



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina



Materia: Urgencias

Dr. Romeo Suarez Martínez

Mapas

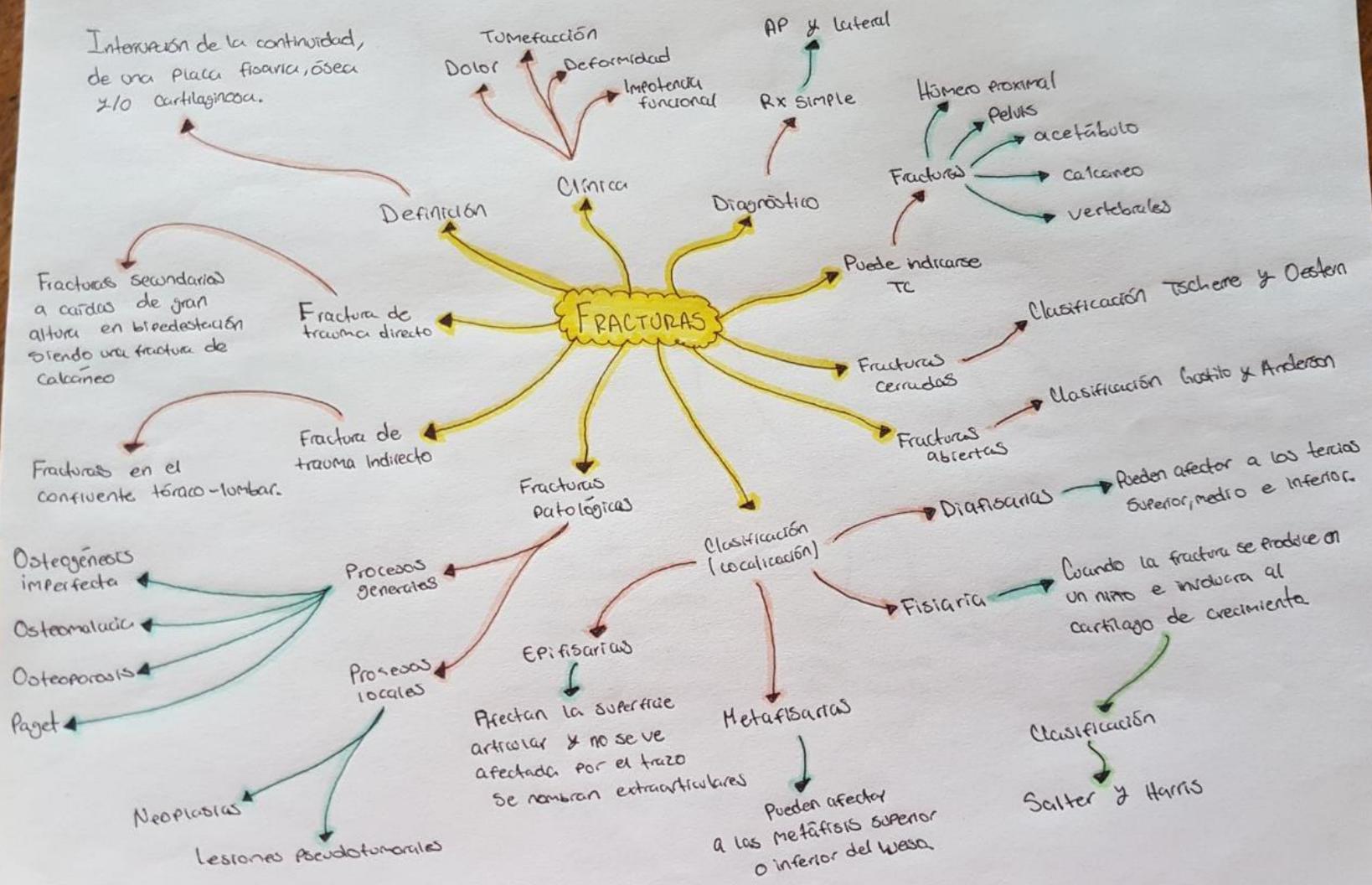
Alumna:

Guadalupe Elizabeth González González

Semestre y grupo: 8 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 02 /06/ 2023.

Guadalupe Elizabeth González González



• El 1^{er} número representa el hueso largo:

- 1- Húmero
- 2- Codo y radio
- 3- Fémur
- 4- Tibia y peroné

• El sig número define el segmento óseo:

- 1- Proximal
- 2- Medio
- 3- Distal
- 4- Maleolar.

• La sig letra (A, B, C) designa el tipo de fractura.

(A) Fracturas diafisarias pueden ser simples

(B) En codo

(C) Complejas

• En los segmentos proximal y distal del hueso, las fracturas pueden ser

(A) Extraarticulares

(B) Articulares parciales

(C) articulares completas

Fractura peritrocanterea de fémur se clasifica como 3.1.A.2:

↓

3- Fémur
1- Proximal
A- Trocanterea
2- Peritrocanterea

Clasificación AO

FRACTURAS

Poli-traumatizadas
(Lesión en al menos una de las tres cavas)

- Craneal
- Torácica
- Abdominal

Poli-fracturadas

Deben intervenir en las primeras horas desde el traumatismo, para disminuir el sangrado, evitar complicaciones como:

→ Ex de embolia grasa
→ facilitar la movilización.

RICE

- Rest (reposo)
- Ice (hielo)
- Compression
- Elevation

Tratamiento

Fijación externa

(Osteotomas o fijadores externos) o interna.

Quirúrgico Objetivo

Reducción anatómica

Movilización precoz de las articulaciones adyacentes

↓

Evitar así atrofias y rigideces.

Fijación Interna

Tornillos y Placas o clavos intramedulares

Osteosíntesis

Fracturas yuxtarticulares
Diáfisis de los huesos del antebrazo.

Fracturas diafisarias de huesos largos de extremidad inferior (Fémur y tibia)

Debe evitarse

Fractura con riesgo elevado de infección

Infección activa

TRATAMIENTO DE FRACTURAS	MODALIDAD	PRINCIPALES INDICACIONES	
TRATAMIENTO CONSERVADOR	Abstención terapéutica / Reposo	Fractura costal aislada, algunas fracturas por fatiga	
	Sindactilización	Fractura de los dedos	
	Férulas / Ortesis / yesas	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas fracturas vertebrales, de húmero, muñeca y tibia • Gran parte de las fracturas de niños 	
	Tracción cutánea	Inmovilización provisional de fracturas de cadera	
	Tracción esquelética	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas de fémur del niño • Fracturas de acetábulo no desplazadas • Inmovilización provisional de fracturas de fémur del adulto. 	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Fijación Interna / Osteosíntesis	Agojas de Kirschner	<ul style="list-style-type: none"> • Fijación de pequeños fragmentos • Fract. Infantiles
		Cercas / alambres	Fracturas de rótula y olécranon
		Tornillos y Placas	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas de antebrazo del adulto, frac. del húmero proximal y distal. • Fract. de otros diáfisis y metáfisis con extensión intraarticular.
		Clavo Intramedular	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas de fémur y tibia del adulto • Fracturas de húmero.
	Fijación externa		<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas abiertas (riesgo de infección) • Fracturas con compromiso vascular • Fracturas de pelvis inestables • Fracturas intraarticulares completas (Pilon tibial) • Ausencia de consolidación en infectadas • Fracturas en quemados • Alargamiento óseo.

Tiene dificultad para la rotación externa y no puede separar el brazo más de 90°.

Paciente presenta el brazo en aproximación y rotación interna y radiológicamente, la imagen es poco llamativa.

Sospechar → Antecedentes de descarga eléctrica
→ Crisis convulsivas

Requiere reducción cerrada e inmovilización en discreta rotación externa.

Pérdida del contacto normalmente existente entre dos superficies articulares.

Posterior

Definición

Inferior

Poco frecuente

El brazo se encuentra separado en unos 30°, en rotación interna y cortado, o en separación de hasta 160°, denominándose luxatio erecta.

Tx: Reducción cerrada e inmovilización con vendaje de Velpew.

Luxación Anterior

Luxación escapulohumeral

Superior

Poco común.

Se asocia a fracturas de clavícula, acromion o luxaciones acromioclaviculares.

Forma más frecuente de luxación de hombro y la más habitual del organismo.

→ Clínica: Paciente acude con el brazo en discreta separación y rotación externa evitando cualquier tipo de movimiento del hombro ya que resulta doloroso.

Siempre debe realizarse una radiografía de hombro antes de proceder al tratamiento, para estar seguros que no se manipula una fractura-luxación.

Posteriormente inmovilizar con vendaje de Velpew entre 2 y 4 sem(-tiempo, cuanto mayor sea la edad del paciente), para pasado ese tiempo, realizar ejercicios de rehabilitación.

Definición de la "Charretera"

→ Por el afilamiento acromial que presenta el hombro al desaparecer el perfil redondeado de la cabeza humeral.

→ Tx: Reducir por manipulación cerrada, la luxación (generalmente se realiza un primer intento sin anestesia o con anestesia local intrarticulárea).

Es toda pérdida de sangre que procede del aparato digestivo.

Es una enf. muy frecuente en Uganda, cuya mortalidad oscila entre 5 y 10%, dependiendo de la comorbilidad, edad, cantidad del sangrado y etiología.

Hemorragia digestiva

Sangrado del tubo digestivo alto y bajo

Presentación

Hematemesis: Vómito de sangre fresca o resto hemáticos digeridos (Posos de café). Sugiere HDA, Describir origen respiratorio (hemoptisis) u ORL tratándose de sangre deglutida.

Melenas: Heces negras, brillantes, pastosas, pegajosas, malolientes como "petróleo". Sugiere: HDA o HDB con tránsito lento.

Hematoquecia: Heces sanguinolentas. Sugiere: HDB o HDA con tránsito rápido.

Rectorragia: Sangre roja por el ano. Indica HDB, principalmente de recto y colon.

Localización

HDA
Hasta el ángulo de Treitz.

Media
Hasta la válvula iliocecal, o baxi (HDB)

Valoración del estado hemodinámico para detección precoz de la hipovolemia.

Determinación de las constantes vitales: FC, TA.

Cuantificación de la volemia perdida.

Estado de perfusión periférica: Palidez, diaforesis.

Etiología

HDA

- * Úlcera gastroduodenal (+frec)
- * LAMG:
 - * Fármacos gastroerosivos
 - * Alcohol
 - * Quemaduras
 - * Estrés
- * Varices esofágicas gástricas
- * Síx de Mallory-Weiss
- * Esofagitis por reflujo
- * Úlcera de Dieulafoy
- * Tumores.

HDB

- * Divertículos colónicos (+frec)
- * Lesiones perianales: Hemorroides, fisuras o fístulas.
- * Angiodisplasia de colon
- * Enf. inflamatoria intestinal
- * Tumores
- * Isquemia intestinal
- * Divertículo de Meckel

* El apéndice se encuentra en el ciego.

* Irrigada por arteria apendicular rama de mesenterica superior

* 65% de los casos apendicitis retrocecan

Es la urgencia quirurgica abdominal más común. Se define como la inflamación del apéndice cecal o veriforme.

* Riesgo de padecer apendicitis es del 7%.

* Cada 15 a 20 personas en México presentan apendicitis.

* Mortalidad

- * No complicadas de 0.3%
- * Complicadas de 1 a 3%
- * Mortalidad del 30% en lugares remotos.
- * Mortalidad de <1% con intervención temprana.
- * Ancianos 15%.

* Población anciana 66-70%.

* Población en general 10-40%.

* 7% en las primeras 14 hrs

* 38% entre 24 y 48 hrs

* 90% después de 72 hrs

Repaso anatómico

Tasa de apendicitis perforada

Riesgo de Perforación desde el inicio de las síntomas

Apendicitis Aguda

Etiología

Epidemiología

* Hiperplasia de folículos linfoides submucosos: 60%

* Feculito/Apendicolito: 30-40%
(cada vez se ve en Rx)

* Cuerpos extraños: 4%

* Tumores apendiculares: 1%

Factores de Riesgo

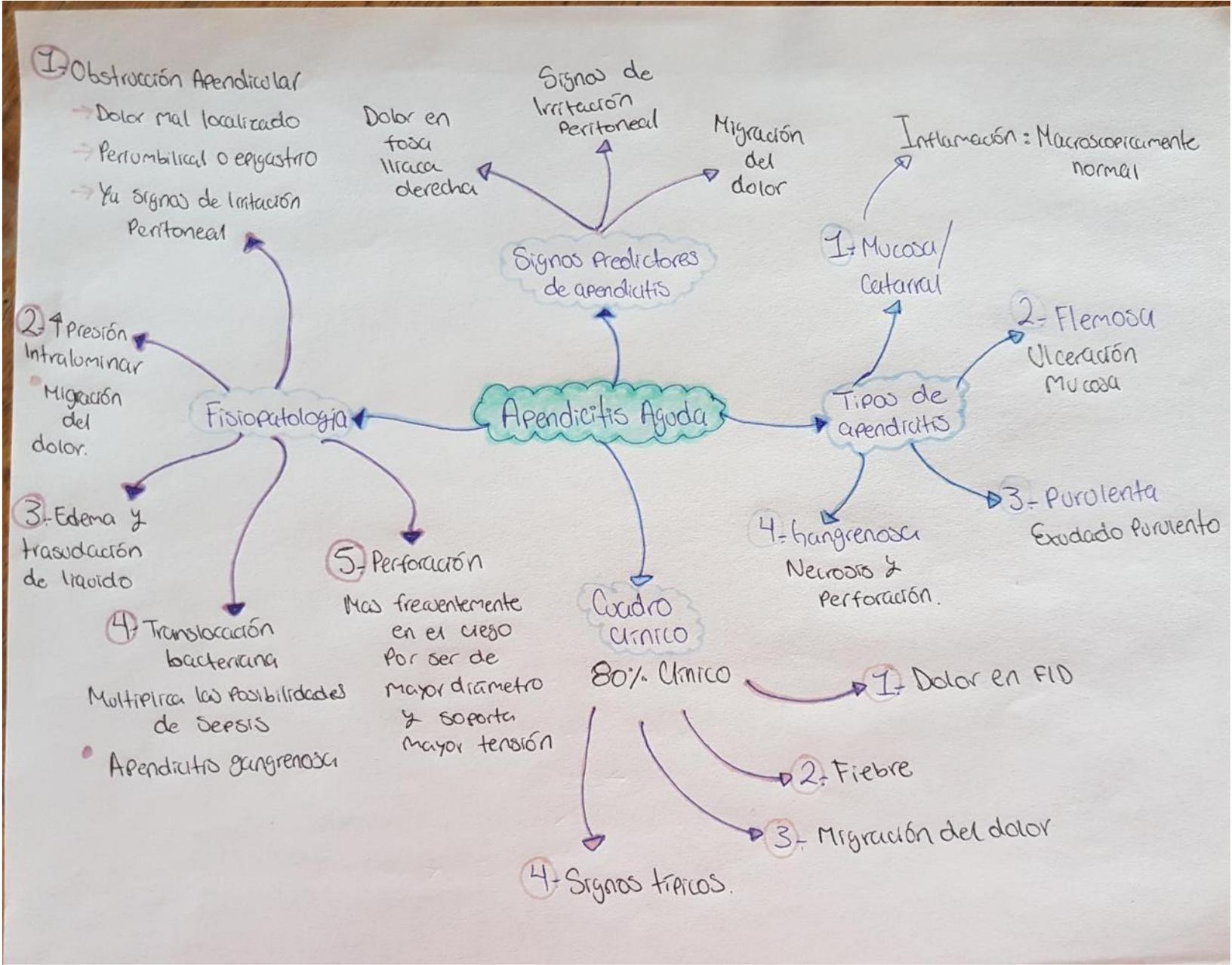
* Sexo masculino

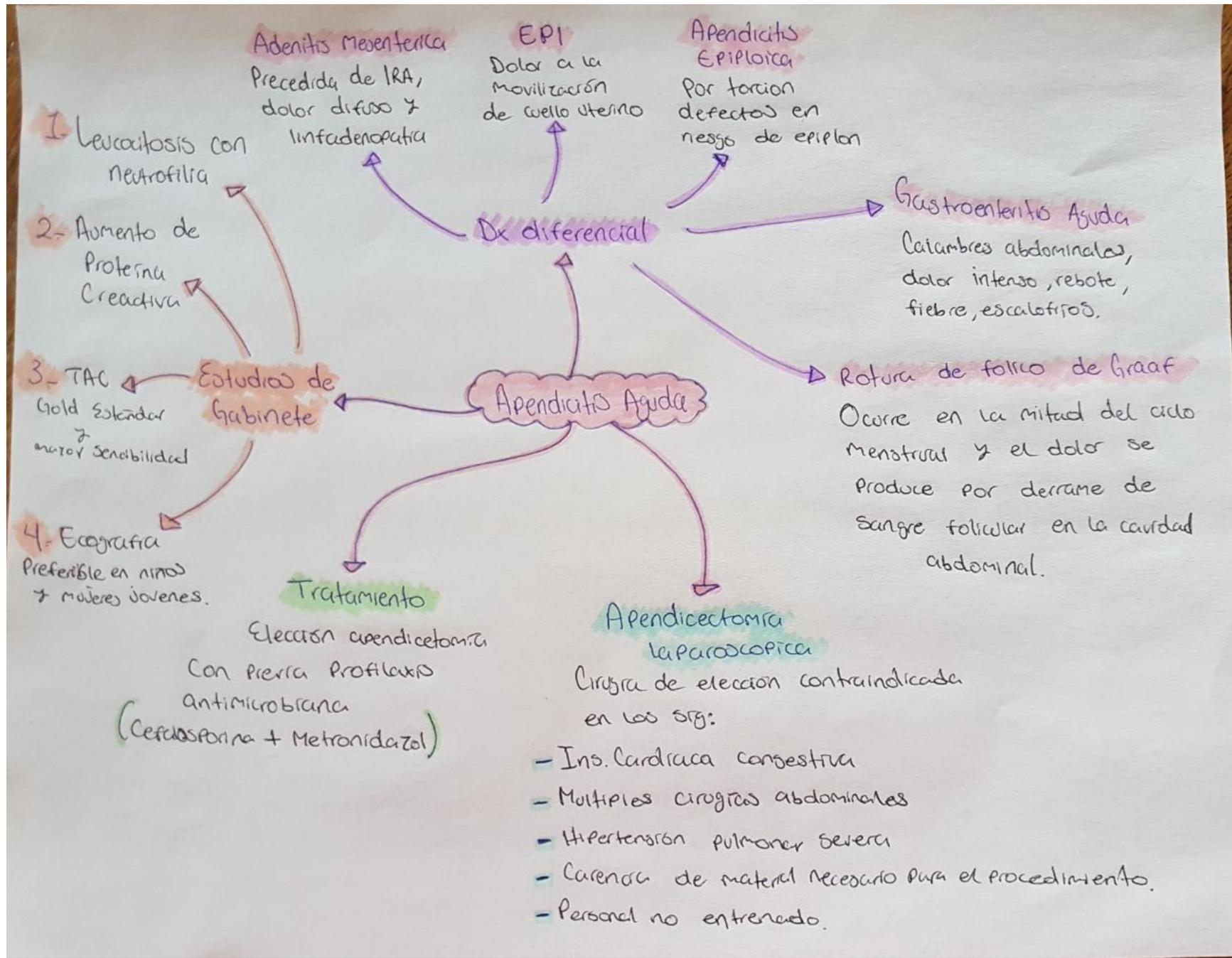
* >89 años/Hasta el 69% de los casos

* Caucasicos

* Mujeres
Mayor predominio en 15 a 19 años.

* Sin embargo recientemente se a probado que el evento inicial es la ulceración de la mucosa de causa viral o bacteriana asociada principalmente a Yersinia.





Apendicitis Aguda

Criterios de Alvarado Modificados

Elemento Clínico	Puntuación
Dolor en CID	2
Leucocitosis	2
Fiebre	1
Rebote(+) en CID	1
Migración del dolor	1
Nausea / Vómito	1
Anorexia	1

ABORDAJE:

0-3 → Otros Dx

4-6 → TAC / USG

7-9 → QX

Escala de RIPASA

DATOS	Puntuación
Hombre	1
Mujer	0.5
< 40 años	1
> 40 años	0.5
Extranjero: No residente de México	1
Síntomas	
Dolor en fosa iliaca derecha	0.5
Náuseas / Vómito	1
Dolor migratorio	0.5
Anorexia	1
Síntomas < 48 h	1
Síntomas > 48 h	0.5
Signos	
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Blumberg	1
Rovsing	2
Síndrome febril < 39°C	1
Laboratorio	
Leucocitosis	1
Examen general de Orina negativo	1

Colecistitis crónica litiasica agudizada

La colecistitis crónica es la inflamación aguda de la vesícula biliar, provocada en el 90% de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito. La vesícula obstruida se extiende y su pared sufre una inflamación química que se manifiesta como edema y engrosamiento.

Tratamiento

- * Ingreso hospitalario
- * Reposo en cama
- * Dieta absoluta
- * Fluidoterapia
- * Analgesia
- * Tx de elección → colecistectomía

Dx diferencial

- * Úlcera péptica perforada
- * Apendicitis aguda
- * Obstrucción intestinal
- * Cólico renal
- * Hepatitis aguda
- * Herpes zóster

Est. laboratorio

- * Leucocitosis
- * ↑ Bilirrubinas y
- * Fosfatasa alcalina ↑

EGO → ↑ Urobilinógenos

Cuadro clínico

Suele ser asintomático
Principal sintoma → Dolor abdominal agudo constante en el hipocóndrio derecho, de duración > 5hrs, normalmente irradiado a espalda, que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómito y fiebre de entre 37.5 y 39°C.

Etiología

La mayoría de los pacientes la causa es litiasis biliar.

Los 2 factores que determinan la progresión de la enf. son:

- * El grado de la obstrucción
- * La duración de la obstrucción.

Factores de riesgo

- * Edad
- * Sexo femenino
- * Obesidad
- * Nutrición parenteral
- * Pérdida de peso
- * Descenso de HDL
- * ↑ Triglicéridos
- * Embarazo
- * Anticonceptivos

Presentan dolor recurrente, sede con analgésicos
Inflamación crónica
No hay resaca
Inflamación sistémica (SIRS)

La litiasis biliar o colelitiasis es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar.

Es asintomático

Tratamiento farmacológico

* Ácido Ursodesoxicólico

Colico biliar

* Dolor en Hipocóndrio derecho

* Intensidad leve a moderada

* Duración < 30 min

* Desencadenado por consumo de grasas.

Dx
Ecografía

Factores de riesgo

- * Sexo femenino
- * Obesidad
- * Edad Avanzada
- * Pérdida de peso
- * Dieta occidental
- * Ant. familiares

Patogenia

- * Su sobresaturación de colesterol
- * Aceleración de la cristalización
- * Hipomotilidad de la vesícula biliar

* Cualquier factor dietético, metabólico o genético que interfiera en alguno de los mecanismos anteriormente citados actuará aumentando o disminuyendo la formación de dichos cálculos.

Colelitiasis

Infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna postquirúrgica y menos frecuente, tumores de la vía biliar y pericampulares.

Forma + grave pero - frecuente → Colangitis supurativa aguda o colangitis aguda tóxica, que se presenta exclusivamente en >70 años, se caracteriza por la Pentada de Reynolds (Triada Charcot + Shock y disfunción)

Tx de causa obstructiva CPRE

Anaerobio + frec. Bacteroides fragilis

Presenta Leucocitosis Hemocultivos generalmente positivos, siendo E. coli el más frec.

Colangitis

Otras causas
Pancreatitis crónica
Pseudociste pancreática
Divertículo duodenal
Quistes congénitos del colédoco o infección por parásitos.

Vía de entrada de la infección
Más frecuente es por vía Portal. Puede haber infección ascendente desde el duodeno (más frecuente en esfinterotomizados o tras derivación bilioentérica), vía linfática o vía sistémica a través de la arteria hepática.

Clinica

- Triada de Charcot
- Ictericia
 - Dolor en hipocondrio derecho
 - Fiebre intermitente

Criterios de Tokio Colangitis

Colangitis Aguda Grado I (Leve)

Es aquella que no cumple con los criterios de colangitis aguda "grado III" (severa) o grado II moderada al inicio del dx.

Colangitis Aguda Grado II (Moderado)

Colangitis aguda "grado II" está asociada a 2 de las siguientes condiciones

- 1- Leucocitos $>12,000$ o $<4,000$
- 2- Fiebre alta $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- 3- Edad ≥ 75 años
- 4- Hiperbilirrubinemia: bilirrubina total ≥ 5 mg/dL
- 5- Hipalbuminemia $< \text{LLN} \times 0.7$

Colangitis Aguda grado III (severa)

Esta definida por colangitis aguda asociada al inicio de la disfunción de al menos ^{5 de los} uno de los _{sis. orgaos/sistemas}

1- Disfunción Cardiovascular: Hipotensión que requiere de tx con dopamina ≥ 5 $\mu\text{g/kg}$ por min, o cualquier dosis de norepinefrina.

2- Disfunción Neurológica: \downarrow del estado de alerta

3- Disfunción respiratoria: Cociente $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$

4- Disfunción renal: Oliguria, Creatinina > 2.0 mg/dL

5- Disfunción Hepática: $\text{Tp} - \text{INR} > 1.5$

6- Disfunción hematológica: cuenta plaquetaria $< 100,000/\text{mm}^3$

Definición:
Proceso Inflamatorio Agudo del Páncreas
que frecuentemente involucra tejido Periparcreático
y puede involucrar órganos y sistemas distantes.

Debido a que la Pancreatitis aguda leve en la fase temprana puede progresar a grave, es necesario mantener una evaluación continua, principalmente dentro de los 3 primeros días de presentación del cuadro clínico.

Los factores etiopatológicos de la Pancreatitis aguda se deben identificar de forma temprana y con exactitud, siendo particularmente importante diferenciar entre Pancreatitis aguda asociada a litiasis y secundaria a alcoholismo, debido a que ambos requieren procedimientos de manejo distintos.

Pancreatitis Aguda

Dx

1- Cuadro clínico sugerente

* Dolor abdominal en Epigastrio, con irradiación a la espalda, intensidad progresiva acompañado de náusea y vómito.

2- Alteraciones bioquímicas

* ↑ lipasa y/o amilasa al menos 3 veces por encima del valor de referencia

3- Alteraciones → Estructurales tanto del páncreas como de estructuras adyacentes vistas en los estudios de imagen.

La edad >55 , IMC ≥ 30 , falla orgánica en el momento del ingreso y la presencia de derrame pleural y/o infiltrados constituyen factores de riesgo de severidad que deben ser registrados en el momento del dx.

PANCREATITIS AGUDA → Exámenes de laboratorio y Gabinete

Mejor parámetro bioquímico para dx de Pancreatitis aguda lo constituye la determinación del nivel sérico de lipasa, tiene una sensibilidad del 90-100% y especificidad 99%.

La hiperamilasemia se asocia con otras enfermedades no pancreáticas (obstrucción intestinal, peritonitis, perforación de úlcera duodenal, Ins. renal) por lo que es necesario medir enzimas extrapancreáticas con alta especificidad para apoyar el dx de pancreatitis.

La Proteína C reactiva sigue siendo el estándar de Oro en la valoración del pronóstico de la gravedad en pancreatitis aguda y como marcador comparativo para estudios de gravedad, el punto de corte de 150 mg/l a las 48h tiene sensibilidad de 80% y especificidad de 75%, valor predictivo (+) de 86%.

Solicitar determinación de:
→ lipasa, amilasa, BH completa, glucosa en ayuno, Urea, creatinina sérica, nitrógeno ureico, gasometría arterial y venosa, deshidrogenasa láctica, alanina aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, bilirrubinas totales, bilirrubina indirecta, bilirrubina directa, fosfatasa alcalina, proteínas totales, albumina, Sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, tiempo de protrombina, tiempo de tromboelastina, colesterol, triglicéridos y proteína C reactiva.

El ultrasonido es uno de los procedimientos diagnósticos que debe realizar en primera instancia en todo paciente con sospecha de pancreatitis aguda.

Activación de Enzimas
Pancreáticas en la
Patogenia de la PA.

PANCREATITIS AGUDA

1) Fase Inicial

Activación enzimas intrapancreáticas
y daño c'áqueres.

2) Segunda fase

Activación, quimioatracción, sequestro
de leucocitos, macrófagos en el páncreas
→ Intensifica la reacción inflam. en
el interior de la glándula.

3) Tercera fase

Enzimas proteolíticas, citocinas activas
liberadas por el páncreas inflamado
órganos distales.
Enc. proteolíticas → tripsina → elastasa
y fosfolipasa A₂.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

▶ La corrección rápida y correcta del volumen intravascular y de la PaO₂ reduce el riesgo de la necrosis pancreática y la aparición de disfunción **multiorgánica**, se deben administrar de forma temprana y adecuada líquidos IV con la finalidad de corregir el déficit de volumen que permita mantener un equilibrio y evite el desarrollo de hipovolemia, choque, falla renal ~~aguda~~.

▶ Los cuidados de soporte, con especial énfasis en las medidas de prevención de la hipoxemia, es un factor fundamental en el cuidado de los pacientes con pancreatitis aguda. El control mediante pulsometría debe mantenerse durante 48-72 hrs. Si la saturación de oxígeno es $\leq 95\%$, deberá realizarse una gasometría arterial.

PANCREATITIS AGUDA

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La analgesia es fundamental en el tx de la pancreatitis aguda grave. Los fármacos deben elegirse de forma escalonada, en función de la intensidad del dolor, incluyendo desde analgésicos no opiáceos hasta la morfina.

La succión gástrica a través de sonda nasogástrica es necesaria en pacientes con pancreatitis aguda a menos que la enfermedad este asociado con íleo paralítico y vómito frecuente.

No hay evidencia suficiente que sustente el uso rutinario de profilaxis antimicrobiana en el paciente con pancreatitis aguda leve o moderada.

Si se decide el empleo de antibióticos profilácticos se sugiere administrar los de amplio espectro y con buena penetración al tejido pancreático para prevenir la infección, tales como imipenem, ciprofloxacino, ofloxacino y pefloxacina.

Se recomienda la administración de antibióticos profilácticos antes de realizar CPRE en pacientes con alto riesgo de infección pancreática (proteína C reactiva elevada y tomografía contrastada con necrosis de más del 30%) y con estancia hospitalaria prolongada.

Las alteraciones electrolíticas del calcio, potasio y magnesio deberán corregirse de acuerdo a su déficit, así como la hipoglucemia se corregirá con insulina de acuerdo a requerimientos.

En el caso de administrar antibiótico profiláctico la duración puede ser hasta 14 días o más si persisten las complicaciones locales o sistémicas no sépticas, o si los niveles de proteína C reactiva se mantienen $>120 \text{ mg/dl}$.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

PANCREATITIS AGUDA

En todos los pacientes con síntomas persistentes y necrosis pancreática > 30% así como en aquellos con áreas pequeñas de necrosis y sospecha clínica de sepsis se deben someter a aspiración con asde fina guiada por imagen, con la finalidad de obtener material y enviar a cultivo con antibiograma y Tinción Gram, dentro de un periodo de 7-14 días de presentación de la pancreatitis. Si el germen es Gram(-), debe mantenerse el tratamiento con IMIPENEM, LEVOFLOXACINO, OFLOXACINO o PEFLOXACINA. Si por el contrario, se trata de una bacteria gram (+), una elección razonable es JUNCOLINA.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Si la alimentación gástrica no es tolerada, o existe presencia de íleo se puede utilizar la nutrición enteral y enteral en pequeñas cantidades y complementarla con nutrición parenteral. En casos de íleo puede dejarse una sonda de yeyunostomía para administrarla durante el postoperatorio.

Complementarán la nutrición enteral y parenteral "nutrición mixta"

La nutrición parenteral total se debe utilizar cuando existen complicaciones locales (Hemorragia digestiva, necrosis infectada, absceso pancreático, Obstrucción intestinal, fistulas digestivas) o sistémicas graves (choque, disfunción multiorgánica) que limitan el empleo de la nutrición enteral, cuando la vía gastrointestinal no es permeable, cuando la nutrición enteral no es tolerada, cuando la nutrición enteral y el dolor, la sepsis o la amilasa y cuando no se cubren las necesidades calóricas del paciente, en cuyo caso se

La nutrición parenteral aislada debe reservarse para casos de intolerancia a la nutrición enteral. Si se utiliza la nutri. parenteral, dado el riesgo de hiperglicemia e infecciones, se recomienda su inicio al 5to día de ingreso.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

En caso de cirugía de urgencia en que se encuentra una pancreatitis hemorrágica es aconsejable realizar sólo exploración, colocar catéter para lavado retroperitoneal postoperatorio y sonda de yeyunostomía para nutrición enteral postoperatoria.

La CPRE + esfinterotomía endoscópica está indicada en toda pancreatitis aguda biliar cuando haya obstrucción manifiesta de coledoco o signos de colestasis aguda.

Debe realizarse CPRE terapéutica de forma urgente en pacientes con pancreatitis aguda debido a litiasis biliar que satisface los criterios de pancreatitis aguda severa. Es ideal llevar a cabo este procedimiento dentro de las 72 h posteriores a la presentación de dolor.

Ante casos de pancreatitis aguda asociada a litiasis vesicular leve, se recomienda realizar colecistectomía tan pronto como el paciente se haya recuperado e idealmente durante la misma estancia hospitalaria.

<< CRITERIOS DE INGRESO A UCI >>

Enfermos que requieran vigilancia estrecha de parámetros hemodinámicos, distensión respiratoria y signos de gravedad:

- Ranson >3
- APACHE II >8
- Ins. Orgánica.

Pacientes con mayor gravedad:

- Ins. orgánica múltiple y persistente

y que en la clínica son los que cursan con:

- SIRS persistente (pulsos >90 x',
Fr >20 x' o $PCO_2 < 32$ mmHg,
temp $< 36^\circ C$ o $> 38^\circ C$,
leucocitos $< 4,000$ o $> 12,000$
o 10% de bandjas).

Otros fact. útiles en la evaluación de la gravedad son:

- Edad > 55 años
- Obesidad IMC > 30
- Existencia de Comorbidos.

Oclusión Intestinal

IG

Tipos de obstrucción Intestinal Mecánica

Etiología:

- Adherencias → Principal en pacientes con cirugías previas.
- Hernias → Principal en pacientes nunca intervenidos quirúrgicamente.
- Enf. Inflammatoria Intestinal, estenosis
- Fibrosis quística

Cuadro Clínico

- Dolor abdominal
- Vómito (fecalídeo si es distal la obstrucción)
- Distensión abdominal (Mayor entre más distal sea la obstrucción)
- Hiperperistaltismo con ruidos metálicos
- Fiebre
En la estrangulación existe fiebre, el dolor ↑ y hay risidez maxilar.

También llamado:

Íleo u obstrucción. Hace referencia a la detención del tránsito digestivo, esto independiente de la causa.

Identificación

La radiografía en bipedestación es importante en estos padecimientos pudiendo diferenciar así entre oclusión ID o colon.

De la oclusión Vascolar y Espástico

- Espástico: Hiperactividad desorganizada del Intestino que se observa por la intoxicación de:
 - Metales pesados
 - Porfirina
 - Uremia

Tipos de Íleo

Paralítico/Adinámico

- Causado frecuentemente post-quirúrgico y lesiones retroperitoneales, DHE, opiáceos.
- Movilidad Postquirúrgica:
 - ID 24 hrs
 - Estomago 24-48 hrs
 - Colon 3 a 5 días
- Mejora con adecuada anestesia postoperatoria e inicio precoz de alimentación.

Obstrutivo/Mecánico

- Existe una causa orgánica que la produce.
- La localización + frecuente es el Intestino delgado.

Oclusión Vascolar:

- Movilidad descoordiada del Intestino Ileocecico.

Obstrucción del Intestino Grueso

Etiología:

Principalmente causada por cáncer (colo-rectales) (más común en recto y Sigma)

Otras causas:

- Volvulus
- Diverticulitis
- Colitis actínica

La obstrucción suele ser progresiva cuando se trata de cáncer y súbita cuando es por volvulus.

Tratamiento:

En caso de no resolverse o presentar signos de isquemia esta indicaría la intervención quirúrgica.

Cirugías:

1. LAPE
2. Anastomosis
3. Colostomía
4. Resección de tumor

Fisiopatología

1. Obstrucción Intestinal
2. Aumenta la Presión Intraluminal
→ Dificulta irrigación hasta que la presión se iguala y es ahí la irrigación
3. Edema y transudación de líquido
→ Las secreciones quedan secuestradas lo que produce DHG.
4. Translocación bacteriana
→ Multiplica las posibilidades de sepsis
5. Perforación
→ Más frecuentemente en el ciego por ser mayor diámetro y soporta mayor tensión.

Cuadro clínico

1. Dolor abdominal y masa abdominal palpable
2. Vómito
3. Distensión abdominal
Distensión es mayor si es aguda cerrada.
4. Estreñimiento y ruidos metálicos
5. Incapacidad para expulsar gases y heces
En la estrangulación existe fiebre y el dolor aumenta y se presenta rigidez abdominal.
→ más color.

Si existe desequilibrio hemodinámico (hipotensión, fiebre, taquicardia) y/o signos de irritación peritoneal, se debe sospechar perforación.

OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIOS DE GABINETE:

- 1 Leucocitosis
- 2 Amilasa sérica (puede estar muy elevada)
- 3 Radiografía abdominal AP Bipedestación.
 - Niveles hidroaéreos en 1/3 (gas en colon)
 - Imagen en pila de monedas
- 4 TAC
En caso de no encontrar datos típicos del cuadro

TRATAMIENTO:

90% se resuelve con SNG y reposición hidroelectrolítica.

¿Cómo saber si se complicará?

50 a 100 ml contraste por SNG, en 24 hrs nueva radiografía si ausen valvulas ileocecal la tasa de éxito es de 95% de Tx conservador. Si el contraste no pasa es candidato a cirugía.

CONTRAINDICACIONES DE CONTRASTE ORAL

ETIOLOGIA → Que requiera manejo quirúrgico:

- Hernias con compromiso
- Tumores.

Hallazgos en estudios: Asa ciega

Abdomen Agudo.

PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA

La perforación no traumática del tubo digestivo es rara cuando su pared es normal. Los signos y síntomas de la perforación, independientemente del órgano afecto, se deben primero a la irritación química del peritoneo y después a la infección o la sepsis. La mayor parte de las perforaciones del tubo digestivo se comunican con el peritoneo, aunque también pueden estar localizadas y englobadas por las vísceras o el epiplón circundantes.

⇒ 1. Perforación esofágica

Tipos:

- a) **Latrogénica**: Es la causa + habitual. Dentro de ella el examen endoscópico es la causa más frecuente, después estarían las dilataciones y la arosía esofágica.
- b) **Espontánea o postemética**: La segunda en frecuencia.
- c) **Ingestión de cuerpo extraño**
- d) **Posttraumática**: Por traumatismo abierto o por traumatismo abdominal contuso.
- e) **Otras**: Lesiones iatrosicas, úlceras esofágicas, carcinoma, etc.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA

CLÍNICA

En la lesión **postemética** el paciente se queja de dolor lancinante o urente subesternal bajo, pudiendo irradiar a cuello, dorso y hombro izquierdo. Aparece generalmente **taquipnea, disnea y dolor pleurítico**. Se produce contaminación del mediastino, apareciendo **traforests**, fiebre, taquicardia e hipotensión.

En el **50%** aparece **enfisema subcutáneo**. Hipoventilación del pulmón izquierdo y datos de derrame pleural a la auscultación.

En la lesión **iatrogena** aparece dolor intenso, fiebre, taquicardia poco después del procedimiento. La **dysfagia**, y la **odinofagia** aparecen con más frecuencia en las primeras 24-48 hrs. También aparece **enfisema subcutáneo** y dolor a la palpación.

DIAGNÓSTICO

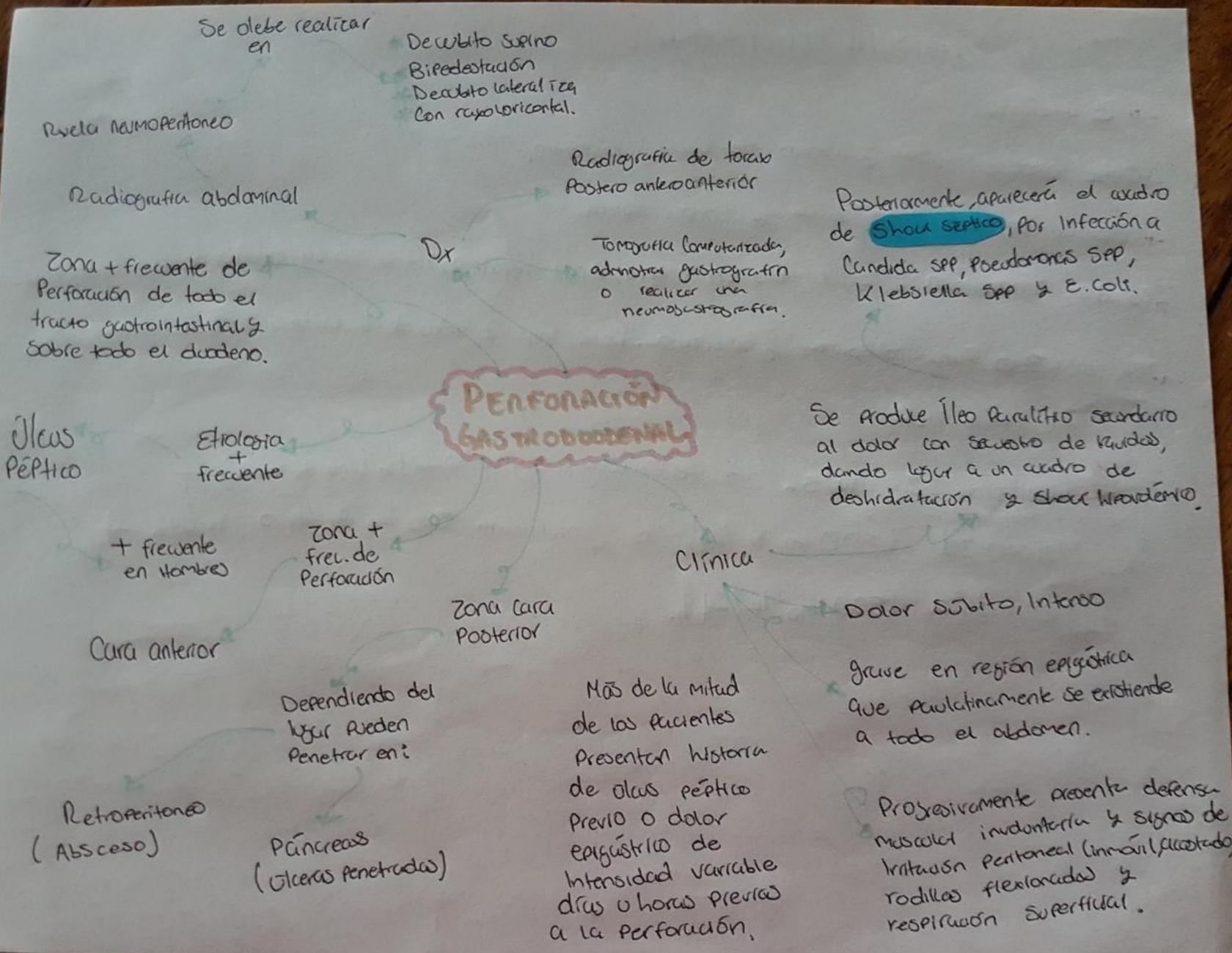
Rx de tórax: **Enfisema mediastínico** y derrame pleural izq. con o sin **neumotorax** (dependiendo si se rompe la pleura mediastínica o no).

NUNCA ENDOSCOPIA

TRATAMIENTO

- > Reposición del líquido hidroelectrolítico si fuera necesario.
- > Ingreso urgente y exploración quirúrgica

PERFORACIÓN GASTRODUCAL



Se debe realizar en

- Decubito supino
- Bipedestación
- Decubito lateraliza con rayo horizontal.

Revela neumoperitoneo

Radiografía abdominal

Radiografía de tórax postero anterior

Tomografía Computarizada, adenografía gastrográfica o realizar una neumoabdominografía.

Posteriormente, aparecerá el cuadro de **Shock séptico**, por infección a *Candida spp*, *Pseudomonas spp*, *Klebsiella spp* y *E. coli*.

Zona + frecuente de Perforación de todo el tracto gastrointestinal y sobre todo el duodeno.

Dx

Úlcera Péptica

Etiología + frecuente

+ frecuente en hombres

Zona + frecuente de Perforación

Cara anterior

Zona cara posterior

Dependiendo del lugar pueden Penetrar en?

Retroperitoneo (Absceso)

Páncreas (Úlceras Penetradas)

Clínica

Se produce Íleo Paralítico secundario al dolor con sequedo de ruidos, dando lugar a un cuadro de deshidratación y shock hipotérmico.

Dolor súbito, intenso

Grave en región epigástrica que paulatinamente se extiende a todo el abdomen.

Más de la mitad de los pacientes presentan historia de úlcera péptica previo o dolor epigástrico de intensidad variable días u horas previos a la perforación.

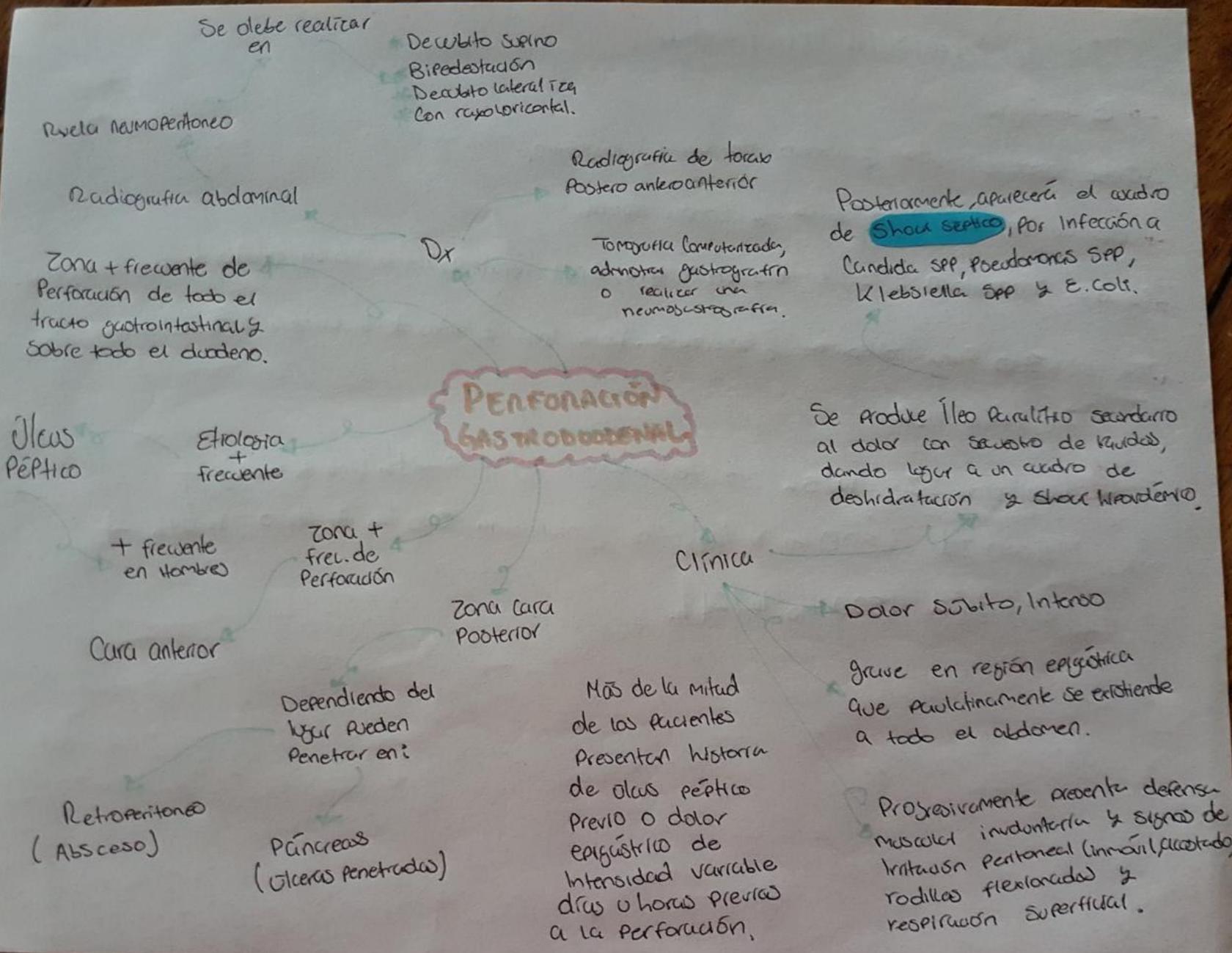
Progresivamente presenta defensa muscular involuntaria y signos de irritación peritoneal (inmóvil, acostado, rodillas flexionadas y respiración superficial.)

Tx de perforación gástrica

- Es quirúrgico
- Debe reponerse líquidos y manejo de shock hipovolémico.
- Colocación de sonda nasogástrica y sonda vesical.
- Estudio preoperatorio: Diámetro en sangre, perfil hepático, amilasa sérica, estudio de coagulación, ECG.
- Tx antibiótico para coliformes y anaerobios. Debe iniciarse antes de la cirugía: ① = eritromicina
Iv / 24 h Iv.

②. Cefotaxima Iv / 8h o ceftriaxona Iv / 12-24h (uno de los 2) +
Metronidazol 1.500 mg Iv / 24h o gentamicina 5 mg / kg de peso Iv / 24h +
Metronidazol 1.500 mg Iv / 24h.

PERFORACIÓN GASTRODUCAL



Se debe realizar en

- Decubito supino
- Bipedestación
- Decubito lateraliza con rayo horizontal.

Revela neumoperitoneo

Radiografía abdominal

Radiografía de tórax postero anterior

Tomografía Computarizada, adenografía gastrográfica o realizar una neumoabdominografía.

Posteriormente, aparecerá el cuadro de **Shock séptico**, por infección a *Candida spp*, *Pseudomonas spp*, *Klebsiella spp* y *E. coli*.

Zona + frecuente de Perforación de todo el tracto gastrointestinal y sobre todo el duodeno.

Dx

Úlcera Péptica

Etiología + frecuente

+ frecuente en hombres

Zona + frecuente de Perforación

Cara anterior

Zona cara posterior

Dependiendo del lugar pueden Penetrar en?

Retroperitoneo (Absceso)

Páncreas (Úlceras Penetradas)

Clínica

Se produce Íleo paralítico secundario al dolor con sequía de ruidos, dando lugar a un cuadro de deshidratación y shock hipovolémico.

Dolor súbito, intenso

Grave en región epigástrica que paulatinamente se extiende a todo el abdomen.

Más de la mitad de los pacientes presentan historia de úlcera péptica previo o dolor epigástrico de intensidad variable días u horas previos a la perforación.

Progresivamente presenta defensa muscular involuntaria y signos de irritación peritoneal (inmóvil, acentuado, rodillas flexionadas y respiración superficial).

Tx de perforación gástrico-duodenal

- Es quirúrgico
- Debe reponerse líquidos y manejo de shock hipovolémico.
- Colocación de sonda nasogástrica y sonda vesical.
- Estudio preoperatorio: Diámetro en sangre, perfil hepático, amilasa sérica, estudio de coagulación, ECG.
- Tx antibiótico para coliformes y anaerobios. Debe iniciarse antes de la cirugía: ① = eritromicina
Iv / 24 h Iv.

- ② = Cefotaxima Iv / 8 h o ceftriaxona Iv / 12-24 h (uno de los 2) +
Metronidazol 1.500 mg Iv / 24 h o gentamicina 5 mg/kg de peso Iv / 24 h +
Metronidazol 1.500 mg Iv / 24 h.

OBSTRUCCIÓN FUNCIONAL (ILEO PARALÍTICO)

Estado fisiopatológico potencialmente reversible debido a motilidad inefectiva, no proabsorba, sin que exista obstáculo al tránsito intestinal.

OBSTRUCCIÓN MECÁNICA (ILEO MECÁNICO)

1- Simple: Existe solamente oclusión de la luz intestinal con acúmulo de gas y líquido retrogradamente.

2- Estrangulada: Existe, además, compromiso vascular y gangrena intestinal, ej. hernia estrangulada. Puede ser una fase evolucionada de una obstrucción simple o desde un principio por compresión vascular.

Etiología:

80% de los casos de obstrucción intestinal en el adulto constituyen:

- A) Adherencias o bridas por intervenciones quirúrgicas previas.
- B) Hernias
- C) Tumores intestinales (sobre todo Ca. colorrectales).
- D) Diverticulitis

Causas Intraluminales

- Impactación fecal
- Cuerpos extraños
- Ilio biliar
- Bazar
- Parasitosis (Amoebiasis en I.D.)

Ileo Mecánico

Causas Parietales

- Neoplasias (colon)
- Diverticulitis
- Radiación
- Enf. Inflammatory
- Invasión

Causas extraluminales

- Adherencias y bridas
- Tumores pélvicos
- Retrociliales
- Carcinomatosa
- Torsiones
- Hernias
- Vólvulos

3- PERFORACIÓN DEL INTESTINO DELGADO

Son muy poco frecuentes, sobre todo las no traumáticas.

Puede producirse en:

pacientes con patología subyacente: Pac. con isquemia crónica o enteritis bacteriana, enf. de Crohn, diverticulitis regional o ileal, ingesta de cuerpos extraños y por dilatación secundaria a procesos obstructivos, adherencias, hernias intestinales o estenosis, vólvulo o intususcepción.

Traumatismos abdominales los + frecuentes.

Patogénesis: Delirios de alucinaciones de alucinaciones, sondas alimenticias, postquirúrgicas.

El neumoperitoneo, sólo presente en el 50%, va a ser muy escaso.

* La prueba dx de elección \rightarrow TAC abdominal, que identifica colecciones líquidas intraperitoneales y fijos de contraste oral.

4- PERFORACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR

Tiene una mortalidad importante

La obstrucción de los conductos císticos o coledoco por cálculos y la posterior distensión de la vesícula biliar, produce una \downarrow del riego sanguíneo, necrosis y perforación de su pared.

La normal es la creación de fistulas entre vesícula y el triado digestivo, aunque en alguna ocasión pueda perforar a cavidad peritoneal.

El mayor riesgo lo tienen:

Antecedentes ateroscleróticos nefrolíticos Px con colestasis de repetición.

Aparece una masa en el HD, dolorosa a la palpación, con fiebre,

leucocitosis, deterioro urínico y signo de peritonitis, \uparrow bilirrubina, leve aumento de amilasa.

5. PERFORACIÓN DEL INTESTINO GROSO

Las causas más frecuentes de perforación son:

- Estados patológicos: diverticulitis, Carcinoma, Isquemia, radioterapia, Obstrucción Intestinal, Intercenas, vólvulos externos.

- Traumáticas

- Iatrogénicas: Colonoscopia, enema de bario.

- Espontáneo

Es característico su rápida

Progresión a sepsis por la contaminación

Peritoneal masiva y que condiciona desde

una Peritonitis fulveta a una fecaloides.

Existe **neumoperitoneo** en un 30-60% de los casos.

El dx se realiza principalmente por TAC.

Es más grave cuanto más proximal ocurre al nivel sea la perforación.

El paciente se encuentra en un estado grave.

Dolor Abdominal

Al principio refieren este sentido o mesádico, pero cuando se desarrollan la peritonitis tienden a permanecer inmóviles.

Clinica

Hipotermia y sepsis

Fiebre, taquicardia, digna

Exploración

Dolor intenso a la palpación y sensibilidad de rebote en el área de la perforación. Vientre en tablo, si progresa.

La apendicitis y la diverticulitis perforada son las dos causas + frecuentes.

ILEO PARALITICO CLINICA

- 1) Clínica del proceso de base del Íleo (neumonía, rotavirus, leptospirosis, etc.)
En ocasiones predomina la clínica ocular intestinal.
- 2) Dolor abdominal no cólico
- 3) Sensación de distensión abdominal
- 4) Náuseas y vómitos leves (si ingesta)

Exploración

- 1) Fiebre no Impresión de gran dolor excepto en algunos casos (ej. trombosis mesentérica).
- 2) Datos cutáneos que orientan etiológicamente: Eritema nodoso, signo de Cullen o Grey Turner, Gittera en caso de meningitis, acantosis nigricans.
- 3) Inspección: Distensión abdominal franca.
- 4) Palpación: dolor difuso sin signos de irritación peritoneal (excepto casos quirúrgicos).
- 5) Percusión: timpanismo
- 6) Auscultación: ↓ o ausencia de ruidos intestinales a la auscultación abdominal
- 7) Tacto rectal: Normal.

Análisis

- Hemograma
- Bioquímica sérica con glucemia, función renal e ionograma y amilasa.
- Coagulación

Pruebas complementarias

Radiografía

Abdomen simple

Abdomen en bipedestación

Decubito lateral i.d.r. con rayo horizontal (si el enf no puede mantenerse en pie).

Niveles hidroaéreos.

Colocar sonda nasogástrica con cámara incorporada a 45° (según la situación clínica). Evitar vómitos y una posible aspiración almanjar.

Tx de la causa subyacente del Ileo: tx antibiótico en procesos neumónicos, laparotomía por peritonitis.

Tratamiento

(B) Tx propio del Ileo:

Dieta absoluta

Observación de 24-48 h.

Reposición hidroelectrolítica IV.

ILEO MECANICO ANALITICA Y RADIOLOGIA

Se piden las mismas pruebas analíticas y proyecciones que en el ileo paralítico.

A) Hallazgos radiológicos en la obstrucción del ID:

1. Dilatación de asas del ID con válvulas conivalentes (imagen en fila de monedas) hasta el lugar de la obstrucción, retención de gas y/o líquido (en la parte de abdomen)

2. Niveles hidroaéreos en configuración de escalones en ax en b proyección.

3. Falta o disminución de gas en colon y en ampolla rectal.

4. En casos raros en los que no se llega al dx se puede realizar un tránsito intestinal con contraste bariado.

B) Hallazgos radiológicos en la obstrucción de colon:

1- Si la válvula ileocecal es **INCOMPETENTE**
→ Distribución del aire de forma retrógrada hacia ID más dilatación del colon (haustras) con niveles hidroaéreos hasta el lugar de la obstrucción.

2- Si la válvula ileocecal es **COMPETENTE**:
→ Se dilata solo el colon produciéndose también niveles hidroaéreos.
Si el diámetro mayor del ciego supera 10 cm o del colon transverso 8 cm, existe alto riesgo de perforación diastésica.

3- Imágenes que orientan al dx:

Vólvulo (imagen en grano de café)

Aerobilia (obstrucción del por cálculo biliar)

Cuerpos extraños radiopacos (cálculo biliar en intestino [varia localización según proyección])

ILEO MECÁNICO

CLINICA

A) Dolor abdominal cólico (relativos) difuso. Si el dolor se transforma en continuo y localizado sugiere estrangulación o perforación. Constante e intenso en caso de compromiso vascular.

B) Vómitos.

1- Cloros → Obstrucción pilórica (ej. estenosis hipertrofica del píloro).

2- Biliacas: Obstrucción ALTA de delgado.

3- Fecaloideas: Obstrucción BAJA de delgado y/o colon.

C) Ausencia de emisión de heces y gases con tensión de distensión abdominal.

D) Oclusión alta:

Predominan los vómitos. Puede incluso persistir tránsito intestinal con poca distensión abdominal.

E) Oclusión baja (colon):

Predomina distensión abdominal y alteración del tránsito. En fases avanzadas puede aparecer vómitos.

Signos de deshidratación (formación de 3^{er} espacio, vómitos)

Tacto rectal normal, salvo fecaloma, tumor rectal o cuerpo extraño.

Localización: Hernia inguinal proximal al ligamento inguinal, hernia crural distal al ligamento inguinal y redral a vasos femorales.

Palpación: Dolor a la palpación (al comienzo blando y depresible); comprobar si existen signos de irritación peritoneal y si se adivinan masas (hernias, estrangulaciones, tumores). Explorar orificios herniales de forma sistemática.

Inspección: Cicatrices previas, distensión abdominal

Afectación por dolor

Percepción: timpanismo

Exploración física

Auscultación

Antes de las 24-48 hrs hay aumento de los ruidos hidroaéreos, ruidos metálicos y borbombidos, dependiendo del nivel y grado de la obstrucción. Transcurrido este tiempo hay ↓ del ruidos (silencio abdominal)

ILEO MECÁNICO "TRATAMIENTO"

Interconsulta a Cirugía.

Actitud en Urgencias:

- A- Dieta absoluta.
- B- Reposición hidroelectrolítica IV.
- C- Colocación de sonda nasogástrica.
- D- En caso de vólvulo de sigmas se puede intentar su reducción mediante sonda rectal, rectosigmoidoscopia o enema ciego.
- E- En caso de fecaloma: Fragmentación digital y extracción manual y/o enemas (mez. lubricante vasólico en no alérgicos a procaína).
- F- En caso de hernias inguinales: Reducción sólo si han transcurrido menos de 6-8 hrs y no existe enrojecimiento cutáneo en vecindad (signo de isquemia intestinal). Contraindicado la reducción de hernias crurales por riesgo de sección de un asa intestinal.
- G- En caso de obstrucción neoplásica de colon: Endoprotesis transanal.

HERNIAS ABDOMINALES EN URGENCIAS

Las hernias abdominales son una patología frecuente en los Servicios de Urgencias y las complicaciones que pueden derivarse de ellas pueden poner en peligro de la vida del paciente.

Se define como la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal, que son las denominadas zonas débiles de la pared a que pueden ser congénitas o adquiridas.

El contenido protruido se acompaña del saco herniario que es el peritoneo parietal. El material que conforma la hernia suele ser, lo más frecuente, ID, ciego y colon.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

H. Inguinales

Las más frecuentes. El saco herniario discurre por el conducto inguinal, por encima del ligamento inguinal. Se subdivide en:

H.I indirectas o laterales
→ Las más frecuentes.
→ Van por dentro del cordón inguinal, por fuera de los vasos epigástricos. Pueden llegar hasta el escroto.

H.I directas o medrales
→ Cuando el contenido protruye medial a los vasos epigástricos, a nivel del Triángulo de Hesselbach.

H. Umbilicales

- Por distensión del anillo umbilical.
- Son frecuentes en aumentos del perímetro abdominal (obesos, asutis, embarazadas, etc.).

H. Crurales

- Son las + frec. en mujeres
- Por debajo del ligamento inguinal, por el anillo crural o femoral, en el triángulo de Scarpa. Como este anillo es muy rígido, son las que más frecuentemente se complican.

H. Spieghele 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.

H. Epigástricas

- En la línea media a través de la línea alba, desde la apófisis xifoides al ombligo.

H. Incisionales o eventraciones

- Son las que se producen por dehiscencia de suturas o debilidad en la pared tras una cirugía abdominal.
- Serían las secundas + frecuentes.

H. CLASIFICACIÓN POR CLÍNICA

H. Reducibles:
Se reintroducen con facilidad en la cavidad. Son blandas, de pastillas, que aparecen con la tos, los esfuerzos, los manobras de Valsalva.

H. Incarceradas:
Son todas las h. que no pueden ser reducidas.

H. "con pérdida de derecho a domicilio"
El contenido no puede ser reintroducido, debido a su gran tamaño o al desarrollo de adherencias.

H. estrangulada:
Son tumores duros, irreducibles y muy dolorosos. Se acompañan de riesgo de necrosis del contenido herniario por compromiso vascular.

DIAGNÓSTICO

Suelen producir poca clínica

Lo + frec. es la tumoración.

Puede producir dolor.

Se suele acompañar de sintomatología general.

Durante la exploración se puede comprobar si es reducible o no.

Lo más importante es descartar la estrangulación herniaria, que nos puede llevar a la necrosis, gangrena y posterior perforación del elemento constituyente de la hernia.

Se puede explorar, si es posible, al paciente en decúbito supino y en bipedestación, incluso se le puede pedir que haga manobras de Valsalva.

Los síntomas de la estrangulación son: tumoración dura, dolorosa, aumentada de tamaño, empastamiento de la piel, equimosis, flemón e incluso fistulización en estadios avanzados.

Vómitos → oclusión intestinal → dolor → distensión abdominal → afectación del estado general → Shock

Es irremediable el de pronto, ya que pocas 10 hrs del inicio de la estrangulación el intestino se ensangreca radicalmente.

TRATAMIENTO

La reducción se realiza con el paciente en decúbito supino, lo más relajado posible, iniciándose una maniobra suave, lenta y moderada; con una mano en la tumoración y la otra presionando suavemente y de forma constante.

NUNCA DEBE REALIZARSE ESTA MANIOBRA EN LAS HERNIAS CIRCUMSCRITAS, deben ingresarse para valorar actitud quirúrgica. Si se realiza la reducción, al paciente se da un pequeño periodo de tiempo hasta que se le pase la sintomatología para darle alta.

Si no se reduce se puede intentar de nuevo dejando al paciente en reposo y tranquilo durante un periodo de tiempo (1-2 h).

En este momento se le realizan pruebas complementarias (biología general, sistemático de sangre, estudio de coagulación, Rx de tórax y abdomen simple y en biplanar o en decúbito lateral y ECG) que serán necesarios para la valoración, así como para la posterior intervención quirúrgica.

Tras este periodo se intenta la reducción:

→ Si se consigue reducir y las pruebas complementarias son normales: alta.

→ Si no se consigue reducir, se reduce parcialmente, o existen datos clínicos de estrangulación o sufrimiento del contenido herniario (leucocitosis con desviación Izq, hipermitosismo, niveles hidroaéreos en la radiografía abdominal): El paciente debe ser ingresado y valorar la intervención quirúrgica.

TROMBOSIS MESENTÉRICA

1- Dolor y ↑ Peristaltismo

2- Ilco y atenuación transitoria del dolor

3- Signos de Irritación Peritoneal (necrosis)

4- Sepsis por translocación bacteriana y Shock Séptico

Isquemia Mesentérica
Asída como descenso brusco del flujo de riego esplántico que produce lesiones intestinales y viscerales.

La vascularización intestinal depende fundamentalmente del

- Tronco celiaco,
- Arteria mesentérica superior,
- Art. mesentérica inferior

Embolismo arteria mesentérica superior

→ Grupo + frec. responsable de alrededor del 50% de los casos de IMA.

→ El embolo suele tener origen cardíaco (fibrilación auricular, valvulopatías, etc).

→ Clínica: Dolor abdominal de inicio brusco, acompañado frecuentemente de vómitos y diarrea que puede ser sanguinolenta.

Trombosis venosa no oclusiva

Causas de (IMA)

Trombosis mesentérica superior

→ Supone un 25%
→ Mas frec. en pacientes con enf. arterioesclerótica avanzada.

Px con trombosis venosa mesentérica o isquemia mesentérica no oclusiva, es + gradual y se puede desarrollar en plazo de días

Dolor abdominal de inicio normalmente a nivel de mesogastrio de tipo cólico que posteriormente se hace continuo y generalizado.

Dolor no cede con analgesia

Px con embolismo o trombosis de la arteria mesentérica superior, presentan un cuadro de inicio brusco de rápido deterioro.

Causa + rara de IMA (5%)
→ Suele ser secundaria a estados de hipercoagulabilidad, Inf. abdominales, Postoperatorio o flujo portal entorpecido debido a cirrosis hepática.

Isquemia mesentérica no oclusiva:

→ 20% secundaria a cuadro de bajo gasto asociado a vasoconstricción mesentérica difusa.
→ Mortalidad 70-100%.

→ Comenzo del cuadro insidioso, con dolor abdominal periumbilical tipo cólico que va progresando.

→ Algunos casos dolor ausente (25%)

DX

- Sospecha clínica
- Buena exorcusión física
- Anamnesis completa

"En la IMA
Todos los
MIN. cuentan"

① Analítica Completa:

- Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda, hemoconcentración.
- Estudio de coagulación
 - Bioquímica básica:
 - Amilasa
 - LDH
 - Fosfatasa alcalina.
 - Gasometría Venosa: acidosis metabólica con déficit de base

② Pruebas de Imagen:

- Rx torax PA y lateral
- Rx simple de abdomen en decúbito y en bipedestación, o decúbito lateral con rayo horizontal si el Rx no puede ponerse de pie.
- Tomografía axial computarizada (TAC)
 - Es la prueba de elección para dx de IMA

→ Angiografía: Prueba de elección para la IMA de origen arterial, ya que además de confirmar dx, permite establecer su etiología, diferenciar entre formas oclusivas y no oclusivas, establecer aplicación terapéutica

Dx diferencial → Pancreatitis aguda, perforación de víscera hueca u obstrucción intestinal.

TRATAMIENTO:

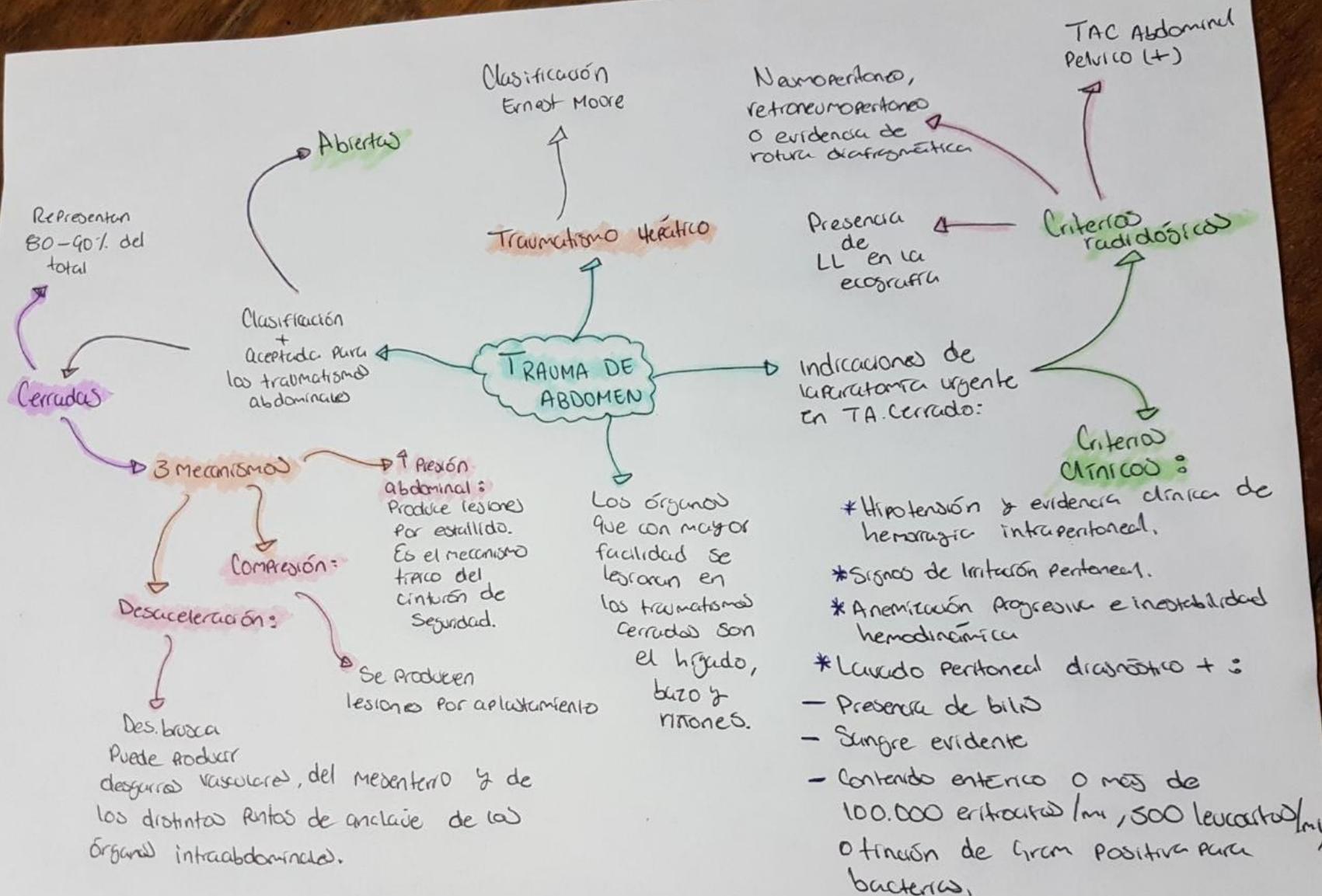
- Control TA, FC, temp.
- Reposición de volumen con cristaloideos y coloides
- Administración de antibioterapia precoz:
 - Metronidazol 1.5g iv c/24 hrs + cefotaxima 1g iv c/8h.
 - Alergias a Beta-lactámicos reemplazar la cefalosporina por gentamicina 5mg/kg iv c/24 h.
- Administración de analgesia
- Control de la acidosis
- Colocación de sonda vesical para control de diuresis y sonda nasogástrica.

Tx endovascular:

Principalmente en pacientes con cuadros de corta evolución (-8 a 12 h de evolución desde el inicio del cuadro) y que no presenten signos de irritación peritoneal. Entre ellos cabe destacar la angioplastia con balón y colocación posterior de stent, la inyección de agentes trombolíticos y/o trombolíticos (estretostatinas y uroquinasa).

Tx quirúrgico:

Laparotomía exploradora, inspección del contenido abdominal y posterior resección de los segmentos intestinales afectados.



Traumatismo Hepático Clasificación Gnaest Moore

Grado I: Hematoma subcapsular, no expansivo, que afecta menos del 10% de la superficie o laceración capsular, no sangrante de <1cm de profundidad.

Grado II: Hematoma intraparenquimatoso, subcapsular, no expansivo, que afecta entre el 10-50% de la superficie y <2 cm de diámetro, o herida capsular con hemorragia activa de 1 a 3cm de profundidad y menos de 10cm de longitud.

Grado III: Hematoma subcapsular superior al 50% de superficie o expansivo. Ruptura de hematoma subcapsular con hemorragia activa. Hematoma intraparenquimatoso >2cm expansivo. Laceración >3cm de profundidad.

Grado IV: Ruptura parenquimatosas que afecta al 25-75% del lóbulo hepático. Ruptura de hematoma intraparenquimatoso con hemorragia activa.

Grado V: Destrucción parenquimatosas que afecta a más del 75% del lóbulo hepático o más de 3 segmentos en un único lóbulo. Lesión venas yuxtahepáticas. Lesión retrohepáticas, o de una vena hepática mayor.

Grado VI: Avulsión hepática

Existe una pérdida de la solución de continuidad de la piel abdominal.

Hematemesis

Hematuria

Signos clínicos

Síntomas de lesión de órganos intrabdominales

Surge en tacto rectal

Defensa abdominal

Inestabilidad Generalizada hemodinámica

Imitación Peritoneal

o ausencia de ruidos Periféricos

TRAUMATISMO ABDOMINAL ABIERTO

Indicaciones de laparotomía urgente en pacientes con TA. Abierto:

- Hipotensión asociada a herida abdominal penetrante.
- Herida por arma de fuego que afecta a la cavidad abdominal y/o cualquiera de sus órganos.
- Evisceración
- Peritonitis
- Hemorragia digestiva alta, baja o genitourinaria secundaria a traumatismo abdominal penetrante.
- Perforación gastrointestinal, lesión vesical, del páncreas o del riñón o pancreatitis visceral grave demostrada con TAC.

TRAUMA DE ABDOMEN

ABC

- A: Vía aérea con control de la columna cervical.
- B: Ventilación efectiva
- C: Control del sistema circulatorio
- D: Déficit neurológico
- E: Exposición → Desvestir completamente al paciente & prevenir la hipotermia.

Indicado en pacientes con sospecha de lesión abdominal hemodinámicamente estables, hematuria importante, fractura de pelvis, atención diferida del politraumatizado > 2 hrs

Punción lavado Peritoneal

TAC

DX

Pruebas de Imagen

- Rx Simple:
 - Puede indicar presencia de neumoperitoneo que indica lesión de víscera hueca a no ser que exista lesión permanente.
 - El borramiento de la línea del psoas sugiere lesión retroabdominal.
- ECografía:
 - Indicado para detectar la presencia de líquido libre como indicador de lesión intraabdominal.

Pruebas de Laboratorio:

- Hemograma
- Est. de coagulación
- Bioquímica
- Pruebas cruzadas
- Oximetría arterial
- Sedimento de orina.

Percusión:

Matidez o timpanismo

Palpación:

Para valorar la presencia de dolor, masas, existencia de signos de irritación peritoneal

Tacto rectal:

La presencia de de sangre roja puede indicar perforación intestinal o presencia de herida penetrante.

Exploración física

Inspección física:

Visualización directa del abdomen, incluyendo la espalda, tórax & periné, observando la existencia de heridas penetrantes en la pared abdominal, contusiones, abrasiones, laceraciones, cuerpos extraños incrustados & enroscados.

Auscultación:

Determinar la presencia de ruidos hidroaéreos. Causas de ileo en estos pacientes pueden ser: presencia de hemoperitoneo, peritonitis, fracturas costales, pélvicas o lesiones vertebrales.