



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MAPA CONCEPTUAL

URGENCIAS MÉDICAS

CATEDRÁTICO: DR. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

PRESENTA:

MORALES MORENO KAREN ALEJANDRA

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Hemorragia digestiva alta

es toda pérdida de sangre que proceda del aparato digestivo. hasta el angulo de Treitz

Formas de presentación

Hematemesis: vomito de sangre fresca o restos hemáticos digeridos

Hematoquecia: heces sanguinolentas.
Rectorragia: sangre roja por el ano.

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

- Ulcus gastroduodenal
- Tumores gastricos/esofágicos
- Varices esofágicas
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica
- Causas vasculares: Dieulafoy
- Síndrome de Mallory Weiss
- Esofagitis péptica
- Prótesis valvulares aorticas

Etiología

Exploración

Buscaremos estigmas de hepatopatía crónica: telangiectasias, hipertrofia parotidea, eritema palmar, ginecomastia

- Diverticulos de colon 17-40%
- Angiodisplasia y otras lesiones vasculares (Dieulafoy, varices) 6-30%
- Colitis
- Pólipos/tumores (y postpolipectomia)

Tacto rectal (siempre): valoraremos la existencia de melenas, hematoquecia, hemorroides y masas.

Sonda nasogástrica, siempre, valorando si existen varices gastroesofagicas

Pruebas complementarias

Sistemático de sangre: la Hb y el Htco orientan sobre el volumen de perdidas, Puede existir leucocitosis por estres, Estudio de coagulación, Urea: aumenta 2-3 veces en la HDA por 2 factores: hipovolemia y la absorción intestinal de los productos nitrogenados

La mayor parte de los pacientes con hematoquecia tiene realmente una HDB, aunque tenemos que tener en cuenta que hasta en un 10% de estos pacientes el origen del sangrado se encuentra proximal al ángulo de Treitz

Tratamiento

HDA no varicosa

Reposo absoluto, Dieta absoluta salvo medicación hasta transcurridas 24 horas libres de hemorragia, SNG, Sueroterapia según edad

ECG y CPK: para descartar cardiopatía isquémica, Radiografía de tórax y abdomen: para descartar perforación, ENDOSCOPIA ORAL: indicación de gastroscopia urgente

Exploración abdominal: buscar la presencia de masas o megalias, signos de peritonismo (orienta a patología vascular isquémica), asimetrías, cicatrices de intervenciones

APENDICITIS AGUDA

Clasificación

Apendicitis aguda no complicada: Congestiva o catarral: signos inflamatorios en mucosa y submucosa. Supurada o flemonosa: 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.

Manifestaciones clínicas

Síntomas

Triada de Murphy: dolor abdominal, náuseas, vómitos o anorexia, fiebre o febrícula.

Signos

Signo de Blumberg: dolor al presionar la pared de la FID con la mano retirándola bruscamente

Signo de Rovsing: dolor en la FID al presionar sobre flanco y fosa iliaca izquierda

Signo del psoas: dolor en la FID con hiperextensión del muslo derecho, característico de la apendicitis retrocecal.

Inflamación aguda del apéndice cecal, la apendicitis aguda, supone la emergencia quirúrgica más común y la primera causa de abdomen agudo quirúrgico.

Etiología

La más común es la obstrucción de la luz apendicular, generándose distensión luminal y aumento de presión local.

El incremento de la presión conlleva obstrucción de flujo venoso y linfático, que ocasiona dilatación del apéndice, mayor proliferación bacteriana, isquemia y, si no se trata, necrosis y perforación.

Se pueden aislar una media de 10 microorganismos diferentes. En muy raras ocasiones puede producirse una inflamación infecciosa progresiva del resto quirúrgico apendicular y ocasionar una apendicitis del muñon.

Diagnóstico y pruebas complementarias

es eminentemente clínico, basado en el cuadro referido por el paciente durante una anamnesis detallada y dirigida y la exploración física realizada. Puede ayudar las escalas Alvarado y la escala RIPASA

Pruebas de imagen: Radiografía simple: descarta procesos neumónicos basales derechos. Ecografía abdominal: es la prueba radiológica más utilizada por su accesibilidad y bajo coste

Tratamiento

Antibioterapia: está indicada la administración de una dosis de antibioterapia profiláctica 1 h antes de la intervención, que se suspenderá después si no existe perforación o gangrena. Es de elección la amoxicilina-clavulanico endovenosa

Tratamiento quirúrgico: Convencional Se realiza la resección del apéndice con una incisión en la cavidad abdominal. En caso de apendicitis complicada, se debe dejar drenaje con salida diferente a la herida operatoria.

Laparoscópico: Es la técnica actualmente más utilizada ya que ofrece buen campo operatorio y excelente iluminación y permite el lavado completo de la cavidad abdominal con adecuado drenaje.

OBSTRUCCION INTESTINAL

Clínica

- Dolor abdominal difuso
- Tipo cólico
- Nauseas
- Vómitos
- Dolor intenso y continuo sospechar de existencia de complicaciones
- Ausencia de deposición y ventoseo de duración variable
- Distensión abdominal

Tratamiento

Tratamiento médico:

- Rehidratación
- Colocación de sonda nasogastrica, y sonda vesical.
- Dieta absoluta.
- En aquellos casos en los que se asocie sepsis, habrá que añadir antibioticos 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 incarceratedas, peritonitis, neumoperitoneo, sospecha de estrangulación intestinal por hernia interna, obstrucción en asa cerrada

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.

Clasificación

La obstrucción intestinal la podremos clasificar según el nivel en el que este presente la misma: de intestino delgado, o de intestino grueso; o según su patogenia: íleo Paralítico u obstrucción mecánica.

Etiología

La causa mas frecuente de obstrucción de intestino delgado en pacientes previamente intervenidos son las bridas, en ausencia de cirugía previa, habrá que descartar la presencia de hernias, íleo biliar o causa inflamatoria

En pacientes con obstrucción de intestino grueso, la causa mas frecuente es el cáncer de colon, seguido del vólvulo de sigma y de la diverticulitis aguda complicada

Aproximación diagnóstica

Anamnesis y exploración: En la exploración abdominal prestaremos especial interés a la búsqueda de orificios herniarios, para descartar la existencia de hernias estranguladas o incarceratedas, y la presencia de cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas.

En la auscultación podremos observar ruidos metálicos de lucha al inicio del cuadro, que se irán apagando según evoluciona el mismo

Pruebas complementarias

Analítica: completa que incluya sistemático de sangre, bioquímica estudio de coagulación, gases venosos, y gases arteriales si el paciente presenta disnea.

Radiología: torax descartar la presencia de neumoperitoneo, o de infiltrados pulmonares

Abdomen: Obstrucción de intestino delgado: presencia de dilatación de asas con presencia de niveles hidroaereos

Obstrucción de colon: se suele observar dilatación de la luz colonica hasta el Punto de la obstrucción.

ILEO MECANICO Y METABOLICO

Exploración física

- Signos de deshidratación severa: taquicardia e hipotensión
- Distinguir si se debe a obstrucción intestinal o ascitis
- Se deben descubrir cicatrices quirúrgicas previas dada la implicación etiológica de la cirugía previa

Palpación

- A la palpación el abdomen suele ser doloroso de forma difusa
- La sensibilidad localizada, sensibilidad de rebote y defensa muscular involuntaria harán sospechar peritonitis
- Masas abdominales como neoplasias, abscesos, invaginación, etc

Tratamiento

- Restricción temporal de ingesta de alimentos y líquidos por vía oral
- Líquidos de administración intravenosa
- Succión a través de sonda nasogástrica
- Con la restricción de alimentos y líquidos por vía oral, el íleo suele resolverse por sí solo después de 1 a 3 días.

Parálisis del tracto intestinal+ puede ser en cualquier segmento del intestino .

Íleo mecánico obstructivo

Se originara como consecuencia de un bloqueo físico (estenosis, compresiones, invaginación)

- Tiene un momento de lucha contra el obstáculo.
- Hiperperistaltismo → íleo dinámico.
- Se ocluye la luz
- Simple o estrangulada

Oclusión cerrada: se denomina oclusión en asa cerrada cuando la luz esta ocluida en dos puntos. Este tipo de oclusión tiene mayor tendencia a la isquemia y por lo tanto a la **nerforación**

Etiología

Adherencias postquirúrgicas, hernias externas, hernias internas, torsiones, vólvulos, invaginaciones, efecto masa extraluminal

Íleo adinámico metabólico

Como la obstrucción intestinal (bloqueo), el íleo impide el paso de alimentos, líquidos, secreciones digestivas y gases a través de los intestinos.

Etiología

La causa más frecuente del íleo es Cirugía abdominal. El íleo ocurre con frecuencia en las 24 a 72 horas posteriores a una cirugía abdominal, especialmente cuando los intestinos han sido manipulados.

Síntomas

Los síntomas del íleo son hinchazón abdominal y dolor causados por el acúmulo de gas y líquidos, náuseas, vómitos, estreñimiento importante, pérdida del apetito y retortijones.

Diagnostico

Al escuchar con el estetoscopio, el médico detecta muy pocos de los ruidos realizados normalmente por un intestino funcional (ruidos intestinales), o incluso ninguno. La radiografía del abdomen muestra las asas intestinales dilatadas.

PERFORACION INTESTINAL

La perforación no traumática del tubo digestivo es rara cuando su pared es normal. Los signos y síntomas de la perforación,, se deben primero a la irritación química del peritoneo y después a la infección o la sepsis.

Perforación de intestino delgado

Puede producirse en: Pacientes con isquemia crónica o enteritis bacteriana, enfermedad de Crohn, diverticulitis yeyunal o ileal, ingesta de cuerpos extraños y por dilatación secundaria a procesos obstructivos

Adherencias, hernias incarceradas o estranguladas, vólvulo o intususcepción. Traumatismos abdominales, las mas frecuentes.

El neumoperitoneo, solo presente en el 50%, va a ser muy escaso. La prueba diagnóstica de elección es el TAC abdominal, que identifica colecciones liquidas intraabdominales y fugas de contraste oral.

Diagnostico

La seriada abdominal (radiografías de abdomen y de tórax en decúbito supino y de pie) puede ser diagnóstica y mostrar aire libre bajo el diafragma en el 50-75% de los casos.

Diagnostico

Laboratorio (leucocitosis con desviación izquierda), radiografía (bipedestación, decúbito lateral izquierdo), ecografía, TAC, nuemogastrografía, estudio preoperatorio

Tratamiento

Fluidoterapia intensiva, sonda nasogástrica, antibioterapia de amplio espectro por via intravenosa

Tratamiento

Si se observa una perforación, se requiere cirugía inmediata, porque la mortalidad causada por peritonitis aumenta rápidamente cuanto más se retrasa el tratamiento.

Perforación de intestino grueso

Etiología

Estados patológicos: diverticulitis, carcinoma, isquemia, radioterapia, obstrucción intestinal, infecciones, cuerpos extraños, Traumáticas, latrogénicas: colonoscopia, enema de bario.

La apendicitis y la diverticulitis perforada son las dos causas mas frecuentes. Es característico su rápida progresión a sepsis por la contaminación peritoneal masiva

Clínica

Dolor abdominal. su intensidad, localización y carácter repentino nos informan de donde ocurrio la perforacion.

Hipovolemia y sepsis. fiebre, taquicardia, oliguria.

Exploración. dolor intenso a la palpación y sensibilidad de rebote en el área de la perforación.

Trombosis mesentérica

Diagnostico

Laboratorio: Hemograma (leucocitosis, hematocrito elevado), coagulación, gasometría venosa (acidosis metabólica), bioquímica (lactato deshidrogenasa [LDH] y creatinina elevadas)

Radiografía de abdomen: Inespecífica al inicio, puede mostrar dilatación de asas, edema de pared y, en fases avanzadas, neumatosis intestinal y/o neumoperitoneo.

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

Tratamiento

Medidas generales: Incluyen oxigenoterapia, nutrición parenteral, monitorización, sondaje vesical y sondaje nasogástrico para realizar descompresión intestinal y disminuir la presión endoluminal.

Estabilización hemodinámica: Consiste en reposición de volumen con cristaloides y corrección de las alteraciones iónicas y la acidosis metabólica.

Antioterapia: De amplio espectro para evitar translocación bacteriana, cubre gérmenes anaerobios y Gram negativos

Como un descenso brusco del flujo del riego esplácnico que produce lesiones intestinales y viscerales

Causas

Embolismo arterial mesentérica superior: es el grupo mas frecuente, responsable de alrededor

Trombosis arteria mesentérica superior: suponen un 25%. Mas frecuente en pacientes con enfermedad arterioesclerotica avanzada.

Isquemia mesentérica no oclusiva: secundaria a cuadro de bajo gasto asociado a vasoconstricción mesentérica difusa. Su incidencia aumenta entre pacientes sometidos a cirugía cardiaca o hemodiálisis y en pacientes críticos

Trombosis venosa no oclusiva: causa mas rara de IMA. Suele ser secundaria a estados de hipercoagulabilidad infecciones intraabdominales, postoperatorio o flujo portal enlentecido debido a cirrosis hepática.

Clínica

El dolor abdominal es el síntoma principal, presente en el 80 % de los casos y clásicamente descrito como desproporcionado al examen físico”

Es de predominio periumbilical, súbito en las embolias y en las trombosis arteriales, empeora en el periodo posprandial en estas últimas y se puede acompañar de nauseas, vómitos, diarrea y rectorragia en algunas ocasiones

En la trombosis venosa tiene un curso mas insidioso y en la isquemia mesentérica aguda no oclusiva suele ser menos llamativo que el resto de los síntomas que acompañan el cuadro

El curso evolutivo del dolor depende de la rapidez de la instauración y de la capacidad de la circulación Colateral.

