



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del alumno:**

Sandy Daomey Camposeco Ross

**Nombre del profesor:**

Lic. Rubén Eduardo Domínguez

**Licenciatura:**

Profesionalización de Enfermería cuarto cuatrimestre

**Materia:**

Urgencias medico quirúrgicas

**Nombre del trabajo:**

Ensayo unidad III y IV

Fra. Comalapa **05 de diciembre 2020**

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo abordara de manera general de ciertos temas que son muy importantes en el área de enfermería en cirugía y traumatología de urgencia y que nos darán una idea compleja de las principales urgencias, para conocer su diagnóstico, tratamiento, manejo, de acuerdo a la clínica de ciertas urgencias quirúrgicas.

## **UNIDAD III: URGENCIAS EN UROLOGIA, TRAUMATOLOGIA Y VASCULARES**

### **3.1. Urgencias en urología**

La importancia de la patología urológica en un servicio de Urgencias está fuera de toda duda. La Urología ocupa el cuarto lugar en cuanto a número de consultas, después de la Traumatología, Cirugía General y Medicina Interna, constituyendo la especialidad médico-quirúrgica de mayor demanda.

El sistema génito-urinario se afecta: 10-15% de los traumatismos abdominales.

Los padecimientos urológicos representan en conjunto las causas más frecuentes de atención en un servicio de urgencias. Los procesos urológicos que más a menudo producen situaciones urgentes son dolor, hematuria, retención urinaria, priapismo, gangrena de Fournier y urgencias del prepucio.

#### **3.1.1escroto agudo**

El escroto agudo es un síndrome que se caracteriza fundamentalmente por dolor escrotal de aparición brusca y que puede ir acompañado de otros síntomas y signos dependiendo de su etiología, como tumefacción escrotal, náuseas, vómitos, síndrome miccional etc., que nos van a orientar hacia su diagnóstico

• Pruebas Complementarias: – Hemograma – Bioquímica básica – Coagulación (alta sospecha de TT) – Sistemático de Orina – Eco-Doppler – Rh torax y ECG si TT • Diagnostico es CLÍNICO

En urgencias lo más importante es descartar que nos encontremos frente a una torsión testicular ya que ésta requiere tratamiento quirúrgico inmediato

#### **Gangrena de Fournier**

La Gangrena de Fournier es una infección subcutánea grave que se inicia junto a la puerta de entrada de la misma, sea esta uretral, rectal o cutánea. Inicialmente hay una celulitis que causa dolor agudo, edema y eritema; sigue una reacción inflamatoria difusa que afecta hasta los planos fasciales profundos, sin afectarlos

Diagnóstico Para establecer el diagnóstico es indicativa la historia reciente de traumatismos perineales, instrumentaciones, estenosis uretrales pos infecciosas o de fístulas uretrocutáneas. Cuando hay dolor rectal, rectorragias y antecedentes de fisuras anales, fístulas o hemorroides se sospecha más un origen rectal. Radiografía, ecografía escrotal

El tratamiento ha de ser instaurado de modo urgente e incluirá la estabilización hemodinámica del paciente y el inicio de antibioterapia sistémica de amplio espectro, para cubrir aerobios y anaerobios, normalmente con una asociación antibiótica con ampicilina, gentamicina y clindamicina o ceftriaxona, tobramicina y clindamicina o metronidazol.

## **Hematuria**

La hematuria es la presencia de sangre en la orina, es decir el incremento, más allá del nivel normal, de glóbulos rojos en la orina<sup>2</sup>; la hematuria puede ser macroscópica o microscópica

La evaluación de un paciente con hematuria tiene dos vertientes fundamentales, por una parte la evaluación de la repercusión de la hematuria en el estado del paciente y por otra parte la evaluación de la hematuria desde el punto de vista diagnóstico. Resulta prioritario establecer el diagnóstico de hematuria antes de iniciar ninguna actuación médica.

## **3.2 urgencias en traumatología**

### **3.2.1 fracturas abiertas**

Las fracturas abiertas son lesiones que afectan tanto al hueso, como a las partes blandas circundantes. Los objetivos del tratamiento son prevenir la infección, que se produzca la consolidación de la fractura y que se recupere la función. Para lograr estos objetivos es necesario realizar un estudio cuidadoso basado en una evaluación detallada del paciente y la lesión. Debe administrarse profilaxis antitetánica y antibioterapia inmediatamente. La herida de la fractura abierta debe lavarse y debridarse cuidadosamente. Si la lesión de partes blandas es muy extensa puede ser necesario recurrir a colgajos musculares locales o libres. Las técnicas para la estabilización de la fractura dependen de la localización anatómica de la misma y de las características de la lesión.

### **3.2.3. Lesiones traumáticas del raquis con y sin afectación neurológica: diagnóstico y actuación**

El Traumatismo Raquimedular (TRM) incluye todas las lesiones traumáticas que afectan las diferentes estructuras osteoligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radiculares y medulares de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles. Habitualmente afecta a personas jóvenes en etapa productiva. Representa un problema económico para los sistemas de salud dado el alto costo que implica su tratamiento en la etapa aguda y posterior rehabilitación. La medula espinal es el conducto a través del cual viaja la información entre el cerebro y el cuerpo; está diseñada como eje transmisor, regulador y modulador de múltiples funciones neurológicas. La lesión medular aguda es un proceso dinámico, evolutivo y multifásico a partir del momento en que se produce el traumatismo; por ello el objetivo sobre el manejo del daño espinal está orientado a reducir el déficit neurológico resultante y prevenir alguna pérdida adicional de la función neurológica. El nivel más frecuente de lesión es la región cervical media baja, el siguiente lugar es la unión toracolumbar; coincidiendo estos niveles con las áreas de mayor movilidad de la columna espinal. En un paciente con sospecha de daño espinal, la columna debe ser inmovilizada para prevenir el daño neurológico y la anatomía de la lesión debe ser analizada como primer paso al momento de proveer un tratamiento efectivo.

### **3.3 urgencias vasculares**

La mayoría de las urgencias vasculares se deben ya sea a la rotura de la pared vascular con hemorragia resultante (p. ej., a causa de un traumatismo penetrante) o bien debido a la oclusión de la luz vascular (p. ej., a causa de un émbolo o trombo). Las principales consecuencias de estos sucesos son pérdida de sangre o isquemia distal aguda. Si la lesión vascular permanece sin tratamiento, es posible que se genere hipotensión o necrosis tisular.

#### **3.3.1 traumatismos vasculares**

Los traumatismos vasculares pueden deberse a lesiones penetrantes, contusas o iatrogénicas. Las principales causas de lesión son los accidentes de tránsito, las caídas, las armas de fuego, los instrumentos cortantes o punzantes y las quemaduras. Las lesiones vasculares periféricas representan el 80 % de todos los traumatismos vasculares, y en su mayoría afectan a las extremidades inferiores.

Los mecanismos de la lesión vascular son: heridas penetrantes (laceración, transección, perforación, fistula arterio-venosa, aneurismas falsos) no penetrantes (espacio segmentario y lesión de la íntima) y lesiones iatrogénicas.

El diagnóstico de lesiones vasculares periféricas mayores se realiza en forma casi exclusiva mediante el examen físico. La presencia de signos duros se relaciona con una alta sospecha de lesión vascular, de ellos el sangrado pulsátil y Hematoma expansivo son indicación de exploración inmediata ante el riesgo de muerte secundario a Shock hipovolémico.

Una vez que se ha decidido la exploración quirúrgica del paciente con trauma vascular, La buena visualización del vaso comprometido es primordial, por lo que la incisión debe ser generosa.

### **3.3.2 isquemias agudas**

La isquemia aguda es la disminución o la supresión del aporte de sangre en una zona u órgano del cuerpo como consecuencia de un taponamiento del flujo sanguíneo en una o más arterias. Se distinguen dos tipos de isquemias agudas: la trombosis y la embolia y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.

Hablamos de trombosis, cuando la oclusión se produce en el seno de una arteria enferma o de un by pass previo. Por el contrario, la embolia se debe a la oclusión de una arteria sana por un trombo procedente de otro lugar. El diagnóstico etiológico de la isquemia supone una diferencia clínica en el inicio, la severidad del cuadro y el tratamiento que debe efectuarse.

La arterioesclerosis se debe al depósito de lípidos a nivel subendotelial. Estos lípidos suelen encontrarse rodeados de una cápsula fibrosa formando lo que se denomina el "core"; en ocasiones se producen depósitos de calcio en esta placa.

El diagnóstico de embolia, como ya se ha mencionado, conlleva por un lado el tratamiento de la isquemia aguda y, por otro, la detección del foco embólico con vistas a tratamiento posterior para evitar aparición de cuadros similares en el futuro. Así el tratamiento posterior será la anticoagulación del paciente en los casos de embolia de origen cardíaco o el tratamiento del aneurisma en caso de existir.

El tratamiento debe ir encaminado a la restauración del flujo arterial en la extremidad si ésta es viable. Para ello hay que realizar una valoración global de la situación general del paciente sopesando los riesgos y las ventajas e inconvenientes de los tratamientos disponibles. Si la

isquemia es tan severa que obliga a una actuación quirúrgica inmediata o se va a realizar de forma inmediata una arteriografía, no está indicada la anticoagulación.

El actuar del profesional de enfermería se sustenta en la aplicación de un método sistemático que le permite identificar, mediante la valoración, las necesidades que se encuentran alteradas en la persona, lo que a su vez permite enunciar los diagnósticos enfermeros, que serán la base del plan de cuidados que se otorga

### 3.3.3 aneurismas arteriales

Un aneurisma es una dilatación anómala en la pared circunferencial de un vaso sanguíneo o en la pared del corazón. Se clasifican como aneurismas verdaderos y aneurismas falsos (pseudoaneurismas). Los verdaderos se clasifican como sacciformes y fusiformes. Aparecen según su patogenia como productos de factores promotores y desencadenantes que alteran la forma y función de la pared vascular y su debilitamiento, procesos ateroscleróticos e hipertensivos, alteraciones del tejido conectivo y de la matriz extracelular de la pared vascular e infecciones. Los aneurismas falsos (pseudoaneurismas) son defectos de la pared que dan lugar a la formación de un hematoma de extravasación, es decir se forma una comunicación entre el espacio intravascular y extravascular.

**Diagnóstico** El diagnóstico puede ser muy difícil y puede pasar desapercibido cuando los síntomas son vagos. Las técnicas actuales para la evaluación incluyen estudios radiológicos, tales como arteriografía de contraste, ultrasonido, tomografía computarizada y resonancia magnética. Los estudios de imagen como la tomografía computarizada o el ultrasonido pueden ayudar a confirmar o excluir rápidamente el diagnóstico e identificar cualquier complicación.

**Tratamiento.** Históricamente, el tratamiento de los aneurismas arteriales se ha limitado a la intervención quirúrgica o a la espera vigilante en combinación con el control de la presión arterial. Con el paso de los años se han desarrollado técnicas endovasculares o mínimamente invasivas para muchos tipos de aneurismas.

## **UNIDAD IV URGENCIAS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, TERMICAS Y OTRAS.**

### **4.1. Urgencias en Cirugía Oral y Maxilofacial**

Son patologías con una gravedad diversa desde infecciones odontológicas, patologías inflamatorias, litiasis de glándulas salivales y patologías relacionadas con la articulación temporo-mandibular

#### 4.1.1 fracturas faciales, heridas fasciales.

El trauma máxilo facial corresponde a todas las lesiones de origen traumático que afectan al macizo facial, determinado por los tercios superior, medio e inferior del rostro. Estas lesiones incluyen el compromiso de los tejidos óseos y blandos faciales y las estructuras alveolodentarias, determinadas por el hueso alveolar, las piezas dentarias, tejidos gingivales y la mucosa oral.

La etiología del trauma máxilo facial es muy variada. Se pueden mencionar como las más importantes a los accidentes de tránsito, laborales y deportivos, agresiones interpersonales, caídas, entre otros.

El diagnóstico clínico y tratamiento básico inicial de este tipo de lesiones es fundamental para un manejo adecuado desde el punto de vista funcional y estructural.

Las principales fracturas que se presentan son: fractura del hueso frontal, fractura externa del hueso orbital, Fractura pared interna seno frontal, fracturas nasales, fracturas orbitarias, fracturas extendidas, fractura Le Fort I, II y III, fractura panfacial, Fractura de la sínfisis mandibular, Fractura parasinfisiaria, Fractura del cuerpo mandibular, Fractura del ángulo mandibular, Fractura de rama mandibular.

### 4.1 urgencias térmicas

#### 4.1.1 quemaduras

Las quemaduras son lesiones producidas como consecuencia de una transferencia excesiva de calor a los tejidos. En sentido amplio, también se incluyen bajo esta denominación lesiones originadas por otros agentes, tales como la electricidad, determinadas sustancias químicas y las radiaciones ionizantes.

Las quemaduras térmicas pueden originarse por la transferencia de calor desde diferentes materiales que o bien se pongan en contacto directo con el paciente (sólidos, líquidos - escaldaduras-, gases - llamas-) o bien transfieran su energía térmica a distancia (calor radiante).

Según la profundidad La clasificación más sencilla –y también antigua- es la que propuso Hilden. En ella existe una buena correlación entre profundidad y lesión anatomopatológica. • Primer grado: afecta exclusivamente a la epidermis, y únicamente existe una vasodilatación reactiva. • Segundo grado: afecta a la dermis, sin producirse una destrucción de tejido. Se acompaña de una franca respuesta inflamatoria aguda. Lo más característico es el despegamiento epidérmico producido por el líquido extravasado (ampollas o flictenas). • Tercer grado: se caracteriza por la existencia de necrosis tisular. Cuando se conserva parte de la dermis, se habla de quemaduras superficiales. Si no se conserva nada de los anejos cutáneos, se habla de quemaduras profundas o de espesor completo.

Según la extensión La más extendida es la clasificación o regla de los nueves, que otorga porcentajes del 9% a las distintas áreas del organismo. Así, la cabeza supone un 9%, cada extremidad superior otro 9%, mientras que las extremidades inferiores comprenden, el tórax y el abdomen abarcan dos 9% cada uno. Por último, al periné le corresponde el 1% restante.

Clínica En los pacientes quemados, los diferentes síntomas, así como los hallazgos exploratorios, van a depender fundamentalmente del mecanismo de producción de las quemaduras, así como de la profundidad y extensión de las mismas.

Tratamiento El factor pronóstico más importante en una quemadura es la calidad del tratamiento realizado. Debemos tener en cuenta que en el tratamiento debemos distinguir entre local y sistémico, manteniendo en todo momento las características de urgencia.

#### **4.1.2 congelaciones**

Lesiones localizadas por acción directa del frío ante una exposición ambiental a  $< 0^{\circ}$  C. Suelen afectarse las extremidades inferiores (60%), seguido de las superiores (37%). Ambas regiones aparecen afectadas en un 20% y de forma bilateral en el 70%. En las lesiones de manos y pies, es característico que se respete el pulgar, mientras que es muy frecuente que se afecte el 1er dedo del pie. El resto de las localizaciones aisladas, como la facial, son bastantes raras (3%). Fisiopatológicamente podemos diferenciar dos procesos en la congelación de los tejidos. El primero, es causa de la exposición al frío y se produce por el mecanismo llamado criogénico El segundo, de los procesos que ocurren tras el recalentamiento y reperfusión, mecanismo vasculopático

. CLINICA Y EVOLUCIÓN Hay lesiones por frío que no llegan a la congelación como el ERITEMA PERNIO (SABAÑONES), el PIE DE TRINCHERA y DE INMERSIÓN (lesiones localizadas, generalmente en las extremidades inferiores, producidas por el frío y la humedad

durante un periodo de tiempo importante, sin exceder la temperatura de congelación). En los casos agudos, el paciente presenta prurito o dolor urente en zonas cutáneas de aspecto eritematoso o rojo-cianótico. No existen pérdidas tisulares a excepción de alguna úlcera que puede desarrollarse en las formas crónicas y relacionadas con la hipersensibilidad al frío y la hiperhidrosis. Fuera de las medidas locales para aliviar las molestias, no existe ningún tratamiento específico, salvo el mantener las zonas afectas o susceptibles protegidas del frío, en un ambiente seco y caliente.

**TRATAMIENTO** En un 10% de los casos se asocia a un cuadro general de hipotermia severa, por lo que hay que descartarla mediante la medición de la temperatura central, a fin de evitar el “after drop”. Tratar antes ésta, que las lesiones específicas por congelación. Atención a la deshidratación en estos pacientes. Siempre deben ser valoradas por un especialista (cirugía plástica, general,...). Retirar todas las prendas y mantener la extremidad elevada, para favorecer el retorno y disminuir el edema.

#### **4.3. Urgencias de cirugía aguda de la vía aerodigestiva superior: etiología, diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería**

La aspiración de un cuerpo extraño a las vías aéreas constituye una situación clínica que puede variar desde un cuadro dramático de falla respiratoria y muerte hasta una presentación muy crónica manifestada por neumonía recidivante, bronquiectasias o hemoptisis, en la cual llegar a determinar el antecedente de inhalación de cuerpo extraño puede a ser muy difícil. El contacto del cuerpo extraño con la laringe estimula un reflejo de tos que en su primera fase, la de inspiración profunda, facilita el paso del objeto a la tráquea.

El CEA es más frecuente en los niños por distintos motivos, que a su vez explican los *peakúe* incidencia en los distintos años de vida. Primero, la Inmadurez neurológica propia del desarrollo del niño, que se expresa en una deglución y función glótica Inmadura.

La clínica irá muy de la mano de la fisiopatología y obviamente estará condicionada por el tamaño del CEA, de su localización y de su composición.

Según algunas series dentro de los signos y síntomas del CEA, el más frecuente es el síndrome de penetración que puede llegar a estar en el 49% de los casos, otros síntomas frecuentes son la tos persistente, fiebre, disnea, sibilancias.

Es importante entender además que la clínica va a depender de la localización del CEA, así podremos encontrar: cuerpo extraño laríngeo, traqueal y bronquial. El diagnóstico se basa en

tener una alta sospecha clínica, en la historia clínica, en el examen físico y en las pruebas de apoyo. El manejo podrá ser de dos tipos, médico y quirúrgico.

#### **4.4 Cuerpos extraños del área ORL. Hemorragias y traumatismos del área superior**

■ CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO Es una patología frecuente en niños y en pacientes psiquiátricos. El paciente referirá otalgia o realizará sacudidas de cabeza, y si se le pregunta, es habitual la negación del acto, con frases como “estaba jugando”.

■ CUERPO EXTRAÑO NASAL Esta patología es mucho más frecuente en niños. El cuerpo extraño puede llevar mucho tiempo en fosa nasal o ser de reciente introducción. En el caso de ser de reciente introducción suele haber una certeza de la presencia del cuerpo extraño porque o se ha visto al niño introducirse el objeto en la nariz o el niño lo dice.

■ CUERPO EXTRAÑO EN FARINGE Esta patología es más frecuente en adultos, sobretodo en aquellos portadores de prótesis dentales. Otorrinolaringológicas Libro electrónico de Temas de Urgencia En faringe e hipofaringe lo más frecuente es encontrarnos espinas y en tercio superior de esófago lo habitual es encontrar huesos y espinas de gran tamaño. Para el diagnóstico de cuerpo extraño en faringe es muy importante una correcta anamnesis (relación o no con la ingesta de las molestias, tipo de espina, tiempo que ha pasado desde la ingesta....).

##### Hemorragia nasal anterior

El sangrado nasal generalmente proviene de la parte anterior de la nariz (hemorragia nasal anterior) de los pequeños vasos sanguíneos que existen en el cartílago que separa las dos fosas nasales. Este cartílago es el tabique nasal, y contiene muchos vasos sanguíneos. La mayoría de las hemorragias nasales anteriores son más escandalosas que graves.

##### Hemorragia nasal posterior

La hemorragia procedente de los vasos sanguíneos situados en la parte posterior de las fosas nasales (hemorragia nasal posterior), aunque es poco frecuente, es más peligrosa y difícil de tratar. La hemorragia nasal posterior por lo general implica a vasos sanguíneos más grandes que la hemorragia nasal anterior

Los traumatismos faciales aparecen con frecuencia formando parte de un politraumatismo.

Se producen en accidentes de tráfico, deportivos, caídas y agresiones, pudiendo afectar a la vía aérea, al sistema circulatorio y asociarse a traumatismos craneales.

Por otro lado, los traumatismos faciales tienen importantes alteraciones funcionales y en los órganos de los sentidos, con la consiguiente repercusión psicológica por la visibilidad de las lesiones.

Exploración general Se basa en el enfoque A B C (Airway, Breathing, Circulation). Inicialmente comprobaremos la **permeabilidad de la vía aérea**. Se debe explorar la cavidad bucal, retirar los posibles cuerpos extraños (prótesis, dientes, coágulos, etc). y traccionar de la lengua si esta cae hacia atrás en las fracturas múltiples mandibulares.

Se debe evaluar la **función respiratoria**, es decir, la frecuencia, profundidad y simetría de los movimientos torácicos.

En cuanto al **sistema circulatorio**, se debe valorar el color, temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial para descartar un posible **shock hipovolémico** por hemorragias internas o de la región facial.

Por último, hay evaluar un posible **traumatismo craneal**, controlando el nivel de conciencia y descartando una midriasis.

## CONCLUSION.

Los temas abordados en este ensayo son muy importantes para la formación del enfermero y que fueron abordados de manera compleja pero es necesario profundizar en cada uno de ellos ya que es importante conocer todos estos temas y sobre todo en los cuidados de enfermería.