



Nombre del alumno:

Yessica Guzmán Sántiz

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suárez Martínez

Nombre del trabajo:

RESÚMENES

Materia:

Urgencias médicas

Grado:

8°A

Pancreatitis

Yessica Gurmán :)

Definición proceso inflamatorio agudo del páncreas

↓
Tejido pancreático
órganos
sistemas distantes

Dx debe hacerse en las 72h tras 48h de la llegada a URGENCIAS

Etiología Litiasis Biliar (49-52%)
Alcoholismo (37-41%)
Idiopática

Otras hipertrigliceridemia
Hipercalcemia
Medicamentos
Traumático
Post CPRE
Alt. anatómica
Disfunción del esfínter de Oddi

Diagnóstico Al menos 2 de lo siguiente:

1. Cuadro clínico sugerente
2. AH. bioquímica
3. Alt. en estudio de imagen

1- cuadro clínico

- Dolor abdominal en hipogastrio
- Irradiación a espalda (en hemitórax)
- Intensidad progresiva, > 24h
- Náuseas / vómito
- Anorexia
- Fiebre
- CHOQUE → 20%

signos ↓

- Grey Turner's
Equimosis en pared lateral abd.

- Collen
Equimosis periumbilical

- Fox
Cambio de coloración en región umbilical

2- Alteración Bioquímica

- Lipasa / amilasa **preferible lipasa**
- BHC
- Glucosa en ayuno
- QS (urea, cr, BUN)
- GASA
- DHL
- PFH
- ES
- Tiempos
- TGC
- PCR → estándar dorado en gravedad

→ puede elevarse en otras enf. por lo que es imp. **DIFERENCIAR**

3- Alt. en estudio de imagen

- USG 1ª instancia (litias)
- Rx (diferencial)
- TAC contrastada (necrosis pancreat.)
- RM (emb / IRC)

↓
método de elección

punción percutánea guiada por TAC con tinción de gram + cultivo

INGRESO

USG + TAC simple

para complementar:

TAC contrastada a 72h

contraindicación TAC

Alergia a medio de contraste IR (Cr > 1.5)

CLASIFICACIONES

APACHE II (gravedad)

Ranson

Atlanta

Balthazar (anteros tomográficas)

TRATAMIENTO

Restitución de líquidos + **AYUNO** (max. 48h)

Nutrición enteral

Analgésicos → Buprenorfina

ATB x 14d → imipenem 500mg - 1g c/6-8h

Qx → CPRE (colelitiasis o patología biliar) / necrosectomía

si es por alcoholismo INMEDIATO

Necrosis

ingreso y laparotomía

laparotomía ingreso y laparo

↓
obsen

Se observan 48-72h después de la pancreatitis

OCLUSIÓN INTESTINAL

Definición Interrupción del tránsito intestinal

impide expulsar gases/heces en recto

bloqueo de la luz intestinal

↓ dado por

factores extrínsecos

adherencia

Hernia inguinal

Hernia de pared estrangulada

Tipos de íleo

paralítico/adinámico

- causa funcional que altera el peristaltismo
- causa + frecuente de cx abdominal

obstructivo/mecánico

- causa orgánica que lo producen barreras físicas que obstruyen luz

Espástico

- Hiperactividad descoordiinada del intestino
- intoxicación por metales

Íleo de la oclusión vascular

- Movilidad descoordiinada del intestino isquémico

Epidemiología adherencias son las causas + común

- 70% responde a manejo conservador
- 30% requiere manejo qx
- En el intestino delgado → obstrucción mecánica es el ts qx + común

Factores de riesgo

- Adherencias
- Hernia inguinal
- Hernia de pared estrangulada
- Neoplasias
- Íleo por cálculo biliar
- Enfermedad de Crohn
- Vólvulo
- Intususcepción
- Divertículo de Meckel
- Cuerpo extraño

Diagnóstico Gold estándar → Rx de abdomen decúbito y de pie

Triada de rx

Tele de tórax de pie

Clinica

intestino delgado

Dolor abdominal
vómito
Distensión abdominal
Hiperperistaltismo

intestino grueso

Dolor y distensión abd.
vómitos y estreñimiento
incapacidad para expulsar gases

Dolor abdominal tipo cólico

Náusea / vómito

Estreñimiento

Distensión

Íleo distal

prominente en obst. proximal

OBSTRUCCIÓN estrangulada

Dolor abd. desproporcionado
taquicardia
Fiebre
Leucocitosis
Acidosis

Tratamiento

1. conservador

- sonda NG
- tubo intestinal largo

→ 90% se resuelven

- Reposición HE

2. Quirúrgico

considerarse manejo invasivo

- íleo mecánico > 3d
- drenaje por SNG > 500 ml
- Edad < 40a
- Adherencias complejas
- Obstrucción completa

Datos en TAC ● Dilatación proximal del intestino

- signo de collar de perlas
- signo de pila de monedas
- Descompresión distal del intestino
- contraste luminal que no pasa + allá de la zona de transición
- colon con poco gas o líquido
- Signo de las heces → BURBUJAS

Hernias

COMPLICADAS

Definición → defecto de continuidad de la fascia o músculos aponeuróticos que permiten la salida / protrusión de estructuras que normalmente no pasan en ella.

Etiología Multifactorial
Herencia → metabolismo de la colágena (HERNIOISIS)

Epidemiología > 10% en México
Relación hombre - mujer
Inguinal 2-3:1 / 5:1
Femorales 1:3
Incisionales 1:2
Umbilicales 1:2
30-59a sedán el 40-51% de las hernias

Factores de riesgo

- Factores hereditarios
- Nutricionales
- Tabaquismo
- Edad
- Sedentorismo
- Obesidad
- Ts congénitas

Tipo de hernias + frecuentes

- Hernia inguinal (58.5%)
- Hernia umbilical (24.3%)
- Hernia incisional (provocada) (10.2%)
- Hernia femoral
- Hernia epigástrica
- el resto cumple el 7%.

Menos frecuentes

- Paramedia
- Luminar
- Subcostal
- Spiegel
- Piso pélvico

Subclasificación

Hernias inguinales

- Directa
- Indirecta
- Femoral

Hernias ventrales

- Primarias (los restantes)
- Incisionales

Tipos de Hernias

Reductible

Irreductible

manejos de esfuerzo

Realizar maniobras de Valsalva e intentar reducirla, si se reduce es reductible

"atrapada"

Coercible

Obedece (se queda en su lugar).

Incarcerada

Se hacen maniobras de reducción y se reduce, si no lo hace es +.

Recidivante

Hernia operada que vuelve a protruir

Por desplazamiento contenido herniario ya está pegado al saco

Incoercible

No obedece (No se queda)

Estrangulada

Compromete la vascularización

Isquemia → DOLOR

Diazepam

Mixta o en pantalón

Perforación

Etiología traumática afecta principalmente a ID
5-15% de traumas abdominales cerrados
> en trauma penetrante

Clinica suele ser diverso por las distintas localizaciones
Dolor abdominal o torácico agudo
Insidioso
Larga duración + fiebre
Masa palpable
Drenaje de contenido
Datos de irritación peritoneal

Abordaje inicial A B C D E

Estabilización hemodinámica
Reposición de líquidos
ATB
+
BHC
QSC
Amilasa / Lipasa
P. rot. C. Reactiva
Procalcitonina
ECG
Rx de tórax
Rx de abdomen

Perforación esofágica

Etiología → iatrogénica es lo + común → procedimiento invasivo
espontáneo o patológica → + grave
Ingestión de cuerpo extraño → causa + frecuente no iatrogénica

Tx inicio de ATB (β-lactámico)
Considerar antibiótico empírico Cx urgente

Perforación gastroduodenal
Causa + habitual de perforación en TGI

Clinica Dolor epigástrico intenso que puede irradiar a hombro o todo el abdomen

Dx Rx de abdomen en decubito supino
Espejización
Descubito lateral izq.

Perforación intestino delgado

Etiología + frecuente por hernia
Isquemia ciónica
Divericulitis
Hernia incarcerated
Hernia estrangulada
vólvulo

Dx Neumoperitoneo SO.º frecuente
Elevación → TAC

Tx ATB
Cx urgente

Perforación intestinal de intestino grueso

Etiología apendicitis
Divericulitis perforada

Clinica **DOLOR ABDOMINAL**
dolor intenso a palpación
Defensa abdominal

Dx Rx de tórax
Rx abdomen simple
TC abdominopélvica

Tx Estabilización hemodinámica
Sonda NG
ATB
Cx individualizado

Complicación PERITONITIS

isquemia o

Trombosis MESENTÉRICA

- Tronco celíaco
- Arteria mesentérica superior
- Arteria mesentérica inferior

Estado de **inadeuada perfusión** + isquemia por interrupción súbita del aporte sanguíneo en **circulación mesentérica**

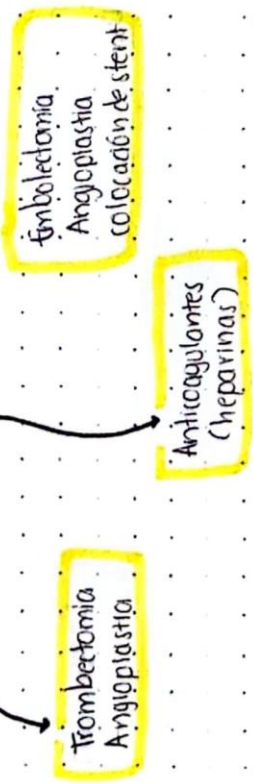
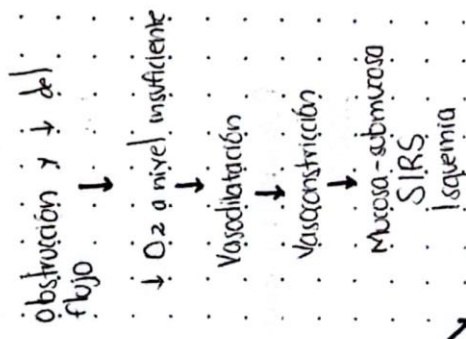
Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Ateroesclerosis (90%)
- Enfermedad cardíaca
- HTAS
- Fibrilación auricular
- Tabaquismo
- uso de digitalícos
- obesidad

Etiología

1. Embolia de arteria (causa + frecuentes)
FA es arritmia + común
2. Trombosis AMS
3. Isquemia mesentérica no oclusiva
4. Trombosis venosa mesentérica

Fisiopatología



Clinica y Diagnóstico

- Dolor abdominal intenso
- Dolor que no mejora con analgesia estándar
- ↑ de peristaltismo ileo
- Peritonismo
- Sepsis

Complementaria

- Analítica → BH, GASA
- Imagen → Rx de tórax PA / lateral, Rx de abdomen, TC → angiografía

Tratamiento De forma temprana

- Restaurar el flujo sanguíneo
- Monitorización
- Realizar ECG a lo largo
- Analgesia
- ATB → metronidazol 500mg IV c/8h, cefotaxima 1-2g IV c/8h

Trauma Abdominal

Trauma de abdomen.

Zonas anatómicas importantes

Cavidad peritoneal o abdomen anterior → diafragma, hígado, bazo y estómago.
 Espacio retroperitoneal → VCI, aorta abdominal, duodeno, colon descendente / ascend.
 Páncreas, riñones y uréteres.
 Cavidad pélvica → vejiga, uretra, recto, útero y ovarios / vasos ilíacos.

Evaluación

A B C D E

Anamnesis → estado actual del pte
 etiología

Exploración física → monitorizar SV + O₂
 • Inspección
 • Auscultación → suele ser distal
 • Palpación y percusión → localización de dolor
 irritación peritoneal

Evaluación pélvica

complementarias

Análítica →
 • BH
 • coagulación
 • GASA
 • PFH
 • Amilasa / Lipasa
 • EGO

Radiodiagnóstico →
 • Rx simple de tórax y pelvis
 • TC abdominal → de elección de valoración de sangrado intraperitoneal
 • Eco fast

clasificación según causa

1. penetrante → arma blanca
 arma de fuego

2. cerrado → el + frecuente
 hígado y bazo los + afectados

suspechar cuando

- equimosis y lesión dérmica
- Dolor abdominal e irritación peritoneal
- Hipotensión
- Distensión abdominal

ojo: NO sonda en fractura de base de cráneo

Valoración terapéutica

