



Nombre del alumno:

Nancy Paulina Arguello Espinosa

Nombre del profesor:

Dra. Romeo Suarez Martínez

Nombre del trabajo:

Apuntes de unidad

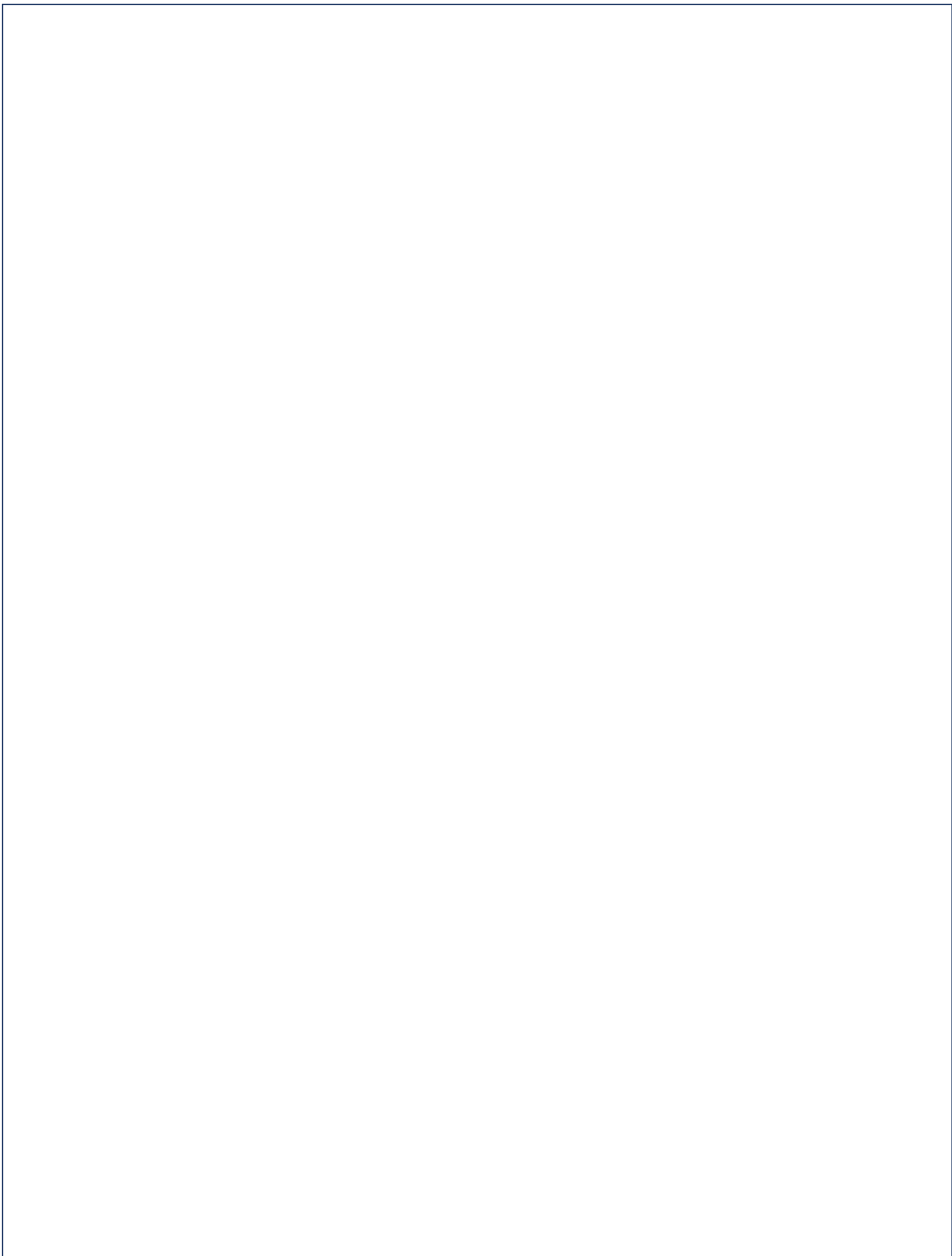
Materia:

Urgencias

Grado:

**8vo Sem, Grupo "A" Medicina
Humana**

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo del 2024



Pancreatitis

Definición

- * Inflamación aguda del páncreas
- * Dolor ABD brusco
- * ↑ Enzimas pancreáticas en sangre

Etiología

1. Litiasis biliar 50% → Obstrucción (< 5mm)
 - * Coledoco
 - * Conducto pancreático
2. Alcoholismo 15-20% → Toxicos
3. Hipertriglicéridemias 1-4% → Triglicéridos > 1.000 mg/dl
 - Metabólicos
 - por cálculo vesicular

Al ingreso {

- > 55a
- Leucos > 16.000/mm³
- Glucemia > 200 mg/dl
- LDH > 350 U/dl
- AST > 250 U/dl

Alas 48h {

- ↓ Hematocrito > 10%
- ↑ BUN > 5 mg/dl
- Calcemia < 8 mg/dl
- PaO₂ < 60 mmHg
- Deficiencia bases > 4 mEq/l
- Secuestro de L. > 6l

Otros:

Farmacos

- Esteroides
- Valproato
- Carbamazepina
- Metronidazol

Traumatismos

- Trauma ABD
- Post Qx
- CPRE

Infecciones

- Bac - Salmonella
- Virus {
 - Rubeola
 - Coxsackie
 - CMV
 - VCO
 - VIH
- Parosito {
 - Toxoplasma
 - Ascaris

Vascular

- Hipoperfusión
- Vasculitis

Dx 20+

- Olor ABD compatible a F
- ↑ Jueces Amilasa / Lipos
- Hallazgos Rx ↓
 - + Especifica > 900

LAOS

- * ↑ Enzimas pancreáticas
- * Leucocitosis

Dx Clínico

- * Dolor ABD (epigastrio)
- * Inicio Sóbito
- * Dolor irradiado en ambos hipocóndrios (cinturón)
- * Constante / Intenso
- * Náuseas / Vómitos

ET

- * Tinte equimótico en flancos (Sg Grey Turner)
 - en región periumbilical (Sg Cullen)
- * Dolor a la palpación
- * Distensión ABD * Íleo paralítico

Complicaciones

Locales ^{Medio-largo plazo} {
Pseudociste pancreática
Absceso pancreático
Flemón pancreático, hemorragia digestiva, Ascitis, necrosis
o estenosis intestinal y fistulas

Sistémicas {
Pulmonares: Derrame pleural (Iza), SDRA, Atelectasias,
embolia pulmonar y neumonía
Cardiovascular: Shock, alteraciones inespecíficas de
repolarización en EKG y derrame pericárdico
Gastrointestinales: Hemorragia digestiva, úlcera péptica,
gastritis erosiva, trombosis portal e íleo paralítico
Renes: IRA
Hematológicas: CID, Necrosis grasa de MO e infarto
y rotura esplénica
Metabólicas: Hiperglicemia, hipocalcemia, hipertri-
glicidemia y acidosis metabólica
Neurológicas: Encefalopatía pancreática

Tx

- Canalizar Vía Venosa
- Dieta absoluta
- Reposición hidro-electrolítica
- SNG
- Metoclopramida: 1 ampolla / 8h I.V
- Imipenem: 500 mg / 8h I.V

Analgesia {
Opióna magnésica: 1 ampollita c/6-8h I.V
Si NO cede Meperidina: 1 ampollita c/4h SC
~~Antispasmodicos~~

Obstrucción Intestinal

Paulina Arguao

Definición

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

¡Ojo!

Cuando sea, NO persistente
o completa → Suboclusión intestinal ✓

Clasificación

- ID / IG
- Poligénica {
 - íleo paralítico
 - O. Mecánica

ID

- Rx intervenidos previamente
↳ Bidos 60%

- Heridas
- íleo biliar
- Inflamatoria {
 - Enteritis
 - E. Inflammatory

- Neoplasia?

IG

- Cá de Colón #1
- Vólvulo de Sigma
- Diverticulitis aguda complicada

Íleo paralítico

Adinámico

- Post qx
- Peritonitis
- Alt Metabólicas {
 - Uremia
 - Como DM
 - Mixedema
 - ↓ Calcemia
- Tricructismos
- Procesos ABD Inflammatorios {
 - Apendicitis
 - Pancreatitis

- Compromiso medular

- Farmacos

- Retención Orina

- Procesos retroperitoneales {
 - Adenofit.
 - Litiasis Ureteral

Espástico

- Intoxicación por metales pesados
- Parfitias

Vascular

- Embolia arterial
- Trombosis venosa

Obstrucción Mecánica

Extraluminal

- Torsión
- Bidos
- Hernia
- Vólvulo
- Invaginación
- Compresión Extrínseca

Peritonal

- Neoplasia
- Ait Congóhita
- Hematoma parietal
- Proceso inflamatorio

Intraluminal

- Cuerpo extraño
- Bezoar
- Parasitosis (Anisakis)
- Impacción fecal

Dx

- Anamnesis
- E. ABD :
 - Auscultación
 - ↳ Ruidos metálicos
 - Percusión
 - ↳ Timpánico
 - Palpación
 - ↳ Distensión
 - ↳ Dolor
- Tacto rectal
 - Tumores?
 - Feculomas?
 - Restos hemáticos en heces?

Clinico

- Dolor ABD difuso "Cólico"
- Náuseas/Vómitos
 - * O. Alta : Templanos y biliosos
 - * O. Baja "Cábricas": Tardíos y fecaloide
- Ausencia de deposición
- Ventoseo (Gases)
- Distensión ABD

LABS

- QS
- Bioquímica
 - Gluc
 - Urea
 - Creatinina
 - Iones
 - Amilasa
- Coagulación
- Gases venosas
- Gas A
 - ↳ Acidosis Metabólica por ↓ HCO₃

Rx

- Tórax (AP/lateral)
 - Neumoperitoneo

ABD OIO

- Dilatación de asas
- Niveles hidroaéreos
- Válvulas coniventes "Pila de monedas"
- Ausencia de aire en el ampulla rectal

O. Colón

- Dilatación luz colónica
- Dilatación luz del ciego >10cm
↳ Riesgo de perforación

Vólvulos

- Granos de café

Ileo biliar

- Tríada de aerobilia
- OIO
- Cálculo empujado a FIO

Ecografía ABD

- Masa / patología biliar?

Colonoscopia

- Múvulo de Sigma

Tomografía Axial

- Masa / Perforación / Ca Colón?

Tx

- Rehidratación
- Reposición hidroelectrolítica
- SNG en aspiración intermitente y Sonda Vesical
- Dieta absoluta

Sepsis?

• ATB

Metronidazol

1.500mg I.V c/24h

+ Cefotaxima

1g IV c/8h

Alergico a penicilina

Gentamicina

5mg/kg I.V c/24h

Tx Qx URGENTE

- Hernia estrangulada / Incarcerada
- Peritonitis
- Neumoperitoneo
- Vólvulo Sigmoide "Desvolvulación"
↳ Sonda rectal
• Enema opaco
• Rectosigmoidoscopia

Hernias Abdominales

- Protusiones de T. Interior del ABD a través de defectos parietales primarios
 ◦ Se conciben a Cx previa (fventraciones)
- Se acompaña de envoltorio peritoneal o Saco herniario

↓
Congenitas
Adquiridas

Estructuras frecuentemente herniadas

- Epiplón
- ID
- Colón

Clasificación por Localización

Hernias inguinales

- Protuyen por orificio inguinal profundo
- Tonoración de tamaño variable en Pagle
- ♂ Desciende al escroto

INDIRECTAS

- Laterales a vasos epigástricos y cón inguinal

DIRECTAS

- Medides a vasos epigastricos

Hernias Crurales/femorales

- Menos frecuentes
- > ♀
- Protuyen por el anillo crural mediante los vasos femorales
- Menos voluminosas
- Pequeño diametro del anillo crural → Incarcerarse

Umbilicales

- Obesos
- Ascitis
- Embarazados

Epigástricas

- Anillo herniario en algún punto de la línea ciba entre la Cicatriz umbilical y relieve xifoides

Spiegel

- Infrecuentes
- Protuyen entre dos planos musculares laterales al borde externo del recto anterior del ABD
- Improbable Incarceración
- TC para Dx

Eventraciones

- Se dan a Cx
- Localización según incidencia
- Varios anillos herniarios

↳ Multiaxiales

Linea media
Parastomal
Subcostal
Pararectal
McBurney
Suprapúbica

Clasificación por Nivel de Compromiso

Reducibles

- Tumores de consistencia blanda
- Reintroducen a cavidad ABD con el cubito o manobras sencillas de compresión manual
- Protuyen con Valsalva { Esfuerzo tusígeno

Incarcerados - Irreducibles

- Tumores duros
- Incarcerados crónicamente "Pérdida de derecho a domicilio"
- Anillo herniario amplio → Compromiso del flujo vascular

Estrangulados

- H. Incarcerados con compromiso vascular
- Compromiso de inicio venoso

↳ congestión venosa = Dificultad de reducción

Clinico

- Dolor agudo
- Náuseas / Vómitos
- Distensión ABD
- H. Richter, parte de la circunferencia del asa del ID o Colón

Dx

- Clínico
- EF → Reducible?
- Signos locales de alarma
 - ↳ Consistencia muy ↑
 - ↳ Enrojecimiento local
 - ↳ "Empastamiento" SC
- Isquemia
 - ↳ Hiperamilasemia
 - ↳ ↑ Creatinofosfoquinasa (CPK)
- Leucocitosis
- ↑ PCR / Lactato

Ecografía

- Solo en duda de Dx

TC

- Eco no aporta Dx

Tx

- Intentar reducción en CF en ϕ isquemia
- Qx \rightarrow Electivo
- Rx reposo
- Dieta absoluta
- Analgesia
- Sieroterapia
- SNG

Cx

- Apertura del anillo herniario para liberar y reducir contenido

LABS

- Hemograma
- Bioquímica
- Placa ABD - Tórax
- EKG

Perforación Intestinal

Pedro Arqueo

Perforación Gastro Duodenal

- Zona + Frecuente
- Cara Anterior

Etiología

- Úlcus péptico
- > ♂

Clínico

- Úlcus péptico
- Dolor epigástrico (d/his)
- Dolor Súbito/Intenso
- Sg. Iritación peritoneal
 - Inmovil
 - Acostado
 - Rodillos flexionados
 - Respiración Superficial
- Íleo paralítico → post Dolor con Secuestro de líquidos
- ↳ Deshidratación → Shock Hipovolémico

Shock Séptico

- Candida spp
- Pseudomonas
- Klebsiella
- E. Coli

Tx Qx

- Líquidos
- SNG / S Vascular
- QS, PH, Amilasa Sérica, EKG
- ATB para Coliformes / Anaerobios

Antes de Qx

Ertapenem

1g / 2h 24h

Cefotaxima

1g IV / 8h

Ceftriaxona

1g IV / 12-24h

Metronidazol

1.500mg IV / 24h

Dx

Rx ABD: Neumoperitoneo

Perforación ID

- Poco frecuentes
- Rx enteritis bacteriana
- Enf Crohn
- Diverticulitis yeyunal
- Traumatismo ADD
- TAC ADD



Apendicitis / Diverticulitis

- Entre ros proximal (ciego) + GRAVE

Clinica

- Dolor ADD
- Hipovolemia y Sepsis
 - Fiebre
 - Taquicardia
 - Oliguria
- Dolor intenso a la palpación
- Sensibilidad de rebote en el área de perforación
- Vientre en tabla si progresa

Dx

LABS

- Leucos lza
- Alcalosis resp
- ↑ Amilasa
- QS
- Coagulación
- EKG
- Rx tórax

Rx

- Niveles hidroaerós
- Neoperitoneo

Perforación IG

Estados patológicos

- Diverticulitis
- Carcinoma
- Isquemia
- Infección
- Cuerpos extraños

Traumáticas

Iatrogénicas

- Colonoscopia
- Cnema de bario

Tx

- Fluidoterapia intensiva
- SNG
- ATB I.V
- S. Vesical
- Gx

Piperacilina - Tazobactam

- 4/0.5g IV/6h x 5días

Ertapenem

- 1g/24h I.V

Isquemia Mesentérica Aguda

- Lesión originada a nivel intestinal y visceral por hipoperfusión súbita a nivel local / Sistémico del eje arterial / Venoso

Origen → Embólico / Trombótico
→ Mecanismo no oclusivo

- Compromiso intestinal cuando la circulación se ↓ al 50%

- Afección vaso grueso calibre

↳ Necrosis gangrenosa

- Perforación
- Sepsis
- Peritonitis

- Afección vaso de ↓ Calibre

↳ Infarto a nivel mucoso / mural

IMA por Trombosis arterial

- + frecuente en los AMS
- Enf aterosclerótica avanzada
- Rx trauma / Infección ABD

IMA por Isquemia mesentérica pasiva

- 20-30% Casos
- Edad avanzada
- Arteriopatía de ↓ Gasto
- Mortalidad ↑

Etiología

American Gastroenterological Association (AGA)

- IMA 25%
- * Isquemia mesentérica Crónica larga intestin
- * Colitis Isquémica (CI)

Isquemia Mesentérica Aguda

Rx Riesgo

- Edad avanzada
- Enf Valvular ♥
- Aterosclerosis
- Cx ABD recién
- Fibrilación auricular
- Infecciones intra ABD

IMA por Embolia Arterial

- 50% de los casos
- Arteria mesentérica Superior (AMS)
- Afectando al ID
- Embolo de origen ♥

IAM por trombosis Mesentérica venosa

- 5% Casos
- Rx jóvenes
- Estados de hipercoagulabilidad
- Infecciones ABD
- Dificultad del retorno venoso
- ↳ Hipertensión portal

Clinico

- Dolor ABD
- Predominio periumbilical
- Nauseas / Vomitos
- Diarrea
- Hemorragia

Dx

- Clinico

LABS

- Hemograma { Leucocitos
• HTO ↑

- Gasometria Venosa
↳ Acidosis metabolica

- Bioquimica
↳ Lactato deshidrogenasa (LDH)
↑ Creatinina
↑ Enzimas hepaticas / pancreaticas

Ix ABD

- Dilatación de asas
- Edema de pared
- Neumatosis intestinal
- Neumoperitoneo

Tomografía Computarizada ABD

- Prueba de elección
- Sin contraste → Redice
- Ausencia de la pared intestinal tras contraste
- Neumatosis intestinal

Angiografía mesentérica

- Solo en dudas Dx
- Sospecha de isquemia aguda o oclusiva
- CONTRAINDICADA
↳ Insuficiencia renal
Shock

Laparotomía

- Peritonitis
- Inestabilidad previa TC de ABD

Tx

- Oxigenoterapia
- Nutrición parenteral
- Sonda vesical
- SNG
- Estabilización hemodinámica
- ATB
- Anticoagulación
↳ Heparina !!

Tx Qx

- Viabilidad de los vasos
- Extirpar T. Necróticos
- Restablecer flujo

Colitis Isquémica

- Colon susceptible a isquemia por el ↓ aporte sanguíneo

Etiología

- Mecanismo oclusivo
- Fármacos vasopresores
- Estreñimiento
- Diarrea

Fx Mal pronóstico

- ♂
- TAS < 90 mmHg
- FC > 100 lpm
- Dolor ABD y rectorragia
- Nitrógeno ureico (BUN) > 20 mg/dL
- Hemoglobina < 12 g/dL
- LDH > 350 u/L
- Na < 136 mEq/l
- Recuento leucocitario > 15,000/mm³

Clasificación

Leve

- Ø dx Riesgo / Sg → Cx inmediata

Moderada

- Al menos 3 dx
- Ø Sg Alama

Grave

- > 3 dx Riesgo
- 1 de los siguientes:
 - Sg peritonitis
 - Sg Hematoquecia
 - Gangrena por colonoscopia
 - Heces con pus y sangre

Clínicas

- ↳ Leve: Dolor hemicodoomen Izq
- ↳ Urgencia defecatoria / Dporrea
- 12-24 hr post → Rectorragia Hematoquecia

- ↳ Graves: Isquemia Colón Der
- ↳ Fiebre, vómitos y distensión ABD

- Ausencia de rectorragia?

↓
Evoluciona a PANCOLITIS

- Deshidratación grave
- Colitis gangrenosa
- Sepsis
- Shock

Dx

- CT
- HC
- Fx Riesgo

Diferencial

- Causas inflamatorias
- Infecciones "colitis"
 - ↳ Diverticulitis
- LABS → Inespecíficos

Radiografía

- Pérdida de haustras
- Dilatación de cecos
- Neumatosis
- Sg Edema de pared
 - ↳ "Huellas dactilares"

Tomografía Computarizada ABD con contraste IV/oral

- 1ra elección para Dx
- Excluye otras causas de dolor ABD
- Infarto transmural?

Colonoscopia

- Confirmación Dx
- Permite excluir otras causas
- Toma de biopsias

Tx

- La mayoría de los casos se soluciona espontáneamente
- Seguimiento endoscópico

Tx Qx

- Necesario en 15/20% casos
- Inestabilidad → Cx Exploradora
- Rectorragia masiva
- Colitis fulminante
- Perforación

Traumatismo Abdominal

- Priorizar esquema ABC

EF

Inspección física

- Visualización de ABO
- Espalda
- Torax
- Periné
- Contusiones, abrasiones, laceraciones, cuerpos extraños?

Auscultación

- Ruidos hidrocéreos?
- Ileo: hemoperitoneo, peritonitis, fx costales, pelvicas o vertebrales

Percusión

- Matidez
- Timpanismo

Palpación

- Dolor
- Masa
- Sx irritabilidad peritoneal

Tacto rectal

- Sangre → Perforación intestinal?

Dx

LABS

- Hemograma
- Coagulación
- Bioquímica
- Pruebas cruzadas
- GASA
- Sedimentación de orina

IMAGEN

- Rx Simple:
- Neumoperitoneo?
 - Borramiento de Psoas
 - Desplazamiento medial de la burbuja gástrica

- Ecográfica:
- Líquido libre?
 - Valorar HI, H0, pelvis y área pericárdica

- Punción líquido peritoneal:
- * Px hemodinámicamente inestable
 - Descuso

- TAC:
- Hemodinamia estable
 - Hematuria importante
 - Fx pelvis

Clasificación

Traumatismo ABD Cerrado

- 80-90% → HOSPITALIZADOS
- Accidente tráfico 68%
- ↑ Presión ABD: Lesión por estallido
- Compresión: Aplastamiento
- Desaceleración: Desgarros vasculares

Organos afectados

- Hígado
- Bazo
- Riñones

Traumatismo hepático

Lesión ABD aislada:

- Dolor en HD
- Sg secundarios a hipovolemia

Grado de Lesión (SACxT)

Grado 1: Hematoma subcapsular, \emptyset expansivo, afecta <10% superficie o laceración capsular, Sangre <1cm de profundidad

Grado 2: Hematoma intraparenquimatoso, subcapsular, \emptyset expansivo, herida capsular activa 1-3cm de profundidad

Grado 3: Hematoma subcapsular, >50% superficie | expansivo, ruptura hematoma subcapsular con hemorragia activa
Hematoma intraparenquimatoso >2cm expansivo

Indicaciones laparotomía Urgente por TACerrado

Criterios Clínicos

- Hipotensión / Hemorragia intraperitonea
- Sg irritación peritoneal
- Estabilidad hemodinámica
- Lavado peritoneal Dx ⊕
 - * Bilis
 - * Sangre
 - >100,000 eritrocitos
 - * 500 leucos/ml
 - * Gram ⊕ Coqueas

Criterios Radiológicos

- Líquido libre en eco
- Neumoperitoneo
- Retroneuroperitoneo
- Notura diafragmática
- TAC ABD-pélvico ⊕

Grado IV: Rotura parenquimatosa afecta 25-75% del lóbulo hepático, Rotura de hematoma intraparenquimatoso con hemorragia activa.

Grado V: Destrucción parenquimatosa que afecta del 75% del LH o más de 3 segmentos de un único lóbulo

Lesión yuxtahepática

Lesión retrohepática o vena hepática mayor

Grado VI: Avulsión hepática

Tx

↳ Conservador / Px hemodinámica estable
↳ Laparotomía

Traumatismo Esplénico

- Bazo dañado con + frecuencia
- Fx Costales Iza
- Dolor en ID / Hombro Iza
- Hipovolemia

Tx

• Qx → px inestable

• Conservador → UCI

Ruptura

- Aguda
- Difusa
- Espontánea

Traumatismo pancreático

- Compresión contra columna vertebral
- Niveles normales de amilasa no descartan Dx
- TAC
- CEPRE

Traumatismo GI

- Impacto frontal → Lesión Duodenal
- Dx difícil
- IDgado y mesenterio

Traumatismo de diafragma

- Cara posterior del hemidiafragma Iza
- Órganos intraabdominales en cavidad torácica

Traumatismo Renal

- Contusión
- Hematuria → Sist genitourinario
- Masa palpable
- Fx Costales bajas

Traumatismo ABD Abierto

- Pérdido de la Solución de continuidad de piel ABD
- Afección en aponeurosis anterior de la pared ABD "Penetrantes"
- Heridas en pared torácica
- Arma blanca, juego, asta de toro, empalamientos

Sg Clínicos

- Irritación peritoneal
- Inestabilidad hemodinámica
- Defensa abdominal
- Hematuria
- Hematemesis
- Sangre fraco rectal
- ↓/∅ pulsos periféricos

Indicaciones de laparotomía Urgente en Px con traumatismo ABD Abierto

- Hipotensión → Herida ABD penetrante
- Arma de fuego
- Evisceración
- Peritonitis
- Hemorragia digestiva alta, baja o genitourinaria
- Perforación GI
- Lesión vesical
- Lesión diafragmática
- Neumoperitoneo
- Retroneumoperitoneo