



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

MATERIA:
URGENCIAS MEDICAS
FLUJOGRAMAS, RESUMENES, CUADROS
SINOPTICOS.

DOCENTE:
DR. ROMEO SUAREZ MARTÍNEZ.

ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.

COMITAN DE DOMINGUEZ,
CHIAPAS 02/06/2023.

Fracturas

Def: Interrupción de la continuidad ósea y/o cartilaginosa.

Clasificación de Gustilo y Anderson.

Tipo I - Tamaño < 1cm
- Limpia

Poco daño a tejido blando.
Daño óseo simple.

Tipo II - 1-10 cm

Contaminación - moderada

Moderado daño muscular

Óseo: Fragmentación moderada

A) > 10 cm / Severa, apertura
mientras severa y alta
menor

B) > 10 cm, contaminación
severa, desplazamiento
severo sin cobertura ósea
fragmentación severa

C) > 10 cm / Severa
Banco igual o anteriores.

- Surge como consecuencia de un trauma.
- Rx insuficiencia
Patológica (osteoporosis)

Diagnóstico
- Clínica (Dolor, hinchazón, deformidad - impotencia).
- Rx Simple (Ap y lateral para confirmación de la Dx)
- TAC.

Abierta

El hueso atraviesa la piel o existe una herida profunda que deja ver al hueso.

- Clasificación de Fracturas

Cerrada

- No existe comunicación entre el hueso y el exterior del cuerpo, el hueso roto pero piel intacta.

- Fractura transversa

Se produce en línea recta a través del hueso.
(por golpe directo).

- Fractura oblicua.

de forma inclinada, causadas por traumatismos

sin desplazamiento

Fracturas

Fractura en espiral.

- Consecuencia de lesiones por torsión y el fracta va en espiral alrededor del hueso.

Fractura segmentaria.

- Son aquellas en las que el segmento óseo queda completamente aislado de los extremos (mayor riesgo, pérdida de la circulación sanguínea).

Fractura Cominuta.

- Cuando la fractura presenta múltiples fragmentos. El hueso se rompe en múltiples fragmentos.

Fractura inauración.

- No son habituales, se producen en niños.
- No se trata de rotura completa sino deformación plástica del hueso

Fractura en talle verde.

- Propia de los niños es una fractura incompleta del hueso, con una forma que recuerda a la de una rama verde a medio romper.

ESGUINCE

Grado I
Puntera inha ligamentosa
Dolor en zona de inestabilidad
y hinchazón mínimas.

Grado II
Puntera parcial del ligamento,
inestabilidad con equinovarus,
hinchazón e inestabilidad.

Grado III
Lesión ligamentosa completa,
con dolor intenso, tumefacción
y inestabilidad franca.

Objetivo del tratamiento

- Aliviar fase de inflamación aguda mediante la aplicación de vendaje elástico compresivo y frío.
- Evolución de miembro afectado para tratar síndrome de dolor.

Valor del derrame articular.

Se define como la presencia de derrame articular, siendo este un dato importante en la exploración de la rodilla traumática aguda.
- Pueden existir lesiones graves en la rodilla sin derrame debido a rotura de la capsula articular con extravasación de líquido sinovial.
- Derrame articular.

Lesiones recurrentes.

Marcas y ligamentos de los rodillas.

- Músculo
- Lesión imparcial
- Lesión radial
- Lesión horizontal
- En la zona del bide
- Lesión completa
- Lesión en flap.

¿Cómo se detecta el derrame articular?

- Palpación: Rotura separada del fémur por el aumento del volumen del líquido interpuso.

• Signo del cubo de hielo a temperatura ambiente es importante aspirar (atrocentesis) y se mejoran los síntomas.

Polgar del guardaespaldas o del esquiador.

- Especial para la punta de presión entre los dedos pulgar y segundo.
- Complicación: Si los cabos del ligamento se separan, lo suficiente puede quedar inestable la articulación del pulgar, se aproxima como del pulgar.

Resonancia magnética

DX: Dolor interlineal y comprobar presencia de fracturas y rotura de la función de rodilla y rotación de la tibia.

LUXACIONES

Se define como la pérdida del contacto normalmente existente entre dos superficies articulares

- Requieren reducción urgente.
- Luxación anterior.

Luxación posterior:

- Presenta bazo en pronación, rotación interna y no puede separar el brazo más de 90°
- cuando existen ante cedentes de pérdida de conciencia despierta atenta; reducción cerrada o inmovilización discreta.

Luxación inferior:

- Poco frecuente y el brazo se encuentra en separación de 30° en rotación interna y agitado, o en separación de hasta 180° denominada luxación erecta. requiere reducción cerrada e inmovilización con vendaje

Luxación superior: Es

muy poco común y se dedica a fracturas de clavícula y acromión o luxaciones de omohumerales.

Luxación rediclicante:

- Episodios de luxación con fricción y movimientos banales

Tratamiento

Reducción por manipulación cerrada, generalmente se realiza un intento sin anestesia con anestesia local intrar-
 - inmovilización de hombro entre 4 y 6 semanas menos tiempo cuanto mayor sea la edad del paciente.

Luxación recidivante Orig.

Traumática

- Jóvenes
- Traumatismo importante
- "Hombro inestable" (1 dirección)
- "Antero inferior"
- La más frecuente

Atrofia

- Episodios repetidos de luxación de hombro que se instaura en muchas direcciones.
- Suele fracturarse de rotación con laxitud ligamentosa en los que la luxación puede ser incluso voluntaria.
- Lesión de Hill-Sachs, fractura posterior de la cabeza humeral.
- Casi siempre es quirúrgico

Otras:

- Luxación de codo
- Luxación de cadera

HEMORRAGIA

DIAGNOSTICA

Clasificación según su localización de sangrado

Se debe al sangrado intraluminal de una lesión del tracto gastrointestinal reciente de nuestro medio

- Incidencia anual: 50-150 casos por 100000 hab/año. Mortalidad 5-20%

Clasificación según su gravedad:

- Frecuente 60 años.
- Puede haber sangrado hemorroidario.
- Entero: asociados: localización hematógena.
- **Ciános subscopicos.**
- Presencia de Sangrado oculto.

Etiología

- Lesiones agudas (Curvaturas y gástritis hemorroidaria)
- Lesiones esofágicas, esofagitis, úlceras, síndrome de Mallory Weiss.
- Úlceras esofágicas o gástricas
- Gastropatía hipertensiva
- Úlceras eczémicas.

Síntomas de hipovolemia

- Síncope
- Hipertensión
- Náusea
- Oliguria.

Síntomas de anemia.

- Disnea
- Angina de pecho
- Taquicardia
- Insuficiencia cardíaca
- Pálidez

En la HD la forma de presentación y el aspecto de las heces nos orientan sobre la localización del sangrado.

- Hemorragias (Sanguinolenta) heces oscuras con Sangre roja.
- Rectorragia (hemorragia de Sangre rojo amoratado).
- Hemorragia (heces oscuras con Sangre rojo).
- Rectorragia (hemorragia de Sangre rojo amoratado).
- Hemorragia (heces oscuras con Sangre rojo).
- Rectorragia (hemorragia de Sangre rojo amoratado).
- Hemorragia (heces oscuras con Sangre rojo).
- Rectorragia (hemorragia de Sangre rojo amoratado).

Clasificación según su forma de presentación.

► **HDA:** Sangrado proximal al ángulo de Treitz para el duodeno es la HD más frecuente puede cursar con o sin hipertensión portal

► **HDB:** El sangrado se origina entre el ángulo de Treitz y el recto

Hemorragia Aguda:

Sangrado de gran cantidad visible, hematemesis, vómitos en poses de Sangre, Melena, melitoproteia/ictorragia.

Hemorragia Crónica:

Sangrado < 50 ml, no visible Pacientes con SGA y/o Anemia ferropénica.

Moderada loc: Sin instauración de hemodinámica ni transfusión.

Grave: Afecta 24-48 hs sin conseguirse hemostasia efectiva.

Residuo: Requiere 24h.

Requiriendo: Cede en 24h.

Ulcera péptica:

- Causa más frecuente HDA 40%
- Siempre por stress digestivo.
- Más frecuente que la gastritis
- Principales etiologías:
 - Infección por helicobacter pylori
 - Ingesta de AINES

Sx de Mallory Weiss

- Desgarro de la unión gástrico-esofágica
- No vómitos y vomitos indolores preceden característicamente de la hematemesis SÍ de los casos de HDA.
- Aislamiento en 90% casos.
- Recidiva poco frecuente

Lesiones agudas en mucosa gástrica, erosiones y gastritis erosivas

Asociado: Toma de AINES, Alcohol y situaciones de estrés (circunferencia mayor que medidas graves).

ETIOLOGIA

HDA GASTRO HEP. HDA
DARICOSA

- En cirrosis hepática vómitos esotéricos o gástricos hiperfónicos
- HDA Vancomicina (HDA) Situación frecuente y grave en la cirrosis hepática y causas de otras complicaciones: infecciones por broncoaspiración, PBE, encefalopatía y Sx hepatorenal. Tasa de mortalidad 35-50%.

HDB ETIOLOGIA

- Intestino delgado
- Enfermedad de Crohn (10%)
- Angiodisplasia
- Dúbriculi de Meckel Neoplasia

- Colon y recto (Divertículos)
- Angiodisplasia 80%
- Polipos
- Colitis acausal o infecciosa
- Hemorroides
- NO diagnóstica 10%

Evaluación inicial

Anamnesis

Dolor abdominal

- Por causa isquemia o inflamatoria o infecciosa o inflamatoria)

• Hemorragia intestinal
divertículos y sangro
displasia

- Dieta Sangre, intestino
estadio II o inflamación

Exploración física

- Tacto rectal fundamental para confirmar la presencia de sangre y evaluar la patología anorrectal
- Buscar vascosomía -
lías o masas abdominales

La respuesta hemodinámica
de HDA depende de:

- Cambio y rapidez del
sangrado
- Grado de compensación
cardíaca - vascular.

(Arterias → ECG)
Se busca estabilización
hemodinámica

Gravedad Sangre perdida.

- Inula < 500 cc (10%)
- Leve FC < 100 THS > 100
- Vasosomía hicción periferica
leve (Perdida 500-1250 cc)
- Moderada FC 100-120

THS < 100, Palidez cutánea,
frío, sudoración.

Perdida 1250-1750 cc.

- Grave Shock hipovolémico

Oligoanuria FC > 120
THS < 60
Perdida > 1750 cc

Valoración

- TA
 - FC
 - SpO₂
 - FR
- Identificar
situación de
Shock o Pre
Shock.

Preparación Via venosa
periférica (guías)

Valorar

- Estado general
- Nivel de conciencia
- Inspección cutánea
- Auscultación cardíaca -
pulmonar
- Abdomen
- Tacto rectal.

Várices esofágicas → primera causa en nuestro medio.

Sangrado tubo digestivo

STDA

Ángulo de Treitz

STDB

- Hematemesis
- Melena



- Várices esofágicas
 - ↳ Hipertensión portal
 - ↳ Enf. hepáticas
 - ↳ Alcoholicismo
- Úlceras gástricas

AVES

Gastritis

- Sí. Mallory Weiss
- Tumores



Endoscopia

3er método

Terlipresing

Capsula

2mg → Impresing endoscópica

1mg → 2 mg mantenimiento

+ 250 solubles
200 mg Omeprazol

80 mg

Metoclopramida
10 mg q/8 hrs

Lactulax
10-20 ml/8 hrs

Clasificación de encefalopatía
West Haven

Dibenzimidol, quinolonas o cefalosporinas

- Hematoquecia
- Rectorragia (coje rubilante)



- Hemorroides
- Infecciones
- Divertículos
- Tumores
- Enf. Intestinales



Colonoscopia

APENDICITIS AGUDA

① UBICACION

- Se encuentra en el ciego.
- Irrigada por la arteria apendicular rama de la mesentérica superior
- 65% de los casos apendicitis retrocecal.

② EPIDEMIOLOGÍA

- Riesgo de padecer apendicitis del 7%, 1 de cada 15-20 personas en México presentan apendicitis.

mortalidad:

- No complicados 0.3% - Complicados 1 a 3%
- mortalidad 50% en lugares remotos — < 1% Dx temprano o intervención rápida
- Ancianos 15%

③ FACTORES DE RIESGO

- Sexo masculino
- > 39 años
- Caucaísicos
- Mujeres 15-19 años.

④ APENDICITS PERFORADA

- Población general 10-40%
 - Población Anciana 66-70%
- Riesgo
- 7% (tras 14 h.)
 - 38% (24-48 h.)
 - 90% (72 h.)

⑤ CAUSAS

- Hiperplasia de folículos linfoides submucosos 60%
- Fecalito/Apendicolito: 30-40% (rara vez se ve en Rx)
- Cuerpos extraños 4%
- Tumores apendiculares 1%

⑥ Fisiopatología.

① Obstrucción apendicular

- Dolor mal localizado
- Periumbilical o epigástrico
- Signos de irritación peritoneal.

② Aumenta presión → Migración de dolor intraluminal

③ Edema y frascación de líquido → Secresiones quedan secuestradas lo que produce DHE

④ Frascación Perforación → Multiplica las posibilidades de sepsis.
(Apendicitis gangrenosa)

⑤ Perforación → Más frecuentemente en el ciego por ser de mayor diámetro y soporta mayor tensión

⑦ Signos predictores de apendicitis.

- Dolor en fosa iliaca derecha
- Signos de irritación peritoneal
- Migración del dolor

⑧ TIPOS DE APENDICITIS.

- ① Mucosa / catarral (inflamación/macroscópicamente normal)
- ② Flemosa (ulceración mucosa)
- ③ Purulenta (Exudado purulento)
- ④ Gangrenosa (necrosis y perforación)

① Cuadro clínico (80%) clínico.

- Dolor en Fosa iliaca derecha
- Fiebre
- Migración de dolor
- Signos típicos

② Estudios de gabinete.

- Leucocitosis con neutrofilia
- Aumento de proteína C reactiva
- TAC
- Ecografía

③ Tratamiento

||
"Apendisectomía laparoscópica."

* Cirugía de elección contraindicada en los siguientes casos

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Múltiples cirugías abdominales
- Hipertensión pulmonar severa.

Enfermedad de la vía biliar.

- La mayoría de los procesos agudos de la vía biliar vienen desencadenados por litiasis biliar.
- Aumenta su incidencia con la edad.
- Mayor en mujeres; incidencia 2:1
- hasta 60% de los pacientes con litiasis biliar pueden mantenerse asintomáticos y se detectan de forma incidental.

Prácticamente Diagnósticos ecografía y Tomografía computarizada

Colico biliar:

- Es el síntoma más específico de la litiasis biliar

La clínica se desencadena cuando el cálculo obstruye (cístico o el extremo distal de colédoco).

- Dolor de aparición brusca en epigastrio o hipocondrio derecho a veces irradia a la espalda o a hombro.
- Puede haber Murphy negativo.

TA de elección

Colecistectomía laparoscópica de forma electiva.

Colecistitis

Obstrucción total y mantenida a nivel del cuello vesicular o del conducto cístico, que produce una acumulación de bilis e inflamación y posterior infección en la vesícula

- 90 % es debida a calculos
- 10 % problemas del conducto biliar como:
 - Tumores
 - Enfermedades graves (grandes quemados, politraumatizados o infartos agudos de miocardio).
 - Infecciones atípicas
- Representa del 6-11 % de los cuadros de abdomen agudo en adultos.
- Probable que 6-8 % realice una intervención quirúrgica de urgencia.

Clasificación de colecistitis

Edematosa: Primer estadio (2-4 días) edema de pared vesicular y el tejido está intacto.

Necrotizante: Segundo estadio (3-5 días) hay edema y hemorragias de mucosa.
- Dureza por presión que obstruye flujo sanguíneo, produciendo áreas de necrosis que no involucra toda la pared.

Supurativa: Tercer estadio (7-10 días) - La pared vesicular presenta abscesos intramurales y áreas de necrosis con supuración.

Crónica: Se produce después de crisis repetidas de colecistitis leves, que ocasionan atrofia de la mucosa, fibrosis de la pared vesicular.

Formas especiales de colecistitis aguda.

- **Colecistitis Aliviástica:**
Aparecen en enfermos críticos causada por cambios isquémicos.
- **Colecistitis xantogranulomatosa**
Causa un engrosamiento parietal y hay que hacer diagnóstico diferencial con la enfermedad tumoral.
- **Colecistitis anisematososa**
Ocurre por infección a microorganismos anaeróbicos productores de gas (*Clostridium perfringens*). Se da en diabéticos → evoluciona fácil a sepsis y colangitis gangrenosa.

! Complicaciones !

- Perforación vesicular
- Coleperitoneo
- Absceso perivesicular
- Fístula biliar entre el duodeno, colon o vesícula.
- Colangitis obstructiva aguda
- Pancreatitis aguda.

Diagnóstico

- Ecografía
- Para embocar Dx
 - Gravedad
 - Para orientar Tx de Colecistitis A.
 - Criterios Tokio 2013.

Síntomas

- Dolor en hipocóndrio derecho y epigastrio > 6 horas.
- Náuseas y vómitos
- Suele aparecer luego de la ingesta de alimentos ricos en grasas y con mala respuesta a AINES.

Exploración física

→ Signo de Murphy (+)

Laboratorios

- Leucocitosis > 10,000/mm³
- PCR > 3mg/dl,
- Alteraciones leves en el perfil hepático.

- △ Pancreatitis Aguda: Inflammation súbita del páncreas, debida a la activación intraparenquimatosa de enzimas digestivas. Ocasional inflamación sistémica persistente.
- △ Pancreatitis Aguda leve: Con mínima repercusión sistémica, de fallo orgánico persistente, ausencia de complicaciones y un buen pronóstico.
- △ Pancreatitis Aguda Severa: Fallo orgánico persistente (necrosis, abscesos, pseudocistas) por pródromo, necrosis pancreática (áreas hemorrágicas, necrosis grasa pancreática) e intrapancreática.

Pancreatitis Aguda

Etiología

- litiasis biliar, causa más frecuente en nuestro medio.
- 80% PA.
- 10% múltiples causas
- 10% idiopáticas.

Obstrucción.

- Colodoco litiasis
- Tumores ampullares o pancreáticos.
- Cuerpos extraños en papila
- Pancreas divisum
- Colodococele.
- Diversión celiaco
- duodenal peridiverticular.

"Causas de Pancreatitis Aguda:"

- Tóxicos o Fármacos
 - Alcohol e-tilice y me-tilico
 - Fármacos: Azatropina, Valproato, metformina, metildopa.
- Infección
 - Parasitos: Ascaris, clonorchis, virus.
 - A - Abic, univita, bacterias, micoplasmas, M. Tuberculosis.
- Metélica
 - vascular
 - Traumatismo
 - Hereditaria
 - Miscelánea
 - Idiopática.

Clasificación PA y predictores de gravedad.

Leve → fallo orgánico no presente sin complicaciones.
 Moderado-Grave → fallo orgánico transiente (< 48 horas).
 Grave → fallo orgánico persistente (> 48 horas).

Criterios BISAP

BUN > 25 mg/dl (urea > 53 mg/dl)
 Alteración de conciencia
 SIRS
 Edad > 60
 Derrame pleural

Criterios Ranson

Al ingreso

- Edad > 55 años
- Leucocitos > 16,000/mm³
- Glucosa > 200 mg/dl
- LDH > 350 U/L
- GOT (AST) > 250 U/L

Al Biliar

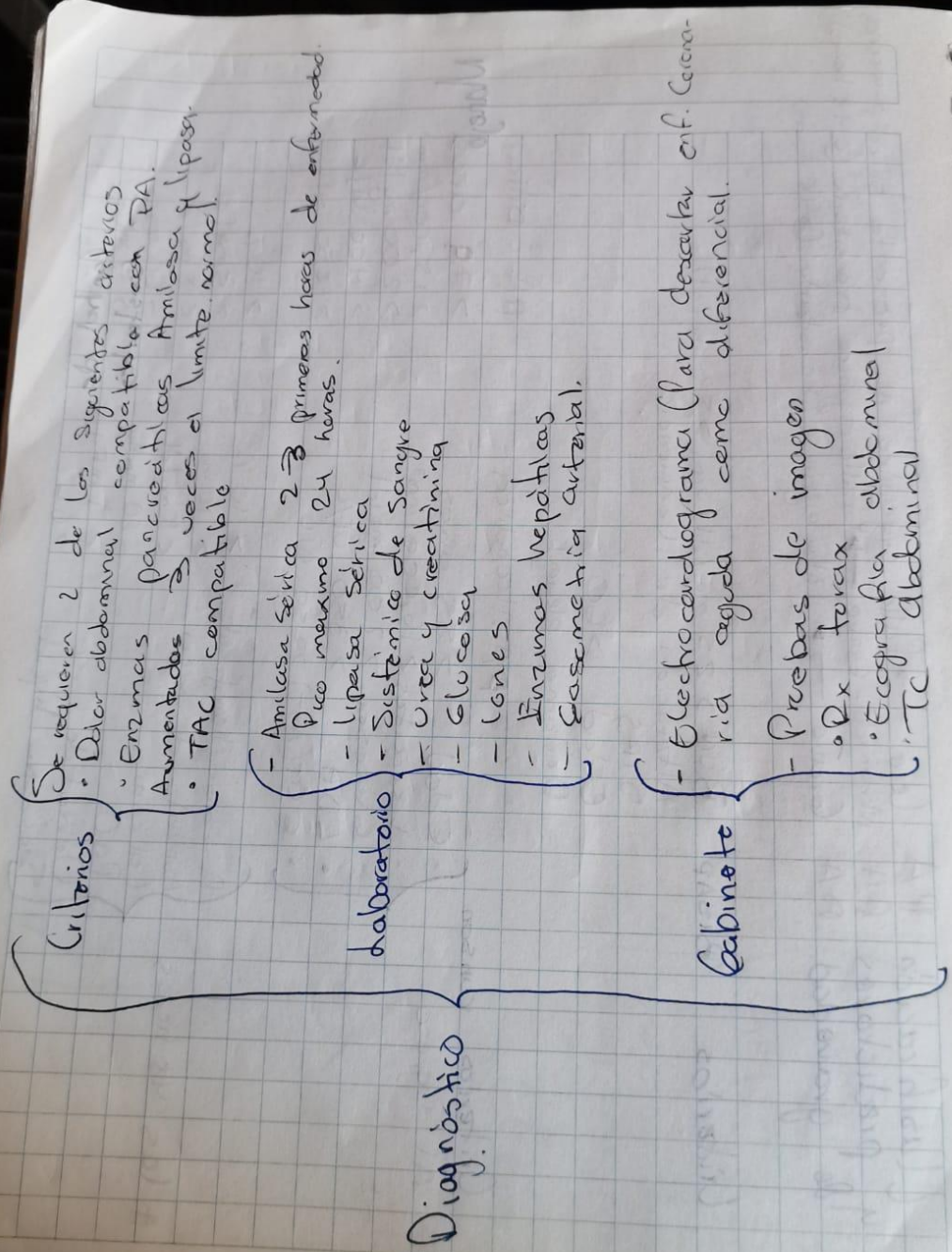
- > 79 años
- > 18,000/mm³
- > 200 mg/dl
- > 400 U/L
- > 250 U/L

A las 48 horas

- Descenso hematocrito > 10%
- Aumento de creatinina > 10 mg
- Calcemia < 8 mg/dl
- PaO₂ < 60 mmHg
- Oliguria de base > 4 mEq/L
- Sorbestic liquido > 6L

Al Alcohólica

- > 10%
- > 10 mg
- < 8 mg/dl
- < 60 mmHg
- > 4 mEq/L
- > 6L



Tratamiento.

Se basa principalmente en la hidratación intravenosa agresiva en las primeras 12-24 horas, ya que el conjunto de edema pancreático, daño microangiopático e hipovolemia impiden la correcta irrigación y consecuentemente irrigación pancreática acelerando la necrosis tisular y liberando a su vez mayor cantidad de enzimas pancreáticas empeorando así el pronóstico.

Sueroterapia

En ritmo de hidratación 5-10 ml/kg/h. con solución cristaloides (suero salino 0.9% o ringer lactato).

- Dieta absoluta
- Sonda nasogástrica
- Oxigenación
- Tratamiento del dolor
- Corrección de alteraciones metabólicas
- Tratamiento antibiótico
- Antieméticos (metoclopramida 10 mg c/8 horas)
- Tx con IBP.
- Fármacos espasmolíticos contraindicados en PA.

Coleditiiasis

Presencia de litos (calculos) en la vesicula biliar.

Se puede prevenir con:

- Ejercicio físico
- Alimentación sana
- Control de la obesidad
- uso adecuado de hormonas en
 - Uterino
 - Método anti-conceptivo

Fx de riesgo:

- Edad más frecuente > 40 años, 20% de los adultos y 30% > 70 años.
- Sexo femenino
- Embarazo (desarrollo de calculos de colesterol).
- obesidad
- Antecedentes familiares
- Pérdida rápida de peso
- Nutrición parenteral.
- Diabetes Mellitus
- Cirrosis hepática

Diagnostico clínico:

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante SD.
- Dolor en Cuadrante SD.
- Resistencia muscular e (SD).
- Náuseas
- Vomito.

Laboratorio y Gabinete.

- BH (leucocitosis)
- PCR (elevada) para confirmar proceso inflamatorio

En caso de fiebre

- Hemocultivo
- Cultivo de secreciones.

Gabinete

Ultrasonido abdominal positivo en 98% (sensibilidad) de los casos de colelitiasis.

- Bilirrubinas
- BUN
- Creatinina
- Tiempo de protrombina
- Amilasa sérica. (complicaciones como coledocolitiasis)

Tratamiento farmacológico

- Acido ursodesoxicólico
- Acido quenodesoxicólico.

Durante (1-2 años)

Aines para desinflamar.

75 mg diclofenaco.

Antibiótico dependiendo grado

Quirúrgico

- Colecistectomía.

Tratamiento no farmacológico.

- Litotricia en:
 - Pacientes con litiasis única.
 - No calcificada
 - diámetro 20-30 mm

Contraindicaciones:

- Pancreatitis
- Coagulopatías
- Cústas o aneurismas.

Colangitis.

Principal complicación de coledocolitiasis.

- Infección Bacteriana del sistema ductal biliar caracterizada por la triada de Charcot.
 - fiebre
 - Ictericia
 - Dolor abdominal
- Pentada de Reynolds
- Confusión mental
 - Shock

Dx. Con certeza mediante la triada de Charcot

↓
Sugiere presencia de Bacteremia de evolución grave.

Síntomas

- fiebre 90% pacientes
- Ictericia 75% pacientes

Laboratorio

- 80% leucocitosis con desviación a la izquierda
- Bilirrubina $> 2 \text{g/dl}$ en 80% aunque en ocasiones es normal.

Gabinete

- Ecografía abdominal
- Gold standard colangio - RMN o endoscopia

Grado I - No suele ser necesario drenaje

Grado II - Drenaje precoz.

Grado III - Daño orgánico por sepsis. Drenaje precoz.

Oclusión intestinal

• Oclusión total o parcial de la luz intestinal que impide el tránsito normal a través del mismo

• Cuando no sea completa o persistente hablamos de suboclusión intestinal

Clasificación

- Intestino delgado (según el nivel)
- Intestino grueso

Según su Patogenia

- Íleo paralítico
- Obstrucción mecánica

Causa más frecuente

Bridas 60% → En ausencia de cx previa.

Descartar →

- Hernia
- Íleo biliar
- Inflamatoria (enteritis, enf. inflamatoria).
- Considerar posibilidad de neoplasia.

Obstrucción de intestino grueso

- Causa más frecuente cáncer de colon
- Vólvulo de sigma
- Diverticulitis aguda complicada

Divertículos

Pequeños sacos o bolsas que aparecen en la mucosa del tracto GI, frecuentemente en el colon sigmoide.

Fisiopatología

Alteraciones producidas por oclusión intestinal, como consecuencia del obstáculo existente.

- Acumulación de líquidos, gases y alteraciones de la secreción/absorción por encima de la lesión oclusiva.

Obstrucción Intestinal

Extraluminal

- Torsión
- Bridas
- Hernias
- Volvulo
- Megacolon

Parietal

- Neoplasia
- Adh. congénitas
- Hematoma parietal

Intraluminal

- Cuerpo extraño
- Bacterias
- Parasitosis

Tipos

Leo paralítico

Adinámico

- Post Cx - Peritonitis
- Adh. metabólicas (uremia, coma diabético)
- Traumatismos, Apandicitis, pancreatitis

Espástico

- Intoxicación por metales pesados
- Porfirias

Vascular

- Embolia arterial
- Trombosis venosa

Clinica

- Dolor Abdominal difuso tipo cólico.
- Ausencia de deposición y ventoseo.
- Distensión abdominal.
- Anamnesis y exploración (hábito intestinal, cirugías, ingesta de medicamentos).
- Náuseas
- Vómitos

Pruebas Complementarias

Sangre

- Química (Glucosa, Urea, creatinina, iones, amilasa)
- Estudios de coagulación
- Gases venosos y arteriales

Radiología

- Tórax (PA y lateral)
- Abdomen (Recto y bipedestación)
- Obstrucción de intestino delgado.

• Ecografía Abdominal

• Colorescopia

• Tomografía axial

Tratamiento

- Reposición de líquidos
- Colocación de sonda nasogástrica
- Tomografía axial en caso de masa o perforación.

Perforación de víscera hueca

La Perforación no traumática del tubo digestivo es rara cuando se pared es normal.

- Síntomas ocasionados por la irritación química del peritoneo y después de la infección o sépsis.
- Las perforaciones del tubo digestivo se comunican con el peritoneo en su mayoría. Aunque también pueden estar englobadas y localizadas por las vísceras o el epiploon circundantes.

* Evoluciona en horas

* Precisa respuesta rápida y resolutiva con diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico precoz

① Perforación esofágica.

A) Iatrogénica → Causa más habitual

- Causa más frecuente endoscopia
- Largo dilataciones
- Curvatura esofágica

B) Espontánea o posthemélica (segunda frecuente)

C) Ingestión de cuerpo extraño.

D) Posttraumática: Por trauma abierto o abdominal contuso.

E) Otras lesiones erosivas, úlceras esofágicas

- Carcinoma.

clínica

En lesión posttraumática el paciente se queja por dolor lancinante o cruento subesternal bajo, pudiendo irradiar a cuello, dorso y hombro izquierdo.

- Taquipnea
- Disnea
- Dolor pleurítico
- Taquicardia
- Se produce contaminación del mediastino
- hipotensión
- Diaroresis
- fiebre

Diagnóstico

- Rx de tórax
 - Ane subdiafragmático
- ↳ Enfsema mediastínica y derrame pleural izquierdo con o sin neumotorax (si rompe pleura mediastínica. o no)
Nunca endoscopia

Tratamiento

- Reposición hidroelectrolítica de ser necesaria
- Ingreso urgente y exploración quirúrgica

② Perforación gastroduodenal.

- Más frecuente tracto gastroduodenal. y duodeno.
- Etiología → Mas frecuente úlcus péptico (hombres).
- cara anterior zona más frecuente

clínica

- > de la mitad úlcus péptico previa
- Dolor epigástrico
- Dolor súbito e intenso grave en región de epigastrio (Generalizado)
- Defensa muscular involuntaria
- Signos de irritación peritoneal.

Diagnóstico

- lo más precoz posible.
- Rx (se observa neumoperitoneo).

Tratamiento (quirúrgico)

- Manejo de líquidos y shock
- Sonda nasogástrica y vesical
- Laboratorio preoperatorios.
- Antibióticos

Ileo mecánico

- tumores
- Aterencias
- bridas
- Aumento de ruidos hidroaereos

Ileo paralítico

Alteración en la función o motilidad intestinal

- Cirugías previas
- TV metabólicos
- Desequilibrio hidroelectrolítico
 - Diarrea
 - Deshidratación
 - Uremia
- Trombosis mesenterica
- Ausencia de ruidos hidroaereos

- Dolor abdominal
- Vomidos (Gastrico, fecal)
- Falta de conducir gases.

• Rx
Bh, TP y TPT,
QS, Grupo
- TAC

- Tx. Apoyo
- hidratación

→ Cargar causas
- sonda nasogástrica si es necesario
- Sonda foley

Cálculo biliar
Pancreatitis → AINES

Hernias Abdominales en urgencias. 31/05/23

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal. zonas débiles de la pared abdominal (congenitas o adquiridas).

• Saco herniario (peritoneo parietal) material (intestino delgado, epiploón y colon).

C	}	Inguinales	Saco herniario discurre por el conducto inguinal
I			han indirectas o laterales y directas o mediales
A		Umbilicales	Por distensión del anillo umbilical
S			(obesos, ascitis, embarazadas)
I		H. Crurales	(Por debajo del ligamento inguinal)
f	}	H. Epigástricas	Desde Apéndice A. A. des hasta ombligo
I			
C		H. Espiguel o anterolaterales.	Recto anterior de abdomen
A			
C			
I	}	H. Incisionales	Por dehiscencia de suturas o
O'			debilidad en la pared. tras cirugía.
N		o eventraciones.	

Clinica

- 1 H. reducibles
- 2 H. Incarceradas
- 3 H. Con pérdida de derecho a domicilio
- 4 H. Estrangulada.

Tratamiento

- Reducción (no realizar en hernias crurales).
- Ingresar para valorar Cx
- Rx de tórax y abdomen
- ECG → Para Cx.

Diagnóstico

- historia clínica
- Exploración abdominal

A Técnica de batucal para que la hernia salga.

Trombosis Mesentérica

Isquemia mesentérica aguda como estado inatenuado de perfusión tisular que se origina por interrupción súbita del aporte sanguíneo en la circulación mesentérica

Etiología

- Embolia de arteria mesentérica superior 50% de los casos
• Fibrilación auricular más usualmente implicado

- Trombosis de arteria mesentérica superior 25% de los casos
• Característica en ancianos con enfermedad aterosclerótica generalizada.

- Isquemia mesentérica no oclusiva 20% de los casos, hipovolemia, hipertensión o bajo gasto cardíaco
• Edad avanzada, arteriopatía, a cardiaca, hemodialisis, críticos.

- Trombosis vena mesentérica. 10% restante - Relacionado con estados de hipercoagulabilidad
• Isquemia intestinal segmentaria
Sospecha de cáncer

Tratamiento

• Monitorización • Realizar ECG
• Analgesia • Reposición de líquidos.

Clínica:

- Dolor abdominal intenso que no mejora con analgesia.
- Dolor depende de la oclusión
- Aumento de peristaltismo
- íleo y leve atenuación
- Peritonismo → Necrosis
- Sepsis, Shock séptico
- Deterioro clínico rápido en horas. (náuseas y vómito).

Diagnósticos

- Analítica
- Hemograma (leucocitosis, hemocentración, estudio de coagulación, D.D.
- Gasometría.

Gabinete

- Rx PA y lateral
- Rx Abdomen PA y bipedestación
- TAC (Para Dx de isquemia mesentérica).

Traumatismo abdominal

hemorragia importante

- Cavidad peritoneal → Cubierta por peritoneo
- Espacio retroperitoneal → Vena cava inferior, Aorta, duodeno, colon ascendente y descendente, páncreas, riñones.
- Cavidad pélvica → Vejiga, uretra, recto, útero en mujeres, vasos ilíacos.

clasificación

- Penetrante - Daño en varias estructuras
- Arma blanca - hgado 40% - 10, hgado 30%, diafragma 20%, cañón 15%
- Arma de fuego - ID 50%, colon 40%, hgado 30%, LV 25%
- Cerrado - 80% (75% cerrados, hgado y bazo más afectados).

Anamnesis

- Estado actual del paciente (Dobr, disnea) (localización)
- Antecedentes médicos - quirúrgicos, tx habituales, alergias.

Exploración física

- Signos vitales
- Inspección
- Auscultación
- Palpación, percusión
- Evaluación pélvica

Diagnóstico

- Análítica - Sangre (hemograma y coagulación)
- Hepático y amilasa
- Orina

Radiodiagnóstico

- Rx (Torax y pelvis)
- TAC abdominal
- Eco - FAST y politraumatizado.

Traumatismo abdominal

hemorragia importante

- Cavidad peritoneal → Cubierta por peritoneo
- Espacio retroperitoneal → Vena cava inferior, Aorta, duodeno, colon ascendente y descendente, páncreas, riñones.
- Cavidad pélvica → vejiga, uretra, recto, útero en mujeres, vasos ilíacos.

clasificación

- Penetrante - Daño en varias estructuras
- Arma blanca - hgado 40% - 10, hgado 30%, diafragma 20%, cañón 15%
- Arma de fuego - ID 50%, colon 40%, hgado 30%, LV 25%
- Cerrado - 80% (75% cerrados, hgado y bazo más afectados).

Anamnesis

- Estado actual del paciente (Dobr, disnea) (localización)
- Antecedentes médicos - quirúrgicos, tx habituales, alergias.

Exploración física

- Signos vitales
- Inspección
- Auscultación
- Palpación, percusión
- Evaluación pélvica

Diagnóstico

- Análítica - Sangre (hemograma y coagulación)
- Hepático y amilasa
- Orina

Radiodiagnóstico

- Rx (Torax y pelvis)
- TAC abdominal
- Eco - FAST y politraumatizado.

