



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Jhonatan Sanchez Chanona

Docente: Dr. Romeo Suarez Martinez

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Urgencias Médicas

Grado: 8° Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024

Generalidades de Fracturas

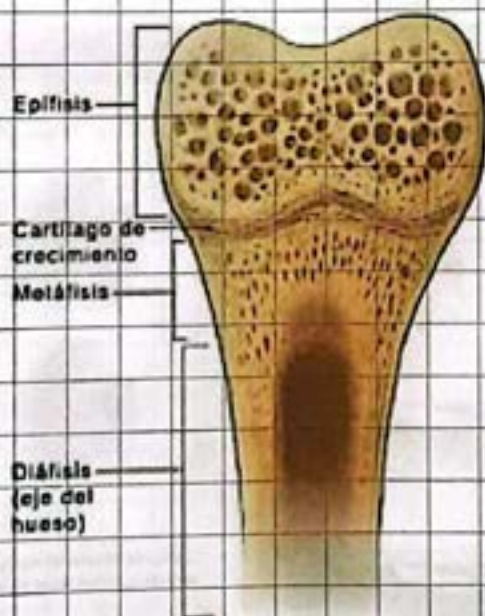
Solución de continuidad de un tejido óseo producido por un trauma o patología ósea.

Clasificación

- o Según el hueso,
- o Según su ubicación,
- o Según el trazo de la fractura,
- o Según desplazamiento,
- o Según exposición.

Según el hueso. (Huesos largos)

- o Zona afectada
1. Epifisarias
 2. Metáfisarias
 3. Diafisarias.

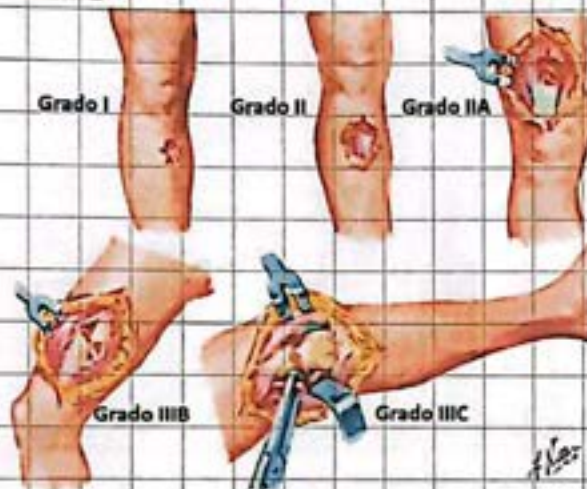


Guía clasificaciones de fracturas

SALTER Y HARRIS DE FISIS EN NIÑOS



CLASIFICACIÓN DE GUSTILO Y ANDERSON FRACTURAS ABIERTAS



Grado I: <1cm, mínima contusión muscular, fx cortas.

Grado II: >1cm con lesión amplia de partes blandas, moderado componente de aplastamiento.

Grado III: A: amplia laceración de partes blandas; cobertura ósea adecuada, fx segmentarias, lesiones por armas de fuego, mínima desperiostización. B: Ampla lesión de partes blandas con desperiostización y exposición ósea; requiere cierre con colgajo, contaminación importante. C: lesión vascular que requiere reparación.

DE FRANKEL- LESIONES DE MÉDULA ESPINAL

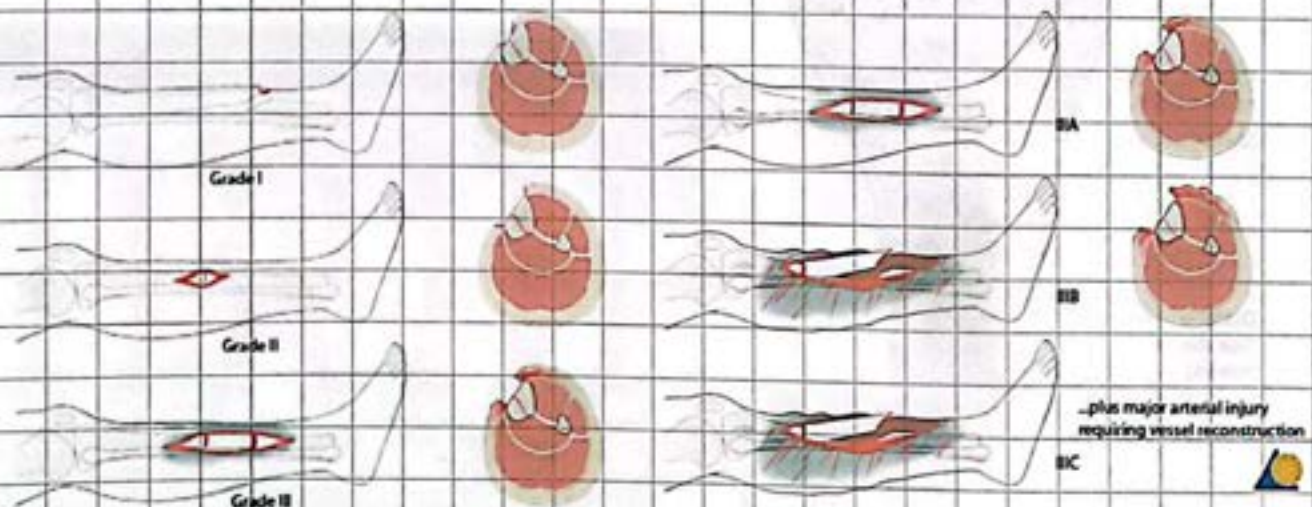
Clasificación de Frankel

- Grado A: función sensitiva y motora ausentes.
- Grado B: función motora ausente; sensibilidad conservada.
- Grado C: función motora conservada pero no funcional (2/5-4/5); sensibilidad conservada.
- Grado D: función motora conservada y funcional (4/5); sensibilidad conservada.
- Grado E: función motora (5/5) y sensibilidad normales.

FRACTURAS DEL CÓNDILO OCCIPITAL

- Tipo I: impactación del condilo
- Tipo II: asociado a fracturas de cráneo o basílicas
- Tipo III: avulsión condílica.

LUXACIÓN ATLANTOOCIPITAL



Principales Fracturas Esguinces y Luxaciones

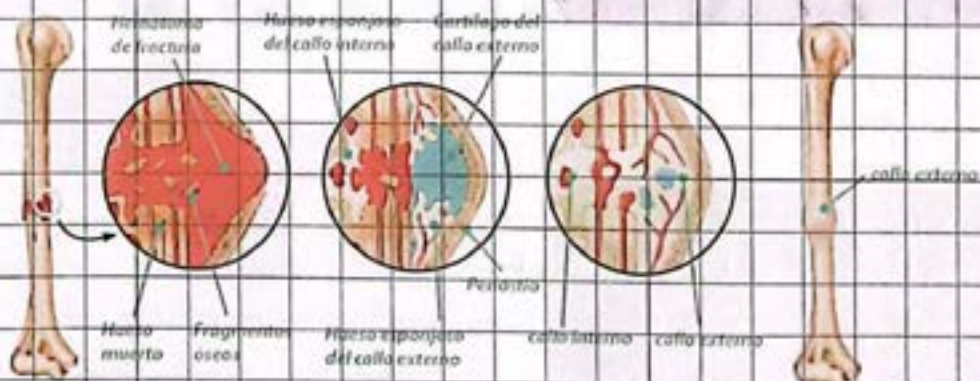
Definición

Un esguince, también denominado torcedura, es una lesión, ligamentosa consecutiva a un movimiento forzado más allá de los límites fisiológicos de cualquier articulación sinovial, sin que las caras articulares pierdan el contacto de forma permanente.

Una luxación es aquella lesión de una articulación en la que las caras articulares dejan de estar en contacto anatómico. Cuando la pérdida de contacto entre las superficies articulares es parcial, se denomina subluxación.

Una fractura es una solución de la continuidad de un hueso que se produce por la acción de un agente vulnerante. El término fractura hace referencia a la lesión estrictamente ósea.

Fisiopatología



1ª FASE

Nada más producirse la fractura, hay una hemorragia abundante. Durante un periodo de varias horas, se forma un gran coágulo sanguíneo o hematoma de fractura.



2ª FASE

Cuando una red de hueso esponjoso une los bordes externos, aparece el callo interno, y el callo externo de cartilago y hueso estabiliza los bordes externos.



3ª FASE

El cartilago del callo externo ha quedado sustituido por hueso y los espaldos de hueso esponjoso unen los extremos fracturados. Se han eliminado y sustituido los fragmentos de hueso muerto y las zonas óseas más cercanas a la rotura.



4ª FASE

En un primer momento, una prominencia señala el lugar de la fractura. Con el tiempo, esta región se remodela y queda un poco indistinguible de su estructura.

etiología

- Hiperextensión de la muñeca
- Abducción forzada de la articulación
- Hiperextensión de las articulaciones
- Golpe directo
- Flexión o extensión contraresistencia de las articulaciones
- Traumáticas
- No traumáticas

Factores de Riesgo

- Deportes o actividades recreativas
- Trabajo o proyectos en casa
- Tareas relacionadas con el trabajo
- Caídas accidentales
- Peleas o puñetazos
- Accidentes automovilísticos
- Edad avanzada
- Peso bajo
- Corticoides
- Antecedentes de fracturas
- Consumo de tabaco y alcohol

Manifestaciones Clínicas

- Dolor ✓
- Deformación ✓
- Equimosis
- Hemorragia
- Limitación del movimiento ✓
- Crepitación ósea ✓
- Aumento de Volumen
- Edema ✓

Fracturas de Hueso del Carpo

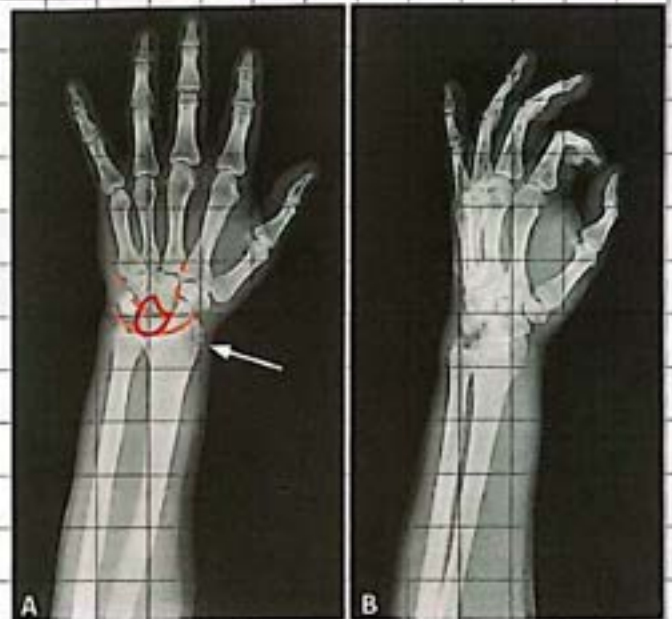
El escarfoide es el hueso más frecuentemente lesionado dentro del carpo, seguida del ganchoso.

El mecanismo lesional más frecuente consiste en una caída sobre la mano extendida que ejerce una fuerza de flexión dorsal, desviación cubital y supinación metacarpiana, intermetacarpiana.

Tratamiento.

Ortopédico: Se realiza inmovilización con yeso durante 6-8 semanas con controles radiográficos seriados.

Quirúrgico: En fracturas inestables, desplazadas más de 1mm, o en aquellas con lesión de otros huesos del carpo asociados.

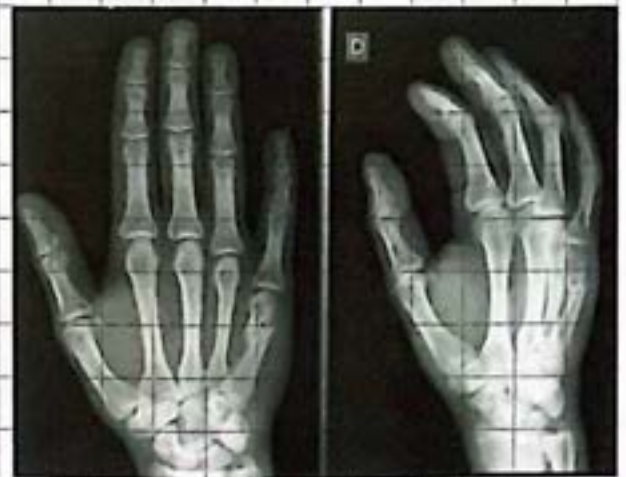


Fractura de Metacarpianos y Falanges

Son frecuentes representa el 10% de todas las fracturas. Los dedos de los extremos son los más afectados. La base del primer metacarpiano sufre dos tipos de fractura con nombre propio:

Fractura de Bennet.

Fractura de Rolando.



Clasificación

Fracturas de Radio Distal

Las fracturas del extremo distal del radio suponen al 15-20% de todas las fracturas, siendo la más frecuente de las producidas en el miembro superior.

Se produce en la mayoría de las ocasiones por caídas con muñeca en hiperextensión.

Existen diversas clasificaciones siendo las más utilizadas la clasificación AO y la clasificación Frykman, existiendo apónimos para determinados tipos de fractura según su trayecto identificado en la radiografía AP y lateral.



Tratamiento

Toda fractura desplazada requiere reducción cerrada bajo anestesia local e inmovilización con yeso cerrado, anterobraquial o braquial-palmar en caso de fractura de cubito asociada.

Se inmoviliza posteriormente el miembro mediante la colocación de yeso, dejando siempre libres las articulaciones metacarpofalángicas.

- Manejo Ortopédico
- Manejo Quirúrgico.

Lesión de Stener

Corresponde a la lesión del ligamento colateral cubital a nivel de la articulación metacarpoalargica con interposición de la fascia del músculo abductor. Es producida por un mecanismo de abducción e hiperextensión forzada del mismo.

El paciente presentará dolor o inestabilidad al realizar la pinta terminoterminal entre el primer y segundo dedo.

Los pacientes con esta lesión requerirán intervención quirúrgica.

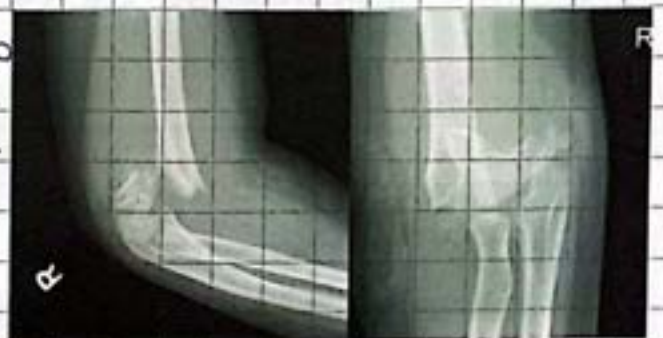


Lesión del Codo y del Antebrazo (Codo)

Las articulaciones del codo puede ser considerada la más importante del miembro superior, pues su mecanismo de flexo-extensión y pronosupinación es clave en las tareas ordinarias.

Fractura de Húmero Distal

La fractura de húmero distal tienen dos picos de incidencia: pacientes jóvenes (20-40 años) que sufren traumatismo de alta energía.



Tratamiento

Ortopédico: Se realiza inmovilización mediante férula en "posición de protección", que consiste en flexión de las articulaciones metacarpofalángicas de unos 70 grados y extensión de unos 30 grados de la muñeca.

Quirúrgicas: Fracturas de traço intraarticular, inestables, desplazadas, de forma inaceptable, malrotación del dedo afectado o con múltiples fracturas de metacarpianos asociados.

Lesiones Tendinosas

En la gran mayoría de los casos son secundarias a heridas inciso-contusas.

Bajo anestesia regional, realizaremos lavado exhaustivo y exploración de la herida y la contaminación de las mismas, administraremos suero antitetánico y tratamiento antibiótico.



Secciones tendones flexores

Se sospecha ante la imposibilidad de flexión.

El flexor profundo se explorará, pidiendo al paciente que flexione la articulación interfalángica distal (IFD).

Sección tendones extensores.

Se sospechará ante la pérdida de extensión activa y predominio del tono flexor.

Tratamiento

Siempre que se pueda, se realiza reparación directa mediante sutura intratendinosa con momentáneo y posterior inmovilización mediante vendaje o férula.

Fracturas de Olecranon

Este tipo de fracturas suelen ocurrir por traumatismo directo por caída con codo flexionado 90°.

El principal problema es que se vea afectado el brazo de palanca del tríceps braquial, siendo imposible la extensión del antebrazo.



Tratamiento

La fractura de Mayo tipo I se tratan de forma conservadora, al igual que la tipo II, en pacientes mayores de 70 años o bajo demanda.

La fractura tipo II en menores de 70 años y los tipo 3 deben tratarse de forma quirúrgica.

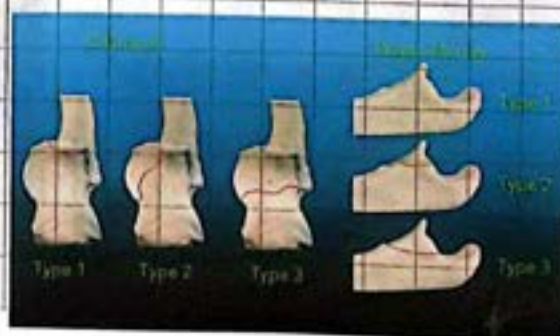
Luxación de Codo

A pesar de ser una articulación muy congruente, los traumatismos de alta energía son una causa frecuente de luxación de codo. En un 90% de los casos de luxación es posterior.



Clasificación de:

Regan y Morrey sirve para valorar la afectación de la articulación coronoide.



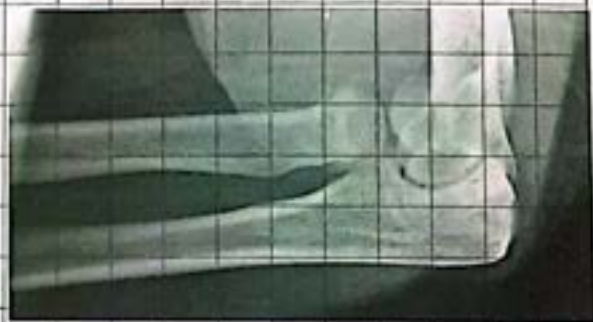
Tratamiento

Reducción de las fracturas desplazadas e inmovilización con férula braquio-palmar o dorsal, hasta la base de los metacarpiaros sin inmovilizarlos.

Fracturas de la Cúpula Radial

La mayoría son fracturas estables. Aunque son intraarticulares, no están desplazadas y no producen mayor sintoma en el paciente que el dolor.

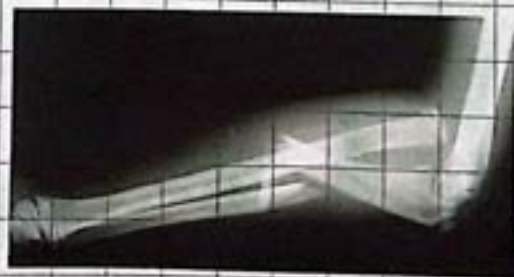
Por ello, el tratamiento conservador es la normal.



Clasificación

Existen tres tipos de fracturas "con nombre propio" que precisan de una valoración más exhaustiva y tratamiento quirúrgico en todos ellos.

1. Essex-Lopresti: Fractura de la cúpula radial + lesión articulación radiocubital distal.
2. Monteggia: Fractura-luxación de cúpula radial + fractura diafisiaria de cubito.
3. Triada terrible de codo: Fractura de cúpula radial + luxación de codo + fractura coronoides.



Tratamiento

Valorar reducción

El tratamiento es conservador salvo inestabilidad evidente, lesión, ósea o triada terrible.

Lesión del Codo y el Antebrazo (Antebrazo)

El antebrazo está compuesto por un hueso recto (cúbito) y otro con dos curvas imprescindibles para su movilidad (radio). Así mismo, presenta dos extremos articulares, donde además de articularse el uno con el otro, lo hacen con las estructuras óseas proximales y distales a los mismos.



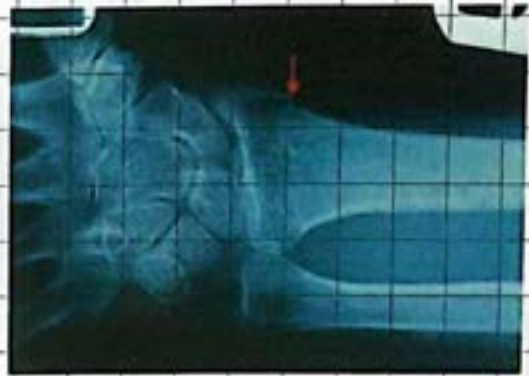
Fracturas de Ambos Huesos

La indicación quirúrgica es la norma, salvo en fracturas no desplazadas con un contacto casi completo de ambos extremos y sin componente rotacional. Sin embargo es impredecible realizar un intento de olinación y recuperar longitud previa a la colocación de la inmovilización hasta la cirugía.



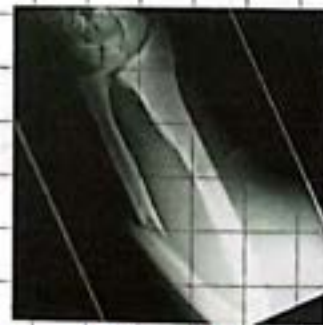
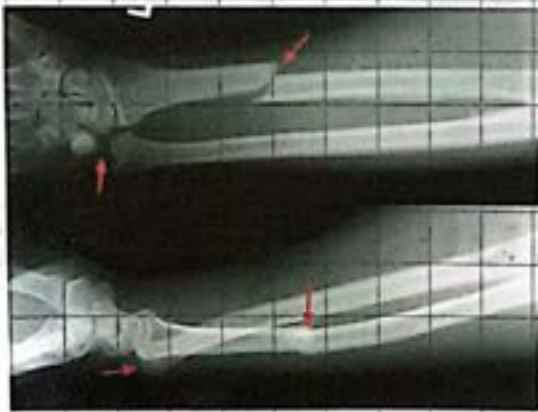
Fractura de radio Luxación de Codo

Aunque son muy infrecuentes, de forma aislada pueden tratarse de fracturas de tercio distal. Más común es que estén asociados a daño ligamentoso y luxación-subluxación.



Fractura de Galeazzi
Fractura de radio (más frecuente tercio medio o distal) y luxación de articulación radio-cubital distal.

Fractura de Essex-Lopresti
Todas salvo, las de radio distal aisladas y no desplazadas, son quirúrgicas, debiendo inmovilizarlas con férula braquio-dorsal.



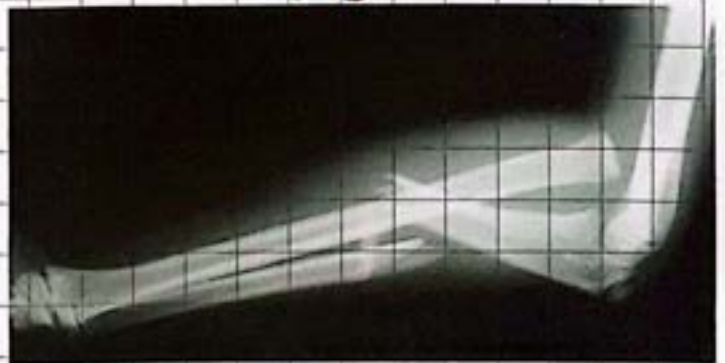
Fractura de Cúbito

La más frecuente es la fractura aislada de cúbito o nightstick, que suele ocurrir por traumatismo directo a nivel de diáfisis de cúbito. El tratamiento es conservador.



Fractura de Monteggia

Fractura de cúbito asociada a luxación de cabeza de radio.
La clasificación de Bado es la más usada. El tratamiento es quirúrgico salvo que se consiga una reducción exacta de la cabeza radial y el cúbito.



A: extrarticular unifocal



B: extrarticular bifocal



C: articular



AO/OTA

Frykman

Older

A. Extra-articular: affects neither the articular surface of the radiocarpal nor the radioulnar joint

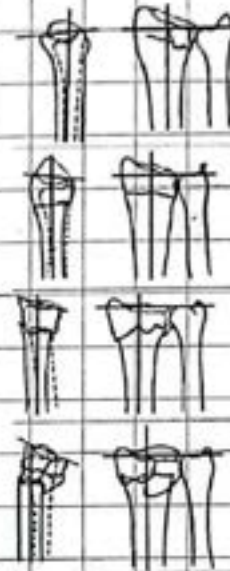
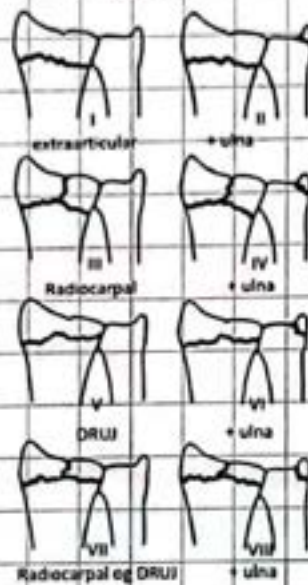
Extra-articular	23-A1 ulna, radial head	23-A2 radial styloid and tuberosity	23-A3 radial metaphyseal
------------------------	-----------------------------------	---	------------------------------------

B. Partially-articular: affects a portion of the articular surface, but NOT the metaphysis

Partially-articular	23-B1 radial, radial	23-B2 radial, dorsal, distal end	23-B3 radial, dorsal, proximal end
----------------------------	--------------------------------	--	--

C. Complete-articular: affects the joint surface (radio-ulnar AND/OR radiocarpal) AND the metaphysis

Complete-articular	23-C1 simple, metaphyseal simple	23-C2 simple, metaphyseal multifragmentary	23-C3 multifragmentary
---------------------------	--	--	----------------------------------



Type I: Dorsal angulation up to 5°, radial length to ulna at least 7 mm

Type II: Dorsal angulation, radial length 1-7 mm, no comminution

Type III: Dorsal radius comminute, radial length less than 4 mm, distal fragment slightly comminuted

Type IV: Marked comminution, radial length usually negative

	A. Simples	B. Conminutas
Tipo 1 No desplazadas		
Tipo 2 Desplazadas		
Tipo 3 Inestabilidad (subluxación)		

Imágenes cedidas por cortesía de J. Sánchez-Sotelo

Sangrado de Tubo Digestivo Alto

Definición

Consiste en la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo. De origen proximal al ángulo de Treitz, manifestarse como hematemesis, melena o rectorragia si se trata de una HDA masiva.

Fisiopatología

Hemorragia
> 500 cc



Hipovolemia

Retorno Venoso

TA



+ Receptores de volumen

Catecolaminas

S. Renina - Angiotensina

VC periférica

Reservorio Esplácnico

Líquido intersticial - Luz vascular

Sangre en la luz digestiva



↑ Peritalloma

↑ Proteínas



Flora Intestinal

↑ Amoniaco

↑ Urea en plasma

En hepatopatías: Riesgo Encefalopatía

Etiología

- HDA no Varicosa (80-90%)
- Úlcera gastroduodenal (Causa más frecuente 30-60%)
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Lesiones Vasculares (Dieulafoy, angiodisplasias, etc.)
- Esofagitis péptica
- Erosiones de la hernia de hiato (Úlceras de Cameron)
- Fístula aortoentérica.
- HDA secundaria a varices esofágicas.

Factores de Riesgo

- Úlcera gastroduodenal
- Fármacos (AINES, GC, ACO).
- Lesiones neurológicas agudas
- Quemaduras extensas
- Coagulopatias
- Insuficiencia respiratoria
- Cirrosis (consumo de Alcohol)
- Sepsis
- Síndrome ureico - Insuficiencia renal
- Colonización por *H. pylori*.
- Internación en unidades críticas.
- Episodios previos de hemorragia.

Manifestaciones Clínicas.

- Epigastralgia
- Pérdida de peso
- Hematemesis
- Melenas
- Rectorragia
- Araños vasculares
- Ascitis.

Clasificación

TIPENARM Gastroenterología

CLASIFICACIÓN DE FORREST

[HEMORRAGIA DIGESTIVA VISUAL POR ENDOSCOPIA]

GRADO	CARACTERÍSTICAS	TIP
Ia	En Chorro (act)	Activo
Ib	En Capa (pasivo o latente)	
IIa	Vaso Visible (no sangrante)	Reciente
IIb	Coágulo Adherido (fresco)	
IIc	Coágulo de Hematina (viejo)	
III	Coágulo de Fibrina (viejo)	Pasado

TIP ENARM

- Ia - Ib: Alto riesgo de reingreso
- IIa - IIc: Bajo riesgo de reingreso

TIP CLASIFICA LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ÚLCERA PÉPTICA

SHOCK HEMORRÁGICO

Clasificación American College of Surgeons

	I	II	III	IV
PERDIDA DE SANGRE (ml)	750	750-1500	1500-2000	≥2000
PERDIDA DE SANGRE (% DE LA VOLUMEN)	15%	15-30%	30-40%	≥40%
PULSO	100	100	120	140↑
PRESIÓN ARTERIAL*	120/70 NORMAL	120/70 NORMAL	90/50 DISMINUIDA	85/45 DISMINUIDA
PRESIÓN DIFERENCIAL (mmHg)	NORMAL O AUMENTADA	DISMINUIDA	DISMINUIDA	DISMINUIDA
RESPIRACIONES	14-20	20-30	30-40	35
PRUEBA DE RELENO CAPILAR	NORMAL	+	+	+
DIURESIS	30 ml/h	20-30 ml/h	5-10 ml/h	Insignificante
SNC ESTADO MENTAL	LIGERAMENTE ANSIOSO	LEVEMENTE ANSIOSO	ANSIOSO, CONFUNDIRDO	CONFUSO, LETÁRGICO
REEMPLAZO DE LÍQUIDOS	CRISTALOIDE	CRISTALOIDE	CRISTALOIDE + SANGRE	CRISTALOIDE + SANGRE

*Las cifras aumentadas en la presión arterial son típicas.

enfermeriacreativo.com 2016/04

Metodos Diagnostico

- o BHC
- o QSC
- o PFH
- o Lactato
- o TPy TPT
- o Pruebas cruzadas
- o ECG
- o Radiografía de tórax o abdomen
- o Endoscopia digestiva alta
- o Angio TC.

Tratamiento.

La administración de inhibidores de la bomba de protones (IBP) previo al tratamiento endoscópico reduce la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de tratamiento endoscópico.

Se recomienda administrar inicial de bolo IV de 80 mg de IBP (omeprazol, pantoprazol en 250 cc de SF 0,9% a pasar en 12 horas).

Debe mantenerse la perfusión continua de IBP durante 72 horas en aquellos pacientes con estadios de Forrest Ia, Ib, IIa.

En aquellos con estigmas de bajo riesgo (Forrest IIc-III), puede suspenderse la perfusión de IBP y reintroducir la dieta.

En los pacientes con estadios de alto riesgo de hemorragia (Forrest Ia-IIIb) estará indicado el ingreso.

Un paciente sin comorbilidad y sin anemia importante con úlcera de bajo riesgo (Forrest IIc o III) puede ser dado de alta con tratamiento oral (IBP cada 24 horas).

Tratamiento endoscópico.

En aquellos pacientes con estadios de alto riesgo de hemorragia (Forrest Ia-IIIb) está indicado el tratamiento endoscópico si este es posible.

Tratamiento quirúrgico

Debe considerarse en los siguientes casos.

- Hemorragia masiva con shock refractario sin opción a tratamiento endoscópico ni embolización por parte de radiología intervencionista
- Fracaso o recidiva hemorrágica grave tras segundo intento de endoscopia terapéutica

Embolización selectiva mediante arteriografía.

Sangrado de Tubo Digestivo Bajo

Definición

El sangrado de tubo digestivo bajo, también conocido como hemorragia digestiva baja se define como todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir entre el intestino delgado y el ano, resultando en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea.

Fisiopatología

Perdida de volumen



Fase adrenergica compensadora



Garantiza flujo en organo blanco
Vasocostricción periférica / esplácnica.

Disminución diuresis,



Retorno a homeostasis



Fase descompensación



Redistribución de flujo → IRA
Alteración en tejidos periféricos
Disminución gasto cardiaco,



Fase irreversible



Muerte.

Etiología

- Diverticulosis
- Angiodisplasia
- Neoplasias
- Enfermedad perianales
- Divertículo de Meckel
- Colitis
- Intoxicación
- No intoxicación
- Otras.

Factores de Riesgo

- Síndrome ulceroso
- Consumo de alcohol
- Consumo de AINE
- Consumo de Aspirinas
- Vómitos persistentes
- Uso de esteroides
- Enfermedad hepática
- Enfermedad Renal Crónica

Manifestaciones Clínicas

- Hematoquecia
- Rectorragia
- Melena
- Hemorroides
- Fístulas perianales
- Amibiasis
- Disenteria
- Dolor abdominal tipo cólico
- Diarrea.

Clasificación.



Gastroenterología



Clasificación de Forrest (GPC)

Usada para clasificar la hemorragia digestiva alta secundaria a úlceras pépticas



Clasificación	Hallazgo Endoscópico	% de reangrado
Forrest Ia	Hemorragia activa en chorro	55 %
Forrest Ib	Hemorragia activa en capa	50 %
Forrest IIa	Vaso visible no sangrante	43 %
Forrest IIb	Coágulo adherido	22 %
Forrest IIc	Fondo de hematina	7 %
Forrest III	Base de fibrina	2 %



Consulta tu Resumen, mini-Resumen y Videoclase para una mejor comprensión del tema. Practica en tu **PRO**

Plataforma ENARM

www.plataformanarm.com

Metodos Diagnostico.

- o Colonoscopia
- o Angio TC
- o Arteriografía mesenterica selectiva.
- o Laparotomia
- o BHC
- o TP y TPT
- o Biopsia.
- o Tomografía

Tratamiento.

Lo primero que debemos hacer ante pacientes que presentan hemorragia digestiva baja, es valorar su estado hemodinámico y gravedad

Score de Oakland para sangrado de tubo digestivo bajo.

Gastroenterología

Variable	Puntuación	Variable	Puntuación
Edad		Presión arterial sistólica	
< 40	0	< 90	5
40 - 69	1	90 - 119	4
> 70	2	120 - 129	3
Sexo		130 - 159	2
Femenino	0	> 160	0
Masculino	1	Hemoglobina g/dl	
Hemorragia gastrointestinal previa		< 70	12
No	0	70 - 89	17
Si	1	90 - 109	13
Hallazgos al tacto rectal		110 - 129	8
No sangre	0	130 - 159	4
Sangre	1	> 160	0
Frecuencia cardíaca			
< 70	0		
70 - 89	1		
90 - 109	2		
> 110	3		

Sangrado menor < 8
Sangrado mayor > 8

Sangrado menor: con el alta seguir el tipo de respuesta de transfusión, administración terapéutica, estabilización, fuente hemorrágica y reevaluación en las próximas 24 horas.
 Sangrado mayor: se beneficiará de admisión hospitalaria.

Oakland K, Diekrohn G, Das J, Gu K, Humphrey A, Jarrah Y et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the American Society of Gastroenterology. Gut. 2019;68:111-19.

Canalizar dos vías periféricas de grueso calibre que permita una reposición de volumen y transfusión si es preciso.

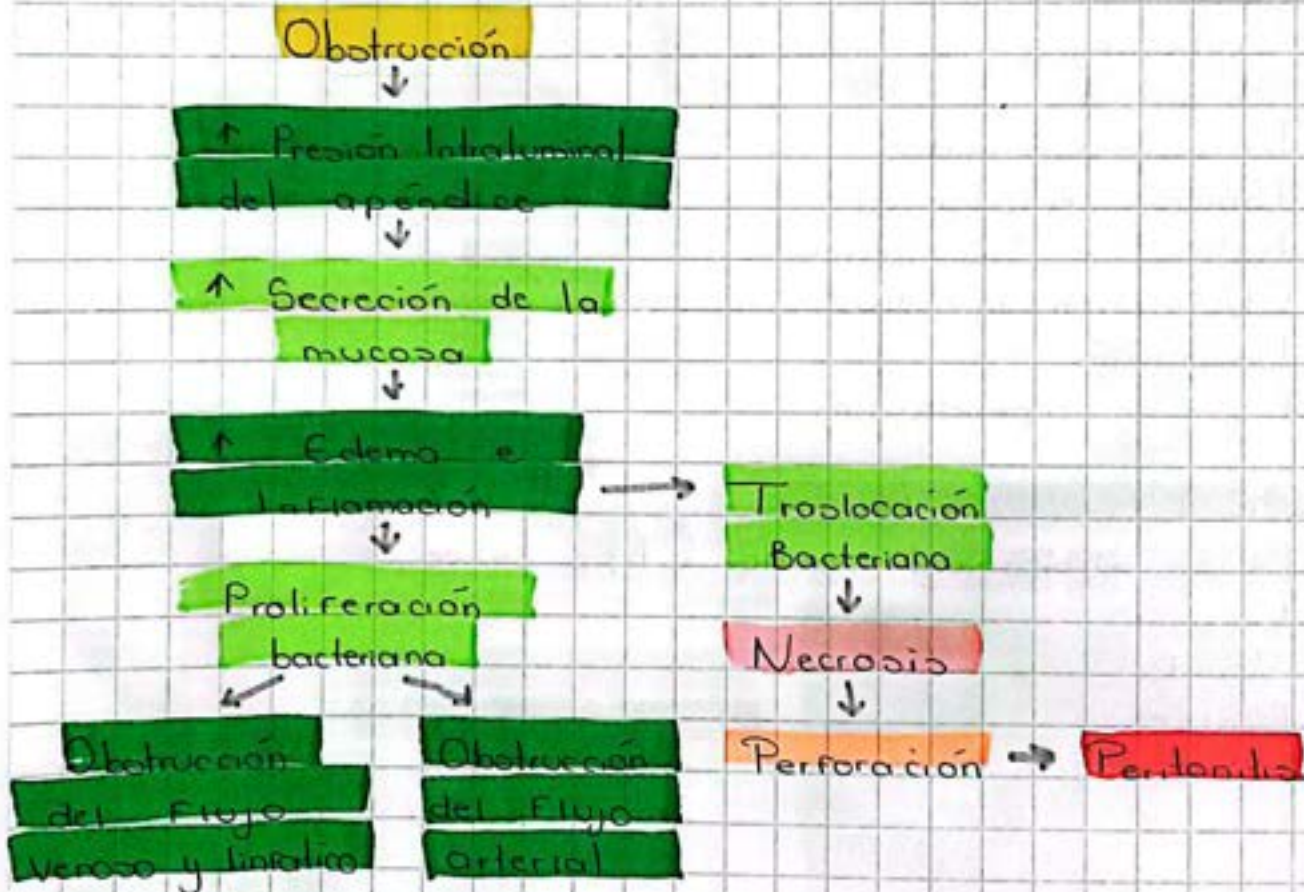
- o Monitorización de PA, FC, FR, Perfección, Diuresis (Canda vesical y O₂)
- o Reponer volumen periférico con cristaloides

Apendicitis

Definición

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado a poca elasticidad de la serosa.

Fisiopatología



Etiología

- Fecalitos.
- Hiperplasia linfoide.
- Fibras vegetales.
- Cuerpo Extraño.
- Resto de Bario.
- Parásitos.
- Tumores carcinoides.
- Tumores metastásicos.

Factores de Riesgo

- Edad
- Sexo masculino
- Embarazo
- Obesidad
- Inmunodeprimidos
- Posición Anatómica
- Retraso en la atención
- Obstrucción intestinal
- Perforación
- Flemon apendicular.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor abdominal agudo (tipo cólico)
- Náuseas
- Vómito
- Fiebre

Clasificación

APENDICITIS AGUDA

ANATOMÍA

- ▶ Pared posteromedial del ciego
- ▶ A 1,7 cm de la válvula ileocecal
- ▶ Unión distal de las 3 tenias
- ▶ Longitud de 5 a 10 cm. Máximo 30 cm
- ▶ Grosor de 0,5 a 1 cm

FACTORES DE RIESGO

- ▶ Primera causa del abdomen agudo quirúrgico
- ▶ Más frecuente en hombres
- ▶ 20 a 30 años de edad
- ▶ Baja ingesta de fibra

CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN

- ▶ Feculitas
- ▶ Hiperplasia linfoide
- ▶ Fibras vegetales
- ▶ Cuerpo extraño
- ▶ Resto de bario
- ▶ Parasitos
- ▶ Tumores carcinoides
- ▶ Tumores metastásicos

LOCALIZACIÓN

- ▶ Retrocecal
- ▶ Subcecal
- ▶ Preileal
- ▶ Postileal
- ▶ Pélvica



NORMAL



CONGESTIVA O CATARRAL



SUPURATIVA O FLEMONOSA



GANGRENOSA O NECRÓTICA



PERFORADA



(0 a 12 horas)

(12 - 24 horas)

(24 - 36 horas)

(>36 horas)

CLÍNICA

- ▶ Dolor inicial en el epigastrio o periumbilical, luego migra a fosa ilíaca derecha.
- ▶ Posterior al inicio del dolor: anorexia, náuseas, constipación y diarrea.
- ▶ Posición antálgica.
- ▶ Aumento de la sensibilidad.
- ▶ Fiebre 37,5 a 38 °C a las 6 horas.
- ▶ Escalada de Alvarado.

PUNTOS

- ▶ Mc Burney
- ▶ Mórris
- ▶ Lanz

SIGNOS

- ▶ Summer
- ▶ Blumberg
- ▶ Musty
- ▶ Aaron
- ▶ Rovsing
- ▶ Chase
- ▶ Psoas
- ▶ Obturador
- ▶ Chutro

MANIOBRAS

- ▶ Klein
- ▶ Alders
- ▶ Hausmann
- ▶ Talo percusión



Fuente: Sketch Med



Apendicitis Aguda

Es la urgencia abdominal más común se estima que ocurre en 1 de cada 10 personas

Criterios de Alvarado Modificados

Elemento clínico	Puntuación
Dolor en CID	2
Leucocitosis	2
Fiebre	1
Rebote (+) en CID	1
Migración del dolor	1
Nausea / Vómito	1
Anorexia	1

Abordaje:

0-3 → Otros DX

4-6 → TAC/USG

7-9 → OX

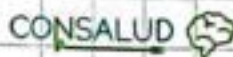
SIGNO DE ROVSING

- Es la presencia de dolor en el cuadrante abdominal inferior derecho, cuando se realiza presión sobre la fosa ilíaca izquierda.



"Dolor en el cuadrante abdominal inferior derecho" Sugestivo de Apendicitis

Presión Aódi (Cuadrante inferior izquierdo)



Metodos Diagnostico

- o BHC
- o QSC
- o EGO
- o ES
- o Placa simple de abdomen de pie y decubito
- o Teleradiografía de Tórax
- o USC

Tratamiento

- o Apendicetomia Laparoscopica
- o Profilaxis antibiotica
 - 2g de cefoxitima intravenosa
 - Se utiliza la cefazolina (1-2 gr. IV) más metronidazol (500 mg IV) dosis unica como profilaxis antibiotica
 - En caso de no contar con cefazolina y cefoxitina se recomienda el uso de cefotaxima, en caso de hipersensibilidad al farmaco utilizar amikacina.

Patologías de la Vía Biliar

Colecistitis Crónica Litiasica Agudizada

Definición

Proceso inflamatorio que se produce como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida de la bilis de la vesícula biliar y que generalmente se asocia a la presencia de calculos lo que favorece la distensión de la vesícula y la proliferación bacteriana.

Fisiopatología

Es originado por la obstrucción del conducto cístico. La vesícula se llena y se pone tensa, además aumenta la saturación de las sales y ácidos biliares.

Se produce lisolecitina, prostaglandinas E₂ y E₂ y el factor activador de plaquetas. Estos procesos favorecen la proliferación bacteriana en \approx del 20% de los casos.

Etiología

- Sexo Femenino
- Embarazo
- Terapia hormonal
- Edad Avanzada
- Obesidad
- Bajar o subir de peso
- Diabetes.
- Infecciones

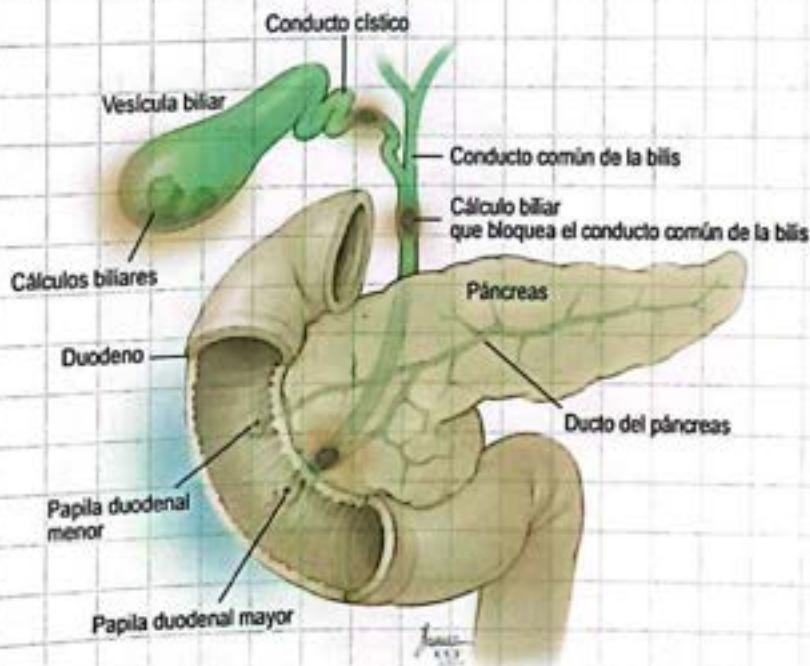
Factores de Riesgo

- Ser Mujer
- Edad fértil (20-40 años)
- Sobrepeso
- Anticonceptivos orales
- Reemplazo estrogénico
- Enfermedad de Crohn
- Tratamiento con clonidrina

Manifestaciones Clínicas

- Dolor
 - Sudoración
 - Náuseas
 - Vómito
-
- Signo de Murphy.

Clasificación



▲ SIGNO CARACTERISTICO DE COLECISTITIS ▲

Metodos Diagnostico

- BHC
- PCR
- Transaminasas
- Amilasa
- Bilirrubina total
- Ecografía abdominal
- TC abdominal

olecolodabil

111111

1111111111

Tratamiento.

Tratamiento Medico

1. Pasar a observación
2. Dieta absoluta
3. Sonda nasogastrica
4. Fluidoterapia IV
5. Analgesicos y antieméticos
6. Antibioterapia

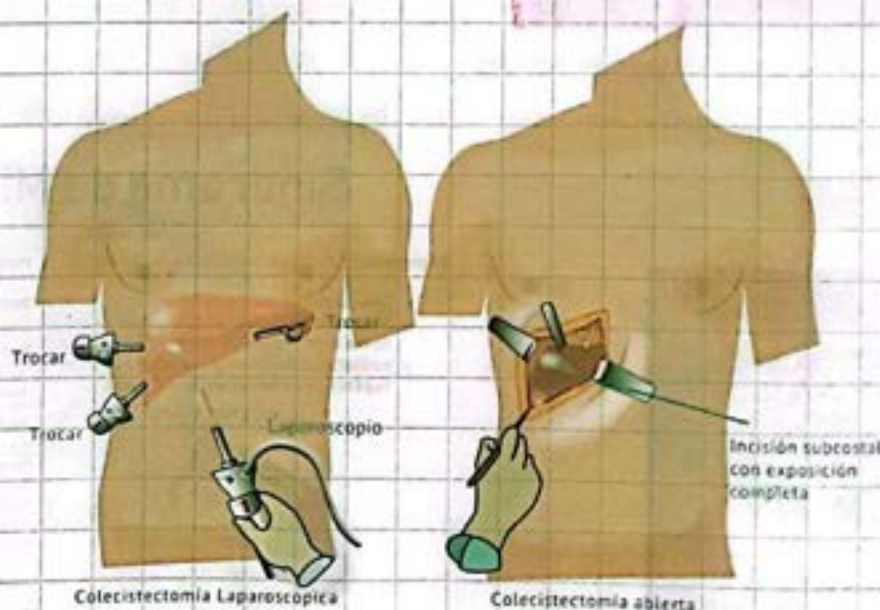
11111111

11111111111111

Tratamiento quirurgico

- Colectectomia urgente
- Colectectomia diferida a partir de las primeras 48 hrs
- Si hay elevado riesgo quirurgico, plantear colectectomia abierta o percutanea, dirigida por ECO o TC

11111111111111



Colecistectomia Laparoscopica

Colecistectomia abierta

Hidrocolecisto

Definición

Es una complicación de la obstrucción del cístico por un cálculo

Fisiopatología

Vesícula biliar sobredistendida por una sustancia mucosa incolora, secretada por las glándulas del cuello, es una distensión anormal de la vesícula biliar secundaria a una infección intraluminal.

Etiología

- Infecciosa

Factores de Riesgo

- Sexo Femenino
- Terapia hormonal
- Edad avanzada
- Diabetes

Manifestaciones clínicas

- Colico biliar prolongado
- Dolor leve a moderado en hipocóndrio derecho

Clasificación



Síndrome de Mirizzi

Cirugía

Representa 1% de los pacientes con colelitiasis.

- Consiste en un cuadro de ictericia obstructiva secundario a la impacción de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o en el conducto cístico, comprimiendo el conducto hepático común de manera extrínseca.



Clasificación según McSherry y cols.

Tipo I	Compresión externa del conducto hepático común por litocálculo
Tipo II	Presencia de fístula cistocistoduodenal

Clasificación según Caenaza y cols.

Tipo I	Compresión extrínseca de la VSP por cálculo impactado
Tipo II	Afecta 1/3 de circunferencia de VSP
Tipo III	Afecta 2/3 de circunferencia de VSP
Tipo IV	Afecta toda la circunferencia de VSP
Tipo V	Presencia de fístula cistocistoduodenal

VSP: Vena porta superior

Figura 1. El síndrome de Mirizzi se define como la compresión extrínseca del conducto hepático común por un cálculo impactado en el infundíbulo de la vesícula biliar. Fuente: [1].

Métodos Diagnósticos

- BIC
- PFH
- Bilirrubinas
- Amilasa
- Ultrasonido
- Ecografía
- TAC.

Tratamiento

- Descompresión quirúrgica y la resección de la vesícula biliar. (Procedimiento Laparoscópico)

Coledocolitiasis

Definición

Presencia de litiasis en la vía biliar principal. La mayoría de las litiasis en el colédoco proceden de la vesícula, la migración depende del tamaño del cálculo respecto al calibre del cístico y el colédoco

Patopatología

- Obstrucción del flujo biliar
- Poco de sales biliares a los tejidos
- Destrucción de la mucosa
- Exposición del epitelio
- Inflamación de la mucosa
- Distensión vesicular
- ↓ Presión intraluminal
- Obstrucción linfática y venosa
- Isquemia y necrosis.

Etiología

- Cálculo biliar.

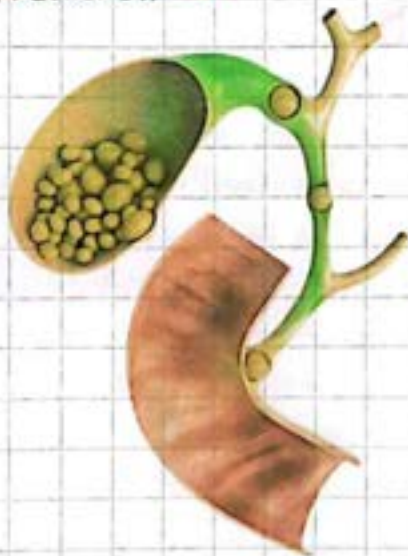
Factores de Riesgo

- o Obesidad
- o Mujeres
- o Fértil o perimenopáusicas
- o Sudamericanos
- o >40 años.

Manifestaciones clínicas

- o Dolor en HCD y epigástrico
- o Náuseas
- o Vómito
- o Ictericia Moderada

Clasificación



COLEDOCOLITIASIS

Conoce los

Síntomas

- o Dolor abdominal
- o Fiebre
- o Dolor postprandial
- o Dolor postoperatorio
- o Náuseas y vómitos
- o Ictericia leve



Cirugía

- o Litotricia extracorpórea
- o Litotricia endoscópica
- o Litotomía
- o Litotomía



Signo de Murphy

HELEDOCTOREME

MANEJO

Tratar un paciente con los pilos para la zona del abdomen de la parte superior por debajo del ombligo con el dedo índice por la zona del abdomen superior (zona del abdomen superior) para el paciente que respira y vigilar la respiración con una sonda de oxígeno en la zona superior.

REPORTE

Signo de Murphy positivo: cuando el paciente presenta dolor superior, el signo positivo, indicando para reportar a la enfermera la respiración.

Signo de Murphy negativo: cuando el paciente no presenta dolor superior.



DIAGNÓSTICO

Al realizar estos ejercicios, buscaremos algún dolor o molestia abdominal en la zona del abdomen superior (zona del abdomen superior) para el paciente que respira y vigilar la respiración con una sonda de oxígeno en la zona superior.



Metodos Diagnostico

- o BHC
- o Perfil de lipidos
- o Bilirrubina total
- o TGO y TGP
- o Ecografia
- o TC abdominal

Tratamiento.

- o Colectectomia de urgencias, abierta o laparoscopica

Piocolecisto

Definición

Presencia de contenido purulento en el interior de la vesícula biliar. Es una colección de pus dentro de una cavidad anatomica natural previamente existente.

Fisiopatologia.

El evento comun que lo inicia es la obstrucción del conducto critico por un cálculo.

Pero si esto no sucede, la colecistitis aguda progresa a infección bacteriana. Inflamación de la pared y edema de la vesícula.

Etiologia.

- E. coli.
- K. pneumoniae
- S. faecalis
- Enterobacter y Proteus.

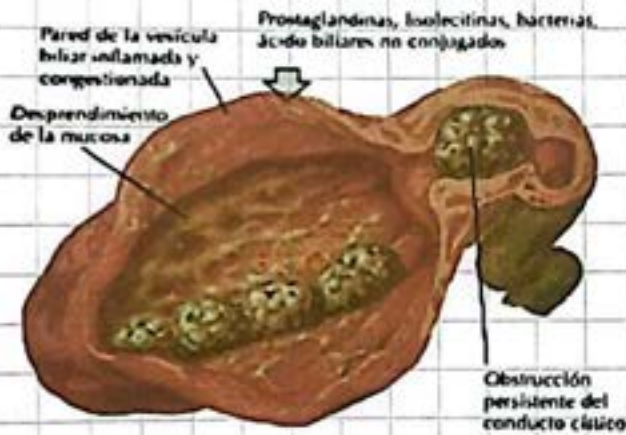
Factores de Riesgo

- Colecistitis aguda
- Sexo femenino
- Edad avanzado

Manifestaciones Clínicas

- o Fiebre
- o Hipotensión
- o Taquicardia
- o Escalofríos
- o Rigidez
- o Vómito
- o Ictericia
- o Dolor abdominal

Clasificación



FlashCards Cirugía General

PATOLOGÍAS DE LA VÍA BILIAR

	COLELITIASIS	COLELITIS	COLEDOCOELITIASIS	COLEANGITIS
DEF	Litias en Vesícula Biliar	Inflamación de la Vesícula Biliar	Litias en el Conducto Coledoco	Inflamación de los Conductos Biliares
CC	Dolor en CSD, Náuseas y Vómito	Dolor en CSD >6h, Fiebre y Murphy +	Dolor en CSD e Ictericia intermitente	Dolor en CSD, Ictericia Persistente y Fiebre
DX	US: Litias en vesícula Biliar LAB: Normales	US: Pared >4mm y Signo de Doble riel LAB: Leucocitosis	US: Coledoco >6mm LAB: Páncreo Colestático ASIT/ALT ↑	US: Coledoco >4mm LAB: R. Colestático y Leucocitosis
TX	Colectomía Laparoscópica	Antibióticos y Colectomía	Colectomía y CPRE	Antibióticos, CPRE y Colectomía

ENARM

FlashCards Cirugía General

PATOLOGÍAS DE VESÍCULA BILIAR

DEFINICIONES

CONCEPTO	DEFINICIONES
COLELITIASIS	Litias en la Vesícula Biliar.
COLELITIS	Inflamación de la vesícula (causada por los ácidos biliares y otros factores infecciosos).
COLECO BILIAR	Dolor por inflamación de la vesícula que remite en <30 (se resuelve en 1h).
COLELITIS AGUDA	Dolor por inflamación de la vesícula que dura >24h.
COLELITIS CRÓNICA LITÁSCA	Episodios previos de Colectitis aguda + Litias en vesícula.
COLELITIS CRÓNICA LITÁSCA AGUDIZADA	Episodios previos de Colectitis aguda + Litias en vesícula + Colectitis Aguda.
COLELITIS AUTÁSCA	Colectitis Aguda sin litias en Vesícula (autoaguda).
COLEANGITIS	<ul style="list-style-type: none"> Infección de conducto hepático por la obstrucción de un litio. Triada de Charcot: Fiebre + Dolor + Ictericia. Parada de Reynolds: Fiebre + Dolor + Ictericia + elevación de la bilirrubina + elevación de la fosfatasa alcalina.
COLEDOCO-LITIASIS	Litias en coledoco (litias + aumento de la bilirrubina total).

ENARM

Metodos Diagnóstico

- PFH
- BHC
- Ecografía abdominal
- TC abdominal
- Endoscopia y colangiografía magnética
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (Gold Standard)

Tratamiento

- Medidas Generales
- Tratamiento específico: CEPRE Terapéutica
- Tratamiento definitivo: Colectomía programada.

Colangitis

Pancreatitis

Definición

Se define como la inflamación aguda del páncreas que puede causar complicaciones sistémicas y/o locales, así como disfunción o falla orgánica.

Fisiopatología

Obstrucción del conducto

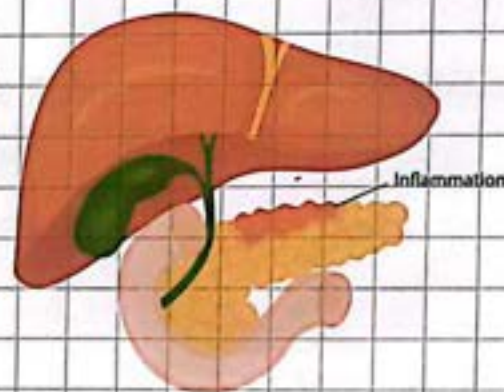
Pancreático

Alteración en el metabolismo celular pancreático.

Lesión de las células acinares pancreáticas.

Edema pancreático y/o necrosis pancreática

Pancreatitis



Etiología

- o Cálculos biliares
- o Alcohol
- o Medicamentos
- o CEPRE
- o Hipercalcemia
- o Hipertrigliceridemia
- o Infección
- o Origen genético
- o Enfermedades autoinmunes
- o Trauma.

Factores de Riesgo

- Obstrucción del conducto biliar
- Consumo de alcohol
- Niveles altos de triglicéridos en sangre
- Cáncer de páncreas
- Lesiones traumáticas
- Cirugías previas

Manifestaciones Clínicas

- Dolor abdominal superior intenso
- Náuseas
- Vómito
- Distensión abdominal
- Estreñimiento
- Fiebre
- Resaca o escalofríos
- Ictericia

Casos graves

- Disnea
- Nerviosismo
- Palpitaciones
- Incapacidad para acostarse
- Inquietud
- Extremidades frías
- Oliguria o Anuria
- Letargo
- Hemorragia gastrointestinal.

Clasificación

★ TIPENARM  **PANCREATITIS**
(CRITERIO DIAGNÓSTICO)



PANCREATITIS	BILIAR	ALCOHÓLICA
EPIDEMIOLOGÍA	Mujeres	Hombres
LABORATORIOS	Amilasa	Lipasa
RANGOS	(50-150) x 3	(0-150) x 3
TIP ENARM	Amilasa - A Mujeres	Lipasa - Licor




Almidón Alcohol

★ TIPENARM  **ESCALA DE BALTHAZAR**
(CRITERIOS TOMOGRÁFICOS DE PANCREATITIS AGUDA)

GRADO	HALLAZGOS por TAC	SCORE
A	No hay lesión pancreática.	0
B	Agrandamiento focal o difuso.	1
C	Inflamación peripancreática.	2
D	Una colección de líquido.	3
E	>2 colecciones, absceso o gas.	4

PUNTAJE	MORBILIDAD	MORTALIDAD	SEVERIDAD
0-1	3%	3%	BAJA
2-3	35%	6%	MEDIA
4-5	82%	17%	ALTA

FlashCards Urgencias 

CRITERIOS DE **RANSON**
(ESCALA DE PREDICIÓN DE PANCREATITIS AGUDA)
(ALCOHÓLICA vs BILIAR)



Instagram

"LLEGAS y luego Dices CHA"

		48 HORAS	ALCOHÓLICA	BILIAR
L	LDH	> 350 U/L	> 400 U/L	
E	Edad	> 55 años	> 70 años	
G	Glucosa	> 200 mg/dl	> 220 mg/dl	
AS	AST	> 250 U/L	> 250 U/L	
L	Líquidos (en litros)	> 6,000 ml	> 4,000 ml	
D	Déficit (en base)	> 4 meq/L	> 5 meq/L	
C	Calcio (en base)	< 8 mg/dl	< 8 mg/dl	
H	Hematocrito (%)	> 10% de caída	> 10% de caída	
A	Acidosis (pH)	> 5 mg/dl	> 2 mg/dl	
O	O2 (mmHg)	< 60 mmHg		

CRITERIOS PANCREATITIS: 0-2 LEVE, >3 GRAVE

TIP: Los "CRITERIOS DE RANSON" son predictores de severidad de una probable Pancreatitis Aguda, corroborada por laboratorios.

Metodos Diagnosticos

- o PFI
- o Amilasa
- o Lipasa
- o TCC
- o RM
- o Ultrasonido abdominal
- o BHC.

Tratamiento

T. de soporte

Administración de solución cristaloides a razón de 5-10 ml/kg/h

Analgesia

Se recomienda uso de meprobidina frente a morfina

Soporte nutricional.

Antibioterapia

- Ceftriaxona (1-2 g $q/12h$)
- En caso de alergia betalactamico, aztreonam (1g/8h)

Antiemetico

- Metoclopramida 10 mg $q/8h$ V.I

Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Oclusión Intestinal

Definición

La oclusión intestinal se define como la interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

Fisiopatología

En 24 horas pasan por el duodeno unos 9.000 cc de líquido, de los cuales 2.000 cc provienen de la ingesta y 7.000 cc de secreciones corporales (Saliva, jugos gástricos, bilis, jugos biliares y pancreáticos). De todos ellos, unos 8.000 cc se absorben a lo largo del intestino delgado y 800 cc en el colon, eliminándose los 200 cc restantes por las heces.

Secundariamente a la detención del tránsito intestinal, se produce un acúmulo de gas y líquido en la luz intestinal del segmento proximal a la obstrucción. Este acúmulo provoca una disminución de la absorción y un fenómeno de tercer espacio, que favorece la proliferación y traslocación de bacterias, sequestro de líquido intravascular y alteraciones hidroeléctricas. Además la dilatación intestinal y un aumento de la presión intraluminal genera edema y estasis venosa de la pared intestinal, ocasionando trombosis e isquemia progresiva, que puede acabar en la gangrena y perforación de la pared intestinal, instalándose un cuadro de peritonitis y shock séptico.

Etiología (Ileo Mecánico)

Causas Extrínsecas.

- o Síndrome adherencial (bridas)
- o Hernias abdominales
- o Volvulo (Sigma 76%, ciego 21%, transverso 4%, esplénico 02%)
- o Invaginación intestinal
- o Compresión extrínseca (masas, globo vesical)
- o Torsión

Causas parietales

- Neoplasia
- Proceso inflamatorio
- Congenitos
- Hematoma

Causas intraluminales

- Cuerpos extraños
- Íleo biliar
- Pólipos
- Bezarcos
- Parasitosis
- Fecaloma

Etiología (Íleo paralítico)

Adinámico

- Postquirúrgico
- Peritonitis
- Alteraciones metabólicas
- Traumatismos abdominales
- Procesos inflamatorios
- Compromiso medular
- Fármacos
- Alteraciones hidroelectrolíticas

Espástico

- Intoxicación por metales pesados
- Porfirias

Vascular

- Embolia arterial, trombosis venosa.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vómitos
- Ausencia de ruidos y deposición.

Factores de Riesgo

- o Cirugía abdominal previas
- o Hernias
- o Inflamación intestinal
- o Radiación
- o Ingesta de cuerpos Extraños
- o Neoplasias

Clasificación

Según la localización de la obstrucción

A. Obstrucción del intestino delgado

B. Obstrucción del intestino grueso

Según patogenia se distinguen dos tipos:

A. Obstrucción funcional (ileo paralítico)

Estado fisiopatológico potencialmente reversible debido a motilidad inefectiva, no propulsora, sin que exista obstáculo al tránsito intestinal.

B. Obstrucción mecánica (Ileo mecánico)

1. Simple: existe solamente oclusión de la luz intestinal con acumulo de gas y líquido retrógradamente

2. Estrangulada: existe, además, compromiso vascular y gangrena intestinal.



Tratamiento

Medidas Iniciales de urgencias

1. Dieta absoluta
2. Reposición hidroelectrolítica: Si está hemodinámicamente estable 2,500 ml de suero glucosalino en 24 horas
3. Sonda nasogástrica
4. Control de diuresis
5. Antibioticoterapia empírica

Perforación Intestinal

Definición

Constituye un reto diagnóstico y terapéutico, debido a que las manifestaciones clínicas suelen ser muy variadas y su abordaje terapéutico específico dependerá del nivel de la perforación a lo largo del tracto gastrointestinal.

Fisiopatología

El compromiso de la integridad de todos los capas de la pared visceral es necesario para causar perforación y salida de su contenido (aire, heces, bilis) dependiendo del nivel de la misma. Sin embargo ciertas lesiones que produzcan un compromiso parcial de la pared visceral pueden con el tiempo evolucionar a una ruptura completa, como, por ejemplo, lesión inadvertida durante procedimientos quirúrgicos.

Factores de Riesgo

- o Mayores de 65 años
- o Género femenino
- o Bajo IMC
- o Niveles bajos de albumina
- o Presencia de comorbilidades
- o Pacientes críticos
- o Cirugía abdominal previa
- o Obstrucción colónica
- o Divertículos
- o Enf. Crohn
- o Terapia con Corticosteroides

Perforación Intestino D.

Etiología

- Isquemia Crónica o Enteritis bacteriana
- Enfermedad de Crohn
- Diverticulitis yeyunal o ileal
- Ingesta de cuerpos extraños
- Adherencias
- Hernias incarceratedas o estranguladas
- Volvulo
- Tatrogenia
- Sondos de alimentos.

Manifestaciones Clínicas

- Irritación peritoneal
- Fiebre
- Disona
- Disragia
- Tos

Clasificación.



Pruebas Diagnósticas

- o TC abdominal
- o ED
- o BHC
- o TP y TPT
- o Grupo y Rh

Tratamiento

- o Antibioticoterapia de amplio espectro
- o Si la perforación es contenida y paciente clínica y hemodinámicamente estable se puede adoptar por tratamiento conservador: dieta absoluta/nutrición parenteral
- o Cirugía urgente.

Perforación Intestino G.

Etiología

- o Apendicitis
- o Diverticulitis

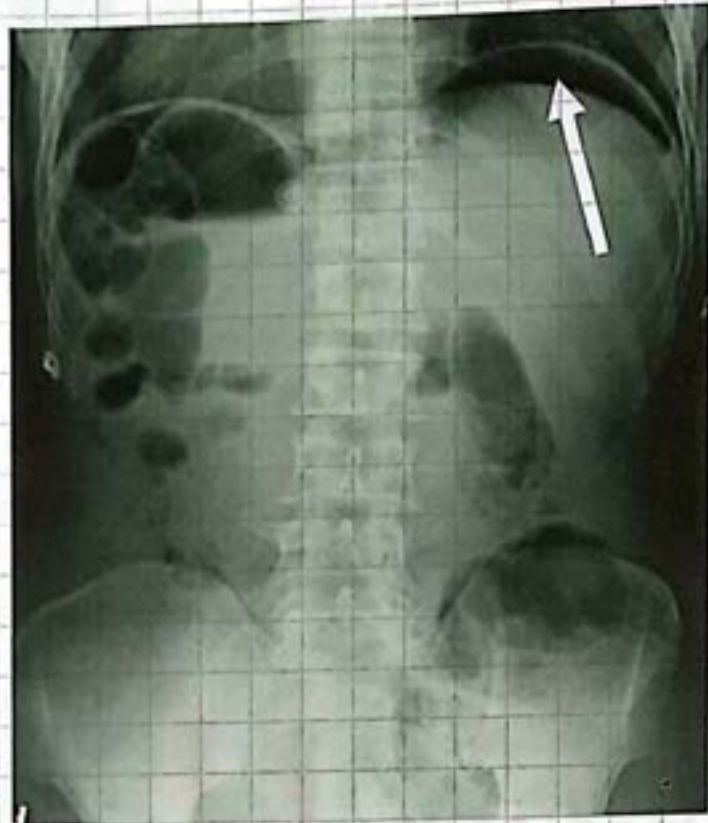
Manifestaciones Clínicas

- o Dolor abdominal
- o hipovolemia
- o Fiebre
- o Oliguria
- o Shock séptico

Métodos Diagnósticos

- o Rx de tórax y abdomen simple
- o TC abdomino-pélvica.
- o BHC
- o Grupo y Rh

Clasificación.



Tratamiento

- Monitorización hemodinámica y fluidoterapia intensiva
- Sonda nasogástrica y sonda vesical.
- Antibioticoterapia de amplio espectro, sobre todo con cobertura para gramnegativos y aerobios
- La opción quirúrgica se individualiza según cada caso.

Ileo Mecánico

Definición

Simple: Existe solamente oclusión de la luz intestinal con acúmulo de gas y líquido retrógradamente.

Estrangulada: Existe, además, compromiso vascular y gangrena intestinal.

Fisiopatología

Dilatación del intestino proximal al sitio de obstrucción.

Mucosa dilatada pierde su capacidad de absorber líquido y aumenta su secreción.

En obstrucción alta pérdida abundante de líquido por vómito

Consecuencias finales deshidratación, trastornos metabólicos, hipovolemia y shock.

La estrangulación y consecuencia final la perforación.

Etiología

Causas intraluminales

- o Impactación fecal
- o Cuerpos Extraños
- o Ileo biliar
- o Bezoar
- o Parasitosis

Causas parietales

- o Neoplasias (Colon)
- o Diverticulitis
- o Radiación
- o Enfermedad Inflamatoria
- o Invaginación.

Causas Extraluminales

- o Adherencias y bridas
- o Tumores pélvicos
- o Carcinomatosis
- o Torsiones
- o Hernias
- o Volvulos.

Factores de Riesgo

- o Apendicitis
- o Diverticulitis.

Manifestaciones Clínicas.

- o Dolor abdominal no colico
- o Sensación de distensión abdominal
- o Náuseas
- o Vomitos leves.

Clasificación.

FlashCards Cirugía General

ILEO

MECÁNICO V.S PARALÍTICO



MECÁNICO	ILEO	PARALÍTICO
Obstrucción a nivel intestinal por causas intrínsecas o extrínsecas.	DEFINICIÓN	Parálisis de las contracciones intestinales por disminución en la peristalsis.
Adherencias (la más frecuente), Hernias y Tumores.	ETIOLOGÍA	Desequilibrio hidroelectrolítico y fármacos.
Apendicitis y Divertículos.	FACT DE RIESGO	Desnutrición, deshidratación, diarrea e hipovolemia.
Nausea, vomito, dolor abdominal cíclico, ruidos metálicos de lucha, timpanismo y distensión abdominal.	CLÍNICA	Dolor abdominal moderado periumbilical, acompañado de nausea, vomito, distensión abdominal, timpanismo.
Inicial: Rx AP de abdomen (niveles hidroaéreos, imagen en pila de monedas) Gold estándar: TAC con contraste hidrosoluble.	DIAGNÓSTICO	Inicial: Rx AP de abdomen (niveles hidroaéreo, imagen en pila de monedas) Gold estándar: TAC con contraste Hidrosoluble.
Inicial: SNG o Levine. Elección: LAPE.	TRATAMIENTO	Inicial: SNG + Reposición Hidroelectrolítica.
Perforación o necrosis intestinal.	COMPLICACIÓN	Sangrado de tubo digestivo bajo.

Metodos Diagnosticos.

- o BHC
- o GSC
- o PFR
- o Amilasa
- o TP y TPT
- o Radiología
- o Ecografía abdominal

Tratamiento

- o Interconsulta a cirugía.
- o Actitud en Urgencias
- A. Dieta absoluta
- B. Reposición hidroelectrolítica IV.
- C. Colocación de Sonda nasogastrica.
- D. En caso de vólvulo de sigma se puede intentar su reducción mediante sonda rectal, rectosigmoidoscopia. o enema opaco.
- E. En caso de fecaloma: Fragmentación digital y extracción manual y/o enemas
- F. En caso de hernias inguinales: Reducción solo si han transcurrido menos de 6-8 horas y no existe enrojecimiento cutáneo en venaidad.
- G. En caso de obstrucción neoplásica de colon: endoprótesis transluminal.

Factores de Riesgo

- o Desnutrición
- o Deshidratación
- o Diarrea
- o Hipovolemia.

Manifestaciones Clínicas

- o Dolor abdominal no cólico
- o Sensación de distensión abdominal
- o Náuseas
- o Vómitos leves.

Clasificación

FlashCards Cirugía General



ILEO

MECÁNICO
V.S
PARALÍTICO



MECÁNICO	ILEO	PARALÍTICO
Obstrucción a nivel intestinal por causas Intrínsecas o Extrínsecas.	DEFINICIÓN	Parálisis de las contracciones intestinales por disminución en la peristalsis.
Adherencias (la más frecuente), Hernias y Tumores.	ETIOLOGÍA	Desequilibrio hidroelectrolítico y fármacos.
Apendicitis y Divertículos.	FACT DE RIESGO	Desnutrición, deshidratación, diarrea e hipovolemia.
Nausea, vomito, dolor abdominal cíclico, ruidos metálicos de lucha, timpanismo y distensión abdominal.	CLÍNICA	Dolor abdominal moderado periumbilical, acompañado de nausea, vomito, distensión abdominal, timpanismo.
Inicial: Rx AP de abdomen (niveles hidroaéreos, imagen en pila de monedas) Gold estándar: TAC con contraste hidrosoluble.	DIAGNÓSTICO	Inicial: Rx AP de abdomen (niveles hidroaéreo, imagen en pila de monedas) Gold estándar: TAC con contraste Hidrosoluble.
Inicial: SNG o Levine. Elección: LAPE.	TRATAMIENTO	Inicial: SNG + Reposición Hidroelectrolítica.
Perforación o necrosis intestinal.	COMPLICACIÓN	Sangrado de tubo digestivo bajo.

Metodos Diagnostica

- o BHC
- o QSC
- o PFR
- o Amilasa
- o TP y TPT
- o Radiografía.

Tratamiento

- A. Tratamiento antibiotico en procesos neumónicos, laparotomía por peritonitis.
- B. Tratamiento propio del ileo.
 1. Dieta absoluta
 2. Reposición hidroelectrolitica con cama incorporada a 45°
 3. Observación durante 24-48 horas.

Hernias

Definición

Las hernias de pared son protrusiones del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales primarios (congenitos o adquiridos) o secundarios a cirugías previas (eventraciones). Este contenido se acompaña de una envoltura peritoneal o saco herniario. Se presenta. Se presenta típicamente como tumores dolorosos de localización variable. Las estructuras más frecuentemente herniadas suelen ser epiploon, intestino delgado y colon.

Fisiopatología

La fisiopatología de formación de una hernia es la formación de un defecto en dicha pared o hay una debilidad en la pared que evita la contención de las estructuras que están dentro de la misma por lo tanto hay una protrusión.

Etiología

- Tumores
- Defectos del desarrollo
- Adquiridos
- Posquirúrgico
- Eventración
- Traumática.

Factores de Riesgo

- o Obesidad
- o Embarazo
- o Ascitis
- o Posición erecta
- o Trastornos congénitos del tejido conectivo
- o Tabaquismo
- o Infecciones previas
- o Esfuerzo físico
- o Estreñimiento
- o Bronquitis.

Manifestaciones Clínicas

- o Dolor
- o Distensión abdominal
- o Vómitos
- o Ausencia de tránsito intestinal

Clasificación

Clasificación por localización

Hernias inguinales: Protruyen por el orificio inguinal profundo y se presenta como una tumoración de tamaño variable en la ingle, que en varones pueden descender hacia el escroto. La clasificación entre directas (mediales a los vasos epigástricos) e indirectas (laterales a los vasos epigástricos y acompañado al cordón inguinal) no siempre es posible durante la exploración y no ofrece diferencias en cuanto al manejo de urgencias.

Hernias crurales o femorales: Menos frecuentes que las anteriores y más prevalentes en mujeres que en hombres, protruyen por el anillo crural medialmente a los vasos femorales. Suelen ser menos voluminosas que las hernias inguinales y no siempre distinguibles de aquellas en la exploración.

Hernias umbilicales: Son especialmente frecuentes en obesos con ascitis y embarazadas.

Hernias epigástricas: El anillo herniario está en algún punto de la línea alba entre la cicatriz umbilical y el relieve xifóideo.

Hernias de Spiegel: Son infrecuentes y difíciles de explorar ya que protruyen entre dos planos musculares laterales al borde externo del recto anterior del abdomen. Es también improbable la incarceration y precisan con frecuencia imagen de tomografía computarizada (TC) para su diagnóstico y caracterización.

Eventraciones: Son defectos de la pared secundarios a una cirugía previa. Su localización según la incisión es en la línea media, para-estomal, subcostal, pararectal, en el punto de McBurney, supra-púbica, etc. No es infrecuente que existan varios anillos herniarios (multiaciliares).

Otras localizaciones: Se incluyen hernias parietales lumbares, perineales, ciliares, etc. Son raras pero prevalentes en la práctica clínica y suelen precisar la realización de TC para el diagnóstico diferencial.

Clasificación según el nivel de compromiso.

Hernias reductibles: Son tumores de consistencia blanda que se reintroduce en la cavidad abdominal con el simple decubito o con maniobras sencillas de compresión manual. Protruyen con maniobras de Valsalva, como el esfuerzo tusígeno.

Hernias incarcerationadas o hernias irreductibles.

Son tumores duros cuyo contenido no se reduce con facilidad. El término incarceration no implica necesariamente obstrucción, componente inflamatorio ni isquemia.

Hernias estranguladas: Son hernias incarcerationadas que presentan compromiso vascular de la víscera alojada en la hernia o en ocasiones del saco herniario únicamente.

HERNIAS

TIPOS DE HERNIAS

DEFINICIÓN: Protrusión de un saco de peritonio a través de una abertura anormal de la pared abdominal.

DIRECTAS: Pasa por dentro del triángulo de Hesselbach, no llega al orificio.

INDIRECTAS: Pasa por fuera del triángulo de Hesselbach, llega al orificio, la más frecuente.

Localización peritonéica: un sitio al defecto < 1.5cm + persistente por > 2 años en Dubrignies.

Localizada en un sitio con antecedentes de reparación quirúrgica: También se denomina ventral.

Localizada por debajo del ligamento inguinal: la más común en mujeres, también se denomina ventral.

Localizada supra-umbilicalmente: en cualquier punto entre el apéndice xifóico y el ombligo.

La hernia en posición de una hernia directa + una indirecta (mixta).

Cuando el saco herniario presenta rotación alguna hacia intrabdominal.

El saco herniario contiene el fondo antrocolonáico del intestino delgado.

Hernia inguinal encamada + apéndice vermiforme (sacostoma apendicé).

Hernia encamada + divertículo de Meckel (Divertículo diverticulitis).

Defecto del fondo lateral del arco abdominal y la línea semilunar de Douglas.



HERNIAS

TIPOS & LOCALIZACIÓN

HERNIA	LOCALIZACIÓN
UMBILICAL	Hernia a nivel de la Línea Umbilical.
FEMORAL	Hernia superior al muslo cerca de la ingle.
INGUINAL DIRECTA	Pasa por el triángulo de Hesselbach.
INGUINAL INDIRECTA	No Pasa por el triángulo de Hesselbach.
INCARCERACIÓN	Combinación de Hernia Directa e Indirecta.
SPIGEL	Hernia lateral al musculo recto abdominal.
ABAYASO	Hernia del Apéndice Vermiforme.
LITTLE	Hernia del Divertículo de Meckel.
ROCHES	Hernia del Epigastrio Antrocolonáico.
INCISIONAL	Hernia en el sitio de una Herida previa.
INCARCELADA	Hernia Sin compromiso vascular.
ESTRANGULADA	Hernia Con compromiso vascular.

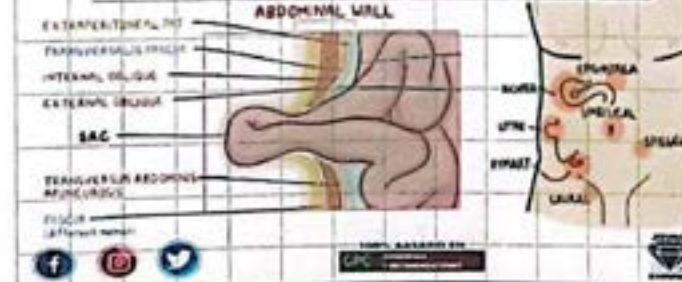
Plataforma ENARM

CIRUGÍA

JOYAS ENARM

HERNIAS - CLASIFICACIÓN

HERNIA REDUCTIBLE	La herniación se puede reintroducir a su localización normal.
HERNIA INCARCERADA	Hernia que no se puede reducir, no puede introducirse el contenido a su localización normal. Dolorosa y blanda
HERNIA ESTRANGULADA	Hernia incarceration que presenta compromiso vascular del contenido herniado. Dolorosa, a tirón y de coloración violácea
HERNIA INCORRECTIBLE	Hernia que vuelve a salir inmediatamente después de reducirse
HERNIA DESLIZADA	Hernia en la que una porción del saco herniario está formada por una parte de víscera (generalmente ciego o colon sigmoide)



CLASIFICACIÓN DE NYHUS

TIPO	CARACTERÍSTICA
I	Hernia Indirecta, Sin dilatación del anillo
II	Hernia Indirecta, Con dilatación del anillo
III	Hernia Directa
III _b	Hernia en Pantalón
III _c	Hernia Femoral
IV _a	Hernia Directa Recurrente
IV _b	Hernia Indirecta Recurrente
IV _c	Hernia Femoral Recurrente
IV _d	Hernia Combinada Recurrente

Plataforma ENARM

Metodos Diagnostico

- o BHC
- o TP y TPT
- o PCR
- o Ecografia
- o TC
- o RMM

Tratamiento

FlashCards Cirugia General

TRATAMIENTO DE HERNIAS

PLATAFORMA ENARM



HERNIAS	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
INGUINAL	<ul style="list-style-type: none">• HERNIORRAFIA:<ul style="list-style-type: none">- Técnica de Bassini-Kirschner (SIN malla y CON tensión).- Shouldice (SIN malla y CON tensión).• HERNIOPLASTIA:<ul style="list-style-type: none">- Técnica de Lichtenstein (CON malla y SIN tensión).- Rutkow (CONO preformado SIN tensión).
UMBILICAL	<ul style="list-style-type: none">• < 1 cm: Técnica de Mayo (SIN malla y CON tensión).• > 1 cm: Técnica de Lichtenstein (CON malla y SIN tensión).
FEMORAL	<ul style="list-style-type: none">• MUJERES: Bassini-Kirschner (SIN malla y CON tensión).• HOMBRES: Lotheissen-McVay (CON malla y CON tensión).
POSTINCISIONAL	<ul style="list-style-type: none">- Técnica de Rives (CON malla y CON tensión).
INCARCERADA	<ul style="list-style-type: none">- Shouldice (SIN malla y CON tensión).- Lotheissen-McVay (CON malla y CON tensión).
ESTRANGULADA y PERFORADA	<ul style="list-style-type: none">- Lotheissen-McVay (CON malla biológica y CON tensión).

Consulta tu Resumen, Plan Resumen y Videoclase para una mejor comprensión del tema. Practica en tu [Curso ENARM PIA](#)

@plataformaenarm

Plataforma ENARM

Trombosis Mesenterica

Definición

Se define isquemia mesentérica aguda como un estado inadecuado de perfusión tisular que se origina por una interrupción súbita del aporte sanguíneo en la circulación mesentérica. La mucosa intestinal tiene un alto metabolismo y por ello, un alto requerimiento del flujo sanguíneo (recibiendo alrededor de un 25% de gasto cardíaco, lo que vuelve muy sensible a una hipoperfusión).

Fisiopatología

La vascularización intestinal depende fundamentalmente de tres vasos principales; el tronco celiaco (irriga el esófago, el estómago, la porción proximal del duodeno, el hígado, la vesícula biliar, el páncreas y el bazo), la arteria mesentérica superior (irriga la porción distal del duodeno, el yeyuno, el íleon y el colon hasta el ángulo esplénico) y la arteria mesentérica inferior (irriga el colon sigmoideo, el colon descendente y el recto), así como la circulación colateral y comunicante establecida en relación con los vasos previamente descritos, como son las arterias pancreática duodenal, la arteria marginal de Drummond y la arcada de Brolano.

Etiología

1. Embolia de la arteria mesentérica superior.
2. Trombosis de arteria mesentérica superior.
3. Isquemia mesentérica no oclusiva
4. Trombosis venosa mesentérica

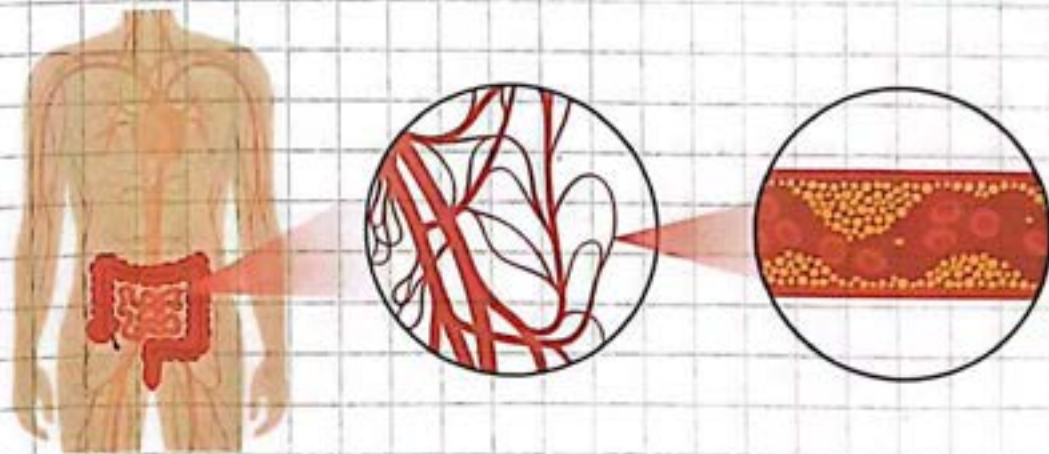
Factores de Riesgo

- Hipercoagulabilidad
- Neoplasia
- Trombosis venosa profunda
- Uso de anticonceptivos orales.
- Antec. Familiares trombotica
- Sd. Neriótico
- Policitemia vera
- Procesos inflamatorios vecinos
- Diverticulitis
- Apendicitis aguda
- Peritonitis aguda
- Pancreatitis aguda
- Colecistitis aguda
- Hipertensión portal.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor abdominal intenso
- Náuseas
- Vomito
- Sepsis
- Shock séptico

Clasificación



Metodos Diagnostico

- o BHC
- o TP y TPT
- o QSC
- o Amilasa
- o CPK
- o Fosfatasa alcalina
- o LDH
- o Gasometria
- o Radiografía de torax PA y lateral
- o Radiografía de abdomen PA y bipedestación.
- o TC

Tratamiento

Tratamiento Medico Inicial

- o Monitorización de paciente (PA, FC, FR, temperatura, diuresis con sondaje vesical, sondaje nasogástrico)
- o Realizar ECG
- o Reposición de volumen y control hidroelectrolítico
- o Analgesia
- o Antibioticoterapia: Metronidazol 500 mg IV $q/8h$ + cefotaxima 1-2g IV $q/8h$. Si alergia a betalactámicos, sustituir por gentamicina 3-5 mg/kg/día repartido 2-3 dosis a intervalos de 12-8 horas.

Trombosis arterial mesenterica

Tratamiento endovascular realizando trombectomia, angioplastia y colocación de stent o a realización de un by-pass aortomesenterico.
Laparotomia exploratoria.

Trombosis venosa mesenterica.

Anticoagulación (heparina sodica), Laparotomia

Trauma Abdominal

Una correcta evaluación y abordaje del traumatismo abdominal y pélvico es crucial, debido a que es una de las causas más frecuentes de mortalidad prevenible en cualquier paciente politraumatizado.

A nivel práctico, es útil diferenciar 3 zonas anatómicas que pueden ser origen de una hemorragia importante.

- Caudal peritoneal o abdomen anterior. Se encuentra cubierta por peritoneo. Hay que recordar que parte del abdomen se encuentra protegido por la pared torácica. El componente torácico del abdomen incluye, diafragma, hígado, bazo y estómago.

- Espacio retroperitoneal. Contiene vena cava inferior, arteria aorta abdominal, duodeno, colon ascendente y descendente, páncreas, riñones y ureteres.

- Cavidad pélvica. Contiene vejiga, uretra, recto, útero y anexo y vasos ilíacos.

Fisiopatología

Agente extraño

Reacción inflamatoria

Congestión vascular

Escape de líquido intravascular

→ Espacio intersticial

Tercer espacio

Contenido proteico
alto.

Clasificación

Urgencias **Trauma Abdominal**

Lesión grave en el abdomen causada por golpes externos (Trauma cerrado) o por heridas penetrantes (Arma Blanca o Arma de Fuego)

Mecanismo	Tipo	Órgano Blanco	Órgano
Trauma Cerrado	• Compresión • Aplastamiento • Desplazamiento • Rotura por succión	1.- Bazo 2.- Hígado 3.- Mesenterio delgado	
	• Arma Blanca (cuchillo)	1.- Hígado 2.- Intestino delgado 3.- Duodeno	
	• Arma de Fuego (pistola)	1.- Intestino delgado 2.- Colon 3.- Hígado	

Conducir al paciente, más rápido y tranquilo para un mejor pronóstico del trauma. **FlashCards**

TIPENARM **Urgencias**

TRAUMA de ABDOMEN (ÓRGANOS AFECTADOS)

TIPO	TIP ENARM
CERRADO	1. Bazo 2. Hígado
PUNDOCORTANTE	1. Intestino delgado 2. Duodeno
ARMA DE FUEGO	1. Intestino delgado 2. Colon 3. Hígado

www.pptid.com/trauma-abdominal

FlashCards **Hematología**

INDICACIONES DE LAPAROTOMÍA

INDICACIONES

1. Hemodinámicamente inestable
2. Hemodinámicamente estable con sospecha de lesión
3. Hemodinámicamente estable sin sospecha de lesión
4. Arma de Fuego
5. Arma Blanca
6. Intestino delgado
7. Colon
8. Hígado
9. Bazo
10. Lesión de órganos sólidos

www.pptid.com/trauma-abdominal

Métodos Diagnósticos

- BHC
- TP y TPT
- QSC
- PFH
- Amilasa
- Gaseometría arterial
- Grupo y Rh
- Pruebas cruzadas
- EGO
- Radiografía de tórax y pelvis
- TC abdominal
- ECO-FAST
- Lavado peritoneal diagnóstico

Tratamiento

