



JESUS EDUARDO GOMEZ FIGUEROA

DR. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

URGENCIAS MEDICAS

MEDICINA HUMANA 8VO SEMESTRE

GRUPO A

TEMAS DE LA UNIDAD

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 24 DE MAYO DEL AÑO 2024

ISQUEMIA MESENTERICA

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

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

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Aterosclerosis (90 %)
- Enfermedad coronaria (85 %)
- Hipertensión arterial sistémica (85 %)
- Fibrilación auricular (75 %)
- Tabaquismo (50 %)
- Obesidad (40 %)

Etiología.

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

Clinica

- dolor abdominal intenso desproporcionado
- dolor no aliviado con analgesia estándar
- posteriormente síntoma rápido
- náuseas/vómito

Diagnóstico

- Clínica
- Hemograma (leucocitosis y hemocentración)
- Coagulación
- Bioquímica sanguínea, CRP
- Radiología, Tomografía

Tratamiento

- ✓ Monitorización del PC
- ✓ ECG doce derivaciones
- ✓ Reposición de volumen y control hidroelectrolítico
- ✓ Analgesia

PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO

Etiología.

Se muy poco frecuentes, sobre todo las no traumáticas, que suelen producirse en pacientes con enfermedades subyacente: isquemia crónica o enteritis bacteriana, enfermedad de Crohn, diverticulitis yeyunal o ileal, ingestas de cuerpos extraños o por dilatación secundaria a procesos obstructivos, adherencias, hernias incarcerated o estranguladas, vólvulo o intususcepción.

Diagnóstico.

- El neumoperitoneo, solo presente en el 50% de las perforaciones de intestino delgado, suele ser pequeño.
- prueba dx es la TC, identifica colecciones líquidas, intrabdominales y fuga de contraste oral.

Tratamiento.

- Antibiótico terapia de amplio espectro
- Dieta absoluta / nutrición parenteral, antibioticoterapia
- Cirugía urgente.

PERFORACIÓN DE INTESTINO GRUESO

Etiología.

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

Clinica

dolor abdominal + frecuente eno intenso a la palpación que provoca defensa abdominal en el área de la perforación

Diagnóstico.

Rx de tórax y abdomen simple, en bipedestación.

TC abdomen-pelvíca. Si se sospecha fuga a nivel rectal, con contraste vía oral.

TX.

- Mantenimiento hemodinámico y fluidoterapia intensiva
- Sonda nasogástrica y sonda vesical
- Antibióticoterapia de amplio espectro.
- Cirugía urgente.

PANCREATITIS AGUDA

Inflamación aguda de la glándula pancreática
3ra causa de hospitalización por causa digestiva
80% cuadro leve y de 15-20% cuadro grave
Mortalidad: 3-4% en las formas leves y de 15-20% en las formas graves.

Proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejido peripancréatico y puede involucrar órganos y sistemas distantes

ETIOLOGIA

Litiasis biliar (49-52%)

Alcoholismo (37-41%)

- Hipertiglicidemia
- Hipercalcemia
- Medicamentosa
- Traumática
- Post Colangiopanografía endoscópica

10 y 30% de los casos no se puede identificar.

- Alteraciones anatómicas congénitas
- Dilatación del esfínter de Oddi

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor abdominal
- color que irradia a espalda
- Anorexia

- fiebre
- vómitos

• ↓ peristalsis

ICTERICIA

DERRAME PLEURO

ATELECTASIAS

CLINICA CLAVE

- Fiebre
- Shock hipovolémico
- Falla multiorgánica.

Diagnóstico.

- ✓ color abdominal
- ✓ Amilasa y lipasa 3 veces > de lo normal
- ✓ TC abdomen con contraste
- ✓ RM
- ✓ Rx Abdomen y Torax

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Oclusión total / parcial de la IZ intestinal que impide su tránsito normal.

Clasificación

- ID / IG
- Patogenia:
 - Ileo paralítico
 - O. mecánica
- ID
 - Pacientes intervenidos previamente
 - 60% bridas

- Hernias
 - Ileo biliar
 - Inflammatoria
- }

 - Enteritis
 - E. Inflammatory

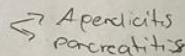
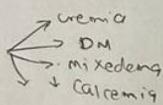
IG

- G de Colon #1
- Válvula de Sigmoid
- Diverículo agudo complicados

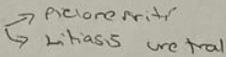
Ileo paralítico

Adquirido

- Post Qx
- Peritonitis
- Alt metabólicas
- Traumatismos
- Procesos AOD inflamatorios



- Compromiso medular
- Fármacos
- Retención urinaria
- Procesos retroperitoneales



Espástico

- Intoxicación por metales pesados
- Perforación

Vascular

- Embolia arterial
- Trombosis venosa

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis
- E. AOD: Auscultación → ruidos metálicos
- Percusión → Timpano
- Inspección → distensión, dolor, Signos de infección peritoneal

OBSTRUCCIÓN MECÁNICA

Extraluminal

- Torsión
- Anidias
- Hernias
- Válvula
- Invaginación
- Compresión externa

PARIETAL

- Megacolon
- Alt. Congénita
- Heterotopia pancreática
- Procesos inflamatorios

INTRA LUMINAL

- Cuerpo extraño
- Bezoar
- Parasitosis (Amoebiasis)
- Impactación fecal

- Tacto rectal
- Tumores?
- Feculentos?
- Restos hemáticos en heces

CLINICO

- Dolor ABD difuso "cólico"
- Náuseas / vómito
- O. Alta: Tumor y biliosos
- O. Baja / Colonica: Tardías y feculentos
- Ausencia de defecación
- Ventoso (gases)
- Distensión Abd

Laboratorio

- OS
- Bioquímica: Glucosa, urea, creatinina, iones, amilasa
- Gases venosos
- Gas A → toxinas metabólicas por ↓ H₂O₃

Rx.

- Tórax (AP) (lateral)
- Neuroperitoneo
- ABD
- OID
- Dilatación a asc.
- niveles hidrocecos
- volúmenes coloniales
- pilas de moco

O. Colon

- Dilatación de colonos
- Dilatación del ciego > 10cm
- Vómitos escuros de café

Ileo biliar

- Tracto de aerobilia
- OID
- Cálculo emigrado a 10

Ecografía ABD

- masa / patología biliar?
- colonoscopia
- número de SBM
- Tomografía axial
- masa / perforación / ca. Colon?

TX.

- Rehidratación
- Resección / colectomía total / H₂
- SNG a aspiración intermitente y sonda vesical
- dieta absoluta
- Sepsis?
- ATS
- metanidazo
 - 1500 mg i.v. c/24 h
 - + cefotaxima
 - ↓ 1g i.v. c/8 h
- Alejico a penicilina
- Gentamicina
- 5 mg / kg i.v. c/24 h

TX ax urgente

- Ítem estrangulado / Incarcerado
- Peritonitis
- ítem peritoneo
- Volvulus sigmoides / devaluación
 - ↓ Sonda rectal
 - Enema opaco
 - Rectosigmoidoscopia

HERNIAS

Las hernias de pared son protusiones del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales primarios (congénitos o adquiridos) o secundarios a cirugías previas (eventraciones). Este contenido se acompaña de una envoltura peritoneal o saco herniario.

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

Hernias inguinales.

Protuyen por el anillo inguinal profundo y se presentan como una tumefacción de tamaño variable en la ingle, que en varones puede descender hacia el escroto. Directas (mediales a los vasos hepigastricos). Indirectas (laterales a los vasos hepigastricos) y acompañando al cordón inguinal.

Hernias crurales o femorales

↑ prevalente en hombres que en mujeres protuyen por el anillo crural medialmente a los vasos femorales. ↑ susceptibles de incarceration y ↓ difícilmente reductibles.

Umbilicales

Especialmente frecuente en obesos, pacientes con ascitis y embarazadas

Epigástricas.

El anillo herniario está en algún punto de la línea alba entre la cicatriz umbilical y el relieve xifoideo.

Espiguel.

Infrecuentes y difíciles de explorar ya que protuyen entre dos pares musculares laterales al borde externo del recto anterior del abdomen.

Eventraciones

Defectos de la pared secundarios a cirugía previa. Localización según método: línea media, paries femoral, subcostal, parametral, punto de McBurney, suprapúbica.

CLASIFICACION SEGUN EL NIVEL DE COMPROMISO

Hernias reductibles

Señ turoraciones de consistencia blanda que se introducen en la cavidad abdominal con el simple decubito o con maniobras sencillas de compresion manual. Protuyen con maniobras de valsalva, como el esfuerzo tusigeno.

Hernias incarcerationadas o irreductibles

Tumoraciones duras cuyo contenido no se reduce con facilidad

Hernias estranguladas

Hernias incarcerationadas que presentan compromiso vascular de la visera ^{aliviada} en la hernia o en ocasiones del saco herniario unicamente.

CLINICA

- Px dolor agudo referido a una hernia cruada o no.
- nauseas
- vomito
- distension abdominal

DIAGNOSTICO

Clinico

Hiperamilasemia o el ↑ de Creatina fosfo cinasa (CPK)

Leucocitosis

Alteraciones de la coagulacion

↑ PCR

↑ lactato

Pruebas complementarias

• Ecografia pared abdominal

• TC

Px diferencial.

Abcesos, hidroceles,

tumores testiculares

TX.

- Reduccion
- Qx

Poli traumatismo

Exploración primaria: Reanimación y estabilización (ABCDE)

Líquidos (20 ml/kg) Si signos de hipovolemia / Shock

Exploración secundaria: Sospecha de Traumatismo abdominal
Escala FAST (si disponible)

INESTABLE (hemorragia no controlable, shock III-IV)

Tx del Shock (líquidos - hemoderivados)

Elografía (pie - cerna)

Abierto

Cerrado

- Evisceración
- Arma de fuego
- Arma blanca*
- Peritonismo
- Empalme
- Posibilidad de laparoscopia

descartar otras lesiones

Abierto

exploración localizada (curioso)

no penetrante

penetrante

observación

de nuevo

TC con contraste

o de nuevo

Laparotomía

ESTABLE

Chemo magia (controlable)

Cerrado

TC con contraste /
otra métodos dx

Morreo
conservador

CIP

estable

observación

48-72 hrs