

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## ESCUELA DE MEDICINA

**MATERIA:**

URGENCIAS MÉDICAS

**CATEDRÁTICO:**

DR. ROMEO SUÁREZ MARTÍNEZ

**PRESENTA:**

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

**TRABAJO:**

RESÚMENES

**GRADO Y GRUPO:**

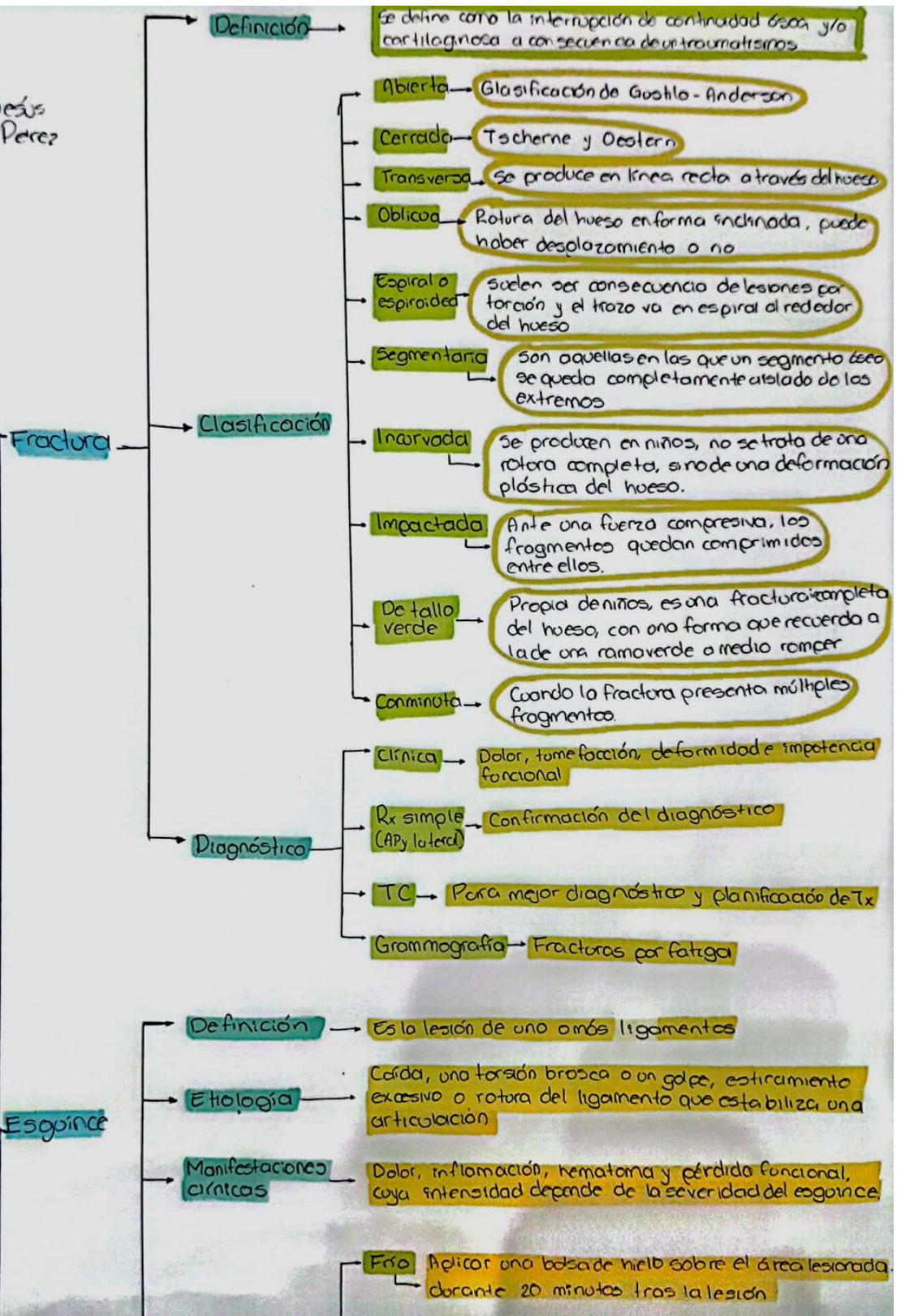
8 ° B

**LUGAR Y FECHA:**

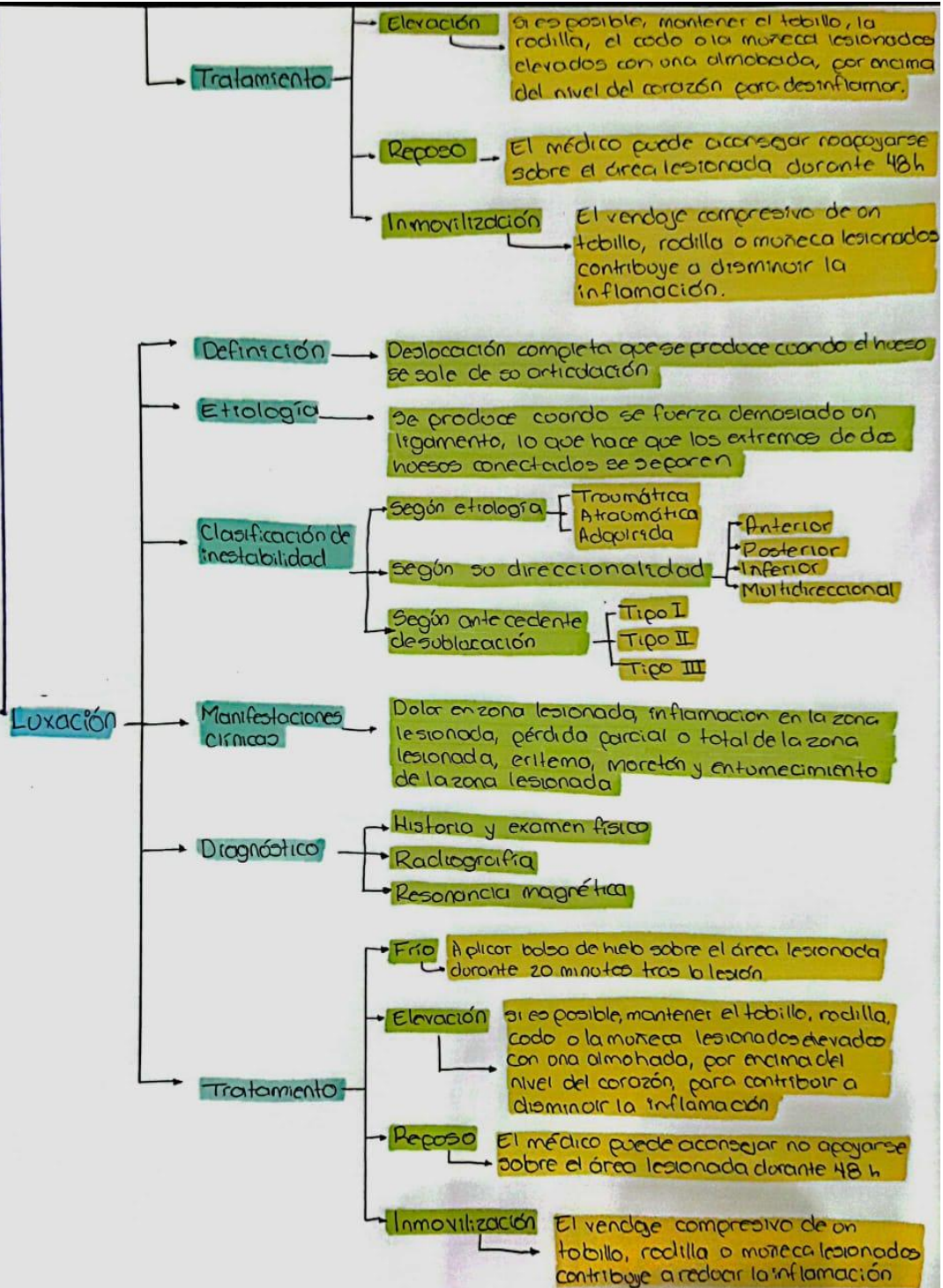
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 02 DE JUNIO DEL 2023

Axel de Jesús  
García Pérez

# TOLOGÍA



# TRAUMA



Axel de Jesús  
G.P.

# TUBO DIGESTIVO

- Definición** — La hemorragia digestiva aguda es la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo que se presenta de forma aguda
- Manifestaciones clínicas**
  - Hematemesis
  - Melenas
  - Hematoquecia
  - Rectorragia
- clasificación**
  - Hemorragia digestiva alta
  - Hemorragia digestiva baja
- Medidas generales**
  - Disposición de dos vías periféricas de grueso calibre o una vía periférica central
  - Monitorización
  - Control de diuresis
  - Hemograma completo
  - Radiografía de tórax y electrocardiograma
  - Cuidados de la vía aérea y valorar intubación orotraqueal si hay shock hipovolémico

## Hemorragia digestiva alta no varicosa

- Etiología**
  - Úlcus péptico gástrico
  - Lesiones de la mucosa gástrica
  - Síndrome de Mallory-Weiss
  - Esofagitis péptica
  - Úlceras de Cameron
  - Neoplasias esofágicas
  - Fístula aortoentérica
  - Lesiones vasculares
- Diagnóstico**
  - Epigastralgia o malestar abdominal
  - Pirosis
  - Nauseas
  - Vómitos
  - Disfagia
  - Regurgitación
  - Endoscopia digestiva
- Tx farmacológico preendoscópico**
  - Omeprazol Bolo 80 mg disuelto en ClNa al 0.9 %
  - Eritromizina 250 mg c/ 30-120 min
- Endoscopia digestiva alta** — Ideal en las primeras 12-24 h
- Tx farmacológico posendoscópico** — Úlceras con riesgo de sangrado: 1BP 72 h y valorar bolos de 1BP de 40 mg/12h o de 40-80 mg/12h V.O.
- Etiología**
  - Varices esofágicas
  - Varices gástricas
  - Gastropatía portal hipertensiva
- Hemorragia digestiva**
  - Antecedentes
  - Exploración física

# SANGRADO DEL

alta asociada a hipertensión portal

## Diagnóstico

Características de la hemorragia (límites de sangre roja "en escopetazo", abundantes, frecuentemente con inestabilidad hemodinámica asociada)

Endoscopia precoz durante las primeras 12 h

## Tratamiento farmacológico preendoscópico

Somatostatina - **Bolus de 0.05 mg / 5 días**

Terlipresina - **2 mg / 4 h / Primeras 48 h, luego 1 mg / 4 h por 5 días**

Ceftriaxona - **1 g / 24 h i.v.**

Enemas de lactulosa - **6-8 h**

## Endoscopia

Primeras 24 h

## Tratamiento de rescate

Tapamiento con tubo de globo Sengstaken-Blakemore o Linton-Nachlas

Implantación de férulas metálicas autoexpandibles intraesofágicas

Derivación portosistémica intrahepática transjugular

## Etiología

Fisura anal

Sangrado hemorroidal

Divertículos intestinales

Lesiones vasculares

Enfermedad inflamatoria intestinal

Colitis infecciosas

## Características de la hemorragia

Sangre color rojo vivo, recubre las heces o tras la defecación en forma de goteo. (origen hemorroidal)

Sangre rojo oscuro o granate, mezclada con heces (origen no hemorroidal)

Heces negras (melenas), sugieren HDA

## Tratamiento

Colonoscopia diferida

Colonoscopia urgente - **en Px con HDB no grave**

Endoscopia alta - **En Px con HDB grave**

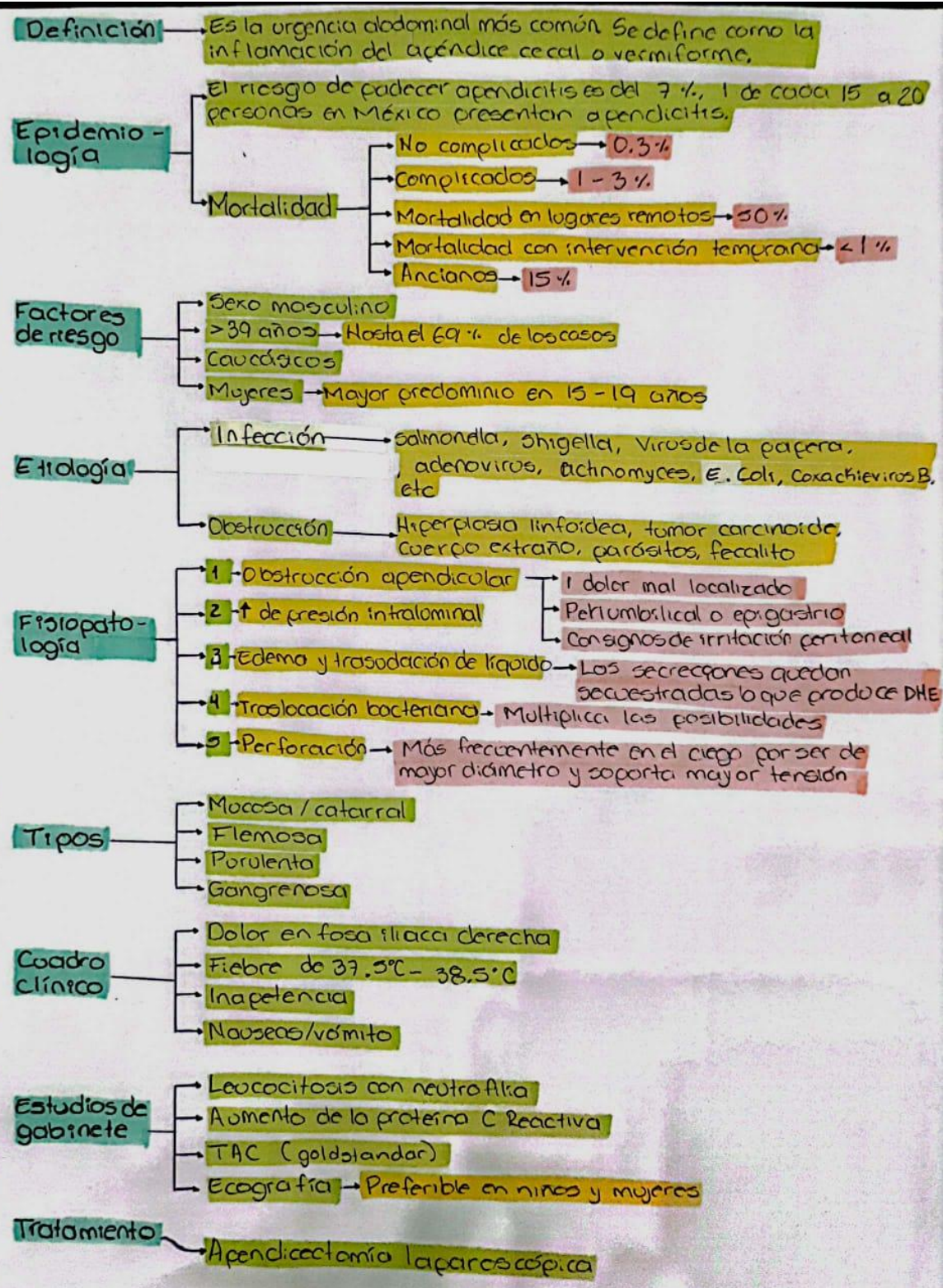
Embolización selectiva mediante arteriografía

Adrenalina - **(1/10,000 - 1/20,000)**

Tratamiento quirúrgico

Hemorragia digestiva baja

# APENDICITIS



PATOLOGÍAS DE LA VESÍCULA BILIAR	LITIASIS BILIAR O COLELITIASIS	Definición	Inflamación de la vesícula biliar, generalmente debido a una obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar
		Factores de riesgo	Sexo masculino, obesidad, edad avanzada, etnia indioamericana, dieta occidental, pérdida rápida de peso, antecedentes familiares de colelitiasis.
		Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudo Es la inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla en horas, en general debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo.</li> <li>• Crónica Es la inflamación de la vesícula biliar de larga data, casi siempre secundaria a la presencia de cálculos biliares.</li> </ul>
		Colecistitis alitiasica aguda	<p>Colecistitis sin cálculos</p> <p>Responsable de 5-10% de los colecistectomías indicadas debido a colelitiasis aguda</p> <p>Factores de riesgo: Enfermedad crónica, ayuno prolongado o nutrición parenteral, shock, inmunodeficiencia, vasculitis.</p>
		Signos y síntomas	Dolor con las mismas características del dolor biliar, pero más prolongado, vómitos frecuentes, signo de Murphy, defensa voluntaria de músculos abdominales superiores del lado derecho, síntomas sistémicos, mejoría en 2-3 días y se resuelve dentro de una semana en el 85% de los px.
	Tratamiento	Hospitalización, líquidos I.V. y analgésicos, colecistectomía. Ácido ursodesoxicólico o ácido oxalato de oxalico Para la solución de cálculos	
	COLECISTITIS AGUDA	Definición	Se define como la existencia de cálculos dentro de la vesícula b.
		Factores de riesgo	Edad, sexo, medicamentos, diabetes mellitus, raza india, chilena, mexicana.
		Cuadro Clínico	<p>Puede evolucionar sin ningún síntoma</p> <p>El principal síntoma es el dolor que irradia a la espalda en la región escapular y al hombro derecho, casi siempre aparece después de la ingestión de alimentos ricos en grasa. Aparece 2-3 horas después de comer acompañado de vómitos intensos</p>
		Pruebas de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil hepático</li> <li>• Tiempo de protrombina</li> <li>Exámenes preoperatorios</li> </ul>
Pruebas de imagen		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonografía abdominal</li> <li>• TAC y RM</li> <li>• Rx simple de abdomen</li> <li>• Colecistografía oral</li> <li>• Colangiografía intravenosa</li> </ul>	
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colecistectomía laparoscópica electiva</li> <li>• En cálculos menores de 10 mm - ácido ursodesoxicólico fue de 7mg/kg/día por más de 6 meses</li> </ul>		

# PANCREATITIS AGUDA

<b>Definición</b>	Se define como la inflamación aguda del páncreas.
<b>Etiología</b>	Obstrucción, tóxicos, Metabólicos, Fármacos, Traumatismos, Vasculares, Infecciones, Idiopática.
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor abdominal es el síntoma principal en la PA y la mayoría de los pacientes lo describe como de inicio súbito, localizado en el hipogastrio e irradiado a ambos hipocóndros, constante e intenso.</li> <li>• Puede haber náuseas y vómitos</li> <li>• Abdomen doloroso a la palpación</li> <li>• Puede presentar distensión abdominal por presencia de íleo paralítico</li> <li>• Puede haber fiebre, taquicardia y taquipnea</li> <li>• signo de Cullen</li> <li>• Signo de Turner</li> </ul>
<b>Pruebas de Lab.</b>	• Enzimas pancreáticas, • Hemograma • Bioquímica
<b>Pruebas de imagen</b>	• Radiografía simple de tórax y abdomen. • Ecografía abdominal • Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso.
<b>Criterios de Atlanta</b>	<p>Intersticial edematosa: Inflamación del parénquima pancreático y tejidos peripancreáticos sin evidencia de necrosis</p> <p>Necrotizante: Inflamación asociada a necrosis del parénquima pancreático y/o de los tejidos peripancreáticos.</p>
<b>Clasificación de acuerdo a gravedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve — Ausencia del fallo orgánico según la escala de Marshall modificada y/o complicaciones locales/ sistémicas</li> <li>• Moderado-Grave — Fallo orgánico transitorio (&lt;48h) y/o complicaciones locales o sistémicas sin fallo orgánico persistente asociado (&gt;48h)</li> <li>• Grave — Fallo orgánico persistente que puede afectar a uno o más órganos</li> </ul>
<b>Manejo y Tx</b>	• Valoración de indicación de vigilancia intensiva • Monitorización
<b>Tratamiento de soporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda la hidratación agresiva y precoz, definida como la administración de solución cristaloides a razón de 5-10 ml/kg/h</li> <li>• En pacientes con depleción grave a volumen se recomienda reposición con bolo de cristaloides de 20 ml/kg en la primera hora, seguido de infusión de 5-10 ml/kg/h.</li> </ul>
<b>Soporte nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las PA no requieren soporte nutricional, ya que podrá iniciar tolerancia en el plazo de pocos días</li> <li>• Se recomienda iniciar la ingesta cuando el paciente está asintomático y en presencia de peristaltismo.</li> <li>• Está indicado en caso de PA moderado-grave y grave, prefiriéndose la nutrición enteral (NE) frente a la nutrición parenteral total.</li> </ul>
<b>Antibioterapia</b>	Está indicada en pacientes que presentan infecciones extrapancreáticas (colangitis, infecciones del cateter, urinarias, neumonías).
<b>Otros Tratamientos</b>	Está indicado el uso de inhibidores de bomba de protones en caso de PA grave o en pacientes con antecedentes de úlceras.



# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

**Definición** { Es la oclusión completa de cualquier tramo del intestino, que ocurre cuando el flujo del contenido intestinal se interrumpe o se ve afectado por una causa mecánica

**Causas** { • Adherencias, • Hernias, • Enfermedad de Crohn • Neoplasias  
• Vólvolo, • otros

**Clasificación** { • Obstrucción alta del intestino delgado. • Obstrucción baja del intestino delgado. • Obstrucción del intestino grueso

**Cuadro Clínico** {  
Alta • Dolor abdominal, vómitos precoces, distensión epigástrica, RHA ↓ en adherencia, ↑ de tono, metabolismo con alcalosis, hipocalcemia, hipocloremia.  
Baja • Dolor abdominal tipo cólico, vómito tardío, distensión generalizada, ↑ en adherencia, ↑ de tono, acidosis, hiponatremia

**Diagnóstico** {  
Analítica Hemoconcentración, leucocitosis, amilasa sérica  
Rx de abdomen  
Tac o RMN

**Tratamiento** {  
Manejo clínico { • Estimar el grado de deshidratación y el daño metabólico  
• Determinar el sitio en el que se sospecha la obstrucción, el grado de obstrucción y la causa  
• Evaluar si es posible hacer manejo Rx  
Manejo convencional { • Establecer vías venosas  
• Sonda nasogástrica para descomprimir el tubo digestivo  
Manejo quirúrgico { Signos principales que indican la exploración quirúrgica { • Obstrucción completa con fiebre y leucocitosis  
• Taquicardia  
• Acidosis metabólica  
• Dolor continuo  
• Peritonitis

↓  
Laparotomía explorativa



ÍLEO MECÁNICO Y METABÓLICO

<b>Definición</b>	Detención en el tránsito del contenido intestinal	
<b>Clasificación</b>	Paralítico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis de la mucosa intestinal</li> <li>• Etiología - Peritonitis, apendicitis, pancreatitis, colecistitis</li> <li>• Postoperatorio</li> <li>• Retroperitoneal - Hematoma retroperitoneal, cólico renal</li> <li>• Trastornos hidroeléctricos</li> <li>• Sepsis</li> </ul>
	Mecánico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrucción luminal - litiasis biliar, parásitos, bezoar, impactación fecal.</li> <li>• Lesión parietal - Congénita, radioterapia, tumores, invasión intestinal, inflamación, etc.</li> <li>• Compresión extrínseca - Bridas, hernias, vólvulos</li> <li>• Complicaciones - Intestinal (isquemia) → necrosis</li> </ul>
<b>Síntomas</b>	Distensión abdominal / timpanismo, meteorismo, vómito alimentarios biliosos - fecaloideos, constipación, dolor tipo cólico (íleo mecánico) depende de la causa (paralítico), peritonismo (dolor a la compresión y descompresión)	
<b>Exploración física</b>	Distensión abdominal, inspección de hernias y cicatrices abdominales. tumoración abdominal, signos de deshidratación, RHA (ausentes: "silencio abdominal"; íleo paralítico aumento de frecuencia: "ruidos de luchar" (íleo mecánico), Clapoteo intestinal.	
<b>Laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ amilasa (pancreatitis)</li> <li>↑ Leucocitos (peritonitis)</li> <li>↑ Hematocrito</li> <li>↓ K</li> <li>↓ Mg</li> <li>↓ P</li> <li>↑ Ca</li> <li>Acidosis</li> <li>Uremia</li> </ul>	
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de abdomen (acostado y parado)</li> <li>• TC de abdomen</li> <li>• Colonoscopia o Rx de colon por enema</li> <li>• Tránsito del intestino (oral o enterocistis)</li> <li>• Ecografía</li> </ul>	

# HERNIAS ABDOMINALES

<p><b>Definición</b></p>	<p>Las hernias abdominales son una patología frecuente en los servicios de urgencias y las complicaciones que pueden derivarse de ellas pueden poner en peligro la vida del paciente. Y se define como la protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal, que son las denominadas zonas débiles de la pared y que pueden ser congénitos o adquiridos. El contenido protruido se acompaña del saco herniario que es el peritoneo parietal. El material que conforma la hernia suele ser, lo más frecuente, intestino delgado, epíplon y colón</p>	
<p><b>Clasificación</b></p>	<p>Según su localización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inguinales — Los más frecuentes, el saco herniario discurre por el conducto inguinal, por encima del ligamento inguinal. Se subdividen en:             <ul style="list-style-type: none"> <li>HI indirectas o laterales</li> <li>HI Directas o mediales</li> </ul> </li> <li>• Umbilicales — Por distensión del anillo umbilical.</li> <li>• Crurales — Son más frecuentes en mujeres. Por debajo del ligamento inguinal, por el anillo crural o femoral, en el triángulo de Scarpa.</li> <li>• Epigástricas — En la línea media, a través de la línea alba, desde la apófisis xifoides al ombligo</li> <li>• De Spiegel o anterolaterales</li> <li>• Incisionales o eventraciones — son las que se producen por dehiscencia de suturas o debilidad en la pared tras una cirugía abdominal.</li> </ul>
<p><b>Diagnóstico</b></p>	<p>Por su clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducibles — se reintroducen con facilidad a la cavidad. Son blandas, depresibles, que aparecen con la tos, los esfuerzos, las maniobras de Valsalva.</li> <li>• Incarceradas — Son las hernias que no pueden ser reducidas.</li> <li>• "Con pérdida a derecho adomicalio" — El contenido no puede ser reintroducido, por su gran tamaño o al desarrollo de adherencias.</li> <li>• Estrangulada — son duras, irreducibles y muy dolorosas</li> </ul>
<p><b>Diagnóstico</b></p>	<p>Presenta poca clínica, si hay sintomatología descartar patología Rx.          • Historia clínica          • Exploración abdominal <b>USG</b></p>	
<p><b>Síntomas de la Estrangulación</b></p>	<p>Tumoración dura, dolorosa, aumentada de tamaño, empastamiento de la piel, equimosis, flemón e incluso fistulación en estadios avanzados. Se suele acompañar de sintomatología general: vómitos, oclusión intestinal, dolor, distensión abdominal, afectación del estado general, shock.</p>	
<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>La Reducción se realiza con el paciente en decúbito supino, lo más relajado posible, iniciándose una maniobra suave, lenta y moderada; con la mano en la tumoración y la otra presionando suavemente y de forma constante. <b>NUNCA DEBE REALIZARSE ESTA MANIOBRA EN LAS HERNIAS CRURALES</b>, deben ingresarse para valorar actitud quirúrgica. Si se realiza la reducción, al paciente se deja un pequeño período de tiempo (1-2 horas).</p>	

• AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ. • URGENCIAS MÉDICAS

# TROMBOSIS MESENTÉRICA

<b>Definición</b>	Es la obstrucción de una arteria el flujo sanguíneo a una porción del intestino. Ocorre cuando las arterias estrechas o bloqueadas restringen el flujo sanguíneo al intestino delgado. Un flujo de sangre disminuido puede causar permanentemente el intestino delgado
<b>Clinica</b>	<p>La característica distintiva es el dolor abdominal grave cuya intensidad es desproporcionada con el grado del dolor a la palpación en el examen.</p> <p>El dolor se percibe con carácter de cólico y es más intenso en la parte media del abdomen.</p> <p>Las manifestaciones incluyen a menudo asociado con diarrea sanguinolenta, como consecuencia del desprendimiento de la mucosa por isquemia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor abdominal</li><li>• Náuseas / vómito</li><li>• Diarrea</li><li>• Heces con sangre</li><li>• Hipotensión</li><li>• Acidosis</li><li>• Fiebre</li><li>• Leucocitos altos</li></ul>
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Análisis laboratorio completo puede revelar hemoconcentración y leucocitosis.</li><li>• Se desarrolla acidosis metabólica por el metabolismo anaerobio.</li><li>• El incremento de las concentraciones de lactato, la hiper potasemia puede ocurrir en etapas avanzadas de la isquemia mesentérica.</li><li>• Dx definitivo - <b>Arteriografía mesentérica</b></li></ul>
<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soluciones endovenosas para mejorar el volumen sanguíneo</li><li>• Antibióticos de amplio espectro</li><li>• Heparina sódica 5,000 - 10,000 unidades c/4 horas</li><li>• Vasodilatadores</li><li>• Sonda nasogástrica y vesical.</li></ul>

# TRAUMA DE ABDOMEN

<p><b>Definición</b></p>	<p>Es una lesión física en la región abdominal que puede afectar a los órganos y úlceras de esa región así como comprometer estructuras adyacentes. Tal lesión puede ser penetrante o cerrada, siendo esta última la más frecuente</p>
<p><b>Clasificación</b></p>	<p><b>Abierto</b> - Es cuando hay solución de continuidad en la pared abdominal, producida por elementos cortantes o transfixiantes como las heridas por arma blanca o armas de fuego</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cerrado</b> - se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal. Responsable de mortalidad y morbilidad importante.</li> <li>• <b>Penetrante</b> - Los signos de este incluyen: dolor abdominal, distensión o rigidez abdominal y moretones de la pared externa del abdomen.</li> <li>• <b>No penetrante</b> - El agente que lo produce es de superficie roma o plana, tipo barra de timón, puño, etc.</li> </ul>
<p><b>Estructuras más afectadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Penetra la cavidad peritoneal, pudiendo ser simples:</b> sin lesión de víscera hueca o maciza. <b>complicadas</b> - con lesión en víscera</li> <li>• <b>Puede afectar de manera simple</b> - sin lesiones intraabdominales, <b>complicadas</b> con lesiones intraabdominales de víscera hueca y/o maciza.</li> <li>• <b>Órganos más afectados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bazo</li> <li>- Riñón</li> <li>- Hígado</li> <li>- Intestino delgado</li> <li>- Duodeno</li> <li>- Colon</li> <li>- Páncreas</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Laboratorios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orina</b> - Hematuria</li> <li>• <b>PIE</b> - Descartar embarazo</li> <li>• <b>Amitasa</b> - elevada sospecha de perforación / infarto intestinal</li> <li>• <b>Grupo sanguíneo</b></li> <li>• <b>Grupo RH</b></li> </ul>
<p><b>Gabinete</b></p>	<p><b>Ureterografía</b></p> <p><b>Radiografía</b> - Abdominal de pie y de decúbito lateral ↓ Aire extraluminal o aire subfronástico ↳ La parotomía inmediata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Columna cervical lateral, AP de tórax y pelvis.</li> </ul>

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ  
URGENCIAS MÉDICAS