



NOMBRE DEL ALUMNO: Juan Carlos
López Gómez

NOMBRE DEL PROFESOR: Dr. Romeo
Suárez Martínez

NOMBRE DEL TRABAJO: Resúmenes

PASIÓN POR EDUCAR

MATERIA: urgencias medicas

GRADO: octavo semestre grupo A

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024

Definición

Perforación Intestinal.

La perforación de vísceras huecas constituyen un reto diagnóstico y terapéutico, debido a que las manifestaciones clínicas suelen ser variadas, se trata de una ruptura en la pared del intestino que puede causar infecciones y poner en riesgo la vida del paciente

Etiología

Iatrogenica

Procedimientos endoscópicos

Traumatismos

ataque mas intestino delgado

Cuerpos extraños

Causas medicamentosas

Causas inflamatorias - infecciosas y neoplásicas



Fisiopatología

Cualquier parte del tubo digestivo
Puede perforarse y liberar
contenido gástrico

↓
espacio peritoneal → dolor intenso → shock

Clínica.

- Dolor abdominal o torácico agudo
- Exploración de masa palpable
- Irritación del peritoneo
- Infección o sepsis.

Dx

hemograma completo
Bioquímica
Estudio de coagulación
Pruebas cruzadas
ECG
Rx Torax
Rx abdomen
TC toracoabdominal

Ix

- monitorización y estabilización hemodinámica.
- Reposición líquido

Perforación esofágica

Etiología

iatrogenica
Capotane A
o postoperatoria.
Ingestión
Cuerpo extraño
Posttraumática
úlcera esofágicas
Carcinoma.

Dx

Rx Tórax AP y lateral
Esófagografía
TC toracoabdominal

Clinica

Dolor torácico
abdominal si perforación distal
e irritación peritoneal
fiebre
disnea
disfagia
TOS

Tx

Tx antibiótico
Beta lactámicos
amoxicilina + ácido clavulánico
piperacilina - tazobactam
cefalosporina 3ra generación + metronidazol
Carbapenems

Perforación Gastroduodenal

Etiología

Úlcera péptica + frecuente
Úlcera duodenal

Dx

Rx abdomen
TC abdomen - pelvis

Tx
monitorización
hemodinámica.
colocación sonda
antibiótico
Cirugía urgente

Clinica

Dolor epigástrico
subito e intenso
Peritonitis
Rigidez abdominal
Signos irritación peritoneal.

Perforación intestino delgado

Etiología

menor frecuentes
no traumáticas
Enfermedad Crohn
diverticulitis
hernias

Dx

Neumoperitoneo
TC abdominal

Tx

Antibiótico terapia
Cirugía urgente

Perforación intestino grueso

Etiología

La apendicitis
diverticulitis

Clinica

Dolor abdominal
Peritonitis
Signos clínicos gravedad
hipovolemia, fiebre taquicardia
oliguria y shock séptico.

Dx

Rx Tórax
abdomen simple
TC abdomen pelvis

Tx

monitorización
hemodinámica
sonda nasogástrica,
antibiótico terapia
Cx.

Hernias Abdominales

Definición

Son una enfermedad frecuente servicios de urgencias se definen como la protusión de algunos órganos o parte de ellos, contenidos en la cavidad abdominal a través de defectos de la pared, conservándose la integridad del peritoneo.

Clasificación

- Hernia umbilical: distensión anillo umbilical
- Hernia crural: salen por debajo ligamento inguinal
- Hernia epigástrica: línea media a través línea alba
- Hernia de Spiegel: A través línea; borde lateral músculo recto.
- Hernia incisional: Secundaria a incisiones quirúrgicas.
- Hernia Ciática: a través foramen ciático mayor
- Hernia Obturatriz: profunda músculo pectíneo.
- Hernia Richter: encarcelamiento - pared intestinal.
- Hernia inguinal: por encima ligamento inguinal.
- Hernia inguinal indirectas o laterales
más frecuente; anillo inguinal interno
- Hernia inguinal directas o mediales: protruye medial a los vasos epigástricos

Hernia Reducible

La que regresa a cavidad abdominal fácilmente

Hernia Incarcerada

La que no regresa a cavidad abdominal, no puede ser reducida

Hernia estrangulada.

La que sufre compromiso vascular; isquemia

Clinica

Paciente con hernia previamente reductible o no conocida
dura no dolorosa
Dolor y distension abdominal
Vomitos
Ausencia del transito intestinal

Diagnostico

Exploracion fisica
hemograma
radiografia torax
y abdomen
ECG
Ecografia

Dx diferencial

- Diastasis abdominal
- hematoma de la vaina del recto
- Celulitis / absceso
- lipomas
- endometriosis - cicatricial

Dx diferencial hernias inguinales

- lesiones escrotales
- causas ortopedicas
- Aneurismas y pseudoaneurismas lumbar y problemas cadera

Tx

hernia - encarcelada o estrangulada
Cx urgente

Oclusión Intestinal.

Definición

Es un cuadro clínico producido por la dificultad del tránsito del contenido intestinal a través del tracto digestivo de manera completa, debido a una causa intrínseca o extrínseca al propio intestino.

Epidemiología

- 1-3% dolores abdominales
- 20% ingresos en el servicio cirugía

Etiología

Ileo mecánico

Causas extrínsecas

- Síndrome adherencial
- Hernias abdominales
- Vólvulo sigmo 76%, ciego 2%
- Invaginación intestinal
- Compresión extrínseca
- Torción

Causas fúrciles

- neoplasia
- Proceso inflamatorio
- congénita
- hematoma

Causas intraluminales

- Cuerpos extraños
- Ileo biliar
- Polipos
- Bezoares
- Parasitosis
- Fecaloma

Ileo paralítico

Adinámico

- Posquirúrgico
- Peritonitis
- Alteraciones metabólicas
- Traumatismo abdominal
- Procesos inflamatorios
- Compresión medular
- Fármacos
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Retención de orina
- Enfermedades torácicas
- Encamamento

Espástico

- Intoxicación por metales
- Botulismo

Vascular

- Embolia arterial.

* Clasificación

Ileo mecánico

Seudooclusión intestinal

Ileo paralítico o adinámico

Fisiopatología

Detección
transito intestinal

Aumento de
contorno
intestinal
+ distensión

Distensión
abdominal
+
Paralisis
intestinal

alteraciones
hidroelectrolíticas

torpeza
circulatoria

Sobrecrecimiento
translocación
bacteriana.

Clinica

Dolor abdominal

Distensión abdominal

Vómitos

Ausencia ventoso y deposición

Diagnóstico

Rx abdomen

Anamnesis y exploración física

TC abdominopélvica con contraste

Colonoscopia

Ecografía

Análisis → hemograma, bioquímica
gasometría venosa

Tratamiento

- Dieta absoluta

- Reposición hidroelectrolítica

- Sonda nasogástrica

- metoclopramida

- Control diuresis

Antibiótico terapia empírica

Signos sepsis

meropenem - tazobactam 4-05 sl/8h IV

cefotaxima 1-2 gramos / 8h IV

ceftriaxona 1g/12hrs IV + metronidazol 500mg

Sepsis grave

meropenem 1-2 g/8h

vancomicina 15-20 mg/kg / 8-12 h

Rx Abdomen de pie
en línea



Patrones característicos

Signo de Pila de Monedas



Pancreatitis

Definición

Proceso inflamatorio agudo que afecta al páncreas, esta inflamación es debida a una gran variedad de causas, que pueden producir la activación de sistemas inflamatorios a nivel local y sistémico y originar fallo orgánico.

Etiología

Litiasis biliar (50%)

Alcohol (15-20%)

* Tóxicos

Organofosforados

Fármacos: metformina

nitrofurantoina, furosemida

metildopa, eritromicina

* Traumatismo

accidental

iatrogena

CPR

* Obstrucción

coledocolitiasis

Tumores ampulares

Divertículo duodenal

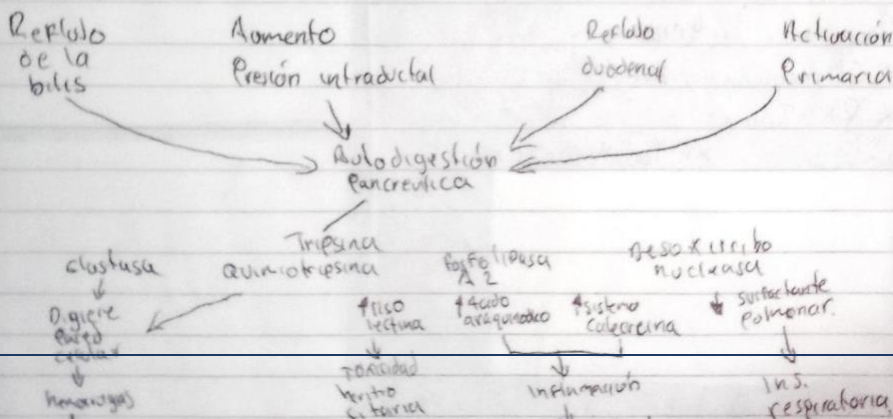
* Infección

Parasitos: ascaris, cionorchis

Virus: Paratuberculosis, rubéola

Bacterias: Mycoplasma

Fisiopatología



Clinica

- Dolor localizado epigástrico o hipocondrio
- Náuseas y vómitos
- fiebre
- Taquipnea
- Taquicardia
- Leucocitosis o leucopenia
- Signos Cullen y Grey-Turner.

CRITERIOS RANSON

Horas	RENAL	HEMATOLÓGICA	COAGULACIÓN	ACID-BASE
0	BUN > 16,000 mg/dl	Leucocitos > 16,000/mm ³	PT > 18,000 seg	pH < 7,35
48	BUN > 350 mg/dl	Leucocitos > 150,000/mm ³	PT > 400 seg	pH < 7,35
72	BUN > 500 mg/dl	Leucocitos > 200,000/mm ³	PT > 720 seg	pH < 7,35

Dx

Criterios

- Dolor abdominal compatible con PA
- Enzimas pancreáticas
- Imagen en la tomografía computarizada

* Laboratorios

- Amilasa sérica
- Lipasa sérica
- BH
- Urea creatinina

- * Ecografía abdominal
- * TAC abdominal

- Enzimas hepáticas
- Gasometría arterial

- * Electrocardiograma
- * Rx Torax

* Clasificación

Tabla 1. Clasificación de Pancreatitis Aguda de Atlanta 2012.

Grado de severidad	Criterios
PA Moderada	• SIN falla orgánica • SIN complicaciones locales/sistémicas
PA Moderadamente severa	• Falla orgánica que resuelve < 48 hs • Complicaciones locales/sistémicas SIN falla orgánica persistente
PA Severa	• Falla orgánica persistente (> 48 hs)

BISAP score

BUN	BUN > 25 mg/dL (8.9 mmol/L) (1 point)
Impaired mental status	Abnormal mental status with a Glasgow coma score < 15 (1 point)
SIRS	Evidence of SIRS (systemic inflammatory response syndrome) (3 points)
Age	age > 60 years old (1 point)
Pleural diffusion	Imaging study reveals pleural effusion (1 point)

0-2 Points: Lower mortality (<2 percent)
3-5 Points: Higher mortality (>15 percent)

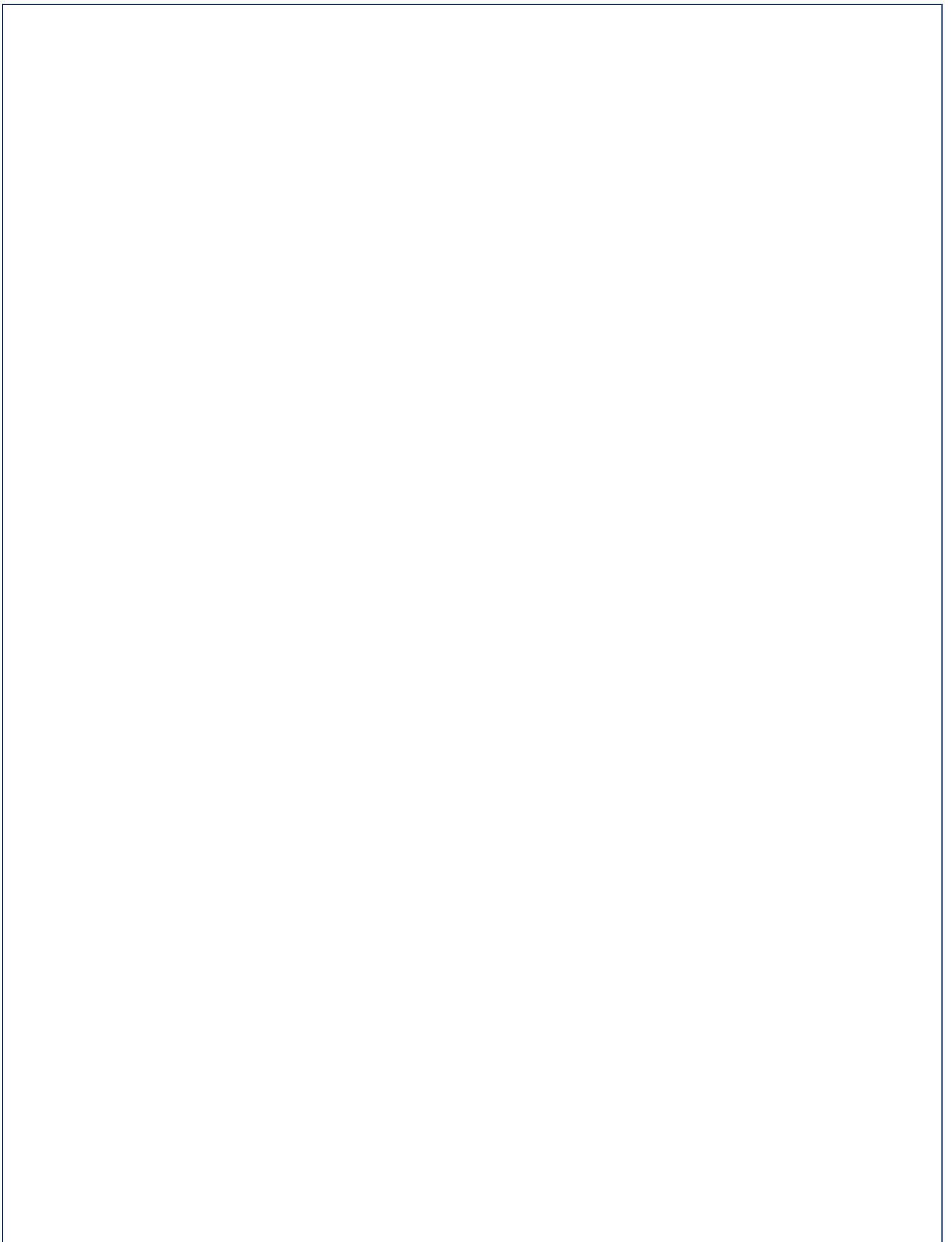
CRITERIOS DE MARSHALL MODIFICADOS

Sistema orgánico	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO2/FiO2)	> 400	301 - 400	201 - 300	101 - 200	≤ 100
Renal (Creatinina sérica mg/dL)	< 1,4	1,5 - 1,8	1,9 - 3,6	3,7 - 4,9	≥ 5
Cardiovascular (TAS mmHg)	> 90	< 90 que responde a líquidos	< 90 sin respuesta a líquidos	< 90 con pH entre 7,2 - 7,3	< 90 con pH < 7,2

Interpretación → un puntaje > 2 en cualquier órgano define la presencia de fallo orgánico

Criterios tomográficos de Balthazar para Pancreatitis Aguda

Grado de lesión por tomografía computarizada	Puntuación
A Normal	0
B Agrandamiento difuso del páncreas	1
C Anomalías intrínsecas del páncreas asociado a cambios del tejido peripáncreático	2
D Presencia de una colección muña definida	3



Isquemia Mesenterica

Definición

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

Vascularización intestinal

- tronco celiaco
- Arteria mesentérica superior
- Arteria mesentérica inferior

Factores Riesgo

Edad
aterosclerosis
enfermedad Cardíaca
hipertensión arterial sistémica
fibrilación Auricular
Tabaquismo
Obesidad
Uso de digitalicos

Etiología

- Embolia Arteria mesentérica superior
(mas frecuente ^{fibrilación auricular})
- Trombosis de arteria mesentérica superior
2da causa frecuente
- Isquemia mesentérica no oclusiva
- Trombosis Venosa mesentérica

Fisiopatología

Obstrucción / disminución del flujo sanguíneo

Disminución O₂ a niveles insuficientes

↓
Vaso dilatación

→ Vaso constricción

↓
Mucosa - submucosa

SIRS
Isquemia espesor completo pared
necrosis

Clinica

Dolor abdominal intenso
desproporcionado para el
examen físico fuente.

Fase evolutivas

- Dolor abdominal intenso
y aumento de peristaltismo
con exploración abdominal anóna
- Ileo y leve atenuación transitoria dolor
- Peritonismo en la exploración en relación
a progresión de la necrosis
- Sepsis traslocación bacteriana, shock séptico.

Dx

Suspecha clínica precoz

Análisis

Hemograma

Gasometría

Pruebas IgM

Rx de tórax PA/lateral

Rx de abdomen PA y biproyección

TC

Tx

Monitorización del paciente

Realizar ECG

Reposición de volumen y control hemodinámico

Analgesia.

