

**Universidad Del Sureste**

## URGENCIAS MEDICAS

CATEDRATICO: DR. SUAREZ MARTINEZ  
ROMEO

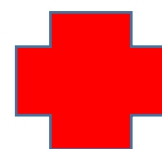
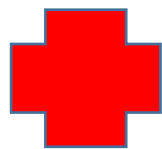
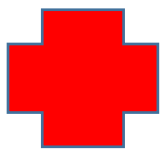
**Alexis Fernando Cancino Dominguez** EDUCAR

**“MAPAS DE URGENCIAS ABDOMINALES”**

**SEMESTRE: 8**

**GRUPO: A**

Comitán de Domínguez Chiapas a de NOVIEMBRE 2020.



# SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Toda perdida de sangre que proceda del aparato digestivo

## Segun su localizacion

- Alta
- Media
- Baja

hasta el angulo de Treitz

Hasta la valvula ileocecal

En relacion al angulo de Treitz

## Formas de presentacion

- Hematemesis
- Melena
- Hematoquecia
- Rectorragia

Vomito con sangre fresca

Heces negras

Heces sangunolentas sangrado rapido

Sangre rojisa por en ano

## Causas frecuentes

- Ulceras gástricas 70%
- Tumores gastroesofágicos
- Varices esofágicas
- Lesiones de la mucosa gástrica
- Vasculares
- Sx. Mallory weiss
- Aneurismas aórticos
- coagulopatías
- Fistulas
- Hernias

## Clasificacion

- Leve
  - Asintomático
  - volemia
  - sangrado hasta de 500 ml
- Moderada
  - TAS < 100
  - Fc < 100
  - Sangrado de 500-1,250ml
- Grave
  - TAS < 100
  - FC 100-120
  - sangrado de 1,250-1,750ml
  - pulso debil sudoroso palido
- Masiva
  - TAS < 80
  - FC > 120
  - Sangrado > 1,750ml SHOCK

## Diagnostico

- Historia clinica
- Exploracion
  - Bh
  - urea
  - RX
  - ECG
  - Cristaloides

## Tratamiento

- Reposo absoluto
- Dieta absoluta
- Control de Diuresis
- sueroterapia 2,300-3000ml
- Antiemeticos Metoclopramida 1 ampolleta 100mg
- Antiacidos Omeprazol, Pantoprazol
- tener 2 vias venosas perifericas
- Vigilar Shock Hipovolemico
- Quirurgico despues de verificar la causa
- Vigilancia

# SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Todo aquel sangrado por lesiones de Tubo Digestivo en Intestino Delgado y Ano

## Factores de Riesgo

Edad media de 65 años

Prevalencia aumenta de 20-80 años

## Etiologia

Diverticulosis

Angiodisplasias

Neoplasias

Lesiones Perianales

Diverticulo de Meckel

Colitis infecciosa

Diverticulosis

Frecuencia 20-55%

sangrado comun en colon derecho

Hematoquezia

Angiodisplasias

Considerado como causa principal de sangrado de tubo digestivo bajo

Frecuencia 3-12% mas en >70

En colon derecho con sangrado en un 80%

## Manifestaciones Clinicas

Lesiones perianales

Lesion en canal anal por trauma  
Dolor, comezon y Rectorragia

Hemorroides

por lo general no hay dolor

Coagulo de sangre puede eliminarse de forma espontanea

Sise trombosan hay plurito

Diverticulo de Meckel

Mayor frecuencia en intestino delgado

Frecuente en niños

puede causar obstruccion inflamacion peritonitis

Colitis

Mas comun Disenteria Tuberculosis E.Coli

## Diagnostico

Historia Clinica

Exploracion

BH

Colonoscopia

Angiografia

Radiografia y Tomografia

## Tratamiento

Estabilizar a PX y Valorar

Canalizar 2 vias grandes

Suero fisiologico 1 bolo inicial 1.000-2.000ml

Tratamiento Endoscopico

Adrenalina 1/10 000

Clip, vendas, loop QUIRURGICO

# APENDICITIS AGUDA

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

## ETIOLOGIA

- Obstrucción de la luz
  - Dieta pobre en fibra
  - Hipertrofia del tej. linfoide
- Microorganismos
  - Tumores
  - cuerpos extraños

## Clasificación

- No complicada
  - congestiva
    - inflamacion
    - mucosa submucosa
  - Flema
    - afectacion
    - muscular serosa
- Perforacion
  - Peritonitis
  - Peritonitis aguda difusa
  - Perforada
- Complicada
  - Necrotica

## Cuadro clinico

- Triada de Murphy
- Dolor abdominal
- Irradiacin a CID
- Nauseas y Vomitos
- Fiebre 38°C
- Dolor al caminar y toser en 24hrs

## Diagnostico

- Semiologia
  - SIGNOS
    - McBurney
    - Aaron
    - Bloomer
    - Psoaps
    - Rovsing
    - Obturador
    - Tejerina
    - Jacob
    - Mastin
    - Tressder
- Historia clinica
  - BH
  - EGO
  - Ecografia
  - RX
  - TAC
  - Laparoscopia
  - USG

## Tratamiento

- Medidas Generales
  - Suspender via oral
  - Hidratacion
  - Analgesia V.O
  - Antieemeticos
  - Reposo
  - cristaloides
  - Metronidazol y Gentamicina
- Peritonitis
  - Apendicectomia
  - lavado abdominal
  - Antibioticos
    - Amoxicilina- clavulanico
    - Metronidazol
- QX
  - Convencional
  - Laparoscopico
  - Drenaje percutaneo



# OBSTRUCCION INTESTINAL

Dificultad o imposibilidad del paso del contenido intestinal a través de la luz del intestino delgado o grueso

## ETIOLOGIA

Funcional

paralización de la musculatura

## MECANICOS

Cuerpos extraños

mas comun

Ileon distal

Lesiones intrínsecas de la pared intestinal

Puede ser congénito

Tumores

Lesiones Extrínsecas

Adherencias intraabdominales

2da causa

Extrangulamiento de ASA

Intestino grueso es por Neoplasia

## FISIOPATOLOGIA

Acumulación de líquido, heces, gases

sobrecrecimiento bacteriano

Distensión de intestino

Deshidratación por vómitos

perdida de líquidos

puede provocar isquemia

## CUADRO CLINICO

Dolor abdominal tipo COLICO

nauseas/ vómitos

Distensión abdominal

cierra intestinal

## DIAGNOSTICO

Historia clínica

Exploración

signo blumberg

RX

Tomografía

USG

Química

hematocrito

Creatinina

lactato

acidobasico

Hiperperistaltismo

Deshidratación

Piel, mucosas  
Taquicardia  
Hipotensión

## TRATAMIENTO

Sonda y aspiración de contenido

Reposo /evitar el vómito

Vía venosa suero salino

Sonda urinaria

TX conservador en 24-48 horas

70%  
Laparoscopia

Colon derecho y transverso  
Himicolectomía

Lesiones en tramos distales se hará resección colónica operación de Hartmann

por

Apendicectomía

resección colónica y Ginecológicas

# ILEO

## MECANICO

## METABOLICO

## Tratamiento

### Fisiopatologia

¿Se da por?

signos

Obstruccion, que no deja el paso de heces, gases. Se diferencia de la Mecanica por que esta no es una obstruccion fisica

Restriccion de alimentos

oclusion cerrada

Obstruccion intestinal

Bloqueo, estenosis, compresiones

Deshidratacion

sintomas

causas

diagnostico

Administrar liquidos IV

cuando la luz esta obstruida en 2 puntos tiende a ver isquemia y perforacion

Acumula liquidos

Hiperperistaltismo

Taquicardia

inflamacion abdominal

posoperados

Historia Clinica

Distension

Obstruccion de la luz

ascitis

dolor abdominal

Farmacos opioides y anticolinergicos

Exploracion fisica

Succion por sonda nasogastrica

Acumulo de liquido, heces gas intestinal

Perdid de agua electrolitos

puede ser simple o estrangulada

abdomen doloroso

Nauseas y vomitos

infecciones como diverticulitis y apendicitis

Radiografia

Restriccion de comida en 1-3 dias recupera su forma

vomito

Estreñimiento retosrijones

Extraintestinales

interrumpir farmacos y valorar QX

Perdida de apetito

IAM

# PERFORACION INTESTINAL

Ruptura de todas las capas del ID

## Causas

- Enf. de Crohn
  - Lesion por Endoscopia
- Diverticulo de Meckel
  - Cuerpos extraños
- AINES
  - Neoplasias y Apendicitis

## Signos y Sintomas

- Peritonitis
  - Dolor abdominal
  - Escalofrios
    - Fiebre
    - Nauseas
      - Vomitos

## Diagnostico

- Radiografia de Abdomen
  - Tomografia
- Laboratorio
  - Biometria Hematica
    - Acido en sangre
      - Funcion Hepatica
        - Funcion Renal
          - Electrolitos Sericos
- Historia Clinica
  - Exploracion

## Tratamiento

- Liquidos IV
  - Controlar la Diuresis
- Antibioticos
  - Cefalosporina
- Cirugia
  - Cerrar orificios



# HERNIAS

Protrusion del contenido de la cavidad abdominal, a trves de los defectos de la pared abdominal, que son las denominadas zonas debiles de la pared y que pueden ser congenitos o adquiridos.

## Tratamiento

## Diagnostico

Hitoria clinica

Exploracion fisica

RX

Reduccion con Px de cubito supino, relajado y suevemente  
**NUNCA en HERNIAS CRURALES**

Comprobacion de pruebas complementarias

Quimicas Bh

Se reduce parcialmente compresion con vendajes

CIrugia si es necesario.

## Clasificación

## Clinica

Reducibles

Incarceradas

Con perdida de domicilio

Estrangulada

Se reintroducen con facilidad en la cavidad

Qx abdomen

No puede ser reintroducido

por tamaño y adherencias

Son tumoraciones duras y dolorosas

Se acompañan con Necrosis y compromiso vascular

## Localización

H.Inguinales

H. Umbilicales

H Crurales

H.Epigastricas

H.de Spleghel

H.incisionales

mas frecuentes

sobre el ligamento inguinal

Se divide en

Indirectas o Laterales

Mas frecuentes

Por fuera de los vasos epigastricos pueden llegar hasta el Escroto

Por distencion del anillo umbilical

Son frecuentes en el aumento del perimetro umbilical

Directas o Mediales

Cuando el contenido protruye

A nivel del triangulo de Hasselbach

Mas frecuente en mujeres

Por el anillo femoral

atraves de la linea Alba

desde la apofisis xifóide al ombligo

atraves de la linea del borde externo del recto anterior del abdomen

inserción aponeurotica del oblicuo externo, interno y trasverso

Son las 2das mas frecuentes

Se producen por la debilidad de la pared abdominal tras cirugías

Blandas, dispersibles tos, esfuerzos y M.Valsalva

Son todas aquellas que no pueden ser Reducidas

Con perdida de domicilio

Quimicas Bh



# TROMBOSIS MESENTERICA

Condicion clinica que aparece cuando el flujo sanguineo del territorio mesenterico es insuficiente para satisfacer las requerimientos del intestino debido a una obstruccion vascular.

## Epidemiologia

Predominio >60 años  
hombres  
71% de mortalidad  
50% embolismo

## causas

Embolo de origen cardiaco  
Dolor abdominal  
Hematemesis  
Diarrea  
Fiebre  
malestar

## Factores de Riesgo

Trans. Hematologicos  
Policitemia vera  
Trombosis ideopatica  
Hemoglobinuria paoxistica

Estados Protromboticos  
Deficiencia de ATIII  
Anticonceptivos  
embarazos  
Ac antifosfolipidos  
neoplasias

Qx  
Esplenectomia y Cateterismo

Transtornos inflamatorios  
Pancreatitis  
Diverticulitis

Otros  
Traumas  
Enf. Descompensiva  
cirrosis

## Tratamiento

oxigenoterapia  
Nutricion parenteral  
monitorizacion  
sonda vesical y nasogastrica  
solicion cristaloides  
Dopamina, Dobutamina dosis bajas  
Antibioticoterapia metronidazol 1.5 IV + Cefotamina ig IV  
Anticoagulacion  
1-3 meses con antagonista Vit-K  
Quirurgico

## Diagnostico

Historia clinica  
Exploracion  
Leucocitosis  
DHL  
Amiliasa  
Fosfatasa  
RX y TAC  
otros

# BIBLIOGRAFIAS

- Muguruza Trueba I, De Olaiz Navarro B. Manual de urgencias quirurgicas. Hospital Universitario Ramon y Cajal. Editorial IM&C: Madrid; 2000.
- ⦿ Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias (2010)”. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Toledo.
- ⦿ Villalobos JJ., Olivera MA., Valdovinos MA. Gastroenterología. 5a ed. México: Méndez Editores; 2006.
- ⦿ Argente y Álvarez. Semiología Médica. (2ª. Ed). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2013.
- ⦿ Diagnostico de apendicitis, México: Secretaria de salud;2009
- ⦿ Farreras, Rozman. (2016). “Medicina interna”. Elsevier : España.
- ⦿ Bibiano, C. (2018). «Manual de urgencias». SANED; Madrid.