



*Nombre del Alumno: Andrea Citlali Maza López*

*Nombre del tema: Resúmenes*

*Parcial: Tercero*

*Nombre de la Materia: Urgencias Medicas*

*Nombre de la profesor: Romeo Suarez Martínez*

*Nombre de la Licenciatura: medicina humana*

*Octavo semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas, 24 de mayo del 2024*

# ISQUEMIA MESENTERICA

Estado inadecuado de perfusión tisular que se origina por una interrupción súbita del aporte sanguíneo en la circulación mesentérica.

## Riesgo

Edad avanzada  
Aterosclerosis.  
Enf. cardíaca.  
HTA.  
Fibrilación auricular.  
Tabaquismo.  
Obesidad.

## Etiología

- Embolia de arteria mesentérica superior.  
fibrilación auricular.
- Trombosis de arteria mesentérica superior.
- isquemia mesentérica no oclusiva.

Trombosis venosa mesentérica.

## Clinica:

Dolor abdominal intenso desproporcionado.

Ileo y leve atenuación transitoria del dolor.

Peritonismo con posible progresión de la neurosis.  
Mayor peristaltismo.

Embolismo.

Trombosis.

isquemia mesentérica no oclusiva.

Sepsis, traslocación bacteriana.

Shock séptico.

**Dx.** Hemograma.

Estudios de coagulación.

Bioquímica sanguínea.

Amilasa, CPK, fosfatasa alcalina y LDH.

Andrea Maza

Pruebas de imagen: Rx de tórax PA y lateral.  
Rx de abdomen PA y bipedestación.  
TC (angioTC con contraste IV).

**TX.**

Monitorización.

EKG.

Reposición de volumen y electrolitos.

Antibioterapia.

Control de acidosis metabólica.

Vasodilatadores.

Analgesia.

# TRAUMA DE ABDOMEN

Se produce como consecuencia de una combinación de fuerzas de compresión, deformación, estiramiento y corte.

Existen tres espacios importantes a considerar:  
Cavidad peritoneal o abdomen anterior.  
Espacio retroperitoneal.  
Cavidad peritoneal.

## Mecanismos:

**Trauma contuso o cerrado:** se produce cuando no existe lesión externa.  
Principalmente por accidentes de tráfico. Impacto directo que causa compresión y lesión por aplastamiento de las vísceras abdominales.  
Bazo, hígado e intestino delgado son los órganos más afectados.

## Trauma penetrante.

Existe lesión externa, ya sea por arma blanca que realiza un corte y laceración: afecta generalmente a hígado, intestino delgado, diafragma y colon.

Arma de fuego: el impacto genera lesión directa por laceración y corte y daños por fragmentación. Los órganos más afectados son: intestino delgado, hígado y lesiones vasculares.

## Manejo: Algoritmo ABCDE.

A: vía aérea      B: Respiración      C: circulación  
D: Exposición      P: Pericit neurológico.

Andrés Maza

## Evaluación y diagnóstico:

Historia clínica e interrogatorio dirigido.

Exploración física.

Colocación de sonda nasogástrica y Vesical.

Rayos X.

USG FAST

Lavado peritoneal diagnóstico

TC.

Laparatomía.

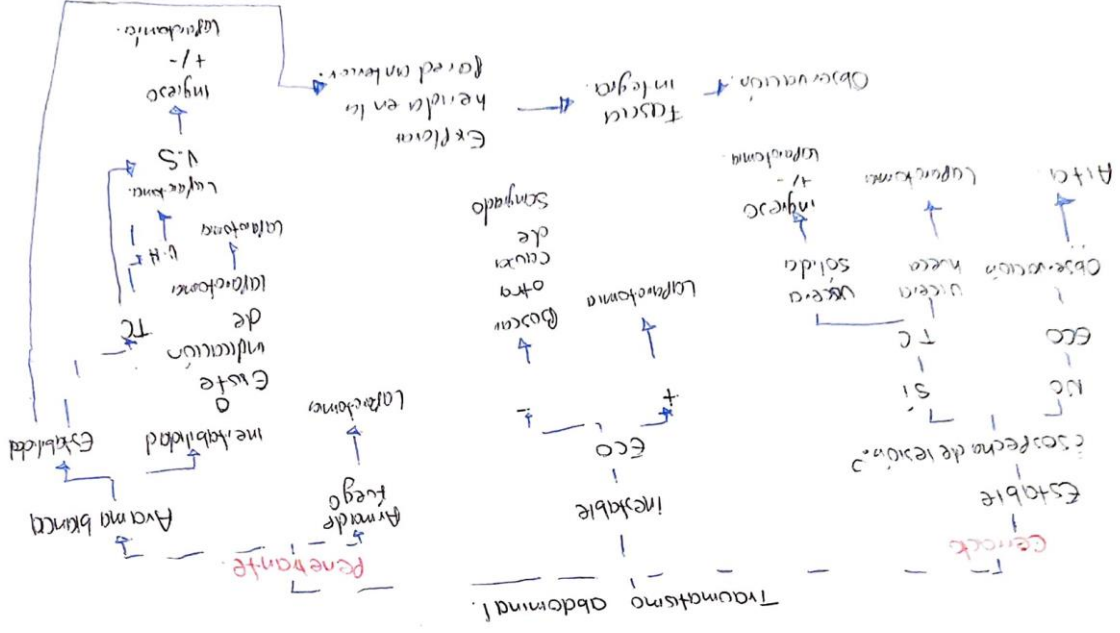
## Manejo específico:

Diafragma: herida o dejarlo.

Duodeno: se requiere de reparación quirúrgica y resección en lesiones graves.

Páncreas: Resección distal o drenaje externo en lesiones graves.

Genitourinario: RX.



# ILEO METABOLICO

Fallo en la propulsión intestinal que aparece de forma aguda en ausencia de la obstrucción mecánica. Existe ausencia de movimiento peristáltico intestinal.

## Etiología

Cetoacidosis, insuficiencia renal terminal, hipó o hiperpotasemia, ataque de porfiria hepática aguda, Peritonitis apendicular, Perforación de úlcera péptica, enf. de vías biliares y páncreas, hemoperitoneo.

**Dx:** Anamnesis: Dolor abdominal, distensión abdominal, Náuseas/vómitos y falta o dificultad a la eliminación de heces o gases.

Laboratorio: Hemograma.

Química sanguínea: PFT.

Imagen: Ecografía abdominal:

Rx de abdomen.

**Tx:** Reposición hídrica y electrolítica.

Tratamiento de la causa principal.

# ILEO MECANICO

Es la detención mecánica de algún segmento del tracto GI. En el cual tanto el nivel de obstrucción y de su tiempo de evolución se da en el cuadro clínico.

**Etiología:** Ileo mecánico del intestino delgado.

Bridas y adherencias, hernias, enfermedad de Crohn, ilitis biliar.

Ileo mecánico de colon (cáncer, colovectal, eAf. diverticular, volúvulos, enf. inflamatorias intestinales), hernias.

Las obstrucciones mecánicas son dependientes del brinco eléctrico y el aumento de la presión intraluminal.

**Clinica:** Detención de expulsión de los gases y deposiciones.

Emesis.

Deshidratación.

Dolor.

Distensión abdominal.

**Dx** Anamnesis.

Clinica

-Tomografía computarizada.

**Tx:**

Depende de la causa de la obstrucción.

# PERFORACION INTESTINAL

## Etiología:

- Iatrogenica: Procedimientos endoscópicos, estudio de imagen o procedimientos quirúrgicos.
- Traumatismos de abdomen cerrado.
- Cuerpos extraños.
- Causas medicamentosas ya sea por ingesta prolongada o sobredosis.
- Enf. Inflamación intestinal, fístulas, enfermedad de Crohn, apendicitis aguda, procesos neoplásicos, diverticulitis.

## Clinica.

- Dolor abdominal insidioso.
- Masa palpable o drenaje de contenido a través de un trayecto fistuloso hacia el exterior.
- Irritación química del peritoneo.
- Infecciones → sepsis.

## Dx

- Presencia de neumoperitoneo en el 50% de las perforaciones.
- TC abdominal
- TC con contraste

Andrea Maza.



## Manejo.

Monitorización

Hemograma

Bioquímica sanguínea

Reposición de líquidos y equilibrio electrolítico.

Rx abdomen y TC con contraste

## TX

Antibiograma de amplio espectro

En caso de ser posible se realiza tratamiento conservador. En caso de que el paciente este clínico y hemodinámicamente estable se da dieta parental y antibiograma

Cx urgente.

# HERNIAS

Se define como hernia a la protrusión de una víscera a través de un defecto anatómico en la pared de la cavidad que la contiene.

Componentes: Orificio herniario, saco herniario, contenido herniario y recubrimiento herniario.

## Tipos de hernias.

**Hernia epigástrica:** (hernia ventral)  
Presencia en cualquier altura entre el apéndice xifóideo y el ombligo.

**Hernia umbilical:** Cierre incompleto de defecto umbilical temprano y de ausencia de fascia umbilical.

**Hernia inguinal:** Directa, indirecta y femoral.  
son originadas en la fosa de la pared anterolateral del abdomen.

## Clasificación de Nyhus.

Tipo I hernia inguinal indirecta, anillo inguinal interno de diámetro normal, pared posterior normal.  
El saco herniario alcanza la porción media del canal inguinal.

Tipo II Hernias (inguinales) indirectas, anillo inguinal interno dilatado, pared posterior normal, vaso epigástrico no desplazado.

Tipo III Defecto de la pared posterior:  
IIIa Hernia inguinal directa pequeña o grande  
IIIb Hernia indirecta con dilatación importante del anillo inguinal interno, pared posterior involucreada, hernia inguinal escrotal y hernia en pantalón  
IIIc Hernia femoral.

Andra Maza

## Tipo IV

Hernias recurrentes:

- IVA Hernia indirecta.
- IVB Hernia indirecta.
- IVC Hernia femoral.
- IVD combinación de cualquiera de estas.

**Hernia indirecta:** La mayoría de las hernias de novo inguinales suceden durante la vida adulta.

**Hernia directa:** ocurre a través de la pared posterior del conducto inguinal, en zona del triángulo inguinal o triángulo de Hesselbach.

**Hernia femoral:** Originada en el anillo femoral, mayor prevalencia en mujeres.

**Hernia umbilical:** Resultado del defecto de la escatización de la pared abdominal después de una cirugía.

**Hernia (abdominal):** Mas frecuente en mujeres, en el triángulo de Scarpa.

**Hernia de Spiegel:** <sup>en la línea blanca</sup> Entre el borde lateral del músculo recto anterior del abdomen y la inserción aponeurotica del oblicuo externo.

**Hernia indirecta:** La hernia protruye a través del foramen cutáneo mayor o menor.

**Hernia directa:** <sup>en la línea blanca</sup> Protruye por el orificio Obturador, rara vez palpable.

**Hernia de Richter:** Enroscamiento de una sola parte de la pared intestinal en el defecto de la hernia.

**Hernia rectal:** No regresa a cavidad abdominal fácilmente.

**Hernia inguinal:** No regresa a cavidad abdominal, no puede ser reducida.

**Hernia estrangurada:** Sufre compromiso vascular e isquemia.

**Clinica:** hernia dura, dolorosa, distensión abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal si está obstruida a OI.

## Diagnóstico:

Historia Clínica, exploración física

Maniobras de Valzava

Hemograma.

Bioquímica

Coagulación

Ix de tórax y abdomen

ECG.

Ecografía

TAC

RMN

**Dx diferencial:** Distorsión abdominal de rectos, hematoma de la pared del recto, celitis/absceso urinarios.

Tratamiento.

Quirúrgico : Reparación abierta.  
Laparoscópica.

# PANCREATITIS

Inflamación del páncreas por la acción de enzimas pancreáticas activadas en respuesta a diversos desencadenantes.

## Clasificación:

Leve: Ausencia de complicaciones, existiendo edema de la glándula.

Graves: Presentan complicaciones locales o sistémicas.

**Etiología:** Colelitiasis y alcohol como más frecuentes. Infecciones, fármacos, traumatismo, hiperlipidemia tipo I, IV y V, enfermedades autoinmunes, hiperparatiroidismo, isquemia, anomalías ductales pancreáticas y obstrucción mecánica. Idiopáticas.

## Manifestaciones clínicas:

PA.

Dolor abdominal: Poncante, continuo, localizado en epigastrio y/o hipocondrios, irradiado a espalda en cinturón o ser difuso, mejora en posición sentada, con inclinación hacia adelante.

Diarreas y vómitos.

## Exploración física:

Hipotensión, taquicardia, taquipnea, fiebrícula.

Distensión abdominal, ruidos abdominales disminuidos o abolidos, signos de irritación peritoneal (ictericia, equimosis (signos de Grey-Turner y Cullen) externa nodosa).

Andrea Citali

Mara López

## Complicaciones:

Locales: Pseudoquiste pancreático.

Absceso pancreático.

Flemon pancreático, hemorragia digestiva, ascitis, nerosis o estenosis intestinal, fistulas.

Sistémicas: > Pulmonares: derrame pleural, SARA, Atelectasia, embolia pulmonar y Neumonia.

> Cardiovasculares: Shock, alteraciones inespecíficas de la vascularización en el ECA y derrame pericárdico.

> Gastrointestinales: Hemorragia digestiva, Úlcera péptica, Gastritis erosiva, trombosis portal e íleo parálisis.

> Renales: Insuficiencia renal aguda.

> Hematológicas: CID, necrosis grasa de médula ósea, e infarto y rotura esplénica.

> Metabólicas: hiperglucemia, hipocalcemia, hipotriiglicemia y ácido 2, metabólica.

> Neurológicas: Encefalopatia pancreática.

## Pruebas complementarias:

Hemograma:

Bioquímica: Amilasa, hiperglucemia e hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y aumento de las transaminasas.

Coagulación

GA B.

Imágenes

Px simple de abdomen.

Px de tórax.

Erografía.

TAC: confirmación diagnóstica.

ECG.

## Tratamiento:

Medidas generales: canalizar vía venosa, control de constantes y diuresis.

Dieta absoluta.

Reposición hidro-electrolítica. 3-4L diarios de suero en glucosado al 5-6 y salinos 0.9-1.10 uEq de Cl<sup>-</sup>.

Analgesia. Difenona magnésica 1 ampolla cada 6/8 h iv. Nefopridina 1 ampolla cada 4h SC.

Fármacos: Espasmolíticos.

Sonda nasogástrica.

Inhibidores de la secreción ácida.

Antieméticos.

Antibióticos: Imipenem 500mg/8h iv.

Insulina.

Oxígeno. Pa. gases rasales a 2 l/min.

Fármacos específicos: somatostatina / octeotido y inhibidores de las proteasas pancreáticas.

Endoscópico y percutáneo: CPRE, Drenaje percutáneo.

Quirúrgico: Pancreatectomía.

## Factores pronósticos:

Ranson.

Al ingreso

Edad > 55 años

Leucocitos > 16.000/mm<sup>3</sup>

Glucemia > 200mg/dL

LDH > 3500 U/L

AST > 250 U/L

Alta a las 48 h

↓ Hemato crito > 10%

↑ BUN > 5mg/dL

calcemia < 8mg/dL

PaO<sub>2</sub> < 60mmHg

Deficiencia de bases > 4mEq/l

Secuestro de líquidos > 6l

# OCCLUSIÓN INTESTINAL

Síndrome que implica ausencia del tránsito intestinal, secundaria a una obstrucción verdadera o funcional.

## Etiología.

**Ilio Inttraabdominales:** Intraabdominales: peritonitis, absceso, inflamación, cirugía, ácido gástrico, bilis, serositis, vasculitis, isquemia intestinal.  
**Retroperitoneales:** fractura de columna, pancreatitis, hematoma retroperitoneal, cirugía de aorta, cólico renal, pielonefritis, metástasis.

**Extraabdominales:** Torácicas: infarto de miocardio, neumonía, insuficiencia cardíaca, fracturas costales.  
**Metabólicas:** Trastornos electrolíticos, septicemia, intoxicación por plomo, por fósforo, hipotiroidismo, uremia, medicamentos.  
**Opíacos, anticolinérgicos, antiácidos, antagonistas, antihistamínicos, catecolaminas, traumatismo:** Lesión de médula espinal, Trauma cefálico, trauma torácico.

## Mecanismo de intestino de la obstrucción:

**Obstrucción de la luz:** Polipos, invaginación intestinal, cálculos biliares, cuerpos extraños, impactación, heces, barro, ascaris.

**Lesión intrínseca:** Atresia intestinal, estenosis congénita, quistes, divertículos de Meckel, malrotación, neoplasias, enfermedad de Crohn.

**Lesiones extrínsecas:** Adherencias, hernias externas, hernias internas, congénitas, neoplasias, abscesos, peritonitis, esplenosis, compresiones vasculares y vólvulo.

Andrés Maza

## Cuadro Clínico:

Ausencia o disminución de la canalización de gástricos, ausencia de evacuaciones, dolor, distensión abdominal, hinchazón y vómito.

## Anamnesis y exploración física:

Exploración general:

Inspección abdominal: distendido (presencia de ruidos y cicatrices por cirugías previas).

Auscultación: percusión, palpación, tacto rectal.

Pruebas complementarias:

Análisis: hemograma, bioquímica, gasometría, coagulación.

Radiografía de abdomen.

Radiografía de tórax.

Tc abdominopélvica con contraste.

Colonoscopia.

Ecografía.

Radiografía con contraste.

Tratamiento:

Reposición de líquidos y electrolitos, ayuno, descompresión con sonda nasogástrica

Tratamiento quirúrgico:

Cuagía en caso de: hernias estranguladas, peritonitis, obstrucción en asa cerrada, neuroleptanoes, volvulo de colon, no sigmoides y sigmoideas con signo de intubación peritoneal.

Obstrucción intestinal mecánica.

↓  
A acumulación de gas y líquido (proximal a la oí)

↑  
Peritallumo, distensión abdominal.

↑  
Dolor típico colico, disminución del r. r. m. u. e. n. d. o.

↑  
Liberación de catecolaminas: estrés, ansiedad.

↑  
Presión intraluminal e intramural.

Formación del  
3er espacio.

↑  
Distensión,  
vómito,

deshidratación,

alteraciones  
hidroelectrolíticas

↑  
equilibrio  
ácido-base

↓  
Isquemia.

↑  
Translocación y  
sobrecrecimiento  
bacteriano  
intraluminal.

↓  
Úlcera  
perforación  
intestinal

↓  
Shock y sepsis.