

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Nombre:

Antonio Abigail Díaz Guzmán

Materia:

Urgencias

Tema:

Mapas

Dr. Suarez Martínez Romeo

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 12/03/2021.

HEMORRAGIA DIGESTIVA.

Clasificación:

Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

Se encuentra:

Por encima del ángulo de Treitz.

Abarca:

Esófago / Estómago / Duodeno.

Clinica:

- Melena
- Hematemesis.
- Vómitos en poso de café.

Etiología:

- Úlceras gástricas (AINES)
- Gastritis erosiva (H. pylori)
- V. exofíticas.
- Dx. Mallory Weiss.
- Tumores.

Diagnóstico:

Endoscopia.

Colonoscopia.

- Imagen.
- USG Abdomen.
- TC.
- PFH.
- BH.
- QS.

Tratamiento:

Úlceras Gastritis Frosúa:

HBP
Omeprazol (Belo 80mg)
Infusión 8mg/hr.
(8-7hr).

Metodo PC ameba.

- Reposición de Vitamina Cribaleide.
- Transfusión de concentrado de hematies en hemorragia masiva.

Hemorragia Digestiva baja (HDB)

Se encuentra:

Entre el ángulo de treitz y el ano.

Abarca:

Intestino grueso / delgado / Recto.

Clinica:

Rectorragia (Palo irritante)
Hematoquecia.

Etiología:

- Hemorroides
- Divertículo
- Neoplasias.
- Infecciones.
 - Amibas
 - parásitos.
 - Salmonella (principal)

PANCREATITIS.

(Inflamación del páncreas)

Tipos:

⇒ Principal Órgano dañado.
(Riñón)

Tiempo:

Menor de 2 sem Aguda.

Mayor de 2 sem Crónica.

Biliar

CEI (Irritación Vesícula)
Vesículo.
Coledoco +
lito.

Diagnóstico.

- USG (Sabe si es biliar o no biliar)
- Laboratorio (BT, QS, FS, Ca, Gluc)
- Amilasa / Lipasa (mejor para el Dx)
3 veces más de su valor
- PFH (alterado si es biliar)
BT: ↑ VN
BD: ↑

Diagnóstico:

No biliar.

Alcohólica.
Metabólica. (hipercalcemia ↑)
Medicamentos
Trauma.
Inmunológica.
Vascular.
Idiopática.

(Predice la Severidad)

0 hrs.

Edad — > 55
Leucocitos. — > 16000/mm³
Glucemia. — > 200 mg/dL
LDH — > 350 U/L
AST — > 250 U/L

48 hrs.

Hematecrito. — Caída de ≥ 10%
BUN — ↑ ≥ 5 mg/dL.
Calcio sérico. — < 8 mg/dL.
Po2. — > 60 mmHg.
Deficit de base. — > 4 mEq/L
Serum to deliq. — > 6000 mL.

Criterios de Ranson
Escala de BISAP

Tratamiento:

Solución (Cristaloide) 50-100 mL/kg (Día).
Medicamentos. (Analgesia/Antibióticos)
AINES/Paracetamol - Quinolonas/Carbapenémicos.

Medidas Generales:

- Monitoreo Continuo.
- Control de líquidos con solución SF (venda Foley)
- Glicemia con pin espesa Insulina
- Control térmico.

1 BUN > 25 mg/dL
2 Deterioro Mental (Glasgow < 4)
3 SIRS (2 o más de los siguientes)
a) Temperatura. < 36° o > 38°
b) FR > 20 x/min o < 32 mmHg
c) FC > 90/min
d) Leucocitos > 12000 o < 4000
CCI/mm³ o a bacterias > 10%
EEG > 60 años.
S-Eficiencia pleural.

TROMBOSIS MESENTERICA.

- Anamnesis (EF)
- Radiografía simple PA/Lateral
- TAC (Elevación TMM)
- Angiografía (Elevación IMA)

Definición:
 Descenso brusco de flujo del riego esplénico que produce lesiones Intestinales/Viscerales.

Tipos:

Embolismo Arterial Mesentérica Superior.

Prevalencia:

Frecuente (80%)
 Origen Cardíaco (FA/Válvulopatías)

Clínica:

Dibu Abdominal:
 Inicio brusco/Vómito/Diarrea/puede tener Sangre.

Trombosis Arterial Mesentérica Superior.

Prevalencia:

- Frecuente (25%)
- Frecuente en Px con enfermedad aterosclerótica avanzada.

Tratamiento:

- o Control T/A/F e, tem.
- o Reposición de Vol. Cristaloideos.
- o Antibióticoempírico!
 Metronidazol 500mg IV q 8h
 + ceftriaxona 1g IV q 12h
- o Analgésicos: B-bloqueantes, cefalosporinas, penicilinas
- o Analgesia.
- o Control de diuresis.
- o Control de diuresis.

Isquemia Mesentérica no oclusiva

Prevalencia:

- Frecuencia (20%)
- Secundaria cuadro bajo gasto
- Incidencia 7 en Px con Síntomas a Cirugía Cardíaca/hemodialisis.
- Mortalidad 70-100%.

Clínica:
 Comienza insidioso/Dibu abdominal periumbilical tipo Colico / 25% dolor ausente.

Endovascular:

Angioplastia con balón / Stent. Inyección de agentes Vasodilatadores / trombolíticos.

Trombosis Venosa - no oclusiva

- Causa más rara (3%)
- Secundaria a:
 - Hipercogulabilidad
 - Infecciones.
 - Intraabdominales
 - postoperatorio.
 - Cirrosis hepática.
 (Flujo portal ↓)

Dx

Laparotomía Exploratoria.

OBSTRUCCION INTESTINAL

Definición:

Oclusión total/parcial de la luz intestinal que impide el tránsito normal. Cuando no sea completa o persistente hablaremos de suboclusión intestinal.

Clasificar:

- Origen → Mecánica (líquido) / Funcional (gases)
- Inicio → Agudo / Crónico
- Intensión → Parcial / Total
- Localización → 1. De la boca (Alte. bajo) / 1. (superior)

Causas:

- Adherencias/bridas
- Hernias
- Tumores
- Diverticulitis

Tipos:

Mecánica

- Debu tipo Colico/blando de pueris
- Cicatrizar/distensión abdominal
- Timpanico
- Antede 24-48 hrs Truidos hidroaerios/metálicos
- beibavicos
- Tacto rectal Normal a espensas de tumores

Diagnostico:

- Anamnesis
- Rx (PA/lateral)
- Ecografía abdominal
- Colonoscopia
- Tomografía Axial
- Laboratorio: (No. de neutrofilos para el Dx si no requirieran serocon. adhe. B4, 15, + co. casitos)

Paralítico

- Fascies no impresionadas de gran delc.
- Eritema nudoso/signo deullen o grey
- Turner/eutema en abdo de manipes. acantosis nigricans
- Distensión abdominal
- Irritación peritoneal
- Timpanismo
- ↓ o ausencia de ruidos intestinales
- Tacto rectal normal (Tumores)

Tratamiento:

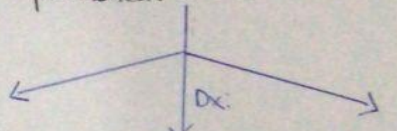
- Rehidratación / Reposición hidroelectrolitica
- Colocación sonda nasogastrica / Nasal
- Dieta absoluta
- En Sepsis: Metronidazol 1.500mg iv c/4hs + cefotaxima 1g iv c/8hs
- Alergias: gentamicina 5mg/kg iv c/4hs

HERNIAS COMPLICADAS

↓ Definición:

Son protrusiones del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales. Primarias o secundarias a cirugías previas. Este contenido se acompaña de una envoltura peritoneal o saco herniario.

Hernias Inguinales.
Hernias Crurales/Femorales.
Hernias Umbilicales
Hernias Epigástricas.
Hernias Spiegel.



elíptico / Ecografía / TC.

↓ Signos/síntomas:

Px. aguda por episodios de
Incarceración
Náuseas / Vómito /
distensión abdominal

↓ Tratamiento:

Quirúrgico.

Hernias Reducibles.
Hernias Incarceradas/
Irreducibles.
Hernias Extrínsecas.

APENDICITIS.

