



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Maricruz Elizama Méndez Pérez

Parcial: 3ro

Nombre de la Materia: Urgencias Medicas

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: Octavo

Pancreatitis → Proceso inflamatorio agudo del páncreas

Etiología

- Litiasis biliar (49-52%)
- Alcoholismo (33-41%)
- Hipertigliceridemia
- Medicamentos
- Traumática
- Hipercalcemia

Clasificaciones

- Ranson
- APACHE II
- Atlanta
- Baltazar
- Bisop

Diagnóstico

- Al menos 2 de los sig:
 - Cuadro clínico
 - Alteración bioquímica
 - Alteración en estudio de imagen

Tratamiento

- Líquidos + ayuno (48h)
- Nutrición enteral
- Analgésico → Opíacos
- ATB → Imipenem 500mg
- Quirúrgico

casos graves: Necrosis
Sospecha de infección

- ### Manifestaciones clínicas
- Dolor abdominal * Ictericia
 - Anorexia * Derrame Pleural
 - Fiebre * Atelectasias
 - Náuseas * Fiebre
 - Vómito * Shock hipovolémico
 - ↓ Resistencia * Falla multiorgánica

Signos

- Cullen
- Egusimosis periumbilical

Grey-Turney

Egusimosis en los flancos y región lumbar

Fox

Furunculosis de la porción inferior del ligamento inguinal

LABS

- Lipasa / amilasa
- BH
- AS → urea, BUN
- Triglicéridos
- PCR
- GABA

Imagen

- USG → 1ra instancia (litas)
- Rx
- TAC
- RM

Hernias → Protrusión de algunos órganos
Ent. frecuente

Clasificación

- Umbilical → Frecuentes (Obesos, ascitis, embarazada, etc)
- Crural → Frecuente en mujeres
- Epigástrica → línea media (línea de alba)
- Spiegel o Anterolateral → 0-1.1% hernias de la pared abdominal
- Incisional o Eventración → Segunda más frecuente
- Ciática → Foramen ciático mayor o foramen ciático menor
- Althuzhiz → Raro vez palpable (infrecuentes)
- Richter → Canal femoral (36-88%)
- Inguinal → Más frecuente
 - Indirectas o laterales: más frecuente
 - Directas o mediales: Triángulo de Hasselbach

Hernia reductible

- Regresa a cavidad abdominal fácilmente
- Hernia incarcerationada
- No regresa a cavidad abdominal no puede ser reducida, tendre a isquemia y necrosis
- A: Si es intestinal, ataramiento de su lce y obstrucción intestinal

B: Dificultad para el drenaje venoso y linfático, ↑ edema y compresión

Clinica

- A: Dura, dolorosa, irreductible
Vómitos, etc
- B: Dolor y distensión abdominal

Diagnosico

- Exploración física
- Maniobra de Valsava
- BH
- Qs
- Tensos
- RAN
- Rx torax y abdomen

Hernia estrangulada

Sufre compresión vascular, isquemia, como en la incarcerationada.

Tratamiento

Hernia incarcerationada / estrangulada
Cirugía

Obstrucción Intestinal

Detención completa y persistente de heces y gases en algún segmento intestinal

Localización

- Obstrucción de intestino delgado
- Obstrucción de intestino grueso

Etiología

80% causas en adulto

- A: Adherencias o bridas por intervenciones gr previas
- B: Hernias
- C: Tumores intestinales (sobre todo Ca. colorectales)
- D: Diverticulitis

Clinica

- Dolor abdominal (100% pr)
tipo colico y localización mesogástrica
- Distensión abdominal
- Vomitos.
- Ausencia de ventoseo y deposición

Diagnóstico

- Exploración física
- Analfica → Hemograma
Biquímica
GASA
- Rx de abdomen *Forca*
- Tc abdominal pélvica con contraste
- Colonoscopia
- Ecografía
- Rx con contraste

Tratamiento

- Dieta absoluta
- Reposición hidroelectrolítica
- Sonda nasogástrica
- Antibioterapia
- Endoscopia
- Quirúrgico

Perforación

Ruptura a través de todas las capas del intestino

Etiología

- **Iatrogénica:** procedimientos endoscópicos, estudios de imagen (colonoscopia), procedimiento Qx
- **Traumatismos:** (5-15%) de los traumatismos abdominales cerrados
- **Cuerpos extraños**
- **Causas medicamentosas:** Ingesta prolongada y a ↑ dosis de AINES, algunas medicaciones en tratamiento oncológicos e inmunosupresores
- **Ent. inflamatoria, fistulas, ent de Crohn, apendicitis aguda (20%), procesos neoplásicos, diverticulitis**

Clinica

- Dolor abdominal insidioso
- Masa palpable
- Irritación del peritoneo
- Infección
- Sepsis

Dx → Neumoperitoneo (50% perforaciones) + Hemitiorra

* TC de abdomen + Qx

* Rx de abdomen + BH

Tx → Antibiotioterapia

Dieta parenteral

* Qx urgente

Ileo mecánico → Retención mecánica de algún segmento del tracto gastrointestinal

Ileo mecánico de Intestino delgado

Bridas y adherencias (↑ frecuente), hernias, ent de Crohn, ileo biliar, cuerpos extraños,

Ileo mecánico de colon

Cáncer colorrectal (↑ frecuente), Ent. diverticular, volvulus, Ent. inflamatorias intestinales.

Clinica

- Detención de expulsión de gases y deposiciones
- Emesis
- Deshidratación
- Dolor
- Suspensión abdominal

Dx → Anamnesis

Clinica

Tc comparatizada

Tx → Dieta

Reposición hidroelectrolitos
Endoscopia
Quirúrgica

Alco metabólica

Fallo en la Propulsión intestinal
ausencia de obstrucción mecánica

Ausencia de movimientos
peristálticos intestinales

Etiología

Peritonitis
Apendicitis aguda, perforación, Enf de
vías biliares
Letaradocis, insuficiencia renal,

Padro clínico

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Náuseas
- Vómito

Dx → Anamnesis

Hemograma

As

Ecografía

Rx

Tx → Reposición hidroelectrolítica

- Dieta

- Tratar causa

Trombosis mesentérica

Estado inadecuado de perfusión
fiscal

Vascularización intestinal

- Tronco celiaco (esófago, porción proximal duodeno, etc)
- Arteria mesentérica superior
- Arteria mesentérica inferior

Fx de riesgo

Mortalidad alta (60-80%)

Edad avanzada

Ateroesclerosis (90%)

Ent. cardíaca (85%)

HA sistólica (85%)

Fibrilación auricular (75%)

Tabaquismo (50%)

Uso de digitálicos (50%)

Obesidad (40%)

Etiología

- * Embolia de arteria mesentérica superior: causa más frecuente de isquemia aguda
- * Trombosis de arteria mesentérica superior, 25% → Ent. aterosclerótica (anómalas) → Tx endovascular angioplastia
localización de stent o realización de un by-pass
- * Isquemia mesentérica no oclusiva: 20% → mortalidad 70% casos → Anticoagulación
- * Trombosis venosa mesentérica: 10% → Hipercoagulabilidad → Angiografía

Clinica

- Dolor abdominal intenso y ↑ peristaltismo
- Ileo y leve atenuación transitoria del dolor
- Peritonismo
- Sepsis
- Náuseas / vómitos

Dx → Clínica

Análítica → Hemograma

ASA

Imagen → Rx de tórax PA y lateral

Rx de abdomen PA

Tc

Tratamiento: plonofornización

Reposición de volumen y control electrolítico

Analgesia

Antibiototerapia → metronidazol 500 mg
cefotaxima 1-2mg

Pacasas

Endarterectomía y emblectomía
carter de Fogarty

→ Tx endovascular angioplastia
localización de stent o realización
de un by-pass

Trauma de abdomen
Alteración celular causada por
el intercambio de energía del
entorno

Tipos de trauma

Cerrado: 80-90%

Abierto: 10-20%

Dispositivos explosivos:
Cerrado
Abierto

Mecanismo del trauma

Cerrado

- Accidente de tráfico
- Compresión y lesión por aplastamiento
- Cizallamiento
- Desaceleración

Dispositivos explosivos

Cerrado: lanzamiento o golpe por el impacto

Abierto: Fragmentos

Clasificación

Cerrado: Organos lesionados:

Bazo (40-55%)

Hígado (35-45%)

Intestino delgado (5-10%)

Abierto:

Punzocortante (60%)

- Hígado, Int. delg., diafragma,

- Colon Hígado (20%) PAF

Abierto

- Instrumento punzocortante
- Proyectoil por arma de fuego alta y baja velocidad

Diagnóstico

- Exploración física

- ABCDE

- Laboratorio: Hematocrito < 30%

Recuento de leucocitos

Enzimas pancreáticas

Perfil Hepático:

AS

- Imagen: Rx de abdomen

Rx de tórax AP

TE

Lavado peritoneal +

Laparoscopia

Angiografía

Tratamiento

- Laparotomía para control de hemorragia, reparación de órgano,

- Clínica

- Embolización angiográfica

- Quirúrgica

- Manejo del dolor

- Transfusión de sangre

- Líquidos