición adecuada de líquidos y electrolitos por vía IV.
- Deben administrarse antibióticos IV eficaces contra la flora.
- Cefalosporina:
- Cefotetán, 1-2 g 2 veces al día
- Amikacina, 5 mg/kg 3 veces al día más clindamicina, 600-900 mg 4 veces al día.
- Piperacilina.
- Combinación de ciprofloxacina y metronidazol.

HERNIAS

Protrusión 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.

El contenido protruido se acompaña del saco herniario que es el peritoneo parietal.

El material que conforma la hernia suele ser, lo más frecuente, intestino delgado, epiplón y colon.

Clasificación

Localización

Clínica

Localización

- H. inguinales.
- H. umbilicales.
- H. crurales.
- H. epigástricas.
- H. de Spieghele o anterolaterales.
- H. incisionales o eventraciones.

Clínica

- H. reductibles.
- H. encarceradas.
- H. "con pérdida de derecho a domicilio".
- H. estrangulada.

Cuadro clínico

- Las hernias suelen producir poca clínica.
- Lo más frecuente es la tumoración.
- Dolor agudo referido a una hernia.
- Náuseas, vómito y distensión abdominal.
- H. Estrangulada: tumoración dura, dolorosa, equimosis, flemón, oclusión intestinal, distensión abdominal, e incluso shock.

Diagnóstico

- En el caso de aparecer sintomatología se debería descartar patología quirúrgica urgente.
- Realizar una buena historia clínica, detallada y haciendo hincapié en el tiempo de aparición de la hernia, el tiempo de evolución desde que apareció el dolor, antecedentes herniarios y sintomatología acompañante local y/o general.
- Lo más importante es descartar la estrangulación herniaria, que nos puede llevar a la necrosis.

Tratamiento

- La 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.
- Tras este periodo se intenta la reducción:
 - 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 del contenido herniario, el paciente se valorará intervención quirúrgica.

TROMBOSIS MESENTÉRICA

Condición clínica que aparece cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico es insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino debido a una obstrucción vascular.

Factor de riesgo

Cuadro clínicas

Diagnóstico

Tratamiento

Epidemiología

- Predominio en >60 años.
- Sexo masculino.
- Mortalidad del 71%.
- 50% Embolismo de la AMS.
- 25% Trombosis AMS.
- 20% Isquemia Mesentérica No Oclusiva.
- 5% Trombosis Venosa No Oclusiva.

Trastornos inflamatorios:

- Pancreatitis.
- Peritonitis.
- Sepsis intrabd.
- EII.
- Diverticulitis.

Estados postquirúrgico

- Cx abdomen.
- Esplenectomia.
- Escleroterapia.
- Cateterismo.

Dolor abdominal:

- A nivel del mesogastrio.
- Tipo cólico.
- Continuo.
- Generalizado.
- No cede a la analgesia.

Fases evolutivas:

1. Dolor y aumento del peristaltismo.
2. Íleo y atenuación transitoria del dolor.
3. Signos de irritación peritoneal por progresión de la necrosis.
4. Sepsis por traslocación bacteriana y shock séptico.

-Clínica y factores de riesgo

Analítica completa:

- Leucocitosis con desviación izquierda
- Elevación dímero-D
- Acidosis láctica
- Elevación enzimática
- DHL, Fosfatasa alcalina, Amilasa

Pruebas de imagen:

- RX simple de abdomen en decúbito y bipedestación o decúbito lateral.
- TAC.
- Angiografía convencional.

Medidas generales:

- Oxigenoterapia
- Nutrición parenteral
- Monitorización
- Sondaje vesical y nasogástrico para realizar descompresión intestinal y disminuir la presión endoluminal
- Estabilización hemodinámica
- Reposición con cristaloides
- Corrección de las alt. iónicas y acidosis metabólica
- Dopamina y dobutamina a dosis bajas.
- Metronidazol 1.5 g iv x 24 h + Cefotaxima 1 g iv cada 8 h

Bibliografía

- Santos. B (2017). ``Angina Estable``. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.
- Muguruza Trueba I, De Olaiz Navarro B. Manual de urgencias quirúrgicas. Hospital Universitario Ramon y Cajal. Editorial IM&C: Madrid; 2000.
- Ruesga, E. (2016). ``Cardiología`` Medicina interna. España.
- Bibiano. C.(2018). ``Manuel de urgencias``. Grupo Saned. Madrid.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias (2010)``. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Toledo.