



NOMBRE DEL ALUMNO:

Sandy Daomey Camposeco Ross

NOMBRE DEL PROFESOR:

Lic. Rubén Eduardo Domínguez

LICENCIATURA:

Profesionalización Enfermería

MATERIA:

Urgencias medico quirúrgicas

PASIÓN POR EDUCAR

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

Cuarto cuatrimestre semiescolarizado

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO

Mapa conceptual unidad I

Frontera Comalapa, Chiapas 13 de noviembre de 2020.

1.1 URGENCIA MEDICO QUIRURGICA: Esencialmente, las urgencias como calificativo de un evento o estado generan la necesidad de atención médica encaminada a limitar el daño, o bien, restablecer en forma íntegra la salud. Urgencia todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata, que requiere de tratamiento en un espacio determinado de las unidades prestadoras de servicio.

1.1.1 EVALUACION Y PREPARACION PREOPERATORIA

EVALUACION

El objetivo final es lograr que la cirugía se realice con el menor riesgo contingente y el máximo beneficio para el paciente, que el postoperatorio transcurra sin intercu- rrencias desfavorables

PREPARACION

. La posibilidad de corregir en el preoperatorio inmediato las deficiencias detectadas está en relación con el estado del paciente, con la cantidad de variables monitoreadas y con la exactitud de los datos recogidos.

← OBJETIVOS →

ETAPAS

- Primera consulta (interrogatorio y examen físico)
- Consultas subsecuentes (se revisan exámenes)

Comprende las siguientes acciones:

- Evaluar el estado general del paciente.
- Evaluar el estado de nutrición del paciente.
- Descartar patología concomitante o asociada.
- Evaluar el estado inmunitario del paciente con respecto al tétanos.



CRITICO si el tiempo destinado al preoperatorio lo permite (y sólo en ese caso), se tratará de disponer de determinaciones más precisas para evaluar el estado clínico, tomando en cuenta la función de los distintos órganos y sistemas



CATEGORIAS

- **Riesgo menor** (procedimientos no invasivo)
- **Riesgo mediano** (con perdida sanguínea mínima o leve)
- **Riesgo alto** (Procedimientos invasivos que involucran pérdida sanguínea limitada)
- **Riesgo severo**(Ejemplos: cirugía cardíaca, neumonectomía)

PACIENTE

ESTABLE basta con contar con controles clínicos y de laboratorio normales.

1.1.2 Contacto sociológico

- *proporcionar información al paciente
- *responder a las preguntas
- *obtener su consentimiento informado
- *registrar datos obtenidos

1.1.3 Historia clínica

Se debe prestar especial atención a los aparatos cardiovascular y respiratorio, al estado de nutrición, a los sistemas endocrino y hematológico, a la existencia de infecciones y a la medicación actual del paciente

FACTORES DE RIESGO

- *aparato cardiovascular (disnea, insuficiencia cardíaca, arritmias, etc.)
- *aparato respiratorio (fumadores)
- *estado de nutrición (pérdida de peso, semiología, obesidad, etc.,)
- *Ictericia e insuficiencia hepática
- *insuficiencia renal
- *presencia de infección
- *medicación
- *diabetes, hipotiroidismo

1.1.3 Valoración y clasificación

estimar el riesgo clínico. A este efecto (si bien el cirujano es quien está a cargo del manejo preoperatorio) una correcta evaluación puede requerir en determinadas circunstancias

- Peso y talla.
- Estado general y cardiopulmonar.
- Antecedentes hematológicos: hemostasia (historia personal o familiar), anemia.
- Posibilidad de embarazo
- Experiencias quirúrgico anestésicas previas.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Otros según los hallazgos.

1.1.5 Situaciones especiales

- * Riesgo cardiovascular
- * diabetes

1.6 HEMORRAGIA Y SHOCK

HEMORRAGIA: Llamamos hemorragia a cualquier salida de sangre de sus cauces habituales

DEFINICION

SHOCK Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente.

TIPOS

ARTERIAL O VENOSA CAPILAR

HAMORRAGIAS EXTERIORIZADAS: Son hemorragias que siendo externas salen al exterior a través de un orificio del cuerpo

Otorragias,
epistaxis,
hemoptisis o
hematemesis

Shock cardiógeno (debido a problemas cardíacos)
Shock hipovolémico (causado por muy poco volumen de sangre)
Shock anafiláctico (causado por una reacción alérgica)
Shock séptico (debido a infecciones)
Shock neurógeno (ocasionado por daño al sistema nervioso)

HEMORRAGIAS EXTERNAS La sangre sale al exterior a través de una herida

HEMORRAGIA INTERNA es la que se produce en el interior del organismo sin salir al exterior, pero se puede detectar porque el paciente presenta signos y síntomas de shock

- Inicialmente pueden aparecer letargo, somnolencia y confusión.
- La piel se vuelve fría y húmeda y, a menudo, azulada y pálida.
- Al presionarla, el color tarda mucho más en volver que en condiciones normales.
- Los vasos sanguíneos pueden hacerse evidentes formando una red de líneas azuladas por debajo de la piel.
- El pulso es débil y rápido, excepto cuando la causa del choque (shock) es un latido cardíaco lento.
- Por lo general, la persona no puede incorporarse sin experimentar sensación de aturdimiento o desvanecimiento.
- La respiración se acelera, pero tanto esta como el pulso pueden ralentizarse cuando la muerte es inminente.
- La presión arterial es tan baja que a menudo no puede medirse con un manguito de tensión arterial.

1.7.1 ABDOMEN AGUDO

DEFINICION: aquella situación «crítica» que cursa con síntomas **abdominales** graves y que requiere un tratamiento médico o quirúrgico urgente

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES:

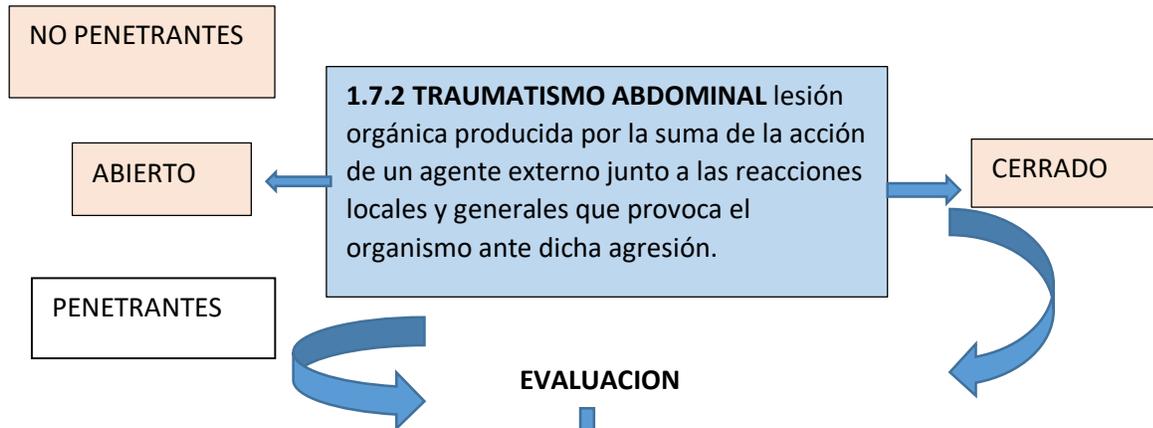
- Dolor abdominal agudo.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Repercusión sobre el estado general.

DIADNOSTICO

En los ancianos con abdomen agudo, la presentación Clínica más frecuente sigue siendo la forma Clásica (aparición aguda, existencia de dolor, náuseas, Vómitos, alteraciones del ritmo intestinal, repercusión del estado general, etc.), Su diagnóstico diferencial incluye gran variedad de procesos intra y Extra abdominales y puede corresponder tanto a procesos médico-quirúrgicos graves, como a situaciones menos serias

TRATAMIENTO

- Criterios de tratamiento quirúrgico:
 1. Peritonitis localizada o difusa (apendicitis Aguda, hernia estrangulada...).
 2. Perforación de víscera hueca (existencia de neumoperitoneo).
 3. Obstrucción intestinal completa.
- Pueden requerir tratamiento quirúrgico:
 1. Colecistitis aguda.
 2. Diverticulitis aguda.
 3. Pancreatitis aguda.
 4. Megacolon tóxico.



El objetivo principal es evidenciar o descartar lesiones de riesgo vital e instaurar las medidas necesarias de soporte vital para preservar la vida del paciente. Siguiendo el método **del ABC.**

- 1/ Analítica: bioquímica, hemograma, tiempo de coagulación, pruebas cruzadas, niveles de alcoholemia y análisis de orina.
- 2/ ECG y monitorización de constantes vitales.
- 3/ Radiografía de abdomen
- 4/ Radiografía de tórax: es importante para descartar la presencia de hemotórax, neumotórax o fracturas costales.
- 5/ Radiografía de pelvis.

- MANEJO:**
- *valoración del estado de shock.
 - *sonda gástricas
 - *canalización 2 vías
 - *catéter urinario
 - *muestras de sangre
 - *muestras de orina, drogas y embarazo

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones de hemorragia digestiva alta (HDA), pueden incluir:

- Vómito con sangre o algo que parece café molido (hematemesis)
- Diarrea o evacuaciones de color negro y pastosas como alquitrán, muy mal olientes (melena)

Las manifestaciones de hemorragia digestiva baja (HDB), pueden incluir:

- Deposiciones rojo vinosas con coágulos (hematoquezia)
- Deposiciones con sangre roja rutilante, cuyo origen

1.7.3- 1.7.4
HEMORRAGIA DIGESTIVA es cualquier sangrado que provenga del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano.

BAJA: se origina en el yeyuno o íleon (segunda y tercera porción del intestino delgado), colon (intestino grueso), recto o ano.

CAUSAS

10% de los casos asociados a una enfermedad sistémica

90%

- Várices esofágicas.
- Erosiones y úlceras Mallory Wais.
- Malformación arterio-venosa.
- Pólipos.
- Fisuras anales.
- Hemorroides.
- Causas quirúrgicas.

COMPLICACIONES

La mayoría de los pacientes evolucionan satisfactoriamente, logrando controlarse la hemorragia digestiva mediante métodos endoscópicos, sin complicaciones asociadas.

TRATAMIENTO

La cirugía está indicada en las siguientes situaciones clínicas:

- Se ha determinado claramente una causa quirúrgica de hemorragia digestiva; por ejemplo, una perforación intestinal o un divertículo de Meckel.
- Paciente inestable que no responde a la reanimación, en el cual no puede realizarse un procedimiento endoscópico.
- Fracaso de tratamiento endoscópico para el control de la hemorragia.

ALTA. Se origina en el esófago, estómago o en el duodeno (primera porción del intestino delgado).

DEFINICION: comprende todas las situaciones en las cuales existe un impedimento en el flujo normal de bilis desde el polo canalicular del hepatocito hasta el duodeno, lo que produce alteraciones morfológicas, fisiológicas y clínicas.

1.7.5 ICTERICIA OBSTRUCTIVA

CAUSAS

Intrahepaticas

Extra hepáticas

A. Sin obstrucción mecánica con daño hepatocelular predominante a) Agudas – Virus de las hepatitis A, B, B+D, C, E; virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus – Hepatitis autoinmune – Hepatitis isquémicas – Congestiva: síndrome de Budd-Chiari, valvulopatías e insuficiencia cardíaca – Hepatitis tóxicas – Infecciones bacterianas, leptospiras, salmonelas – Enfermedad hereditaria (de Wilson) b) Crónicas – Virus de las hepatitis B, C, D; citomegalovirus, VEB – Hepatitis autoinmune – Lesiones primarias de los conductillos biliares intrahepáticos (cirrosis hepática biliar primaria y colangitis esclerosante primaria inicial) – Hereditarias (enfermedad de Wilson, insuficiencia de alfa-1 antitripsina) B. Sin obstrucción mecánica con mínimo o nulo daño hepatocelular – Colestasis recurrente del embarazo – Alimentación parenteral – Por drogas: estrógenos y esteroides anabólicos – Colestasis benigna recurrente C. Obstrucción mecánica al paso de la bilis a) Infiltrativas – Infecciosas (tuberculosis, microabscesos) – Granulomatosas (sarcoidosis, granulomatosis de Wegener)

A. Obstrucción de los conductos biliares – Coledocolitiasis – Síndrome de Mirizzi – Cuerpos extraños – Parásitos (áscaris y fasciolas) B. Enfermedad de los conductos biliares a) Enfermedad biliar benigna – Estenosis de la vía biliar (quirúrgica, traumática, isquémica) – Sección o ligadura de colédoco o de los conductos hepáticos – Úlcera duodenal cicatrizada con daño en la papila b) Enfermedad biliar neoplásica – Colangiocarcinoma – Carcinoma ampular – Cáncer vesicular infiltrante c) Enfermedad biliar inflamatoria – Colangitis esclerosante primaria – Colangitis por sida – Papilitis y odditis estenosantes C. Compresión extrínseca de los conductos biliares – Cáncer de páncreas – Pancreatitis – Linfadenopatías en el hilio hepático – Diverticulitis yuxtapapilar del duodeno

MANIFESTACIONES

CLINICAS

- 1) Ausencia de bilis en el intestino
- 2) Ingurgitación biliar
- 3) Paso de los componentes biliares a la sangre

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS de laboratorio (transaminasas, bilirrubina, fosfata alcalina, Gamaglutamil transpeptidasa, colesterol, tiempo de protombina)
Imagenológicos (ecografía y TAC)

TRATAMIENTO
esfinterotomía, la dilatación de estenosis focales con balón y la colocación de catéteres de drenajes o prótesis endovasculares.

1.7.6-1.7.8 PATOLOGIA URGENTE DE LA VIA BILIAR

LITIASIS BILIAR: TIPOS
1.- Colesterol
2.- pigmentarios

COLIANGITIS AGUDA Infección de la bilis dentro de los conductos biliares intra y extrahepáticos, de origen bacteriano, en una situación de cólico biliar

COLESISTITIS AGUDA Inflamación de la mucosa de la vesícula biliar por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo

CLINICA:
1.- dolor abdominal
2.- náuseas y vomito
3.- fiebre
4.- ictericia
5.- signo de Murphy

CLINICA:
TRIADA DE CHARCOT: fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho.
Pentada de Reynolds: Lo anterior más confusión mental y shock. Sugiere bacteriemia con evolución grave.

CLINICA dolor intenso localizado en hipocondrio derecho, epigastrio, con defensa y signo de Murphy positivo

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
1.- Hemograma
2.- bioquímica
3.- coagulación
4.- ECG, RX tórax
5.-analitica de orina
6.-ecografia o TAC

TRATAMIENTO: Dieta absoluta, fluidos, control de constantes y antibiótico desde inicio: amoxicilina-clavulanico, piperacilina/tazobactan, impenem, Meropenem, +/- metronidazol. Avisar a cirujano de guardia.

TRATAMIENTO: Dieta absoluta, fluidos, control de constantes y antibioterapia: Amoxicilina-clavulánico, Carbapenem, cefotaxima, piperacilina/tazobactan , y en casos graves valorar asociar metronidazol.

PLAN DE ACTUACION INICIAL
1. Si no hay sospecha de cólico biliar o no se diagnostica tras realización de pruebas complementarias: seguir protocolo de dolor abdominal
2. Si se sospecha cólico biliar con pruebas complementarias normales, sin fiebre, no se realiza ecografía y tiene dolor controlado: se podrá remitir al paciente a Digestivo de zona para estudio.
3. Tras realización de pruebas complementarias y ecografía abdominal, con diagnóstico de cólico biliar: se procederá a seguir la guía de cólico biliar en urgencias mediante el algoritmo propuesto.