



Mi Universidad

Nombre del alumno: Edwin Dionicio Coutiño Zea

Nombre del tema: resúmenes

Parcial: tercero

Nombre de la materia: urgencias

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martinez

Nombre de la licenciatura: Medicina Humana

Semestre: octavo

Definición

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

Obstr. de IO

Más frecuente. 70%

Causas:

- Adherencias ct abdominal previa
- HERNIAS. Sin ct abdominal previa
- Tumores intestinales

Mortalidad: 10%

Clinica.

- Ausencia de canalización de gases y evacuaciones.
- Dolor abdominal difuso
- Distensión abdominal
- Vómitos fecaloideos si es distal
- Hiperperistaltismo con ruidos metálicos.
- Fiebre elevada, dolor continuo.

Tx médico conservador.

- 90% px mejoran 48-72h
- Colocación SNG o tubo Int. largo.
- Intervención Qx inmediata:
 - Obstrucción por hernia, cuerpo extraño.
 - EUN > 4 Leucos > 70
 - PCR > 75
 - Obstrucción completa
 - CPT > 130

Oclusión Intestinal

Tipos de Íleos

Paralítico o adinámico.

- Postquirúrgico
- Lesión en retroperitoneo
- Lesión torácica
- Causas sistémicas
- Medicamentos

Obstrutivo o mecánico.

- Causa orgánica que produce obstrucción
- MÁS FRECUENTE

Espástico.

Hipereactividad desordenada del intestino.

- Intoxicación por metales pesados
- Porfiria
- Uremia

Íleo de la oclusión vascular

- Atrofia desordenada del intestino isquémico.

Diagnóstico.

Clinica.

Radiografía.

- Niveles hidroaéreos
- Imagen en pilas de moneda
- Dilatación de asas

Labo.

- Hemoconcentración
- Alteraciones hidroelectrol.

Tx.

- Sig. loquemia o perforación
- Intervención Qx
- Tumores de colon derecho y transverso.
 - Resección con anastomosis
 - Ileostomia.
- Tumores de colon Izq.
 - Exterpación y colestomía (Hartmann)
 - Resección y anastomosis prim. (colostomía o cecostomía).

Colecistitis Aguda

DEFINICIÓN

- Inflammaci3n aguda de VB
- Dolor en CSD
- Fiebre
- Leucocitosis

CÍMLA

- Dolor nBO prolongado en HO/epigastrio
- Nauseas/v3mitos
- Anorexia
- Fiebre
- Ictericia
- Soplos
- Peritonitis generalizada
- Crepitaci3n nBO

Criterios

Toxico

- A. Sg Inflammaci3n local
- Murphy +
 - Masa dolor/molestia nBO

- B. Sg sist3micas de inflamaci3n
- Fiebre
 - ↑ leucos
 - ↑ PCR > 30 mg/d

Dx. Sospechoso
• 1sg nBO
Dx. Definitivo
• 1sg ABG

- C. Sg radiol3gicos
- Murphy ecopl3tico
 - Engrosamiento mural > 3mm
 - Imagen triple pared con capa hipoc3ica central
• Capa de lechada
 - Edema de pared
 - Material ecog3nico en vesicula (litiasis biliar)

Etiologia/clasificaci3n

Colecistitis litiasica

- 90%
- Obstrucci3n del conducto c3stico por calculo
- Inflammaci3n → infecci3n

Colecistitis acalculosa

- calculos
- Infecci3n (amp, leptospira)
- Px. critica
- DM

- Escherichia coli
- Enterococcus
- Klebsiella
- Enterobacter

Dx.

- Clinico
- EF → Murphy +
- LABS
 - Leucocitosis con neutrofilia
 - ↑ PCR
 - ↑ Leve transaminasas y amilasa

Tx I/II: SNG/ABG
III: Rx colecistectomía urgente

Imagen

- Ecografi3 nBO ✓
- TC nBO

Criterios de gravedad

Grado I. CM Leve

- Criterios grado II/III

Grado II. CM MODERADA

- Leucocitosis > 16.000
- Masa palpable nBO
- Sint. > 72h
- Sg Inflammaci3n local (infiltraci3n)

Grado III. CM GRMVE

- fallo agudo de 3rgano/sistema + PM
- Neurol3gica + edo conciencia
- Sop $PaO_2 / FiO_2 < 300$
- Renal (creatinina, chatrinas > 2mg/dl)
- Hep3lica $CINR > 1,5$
- Hematol3gica (plaq. < 100.000/mm³)

Coledocolitiasis.

DEFINICIÓN.

- Cálculo en coledoco
- Migración depende del tamaño respecto al calibre del Cístico y coledoco.

Tx.

- CPRE terapéutico
- colecistectomía programada - 9x

Manifestaciones

Clinicas.

- Dolor HD y epigastrio
- 7-6h
- Náuseas/vómitos
- Ictericia
- Fiebre

Imagen.

- Eco abdominal
- TC ab
- Ecocolor Doppler
- Colangiografía resonancia magnet.
- Colangiografía pancreatografía hepatobiliar endoscópica (CPRE) GOLD Standard

Diagnóstico.

Clinico. Sx Courvoisier palpación de -estudo

LABS. ↑ enzimas hepáticas aspartato aminotransferasa (AST) - Alanina amino-transferasa (ALT)

↑ enzimas de colestasis: Gama glutamil transaminasa (GGT), Fosfatasa alcalina y bilirrubina.

Colangitis.

DEFINICIÓN

- Sx clínico potencialmente grave por infección bacteriana de px con obstrucción de la vía biliar

ETIOLOGÍA

- Coledocolitiasis 20-70%
- MO
 - Escherichia coli 25-50%
 - Klebsiella 15-20%

Tx

- Comunitario / ATB en 3mg
- Cefalexina 1-2g c/6h
 - Ceftriaxona 1-2g 1/24h
 - Piperacilina - tazobactam 4-0.5/6-8h IV
- Hospitalario / ATB 3mg
- Ertapenem 1/2g día 1
 - Piperacilina - tazobactam 4-0.5/16-8h

CLÍNICA

TRÍADA DE CHARCOT

- Fiebre
- Dolor abdominal
- Ictericia

↑ PENSIÓN DE RYNOLOS

- Confusión
- Hipotensión

Dx

- Clínico
- Eco abdominal

CRITERIOS Dx

A Infección sistémica

- Fiebre escalofríos
- LABS+ (leucocitos > 12,000)

B Colestasis

- Ictericia
- Alt PHH

Dx sospecha - IA + IB/C

Dx Definitivo - IA/B/C

C Imagen

- Vía Biliar dilatada
- Causa etiológica (cálculo)

TRAUMA ABDOMINAL

DEFINICIÓN

Cuando este compartimento orgánico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal.

Tipos

- T. cerrado o no penetrante. (contusión)**
 - No presenta solución de continuidad en pared abdominal.
 - Agente. Superficie roma, plana. Barra de timón, puño.
 - Simples, viscerales.
- T. abierto o penetrante. (Herida)**
 - Sol. de continuidad pa. r.a.
 - Cortantes, transfixiantes.
 - Arma blanca/fuego

Cuadro clínico

- Shock inicial (neurogénico)
- Colapso neurovegetativo (Sec. trauma)
- Hipotensión
- Bradicardia
- Palidez Intensa
- Sudoración fría
- Dolor (síntoma capital)
- Contractura (vientre en tabla)
- Inmovilidad del diafragma
- Signo de Jöbort

Causas.

- Accidentes automotor.
- exacerbada por el alcohol.
- Drogas.
- Deportes.
- Traumatismo
- Politraumatismo (algunos casos)

Mecanismo.

DIRECTA.

- El agente traumatizante - abdomen
 - Puntapie
 - Golpe de timón
 - asta de toro
 - Arma de fuego

INDIRECTA

- Contagolpes, sacudimiento por caídas de altura o de hipopresión intraabdominal.

Ox. • Anamnesis.

- LABS
- Radiológicas
- ecografías
- Hemograma
- Hb
- GS
- HT
- Amilazas en Sangre

- Laparotomía
- Laparoscopia.

Isquemia Mesenterica

Definición

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

Etiología

- Embolia de arteria mesenterica sup.
- Trombosis de arteria mesenterica sup.
- Isquemia mesenterica no oclusiva.
- Trombosis venosa mesenterica.

Clinica

- Dolor abdominal intenso
- Deterioro clinico rapido
- Se relaciona con isquemia mesenterica no oclusiva o TUM.
- Dolor. No mejora con analgesia e estandar.

Tratamiento

- Monitorización del px.
- Vesical, sondaje nasogástrico, distensión abdominal.
- Realizar ECG
- Reparación de vol. y control electrol.
- Analgesia.

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Aterosclerosis
- Enfr. cardiaca
- hipertensión arter. sistémica
- Fibrilación auricular
- Tabaquismo
- Uso de digitalicos
- Obesidad.

Fisiopatología

- Obstrucción/diminución del flujo sanguíneo
↳ ↓ O₂ a niveles de insuficientes (metabolismo visceral)
- ↳ Vasodilatación.

- ↳ Vasocostricción
↳ Mucosa - submucosa
- SIRS
- Isquemia espesor completo pared
Incrusit.

Diagnóstico

- Clínica precoz
- Analítica
 - Hemograma
 - leucocitosis
 - hemocentración
 - estudio de coagulación
 - BQs
 - GASA
- P. Imagen
 - Rx torax PA y lateral
 - Tomo. Computariza.
 - Rx abdomen PA y bipeda.

Antibióticos

- Meropenem 500mg + ceftazidima 1-2g
- Piperacilina - tazobactam 4.5g / 6h
- meropenem 1g / 6h

HERNIAS Abdominales.

- Protusiones de T. Interior del ABO a través de defectos parietales primarios ^{o Congenitos adquiridos} o secundarios a ct previa (Eventraciones)
- Se acompaña de envoltura peritoneal o Saco herniario.

Estructuras frecuentemente herniadas

- Epiplon
- ID
- Colón

Clasificación por Localización

Hernias Inguinales

- Protegen por orificio inguinal profundo.
- Tumorción de tamaño variable en Ingle
- ♂ Desciende al escroto

Indirectas

- Laterales a vasos epigástricos y colón inguinal.

Directas

- Medias a vasos epigástricos.

Hernias Cratales femorales

- Menos frecuente
- > Mujeres
- Protegen por el anillo crural mediante los vasos femorales
- Menos voluminosas
- Pequeño diámetro del anillo crural.
 - Incarcerarse "Debut"

Umbilicales

- Obesos
- Ascitis
- Embarazadas

Epigástricas

- Anillo hernario en algún punto de la línea alba entre la cicatriz umbilical y relieve xifóides.

Spielgel

- Infrecuentes
- Protegen entre dos planos musculares.
- Laterales al borde externo del recto anterior del ABO
- Improbable Incarceración
- Tc para Dt

PERFORACIÓN DEL INTESTINO DELGADO

ETIOLOGÍA

Son muy poco frecuentes que se les produzcan en pacientes con enfim. Subyacente.

- Isquemia crónica o enteritis bacteriana.
- Enfim. de Croh.
- Diverticulitis yeyunal o ileal.
- Ingesta de cuerpos extra o por dilatación sec. a procesos obstructivos
- Adherencias.
- Hernias incarceradas o estranguladas.
- Volvulo o intususcepción.

PERFORACIÓN DEL

16.

ETIOLOGÍA

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

- Trauma por lesiones y contusiones al abdomen.
- Inducción de cuerpos extraños.
- Infecciones bacterianas como TB, fiebre tifoidea.
- Medicamentos como los AINES y úlceras producidas por potasio.

Diagnóstico.

- El neumoperitoneo
- Solo presente en el 50% de las perforaciones de 10, suele ser pequeño.
- TC abdominal, que identifi. colecciones líquidas intrabdominales y fugas de contraste oral.

Tratamiento.

- Antibiótico terapia de amplio espectro.
- Si la perforación es contenida y paciente clínica y hemodinámicamente estable, se puede optar por tratamiento conservador: dieta absoluta/nutrición parenteral, antibiótico terapia.
- Cr urgente.

Clínica

- Dolor abdominal
- Hipotensión
- Fiebre
- Taquicardia
- Oliguria o incluso llegar al shock séptico

Diagnóstico

- Rx de tórax y abdomen simple, en bipedestación.
- TC abdomino-pélvica. Si sospechar fuga a nivel rectal con contraste vía anal.

ÍLEO PARALÍTICO

Clinica.

- Clínica del proceso de base del íleo.
(neumonía, cólico nefrítico, isquemia mesentérica)
- En ocasiones predomina la clínica oclusiva intestinal.
- Dolor abdominal no cólico.
- El px suele estar más cómodo que en el caso de obstrucción.
- Sensación de distensión abdominal.
- Náuseas y vómitos leves (si ingesta).

Tratamiento.

Tx antibiótico en procesos
↳ Neumónicos, laparotomía por peritonitis.

1. Dieta absoluta.
2. Reposición hidroelect. iv
3. Colocar SNG con cema incorporada a 45° → Evitará vómitos y una posible aspiración pulmonar.
4. Obs. durante 24-48h.

Exploración.

- Facies no impresionada de gran dolor (excepto: trombosis mesentérica).
- Inspección: distensión abdominal franca.
- Palpación: dolor difuso sin signos de irritación peritoneal.
- Percusión: timpanismo
- Auscultación: disminución o ausencia de ruidos intestinales a la auscultación abdominal.
- Tacto rectal: normal.

Pruebas Complement.

Análítica.

- Hemograma
- B. Sérica con glucemia, FA e ionograma y amilasa.
- Coagulación.

Radiología.

- Abdomen simple
- A. en bipedestación
- Decubito LI con rayo horizontal.
- * Dilatación de 10 y grueso con gas en recto.
- La distensión puede ser difusa o manifestarse cerca del lugar inflamado, asa cecinal
- Hx en bipedestación podemos encontrar niveles hidroaéreos.

ILEO MECÁNICO

Clínica

- Dolor abdominal cólico difuso.
- Dolor continuo y localizado → estrangulación
- Vómitos → Puede orientar nivel de obstr.
 1. Claros, O. pilórica
 2. Biliosos, O. alta de delgado
 3. Fecaloideos, O. baja delgado/colon
- Ausencia de emisión de heces y gases
- Distensión abdominal
- O. alta
- O. baja (colon)

Exploración Física

- Afectación por dolor
- Signos de deshidratación
- Inspección: Cicatrices previas
- Palpación: Distensión abdominal
- Palpación: Sig. de irritación peritoneal.
- Percusión: Masas
- Timpanismo
- Auscultación
 - Ruidos hidroaéreos.
 - R. metálicos.
 - Borborismo.

Causas.

INTRALUMINALES

- Impactación fecal
- Cuerpos extraños
- Ileo biliar
- Bezoar
- Parasitosis

PARIETALES

- Neoplasias (colon)
- Diverticulitis
- Proliferación
- Enf. Inflammatory
- Invaginación

EXTRALUMINALES

- Adherencias y bridas
- Tumores pélvicos
- Retroperitoneales
- Carcinomatosis
- Torsiones
- Hernias
- Vólvulos

HROIO (Rx)

- Dilatación de cecas
- Imagen "Pila de monedas"
- Retención de gas/liquido.
- Niveles hidroaéreos.
- ↓ gas colon y en ampolla rectal.

HROC (Rx)

- Distribución del aire. (incompetente) Vólvulo ileos.
- Se dilata el colon Niv. hidroaéreos. (competente Vólvulo completo).

Signos Rx

- Vólvulo. → grano de café

Tx. - Interconsulta → Cir

- Dieta absoluta
- Reposición hidroel IV
- Colocación de SNG
- Reducción mediante SRectal
↳ Vólvulo de sigma

Etiología.

- Litiasis biliar (49-52%)
- Alcoholismo (37-41%)
- Idiopática (10-30%)
- Hipertriqueridemia
- Hipocalcemia
- Medicamentos
- Traumatismo
- Fast CPRE

Clínica.

- **Dolor abdominal en hipogastrio**
- **Irregular a espaldas**
(*Geb. steuertwehnd*)
- Intensidad progresiva, duración: 2-24h
- Náuseas/vómitos
- Anorexia
- Fiebre
- **CHAUVE:** Fase inicial 24h de los px
Vigilar Siempre Tm/dureza

Clasificación.

- **ADRCHE II** (gravedad)
- Ranson
- Atlanta
- **Balthazar** (Lentes homográficas TAC (24h))
 - Necrosis
 - Datos de obstruc

PANCREATITIS AGUDA

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

Dx debe de hacerse en las 1ras 48h de la llegada a urgencias

Tratamiento

Diagnóstico.

- Al menos 2 de la siguiente
1. Códex clínica sugerente.
 2. ALT, bioquímica.
 3. ALT en estudio imagen.

Signos.

1. Grey Turner's
Egmatosis en pared lateral del abdomen.
2. Cullen.
Egmatosis periumbilical
3. Fox's.
Cambio de coloración en región inguinal.

- Se observan de 48-72h después de la presentación de pancreatitis
- Dolor a la descompresión abdominal
- Rigidez
- Distensión abdominal
- Crisis peritállica
- Ricitis

LABS

1. **Separados**
1. BHC sugerente
3. Glucosa en ayuno
4. Gc (Ca²⁺, Cr, BUN)
5. Gaseo
6. DHL
7. PFM
8. ES
9. Tiempos
10. Triplíctidos
11. PCR
• **distender de cor. para**
• **erroneos en general**
Se refiere a BUN no niveles positivos + tiempo
La albúmina se puede claudicar o estar con niveles bajos con hiperproteinemia
diferenciales.

Imagen.

1. **USA** - 11TOS
Dx Qd
2. Radiografía - dx diferencial
3. **TAC** tomografía - diversos pancreatitis
(74%)
4. Resonancia Magnética.