



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Urgencias Medicas

Presenta

Anel Guadalupe Gordillo Abadía

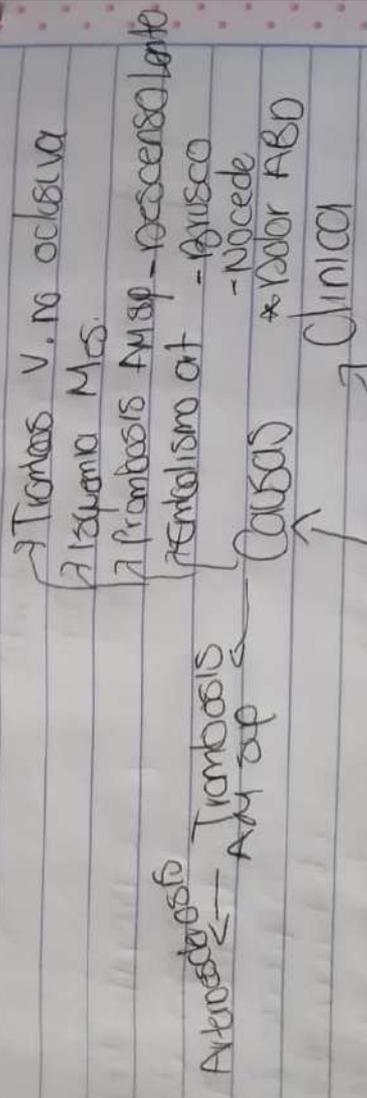
8°. "A"

Docente

DR. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

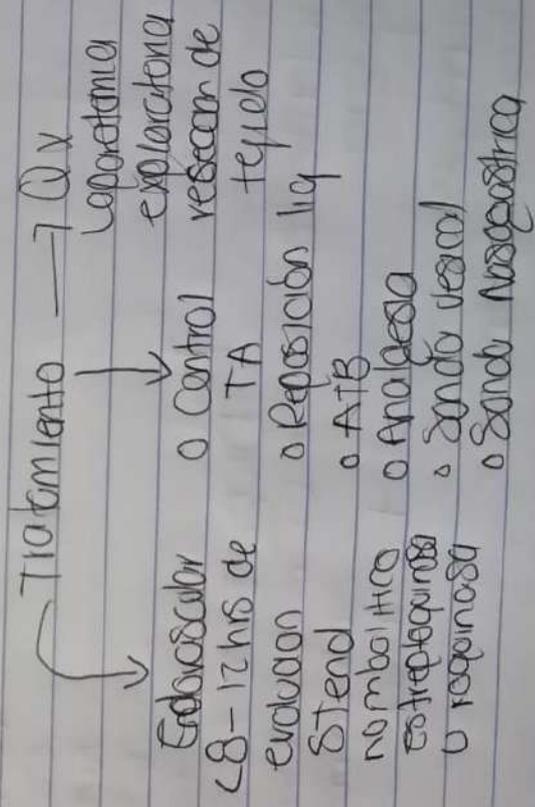
Noviembre 2021



Disminución del flujo sanguíneo mesentérico

Trombosis Mesentérica

Diagnóstico →
 Anamnesis
 Et
 Rx torax
 Angio TAC
 TAC



Tumores
Gastroenteritis
Constipación
Intoxicación por plomo
Causas

Se manifiesta por un cuadro de abdomen agudo en focos peritoneales
distensión abdominal
dolor muscular
Vómito

Complicación Perforación
Sepsis

Intestinal → Síntomas

Dolor ABD
Escalofríos
Náuseas
Vómitos
Astenia

Diagnóstico

Rx muestra aire libre
Subdiagnóstico
+ Clínica

Tratamiento
Cirugía

+ Antibioterapia
de amplio espectro

Niños: Herniotomía

Adultos: invaginación de saco +
Herniorrafia / Hernioplastia.

Tratamiento

Hernias

Protrusión temporal o permanente de un órgano intraabdominal en un punto débil de la pared abdominal

Clasificación

* Reducible

- Corregible: Al reducir no se vuelve a protruir
- Incorregible: Al reducir se vuelve a protruir.

* Irreducible

- Incarcerada: obstrucción
- Extranqueable: Compromiso vascular

Tipos

- * Epigástrica
- * Spiegel
- * Umbilical
- * Femoral
- * Inguinal

→ Inguinal ← Directa
Indirecta

+ FC

Clasificación

Nyhus

- I) Hernia inguinal indirecta
- II) Hill + Anillo profundo dilatado + vasos epigástricos
- III) Defecto de la pared posterior
- IV) Hernia recurrente.

→ Hernia Crural

+ FC en mujeres multiparas
tiene una alta incidencia de
extranqueación

→ Hernia umbilical

Adultos:

FR Embarazadas, ascitis

Obesidad

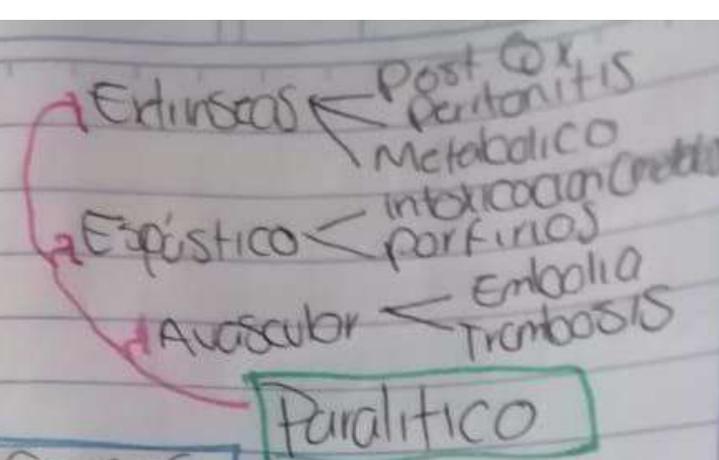
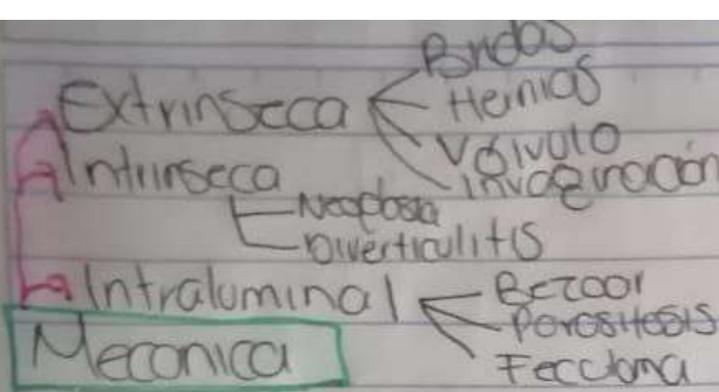
Tratamiento: Refuerzo con
malla.

→ Epigástrica

Ubicada en la línea alba

Hernia falsa: no tiene saco
herniario

Tratamiento: Rotura.



Según sus causas

Oclusión Intestinal → **Según su localización**

Intestinal

↳ **Clinica**

Alta

- Colico intermitente
- Precoces

Dolor

vómitos
Distensión

Baja

- Colico intermi
- Tardios

• Generalizada

Ruidos hidro-aereos

Metabólico

Alta

Angulo de Treitz

Media

Valvula ileocecal

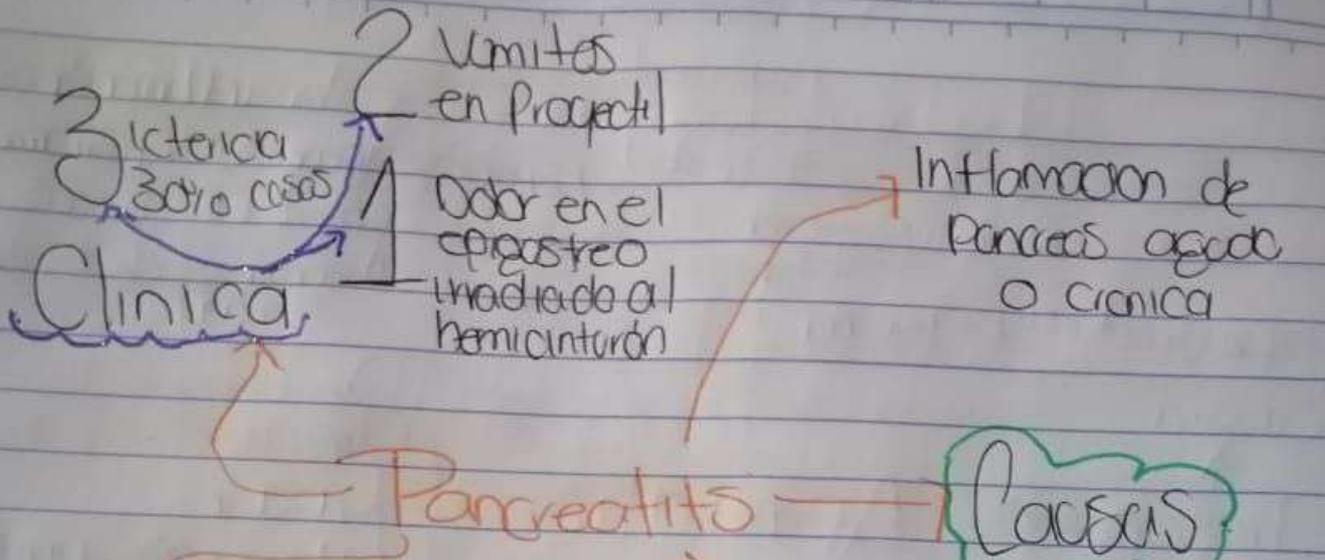
Baja

debajo de la VIC

Tratamiento

Px complicado
Fiebre / Leucocitosis
Exploración Qx

Px NO complicado
Fiebre NO leucocitosis
conservador
SNG + Hidratación



Pronóstico

- 0-2 Leve
- 3-6 Grave
- 7-7 Fulminante

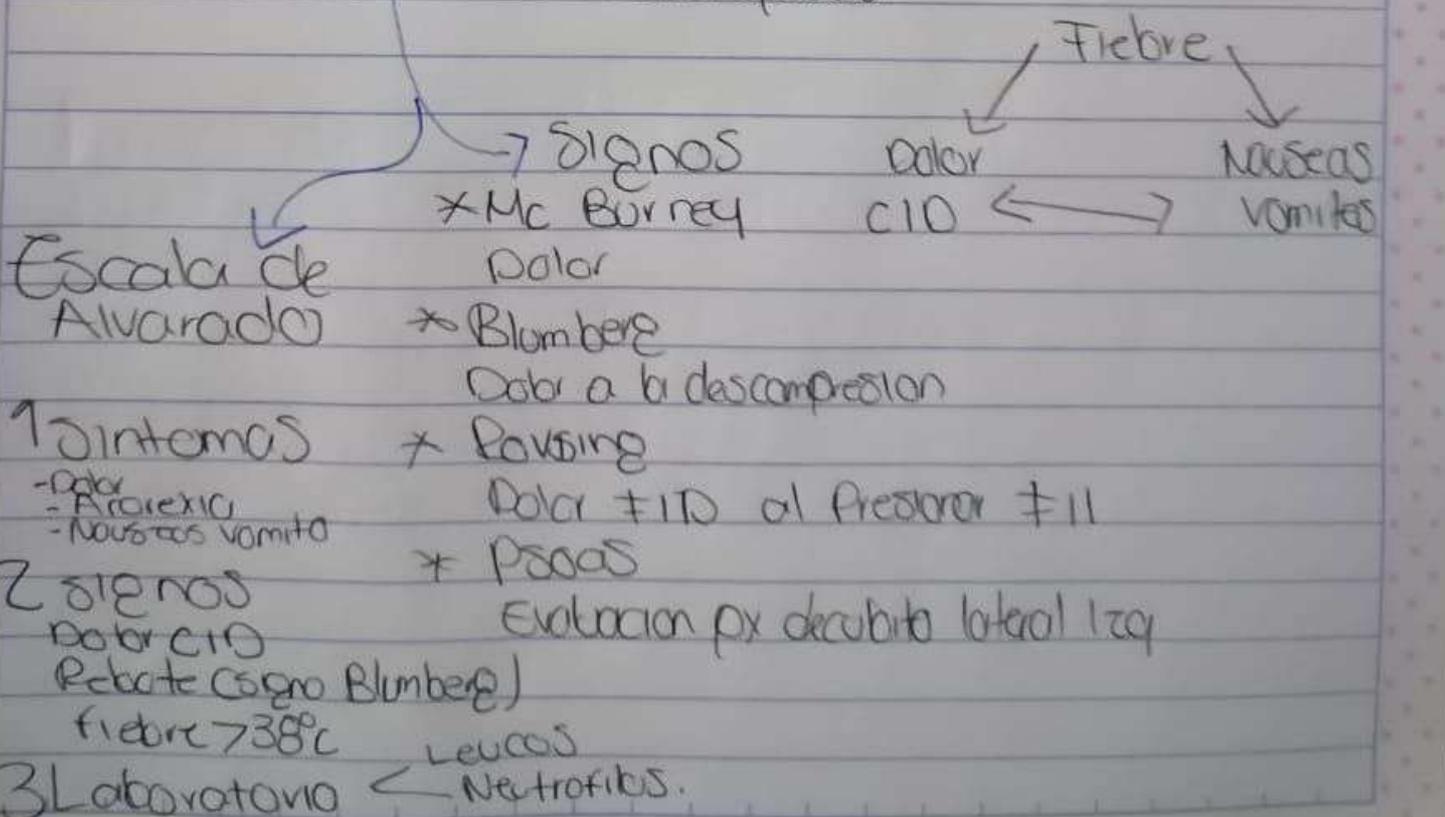
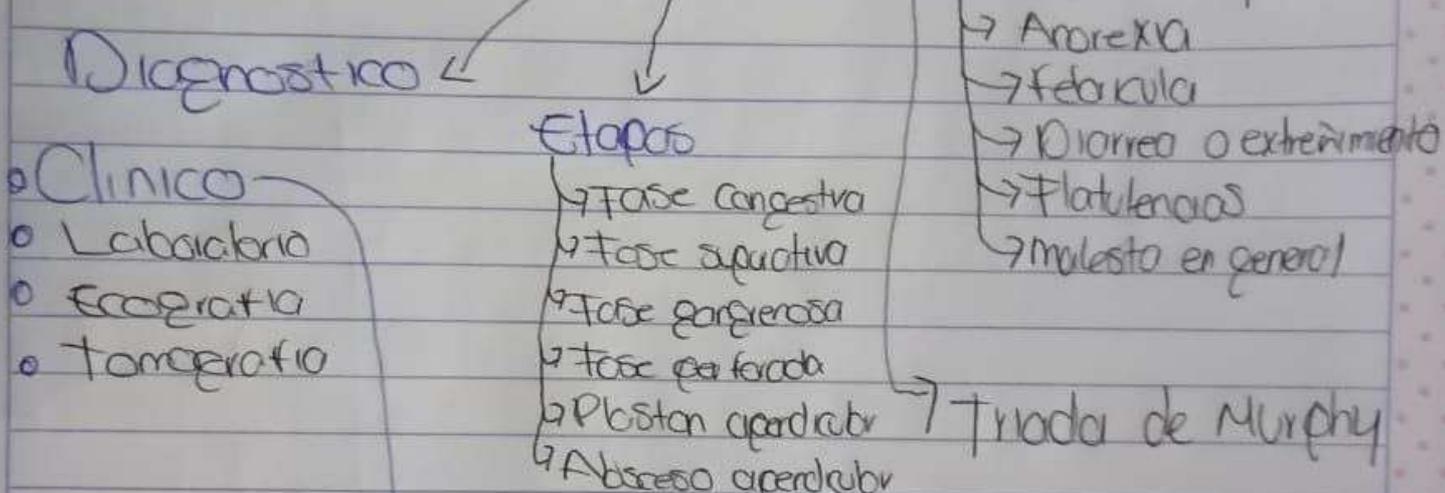
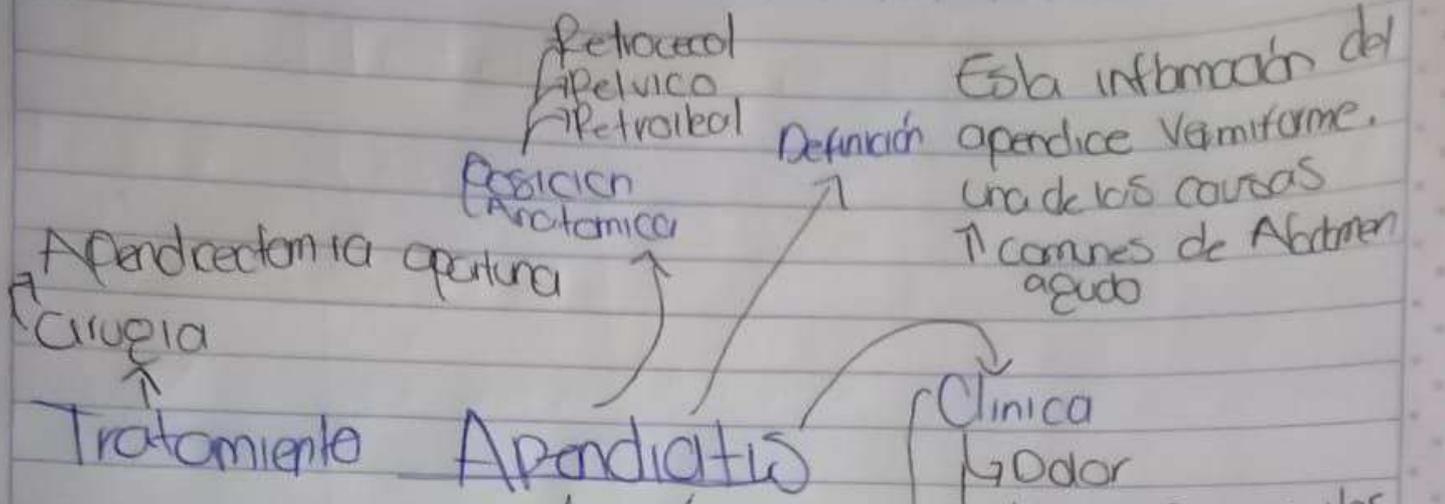
Criterios de RANSON

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 79h | 48h |
| 755 años | Hto < 10% |
| Glucemia 7200-220 | Urea 75 |
| Leucos 716-18mil | Colema < 8mg/dL |
| LDH 7350-2500/L | PAO2 < 60mmHg |
| TGO Serica 7280u/L | Secuestro de líquidos |
| | ↓LTS |

- 80-90% Biliar o alcoholico
- 20% congénitas
- Distorsión del esfínter de Oddi

Tratamiento

- * Dieta absoluta
- * Analgesico
- * ATB



Estudios → Endoscopia
→ USG
→ TAC

Mallory Weiss
↑
Sangrado de Tubo Digestivo Alto
→ Varices esofágicas
→ Gastritis
→ Úlcera péptica

→ Taquicardia

Estado de Choque → Confusión
→ ansiedad

↓ Hipotensión
→ Taquipnea
→ Piel fría
↓ Gasto urinario

Causas

Clinica

→ Hematemesis
→ Hematoquecia
→ Melena

Sangrado Tubo Digestivo Bajo

→ Diverticulitis
Ent. inflamatoria
→ Úlcera
→ Hemorroides
→ Polipos
→ malignidad

Estudios

Colonoscopia
USG
TAC