



Mi Universidad

RESUMEN

Nombre: Litzy Moreno Rojas

3er Parcial

Urgencias Médicas

Dr. Romeo Suarez Martínez

Medicina Humana

8o semestre

Isquemia Mesenterica

Scribe

Definición

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

La mucosa intestinal tiene un alta metabolismo y por ello, un alto requerimiento de flujo sanguíneo, lo que la vuelve muy sensible a una hipoperfusión.

Etiología

- Embolia arterial mesentérica superior
- Trombosis de arteria mesentérica superior
- Isquemia mesentérica no oclusiva
- Trombosis venosa mesentérica

Diagnóstico:

Fx pronóstico más importante es la sospecha clínica precoz:

- Hemograma: leucocitosis y hemocritación, estudio de coagulación, bioquímica sanguínea básica incluyendo amilasa, CPK, fosfatasa alcalina y LDH
- Gasometría
- Ex de tórax PA y lateral
- Tomografía computarizada
- Ex de abdomen PA y bpedestación.
- Dímero D > 500 habla de trombo

Factores de Riesgo:

- Edad avanzada
- Aterosclerosis
- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión arterial sistémica
- Fibrilación auricular
- Tabaquismo
- Uso de digitálicas
- Obesidad.

Clinica

- Dolor abdominal intenso desproporcionado para el examen físico del px. El dolor no mejora con analgesia estándar.
- El dolor no mejora con analgesia estándar.
- Detenido clínico rápido, en cuestión de horas, es más típico de los px que sufren un embolismo o trombosis mesentérica.

Tratamiento:

- Monitorización del px
- Realizar ECG, doce derivaciones, a la llegada de l px
- Reposición de volumen y control hidroelectrolítico
- Analgesia.
- Antibióticos: Metenidazol 500 mg.

Obstrucción Intestinal

Scribe

Definición

Una obstrucción intestinal se refiere al bloqueo intestinal potencialmente grave en la que los intestinos están bloqueados. Puede ser parcial o totalmente oculto sin compromiso vascular.

Epidemiología

Se dice que representa el 15% de todos los consultos vista en un servicio de emergencias por dolor abdominal.

Etiología

Al abordar las probables causas de obstrucción intestinal es importante clasificarlos de acuerdo a su origen.

Fisiopatología

La cavidad proximal al sitio de la obstrucción se vuelve dilatada y el líquido es secretado debido a la reabsorción reducida; puede reabsorber hasta 10L / día. Esto se va agravando la ingesta oral reducida y presencia de náuseas, vómitos intravasculares y alteraciones hidroelectrolíticas que pueden progresar a shock hipovolémico. En la obstrucción mecánica hay un cambio en la actividad peristáltica inicial, en su intento por contrarrestar la obstrucción, dando inicio al dolor abdominal tipo cólico.

Intraluminales:

- Cuerpo extraño
- Íleo biliar
- Lesión polipoides
- Impactación borb
- Enterocolitis
- Parasitos

Intramurales:

- Congenito
- Atresia duodenal
- Duplicación intestinal
- Pírcosis inflamatoria
- Enf. Crohn
- Diverticulitis
- Lesión por radiación
- Neoplasias
- Primario
- Metastásis / carcinomatosis

Manifestaciones Clínicas

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vómitos
- Ausencia de emisión de gases y heces

Diagnóstico

Historia clínica y examen físico
Estado de deshidratación, fiebre y presencia de taquicardia
• Inspección: búsqueda de cicatrices de procedimientos qx previos o distensión abdominal.
• Auscultación: ↑ ruidos intestinales
• Percusión: predomina el timpanismo
• Tacto rectal: detectar presencia de masas, vestes hemáticas o impacciones fecales

Tratamiento

El tx inicial debe ser lo más rápido posible.
Corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos.
Colo con sonda nasogástrica siempre para descomprimir el estómago y disminuir el dolor provocado por la distensión
para dx:
1. Clínico
2. Ex de Prigo
3. Radiografía

Px en pie - Niveles hidroaéreos
Pila de monedas
Distensión en asas intestinales
En ampulla cecal hay ausencia de aire radiográfico signo en grano de café - Volvulos (el intestino está enrollado).

Trauma de Abdomen

Definición: Se denomina trauma abdominal cuando este compartimiento orgánico, sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal, sean estos de pared (órganos) o de contenido (visceras) o de ambos a la vez.

Etiología:

- Accidentes en el tránsito auto.
- Accidentes de Aviación
- Deportes violentos
- Asaltos
- Mecanización del agro y de las industrias

Mecanismo de Lesión

Incidencia de lesión a Órganos

- Bazo 40-55%
- Hígado 35-45%
- Hematoma Retroperitoneal 15%
- Riñón 12%
- Intestino delgado 9%
- Vejiga 6%
- Intestino grueso 4%
- Páncreas 3%

- Traumatismo cerrado o no penetrante de nominado contusión
- Traumatismo abierto o penetrante denominado heridas.

Evaluación:

- Historia (ocurrido)
- Exploración física.
- Examen de laboratorio (hemoglobina, amilasa sérica, hematocrito, glucosa, drogas)
- Estudios (Tomografía, Cistografía).

Manejo

- ABCDE
- Antibiótico
- Gx

HERNIAS

Scribe

Defecto de continuidad de la fascia o músculos aponeuróticos que permiten la salida (patología de estructuras que normalmente no pasan en ella).

Etiología

- Multifactorial
- Herencia: metabolismo de la colágena (Hernias)
- 3. Tabaquismo

Factores de Riesgo

- 1. Ex hereditarios
- 2. Nutricionales
- 3. Tabaquismo
- 4. Edad

Subclasificación

- Hernias Inguinales
 - Directo e Indirecto
 - Femoral
- Hernias Ventrales
 - Primarias (los restantes)
 - Incisionales

Epidemiología

- 10% en México tienen algún tipo de hernia
- Relación Hombre-Mujer
- Inguinal 2-3:1 (H)
- Femoral 1:8 (H)
- Incisionales 1:2 (H)
- Umbilicales 1:2 (H)

30-59 años según el 10-51% de los hernias

Tipos de Hernias

1. Reducibles
 2. Irreducible
- Realizar maniobras de Valsalva e intentar reducirla si se puede es reducible.

Componentes de una Hernia

1. Anillo inguinal o defecto herniario
2. Saco herniario
3. Contenido herniario

Técnicas de Reparación

1. Con malla: <75% de recidivas
 - Da soporte adicional o de refuerzo a pared abdominal
 2. Defecto <1cm puede dejarse para cierre simple
- Sin malla. Causa isquemia, nervios, desgarro, recurrencia: inguinales 15-20%, ventral 15-50%.

• Coercible: obedece (que se queda en su lugar)

• Incoercible (se hace maniobras de sedación, reduciv, si se reduce no es si no lo hace es incoercible)

• Recidivante: hernia operada que vuelve o profundiza

• Por desplazamiento: contenido herniario ya está pegado al saco

• Incoercible: No obedece

• Estrangulada: compromete la vascularidad se sabe por el tiempo de incarceration, isquemia = dolor.

• Mixto:

Técnicas de Abordaje

1. Abierta
 2. Laparoscópica
- No se recomienda en hernias complejas
 - Facilitan la reparación en hernias fuera de línea media

Perforación Intestinal

Scribe

Etiología

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

Clinica

• El dolor abdominal es el síntoma más frecuente.

Se nota de un dolor intenso a la perforación palpación que provoca defensa abdominal en el área de la perforación. La peritonitis es una complicación grave y el px puede

Diagnóstico:

• Ex de tórax y abdomen simple, en bipedestación. Apareceran ruidos peritoneos (en un 30-60%) y niveles hidroaéreos.

• TC abdomino-pélvica. Si sospecha fuga a nivel rectal, con contraste vía anal.

llegar a presentar signos clínicos de gravedad como hipovolemia, fiebre, taquicardia, oliguria e incluso llegar al shock séptico

• Si la localización es a nivel rectal, dada su localización pélvica, suele haber ausencia de clínica abdominal.

Tratamiento:

• Monitorización hemodinámica y fluidoterapia intensiva

• Sonda nasogástrica y sonda vesical.

• Antibioticoterapia de amplio espectro, sobre todo con cobertura para gram-negativos y aerobios

• La opción quirúrgica se individualiza según cada caso. En casos de px estables clínicamente sin signos de peritonitis difusa o en casos de perforaciones muy localizadas p visualizadas por TC (diverticulitis agudas), se puede plantear la posibilidad de tratamiento conservador. Ante la presencia de una perforación contenida con un absceso intraabdominal, se puede plantear su drenaje percutáneo guiado por TC.