



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

3^{ra} 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 peripancrático y puede involucrar órganos y sistemas distantes

ETIOLOGIA

Litiasis biliar (49-52%)

Alcoholismo (37-41%)

• Hipertiglicidemia

• Hipercalcemia

• Medicamentosa

• Traumática

• Post colonoscopia/endoscopia

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

• vómito

• ↓ peristalsis

ICTERICIA

DERRAME PLEURO

ATELECTASIAS

CLÍNICA 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

Tratamiento.

- Fluidoterapia
- Analgesia
- Antibióticos

intensa con 250-500 ml h (12-24 hrs)

Signo de Cullen	Signo de Grey-Turner	Signo de Fox	Signo de Bryant
			
Equimosis periumbilical	Equimosis en los flancos y región lumbar	Equimosis en la porción inferior del ligamento inguinal. <small>(Se asocia también a rotura de aneurisma)</small>	Equimosis escrotal. Asociado también a rotura de aneurisma aórtico abdominal o lesión hepática.

Crterios de Ranson

para predecir la severidad de la pancreatitis aguda

0 horas	
Edad	> 55
Leucocitos	> 16,000/mm ³
Glucemia	> 200 mg/dL
LDH	> 350 U/L
AST	> 250 U/L
48 horas	
Hematocrito	Caída de ≥10%
BUN	Incremento de >5 mg/dL a pesar de líquidos
Calcio en suero	< 8 mg/dL
PO2	> 60 mmHg
Déficit de base	> 4 MEq/L
Secuestro de líquidos	> 6,000 mL

La presencia de 1-3 criterios representa pancreatitis leve; la mortalidad aumenta de forma significativa con 4 o más criterios (>40% con >6 criterios)

Spotlight: Aunque es ampliamente utilizado, un metaanálisis de 110 estudios encontró que es un predictor pobre de severidad

ACHE II

6.5-98.5	56-594	24-35.5	12-33.0	30-51.5	< 29.0
	70-109		50-89		< 45
	79-199		50-69	40-64	< 30
0-34		10-24	5-9		< 5
0-90	81-70			55-60	< 55
70	7.35-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	< 7.15
100-154	130-143		120-129	110-119	< 110
1.5-5.8	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		< 2.5
	0.6-1.4		< 0.4		< 0.4
40-49.9	30-45.9		20-29.9		< 20
5-14-500		1-2-900			< 1,000
> 19	0	> 4	> 3	> 4	> 4

Respiratoria: Cardíaca, encefalopatía (AP, cirugía o postoperatorio)
 Cirugía electiva: 2 puntos
 Edad Score > 0 = 9 grave

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
- Infiltrativa
 - Enteritis
 - E. Infiltrativa

IG

- G. de Colon #1
- Válvula de Sigmoides
- Diverículo de Sigmoides agudo complicados

Ileo paralítico

Adquirido

- Post Qx
- Peritonitis
- Alt metabólicas
 - uremia
 - DM
 - mixedema
 - Calcemia
- Traumatismos
- Procesos ABO inflamatorios
 - Apendicitis
 - pancreatitis

- Compromiso medular
- Fármacos
- Retención urinaria
- Procesos retroperitoneales
 - Pielonefritis
 - Litiasis uretral

Espástico

- Intoxicación por metales pesados
- Perforación

Vascular

- Embolia arterial
- Trombosis venosa

DIAGNÓSTICO

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

OBSTRUCCIÓN MECÁNICA

Extraluminal

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

PARIETAL

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

INTRA LUMINAL

- Cuerpos extraños
- Bezoar
- Parasitosis (Amibiasis)
- Impactación fecal

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

CLINICO

- Dolor ABD difuso "cólico"
- Náuseas / vómito
- O. Alta: Tumor y biliosos
- O. Baja / Colon: 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 ↓ HCO₃

Rx.

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

O. Colon

- Dilatación de colon
- 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 / Hg
- 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
 - Alergico a penicilinas
 - Gentamicina
 - 5 mg / kg i.v. c/24 h

TX ax urgente

- Ítem estrangulado / Incarcerado
- Peritonitis
- ítem pentaco
- 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, paravesicales, subcostal, parametral, punto de McBurney, suprapúbica.

CLASIFICACION SEGUN EL NIVEL DE COMPROMISO

Hernias reductibles

Señ tumoraciones de consistencia blanda que se introducen en la cavidad abdominal con el simple decubito o con maniobras sencillas de compresión manual. Protuyen con maniobras de Valsalva, como el esfuerzo tusígeno.

Hernias incarcerationadas o irreductibles

Tumoraciones dexas 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 únicamente.

CLINICA

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

DIAGNOSTICO

Clinico

Hiperamilasemia o el ↑ de Creatina Fosfo cinasa (CPK)

Leucocitosis

Alteraciones de la coagulación

↑ PCR

↑ lactato

Pruebas complementarias

• Ecografía pared abdominal

• TC

Px diferencial.

Abcesos, hidroceles,

tumores testiculares

TX.

• Reducción

• 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 (lunero)

no penetrante

penetrante

observación

TC con contraste

deletorio

deletorio

Laparotomía

ESTABLE

Chemosugía (controlable)

Cerrado

TC con contraste /
otra métodos dx

Morreo
conservador

CIP

estable

observación

48-72 hrs