



UDS

Mi Universidad

Jhoana Guadalupe Arreola Mayorga

Apuntes

3ra parcial

Urgencias

Romeo Suárez Martínez

Medicina Humana

8vo semestre

Oclusión intestinal

Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

⊙ de la luz intestinal, en su mayoría por factores extrínsecos (adherencias, hernia inguinal, hernia de pared estrangulada)

Tipos de íleo

Paralítico/adinámico. Existe una causa funcional que alt. el peristaltismo.

+ frecuente: Qx abdominal

Tras la Qx
Intestino delgado 24h
Estorrago 48h
Colon 3-5d

Obstructivo/mecánico. Existe una causa orgánica que lo produce como son las barreras físicas que obstruyen la luz

Espástico. Hiperactividad descoordinada del intestino que se observa en la intoxicación por metales pesados, porfiria y uremia.

Íleo de la oclusión vascular. Movilidad descoordinada del intestino isquémico

Epidemiología

65-75%.

Adherencias → causa + común de oclusión intestinal

Mortalidad 3.5-6%.

Intestino delgado → obstrucción mecánica → tras. Qx más frecuente

Fx de riesgo

- Adherencias
- Hernia inguinal (1ra causa en Px 2/Qx previa)
- Hernia de pared estrangulada
- Vólvulo

- Cuerpo extraño
- Neoplasias
- Íleo por cálculo biliar
- Enf. de Crohn
- Divertículo de Meckel

Clínica

- Dolor abdominal tipo cólico + náusea, vómito y estreñimiento.
 - Vómito + prominente en obstrucciones proximales
 - Distensión se asocia al íleo distal
 - Ruidos intestinales ↑ al inicio y luego ↓

Intestino delgado: dolor abdominal, vómitos (fecaloides si es distal), distensión abdominal, hiperperistaltismo, ruidos metálicos.

Intestino grueso: Dolor y distensión abdominal, vómitos y estreñimiento, incapacidad de expulsar gases y heces

Obstrucción estrangulada: dolor abdominal desproporcionado, taquicardia, fiebre, leucocitosis y acidosis.

Dx

- ★ Rx de abdomen (decúbito + de pie)
- Tele de tórax (AP de pie)

TAC

Triada de Rx

- Asas en el intestino delgado dilatadas ($+3\text{cm}$)
- Niveles hidroaéreos
- Escasez de aire en el colon
- Sg de Collar de Perlas
- Sg de Pila de monedas

Tx

Conservador

- Sonda nasogástrica / tubo intestinal largo

Quirúrgico

- En los sig. casos:
 - Ileo mecánico intest por + de 3 días

Perforación intestinal

Etiología

- Iatrogénica: procedimientos endoscópicos, estudios de imagen (colonoscopia), procedimientos Qx.
- Traumatismos (5-15%) de los traumatismos abdominales cerrados
- Cuerpos extraños
- Causas medicamentosas (ingesta prolongada y a ↑ dosis de AINES, algunas medicaciones en tx oncológicos e inmunosupresores)
- Ent. inflamatoria intestinal, fístulas, enfermedad de Crohn, apendicitis aguda (20%), procesos neoplásicos, diverticulitis

Clínica

- Dolor abdominal insidioso
- Masa palpable o drenaje de contenido a través de un trayecto fistuloso hacia el exterior
- Irritación química del peritoneo
- Infección
- Sepsis

Manejo inicial

- Monitorización
- Estabilización hemodinámica
- Hemograma
- Bioquímica sanguínea
- Reposición del equilibrio electrolítico
- Estudios de coagulación
- Grupo y RH
- Rx abdomen y TC φ contraste

Dx

- Neumoperitoneo presente en el 50% de las perforaciones
- ★ TC abdominal
Identifica colecciones líquidas intrabdominales y fugas de contraste oral

Tx.

- Antibiótico-terapia de amplio espectro
- Tx conservador: si la perforación es contenida y el paciente está clínica y hemodinámicamente estable
Dieta parenteral, antibiótico-terapia
- Qx urgente

Pancreatitis

Jhoana Arredola

Inflamación aguda de la glándula pancreática que involucra tejido peripancreático y puede involucrar órganos y sistemas distantes

Etiología

Litiasis biliar (49-52%)

Alcoholismo (37-41%)

Hipertrigliceridemia, hipercalcemia, medicamentos, traumática, post colangiopancreatografía (CEPRE), alt. anatómicas congénitas, disfunción del esfínter de Oddi.

! 10 al 30% de los casos no se puede identificar

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal
- Dolor que irradia a espalda
- ↓ peristalsis
- Fiebre
- Shock hipovolémico
- Falla multiorgánica
- Anorexia
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Ictericia
- Derrame pleural
- Atelectasias

Signo de Cullen. Equimosis periumbilical

Signo de Grey Turner. Equimosis en los flancos y región lumbar

Signo de Fox. Equimosis en la porción del ligamento inguinal
(se asocia también a rotura de aneurisma abdominal)

Dx

- Dolor abdominal
- Amilasa y lipasa 3 veces > de lo normal
- TC de abdomen con contraste
- RM
- Rx de abdomen y tórax

Clasificaciones y criterios

- Criterios de Ranson
- Criterios tomográficos de Balthazar para Pancreatitis aguda
- **APACHE II**
- Score de BISAP
- Clasificación de severidad ATLANTA → $\rightarrow \text{Ox}$

Tratamiento

- Fluidoterapia intensiva \approx 250 - 500 ml/h (12/24 hrs)
- Dieta
- Analgesia
- ABT

Ileo mecánico

Detención mecánica de algún segmento del tracto GI. El cuadro clínico depende del nivel de la (obstr) obstrucción y de su tiempo de evolución.

Las alteraciones + comunes son las dependientes del balance hidroelectrolítico y el ↑ de la presión intraluminal → Alteración de la irrigación del segmento GI

Etiología

Ileo mecánico de intestino delgado.

Bridas y adherencias (más frecuente), hernias, enfermedad de Crohn, ileo biliar, cuerpos extraños, intususcepción.

Ileo mecánico de colon

Cáncer colorrectal (más frecuente), enfermedad diverticular, vólvulos, enfermedades inflamatorias intestinales, hernias, cuerpos extraños, fecaloma

Clinica

- Detención de expulsión de los gases y deposiciones
- Emesis → AH hidroelectrolíticos
- Deshidratación
- Dolor
- Distensión abdominal

Dx

- Anamnesis
- Clínica
- Tomografía computarizada

Tx

Dependerá del estado general del paciente y de la causa de la obstrucción.

Ileo metabólica

Ileo paralítico

Fallo en la propulsión intestinal que aparece de forma aguda en ausencia de la obstrucción mecánica, afecta a la contractilidad intestinal y es secundario a diversas causas.
Ausencia de movimientos peristálticos intestinales.

Etiología

- Peritonitis: apendicitis aguda, perforación de ^{Reflejo} úlcera péptica, anexitis, enf. de vías biliares y páncreas, hemoperitoneo,
- Cetacidosis, insuficiencia renal terminal, hipo o hiperpotasemia, ataque de porfiria hepática aguda

Dx

Anamnesis

Cuadro clínico

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Falta de eliminación de gases y heces
- Nauseas/vómito

Tx

- Reposición hídrica y electrolítica
- Tratar la causa

Laboratorio

Hemograma: leucocitosis (neutrofilia), ↑ HTO, ↑ Recuento de eritrocitos (deshidratación)

Química sanguínea: causa PFH

Imagen

Ecografía abdominal: líquido libre, abdominal, alt. en la vía biliar, páncreas, asas intestinales (peristaltismo ↓).

Rx de abdomen: aire libre, Asas dilatadas
Niveles hidroaéreos
Ausencia de aire distal

Hernias abdominales

Protrusiones del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales primarios.

Defecto de la continuidad de la estructura fascial o músculo-aponeurotica

Etiología

- Puede ser debido a anomalías congénitas

Componentes

- Anillo
- Contenido
- Saco

Clasificación

Inguinales (75%) { a. Directa (33%)
b. Indirecta (66%)
c. Femoral (3%)

Umbilicales (6-14%) { a. Congénitas
b. Adquiridas

Incisional → Más recidiva

Epigástrica

- Reducible
- Incarcerada
- Estrangulada
- Incoercible
- Deslizada o por desplazamiento

Otras:

Littre:

Richter:

Spiegel:

Amund:

Fx riesgo

- Antecedentes familiares
- Mal estado nutricional
- Uso de corticosteroides

- Tabaquismo
- Sedentarismo
- ↑ repetitivos de presión abdominal (tos crónica, ascitis, EPOC, constipación crónica, HPB por esfuerzo al orinar)
- Qx previas
- ♂

Dx

Clínica

- Dolor agudo
- Náuseas/vómito

- Distensión abdominal
- Enrojecimiento local

Diagnóstico

- Exploración física

- USG en caso de duda diagnóstica (Sensibilidad 70%, Especificidad 100%)

- RM

Herniografía

Tratamiento

- Reducción

- Reposo

- Dieta absoluta

- Analgesia

- Qx

Isquemia mesenterica

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

Vascularización intestinal

- Tronco celiaco (esófago, estómago, páncreas, duodeno prox, hígado, biliar, bazo).
- Arteria mesentérica superior
- Arteria mesentérica inferior

Fx riesgo

- Edad avanzada, aterosclerosis, enf. cardíaca, HTA, fibrilación auricular, tabaquismo, obesidad

Mortalidad

60-80%.

Etiología

principales causas:

- Embolia de arteria mesentérica superior: fibrilación auricular, ^{tra}
- Trombosis de arteria mesentérica superior: 2da causa
Característica en px ancianos %aterosclerosis
Dolor abdominal tras la ingesta, ágor mesentérico, pérdida de peso
- Isquemia mesentérica no oclusiva
- Trombosis venosa mesentérica

Clínica

- Dolor abdominal intenso desproporcionado
- ↑ peristaltismo %exploración abdominal anodina
- Ileo y leve atenuación transitoria del dolor
- Peritonismo en la exploración en la relación a progresión de la necrosis.

- Sepsis, traslocación bacteriana, shock séptico
- Embolismo → Deterioro (gráfico) rápido
Tronbosis
- Isquemia mesentérica no oclusiva / trombosis venosa mesentérica → Deterioro gradual

Dx

- Hemograma: Leucocitosis y hemoconcentración, estudio de coagulación, bioquímica sanguínea básica incluyendo amilasa, CPK, fosfatasa alcalina y LDH.
- Gasometría: acidosis metabólica y lactato ↑
- Pruebas de imagen. Rx de tórax PA y lateral
 - Rx de abdomen PA y bipedestación.
Sg de isquemia: impresiones digitales murales resultante de edema, o hemorragia, neumatomosis, neumobilia y gas en la vena porta.
 - TC (angio TC con contraste IV) -
Variaciones en el grosor de la pared intestinal, líquido libre, neumatomosis intestinal y gas intravascular, ausencia de captación de contraste, defectos en la permeabilidad vascular.

Tx

Tx médico inicial. Monitorización, EKG, reposición de volumen y control hidroelectrolítico, analgesia.

Antibiótico-terapia (metronidazol, cefotaxima, piperacilina-tazobactam, meropenem).

Control de acidosis metabólica

Vasoconstrictores (en caso de choque)

Trauma de abdomen

3 espacios importantes

- Cavidad peritoneal o abdomen anterior.
- Espacio retroperitoneal
- Cavidad pélvica

Mecanismos

Trauma contuso o cerrado. (80%) se producen cuando no existen lesiones externas. 75% se deben a traumatismos abdominales por accidentes de tráfico. Hígado y bazo órganos + frecuentemente afectados.

Impacto directo, el cual puede causar compresión y lesión por aplastamiento de las vísceras abdominales.

Ocasiona lesiones por compresión, cizallamiento y aplastamiento de las vísceras abdominales.

Órganos más afectados: Bazo (40 a 55%), hígado (35 a 45%), e intestino delgado (5 a 10%)

Trauma penetrante

Cuando existe solución de continuidad del peritoneo.

- Arma blanca (corte y laceración): hígado (40%), intestino delgado (30%), diafragma (20%) y cólon (15%).
- Arma de fuego (lesiones directas por laceración y corte) (fragmentación y efecto cavitario): intestino delgado (50%), cólon (40%), hígado (30%), lesiones vasculares (25%).

Manejo

Algoritmo ABCDE

A. Vía aérea

B. Respiración

C. circulación

D. Deficit neurológico

E. Exposición

Evaluación

Historia clínica e interrogatorio dirigido.

Cinematografía del trauma, tiempo transcurrido desde la lesión, tipo de arma, distancia del arma, sangrado

Exploración física

Monitorización de signos vitales (PA, FC, FR, EKG, Sat O₂),
dos vías periféricas de calibre grueso y oxigenoterapia de ↑ flujo

Inspección, auscultación, palpación, percusión.

Evaluación pélvica

Colocación de sonda nasogástrica y vesical

Estudios y procedimientos / diagnósticos

Rayos X → evidencia la presencia de aire intraperitoneal, y descartar un hemotórax o neumotórax asociado

Placa supina → presencia de aire retroperitoneal

USG FAST → detección de líquido libre intraabdominal y derrame pericárdico. Enfoca los sig. espacios:

- 1- Área subxifoidea
- 2- Hipocondrio derecho
- 3- Hipocondrio izquierdo
- 4- Pelvis

Criterios +

Aspiración de + de 10 ml
Eritrocitos > 100 000/μl
Leucocitos > 500/μl
Amilasa > 19 U/L
Bacterias en tinción de Gram

Continúa - - -

Lavado peritoneal diagnóstico → permite determinar hemorragia intraperitoneal y lesión de visera hueca

TC
AngioTC

→ ayuda a detectar lesiones retroperitoneales que son difíciles de evaluar con USG FAST

Laparotomía

Indicaciones:

- Trauma abdominal cerrado asociado %/hipotensión arterial y FAST + o evi

Manejo específico

Diafragma. Con frecuencia ocurren heridas %/desgarro, siendo más comunes en hemidiafragma izquierdo. ^{Tratamiento Qx}

Rx de tórax → ↑ del hemidiafragma, hemotorax ipsilateral y una sombra de gas anormal que oscurece el hemidiafragma.

Duodeno. Arre retroperitoneal en la radiografía. TC con doble contraste identifica el sitio de perforación. Se requiere de reparación quirúrgica y resección en lesiones graves.

Páncreas. ★ TC con doble contraste. Se debe sospechar lesión en aquellos %/elevación de amilasa sérica.

Lesiones menores.

Lesiones moderadas. Exploración Qx, desbridamiento y colocación de drenajes

Lesiones graves. Resección distal o drenaje externo

Genitourinario Lesiones renales se sospechan en trauma directo de espalda. El Tx por lo general es Qx.

Viscera hueca.

[Bilirrubina > 0.01 mg/dl
Fosfatasa alcalina > 2 U/L