

# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

**Materia:** Urgencias Medicas

**Tema:** Mapas conceptuales de: Sangrado de tubo digestivo alto y bajo, Apendicitis, Oclusión intestinal, Perforación intestinal, Íleo mecánico y paralítico, Hernias, Trombosis mesentérica

**Presenta:** Pedro Méndez Vázquez

**Dr. Suarez Martínez Romeo**

**Lugar y fecha**

Universidad del Sureste, 27 de noviembre de 2020

# SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

## 1. Definición

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.

## 2. Etiología

- Diverticulitis.
- Angioplastia.
- Neoplasias.

- Lesiones perianales: hemorroides, fisuras o fístulas.

- Divertículo de Meckel.
- Colitis infecciosa o no infecciosa.

## 3. Manifestaciones clínicas

- Diverticulosis. Forma más común de sangrado es la hematoquecia.

- Angiodisplasia. El sangrado es intermitente y recurrente en el 80% de los casos.

- Hemorroides. Se presenta como uno o varios nódulos suelen ser asintomáticos.

- Fisuras perianales. Dolor, comezón y rectorragia.

- Divertículo de Meckel. Puede ocasionar obstrucción, inflamación abdominal y peritonitis.

- Colitis. Se asocia con dolor abdominal de tipo cólico, y diarrea de característica sanguinolenta.

## 4. Características de la hemorragia

- Sangre de color rojo vivo, que recubre las heces o aparece tras la defecación.

- Sangre de color rojo oscuro o granate, mezclada con las heces o como único componente de la defecación.

- Heces negras, alquitranadas (melenas): sugieren HDA.

## 5. Diagnóstico

- Historia clínica.
- Estado general del paciente.

- Color y temperatura de la piel.

- Abdomen: masas, ascitis, cicatrices.

- Inspección anal: lesiones perianales, fístulas, abscesos, hemorroides.

- Tacto rectal: sangrado activo o masas.

- Biometría hemática.
- Colonoscopia.

- Angiografía.
- Tomografía.

- Radiografía de abdomen.

## 6. Tratamiento

- Estabilizar hemodinámicamente del paciente y valoración de la gravedad del sangrado.

- Descartar posible origen de la hemorragia.

- Anamnesis y exploración física tras la estabilización.

- Estrategia diagnóstica-terapéutica.

- Estrategia diagnóstica-terapéutica.

- Embolización selectiva mediante arteriografía en pacientes con inestabilidad hemodinámica.

- Endoscópico y quirúrgico.

# APENDICITIS

## 1. Definición

### Apendicitis aguda

Inflamación del apéndice cecal, que inicia con obstrucción de la luz apendicular.

### Apendicitis simple

Apéndice inflamado, en ausencia de gangrena, perforación o absceso periapendicular.

## 2. Etiología

-Obstrucción de la luz apendicular.

-Dieta pobre en fibra.

-Hipertrofia de tejido linfoide.

-Semillas de verduras y frutas.  
-Estenosis o Tumores apendiculares

## 3. Clasificación

### Apendicitis aguda no complicada

-Congestiva o catarral.  
-Supurada o flemosa.

### Apendicitis aguda complicada

-Gangrenosa o necrótica.  
-Perforada.

### Después de la perforación

-Peritonitis circunscrita.  
-Peritonitis aguda difusa.

## 4. Fisiopatología

-Obstrucción.

-Secreción mucosa apendicular.

-Distensión.

-Dolor vago, sordo y difuso en abdomen medio o epigastrio.

## 5. Cuadro clínico

-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 no muy numerosos.

-Fiebre de 38°C 4-8 horas después de iniciarse el cuadro.

-Fiebre de 38°C 4-8 horas después de iniciarse el cuadro.

-Datos de irritación peritoneal.

-McBurney. -Aaron.  
-Bloomer. -Psoaps.  
-Dunphy. -Rovsing.

## 6. Diagnóstico

### Cuadro clínico

### Escala de Alvarado

-9 a 10 puntos: A. aguda.  
-7 a 8 puntos: Probable.  
-5 a 6 puntos: Posible.

### Pruebas complementarias

-Leucocitosis.  
-Enema con bario.

-USG.

-Radiografía. Inespecífico. Fecalitos.

-TAC. Gold standard. Plastones.

-Laparoscopia. Útil en casos difíciles.

-Obturador. -Tressder.  
-Tejerina. -Brittain.  
-Chutro. -Horn.  
-Jacob. -Mastín.

## 7. Tratamiento

### Medidas generales

-Suspender vía oral.  
-Iniciar hidratación.  
-Iniciar analgesia IV.

### Antibióticos

Profilaxis IV, la administración parenteral de antibióticos durante más de 24 h solo se recomienda en los casos complicados con gangrena o perforación.

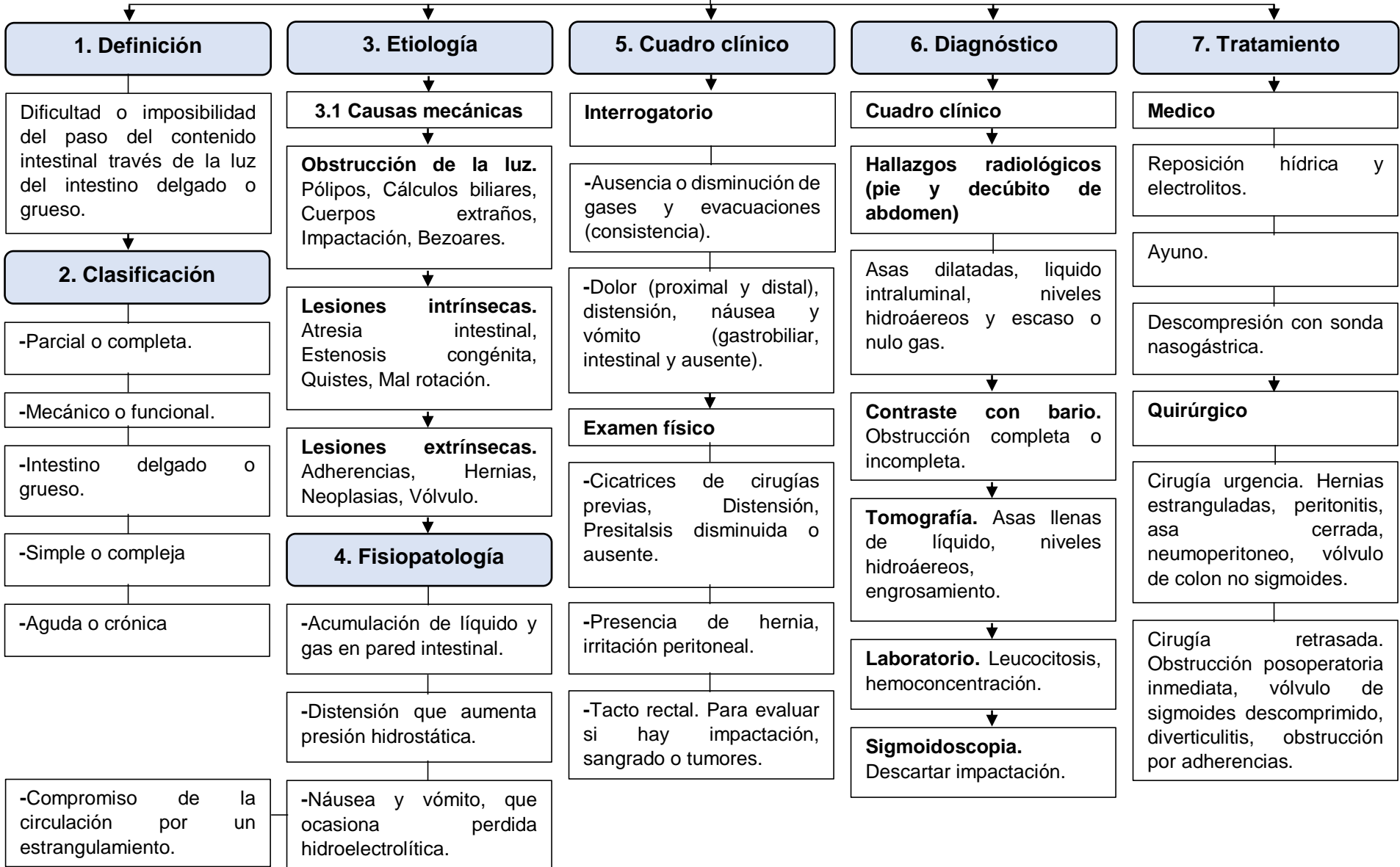
### Quirúrgico

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

-Laparoscópico.

-Drenaje percutáneo: indicado en caso de plastón apendicular y coexistencia de absceso.

# OCCLUSIÓN INTESTINAL



# PERFORACIÓN INTESTINAL

## 1. Definición

-Ruptura a través de todas las capas del intestino delgado.

-Complicación donde se produce la liberación del contenido intestinal.

-Complicación donde se produce la liberación del contenido intestinal.

## 2. 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.

-Medicamentos como los AINES y úlceras producidas por potasio.

## 3. Signos y síntomas

-Dolor abdominal intenso.

-Escalofríos.

-Fiebre.

-Náuseas.

-Vómitos.

-La perforación del intestino o de otros órganos causa que los contenidos intestinales se filtren al abdomen.

-La perforación del intestino o de otros órganos causa que los contenidos intestinales se filtren al abdomen.

## 4. Diagnóstico

### Imagenología

-Radiografía de abdomen. Aire libre y signo de ruptura.

-TC. Localización de la perforación.

-Endoscopia. Área de la perforación.

### Laboratorio

-Signos de infección, como un recuento alto de glóbulos blancos.

-Nivel de hemoglobina, que puede indicar si tiene pérdida de sangre.

-Evaluar la función renal.

-Evaluar la función hepática.

## 5. Tratamiento

-Cirugía para cerrar el orificio y tratar la afección.

-Controlar la diuresis con una sonda vesical.

-Estado hídrico mediante reposición adecuada de líquidos y electrolitos por vía IV.

### Antibióticos

-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.

-Combinación de ciprofloxacina y metronidazol.

# ÍLEO

## Íleo

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

## Epidemiología

Masculino, >50 años.

Corresponde al 20% de las emergencias en gastroenterología.

## Clasificación

### Mecánico / Obstructivo

-Aumento de ruidos intestinales, frecuencia e intensidad.  
-Ruidos de lucha

### Metabólico / paralítico

-Ausencia de ruidos hidroaéreos  
-Silencio abdominal.

## Mecánico / Obstructivo

### 1. Definición

Como consecuencia de un bloqueo físico (estenosis, compresiones, invaginación).

### 2. Etiología

#### Extraluminal

Adherencias, Hernias, Torsiones, Invaginaciones, Hernias internas, Vólvulos.

#### Parietal

Neoplasias, Alteraciones congénitas, Procesos inflamatorios.

#### Intraluminal

Íleo biliar, Bezoar, Parasitosis, Cuerpo extraño, Impactación fecal, Tumorações.

### 3. Fisiopatología

-Obstrucción intestinal  
-Acumulación de líquidos y gases en porción proximal.

-Distensión.  
-Pérdida de agua y electrolitos.  
-Vomito reflejo.

### 4. Exploración física

-Taquicardia e hipotensión.  
-Cicatrices quirúrgicas.  
-Palpación dolorosa.

-Rebote y defensa muscular.  
-Masas abdominales.

### 5. Imagenología

-Asas distendidas.  
-Niveles hidroaéreos.  
-Oclusivo bajo.

-Reducción o ausencia de gas y materia fecal en colon.

## Metabólico / Paralítico

### 1. Definición

-Es la falta temporal de las contracciones musculares normales de los intestinos.

-Impide el paso de alimentos, líquidos, secreciones digestivas y gases a través de los intestinos.

### 2. Causas

-Cirugía abdominal.  
-Anticolinérgicos.  
-Opiáceos.

-Apendicitis o diverticulitis.  
-Insuficiencia renal.  
-Hipofunción de la glándula tiroidea.

### 3. Síntomas

-Inflamación abdominal, Dolor por acúmulo de gas y líquidos, Náuseas, Vómitos, Estreñimiento, Pérdida del apetito.

### 4. Diagnostico

-Ruidos intestinales disminuidos.

-Asas intestinales dilatadas.

### 5. Tratamiento

-Restricción temporal de ingesta de alimentos.

-Líquidos vía IV.

-Succión a través de sonda nasogástrica.

-Siempre que sea posible, se interrumpe o disminuye la dosis de analgésicos potentes.

# HERNIAS

## 1. Definición

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal.

## 2. Hernias según su localización

### 2.1 Hernias inguinales

Más frecuente. Se divide en 2.

Indirectas o inguinales. Van por dentro del cordón inguinal.

Directas o mediales. A nivel del Triángulo de Hesselbach.

### 2.2 Hernias umbilicales

Por distensión del anillo umbilical.

En aumentos del perímetro abdominal.

### 2.3 Hernias crurales

Más frecuente en mujeres.

Por debajo del ligamento inguinal. Por el anillo crural o femoral.

### 2.4 Hernias epigástricas

En la línea media a través de la línea alba.

Desde la apófisis xifoides al ombligo.

### 2.5 Hernia 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.

### 2.6 Hernias incisionales o eventraciones

Por dehiscencia de suturas o debilidad en la pared después de una cirugía abdominal.

Segundas más frecuentes.

## 3. Clínica

### Reducibles

Se reintroducen con facilidad. Aparece con tos, esfuerzo y valsalva.

### Incarceradas

No pueden ser reducidas.

### Con pérdida de derecho a domicilio

No reducible por el gran tamaño o por adherencias.

### Estrangulada

Tumoraciones duras, irreducibles y muy dolorosas.

Riesgo de necrosis.

## 4. Diagnóstico

Clínica y exploración física.

Historia clínica.

Descartar la estrangulación.

## 5. Tratamiento

Reducción en posición decúbito supino.

Maniobra suave, lenta y moderada.

NUNCA realizar en hernias crurales.

# TROMBOSIS MESENTÉRICA

## 1. Definición

Flujo sanguíneo del territorio mesentérico que es insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino debido a una obstrucción vascular.

## 2. Epidemiología

-Masculino, >60 años.

-Mortalidad del 71%.

-50% Embolismo de la AMS.

-25% Trombosis AMS.

-20% Isquemia Mesentérica No Oclusiva.

-5% Trombosis Venosa No Oclusiva.

## 3. Factores de riesgo

-Estados protrombóticos.

-Trastornos hematológicos.

-Trastornos inflamatorios.

-Estados postquirúrgicos.

-Otros. Enfermedad descompresiva, Cirrosis, Hipertensión portal.

## 4. Causas

-Embolismo arteria mesentérica superior.

-Trombosis Arteria Mesentérica Superior.

-Isquemia Mesentérica No Oclusiva.

-Trombosis Venosa No Oclusiva.

## 5. Cuadro clínico

### Dolor abdominal

-A nivel del mesogastrio.

-Tipo cólico.

-Continuo.

-Generalizado.

-No cede a la analgesia

-Embolismo o Trombosis. Inicio brusco con deterioro en cuestión de horas.

-TVM o IMNO. Gradual (días).

## 6. Fases evolutivas

-Dolor y ↑ del peristaltismo.

-Íleo y atenuación transitoria del dolor.

-Signos de irritación peritoneal.

-Sepsis.

## 7. Formas clínicas

### Aguda

-Embolia AMS, Trombosis AMS, No oclusivas, Trombosis venosa, Isquemia focal.

### Crónica

-Flujo sanguíneo intestinal inadecuado, Angina intestinal, Aterosclerosis.

## 8. Diagnóstico

-Clínica y factores de riesgo.

-Leucocitosis con desviación izquierda.

-Elevación dímero-D.

-Acidosis láctica.

-Elevación enzimática.

-DHL, Fosfatasa alcalina, Amilasa.

## 9. Tratamiento

### Medidas generales

-Oxigenoterapia, Nutrición parenteral, Monitorización, Sondaje vesical y nasogástrico.

### Estabilización hemodinámica

-Cristaloides, Corrección de iones y acidosis metabólica, Dopamina y dobutamina.

### Antibióterapia

-De amplio espectro. Metronidazol 1.5g IV x 24 h + Cefotaxima 1g IV c/8 h.

### Anticoagulación

-Heparina no fraccionada o HBPM.

**Quirúrgico.** embolectomía quirúrgica, Laparotomía, Arteriografía.



## **Referencias bibliográficas**

- Bibiano, C. (2018). «Manual de urgencias». SANED; Madrid.
- Farreras, Rozman. (2016). “Medicina interna”. Elsevier : España.
- Villalobos JJ., Olivera MA., Valdovinos MA. Gastroenterología. 5a ed. México: Méndez Editores; 2006.
- Muguruza Trueba I. Manual de Urgencias Quirúrgicas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2020.
- Manual de Protocolos y Activación en Urgencias.
- Guía de Práctica Clínica. Tratamiento quirúrgico del Infarto e Isquemia Intestinal.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias (2010) ´´. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Toledo.