

**Nombre del alumno:**

Yovana Montejo López

**Nombre del profesor:**

Rubén Eduardo Domínguez

**Maestría:**

Profesionalización en enfermería

**Materia:**

Urgencias Médico Quirúrgico

**Nombre del trabajo:**

Ensayo del tema:

Urgencias en urología y urgencias en cirugía oral

## 3RA UNIDAD

### URGENCIAS EN URLOGIA

#### Escroto agudo

##### Concepto

El escroto agudo es el cuadro clínico definido por dolor testicular de pocas horas de evolución, asociado habitualmente a signos inflamatorios locales, como: tumefacción, eritema y/o aumento de la temperatura escrotal. Se incluye también dentro de este diagnóstico: el edema escrotal idiopático, caracterizado por tumefacción escrotal, asociado o no a dolor local de poca intensidad.

El escroto agudo se considera un cuadro clínico urgente, ya que requiere un diagnóstico precoz que confirme o descarte la existencia de torsión testicular: una de las causas más frecuentes de escroto agudo, y que puede evolucionar a daño testicular irreversible y atrofia, si no se trata precozmente.

##### Etiología

La torsión de apéndices testiculares, la epididimitis y la torsión de testículo, suponen más del 80% de las causas de escroto agudo. La edad de presentación de la torsión testicular es determinante en su etiopatogenia, clasificándose en: torsión intravaginal, típica del adolescente, y torsión extravaginal, presente en el período perinatal o en niños de corta edad.

Las causas más frecuentes de escroto agudo son: la torsión testicular, la epididimitis y la torsión de apéndices testiculares, por orden de severidad, que suponen aproximadamente el 85% de los cuadros de escroto agudo(1,2). Otras situaciones menos frecuentes son: traumatismos testiculares, hernia inguinal incarcerada, vasculitis (púrpura de Schönlein-Henoch) o cuadros clínicos de orquitis viral.

##### Diagnóstico

El diagnóstico de escroto agudo debe basarse en la anamnesis y exploración física. Ante situaciones sospechosas de torsión testicular, la actitud indicada es la exploración quirúrgica, sin la realización de pruebas complementarias que retrasen su tratamiento precoz.

## Anamnesis

- Edad: la edad es un factor importante en el diagnóstico diferencial del escroto agudo, pudiendo clasificarse en distintos períodos, en función de las causas predominantes:
  - P. neonatal: torsión testicular.
  - P. prepuberal: más frecuente: torsión de hidátide testicular.
  - Adolescencia: torsión testicular, epididimitis. En este grupo de edad, la torsión testicular representa más de la mitad de los casos de escroto agudo.
- Dolor: la torsión testicular se manifiesta de forma típica con: dolor intenso, de inicio brusco, de pocas horas de evolución. Además, el paciente presenta mal estado general, y puede asociar otros síntomas, como náuseas o vómitos.

## Tratamiento

La torsión testicular es una urgencia quirúrgica que requiere un tratamiento quirúrgico precoz, para garantizar la viabilidad del testículo. El grado de torsión y el tiempo de evolución son los dos factores principales en la predicción del daño testicular. En los cuadros no complicados de torsión de hidátide testicular, está indicado el tratamiento médico.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-09/escroto-agudo/>

## GANGRENA DE FOURNIER

es una emergencia urológica, descrita por Baurienne en 1764, aunque fue posteriormente en 1883 cuando un venereólogo francés, Jean Fournier, describe las características clínicas de la enfermedad a raíz de 5 casos sin causa aparente.

La gangrena es la muerte de tejido corporal como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea o de una infección bacteriana grave. Afecta comúnmente las extremidades, como los miembros, los dedos de las manos y de los pies, pero también puede ocurrir en los músculos y órganos internos.

Las posibilidades de que se produzca gangrena son más altas si tienes una enfermedad preexistente que pueda dañar los vasos sanguíneos y la circulación de la sangre, como la diabetes o el endurecimiento de las arterias (ateroesclerosis).

Los tratamientos para la gangrena comprenden la cirugía para retirar el tejido muerto, antibióticos y oxigenoterapia hiperbárica. El pronóstico para la recuperación es mejor si la gangrena se identificó temprano y se trató de forma rápida

## Síntomas

Cuando la gangrena afecta la piel, los signos y síntomas pueden comprender:

Cambios de color de la piel (de pálida a azul, violeta, negra, bronce o roja, según el tipo de gangrena que tengas)

Hinchazón o formación de ampollas llenas de líquido en la piel

Una línea nítida entre la piel sana y la piel dañada

Dolor intenso y repentino seguido de una sensación de entumecimiento

Secreción de olor desagradable de una llaga

Piel delgada y brillante o sin vello

Piel que se siente fresca o fría al tacto

Puede producirse un trastorno llamado «choque séptico» si una infección bacteriana originada en el tejido gangrenoso se propaga por el cuerpo. Los signos y síntomas del choque séptico son:

Presión arterial baja

Fiebre, posiblemente, aunque la temperatura también puede ser más baja de lo normal (96,8 °F/36 °C)

Frecuencia cardíaca acelerada

Aturdimiento

Dificultad para respirar

Confusión

Causas

La gangrena puede producirse debido a una o varias de las siguientes causas:

Falta de suministro de sangre. La sangre suministra oxígeno, nutrientes para alimentar las células y componentes del sistema inmunitario, como anticuerpos, para protegerte de las infecciones. Si el suministro de sangre no es adecuado, las células no pueden sobrevivir y el tejido se descompone.

Infección. Si las bacterias proliferan sin control por largo tiempo, la infección puede prevalecer y provocar la muerte del tejido, lo que produce gangrena.

Traumatismo. Las heridas traumáticas, como las heridas de bala o las lesiones por aplastamiento en accidentes automovilísticos, pueden provocar que bacterias invadan los tejidos profundos del cuerpo. Cuando esos tejidos se infectan, se puede producir gangrena.

## HEMATURIA

Se define como la presencia de hematíes (sangre) en la orina y, aunque la pérdida de sangre a través de la orina en individuos sanos es algo normal, el sangrado debe considerarse patológico cuando el paciente presenta más de 2 hematíes por campo de orina

## DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

En la fase preliminar del proceso diagnóstico de la hematuria, el urólogo debe definir si es micro o macroscópica, en qué fase de la micción se produce, si está asociada a dolor y si el paciente elimina coágulos.

El tipo de hematuria en los pacientes que no presentan elementos de riesgo se determina tras la realización de una ecografía y una UIV.

Si el paciente no ha sido bien diagnosticado, presenta hallazgos dudosos, sangra más copiosamente, presenta síntomas acompañantes o pertenece a uno de los grupos de pacientes con factores de alto riesgo con macro o microhematuria es preciso desplegar todo el protocolo diagnóstico que incluye además de la ecografía y la UIV, la realización de citología y citoscopia, además de pruebas complementarias de diagnóstico por imagen (TAC o RNM, angiografía, ureterorrenoscopia o flebología).

### **Tratamiento de la hematuria**

El tratamiento de la hematuria está determinado por el origen de la misma: renal, vesical o prostático. La terapia médica para el tratamiento de la hematuria contempla la administración de antifibrinolíticos (para favorecer la formación del coágulo), anticistopáticos (para reforzar los capilares) o la introducción de potentes anticoagulantes para conseguir la lisis completa de coágulos.

Por su parte, las técnicas quirúrgicas más utilizadas para el tratamiento de la hematuria son el desbloqueo o el lavado vesical (desalojo de la vejiga los coágulos retenidos y drenar la orina), el lavado continuo a través de una sonda, el taponamiento mediante la colocación de un tampón a presión que oprime el foco sangrante, la ablación eléctrica o mediante láser de las lesiones o el cerclaje de la cápsula prostática.

## **URGENCIAS EN TRAUMATOLOGIA**

Las fracturas abiertas son debidas, en general, a una mayor violencia del traumatismo respecto a las fracturas cerradas y, por tanto, hacen prever un mayor número de complicaciones. Se produce un mayor grado de contusión de las partes blandas, como son los vasos, los nervios y, fundamentalmente, los músculos y la piel. Si a todo ello se añade la habitual conminución de los fragmentos, la contaminación bacteriana encontrará en las fracturas abiertas un espléndido marco para su desarrollo y ulterior aparición de la infección ósea.

### **El tratamiento**

FA exige del traumatólogo determinar el tamaño, localización y grado de contaminación de la herida, así como el grado de lesión ósea asociada. Debe valorarse el método óptimo de estabilización de la

fractura, el momento y tipo de cobertura. También debe considerarse si el paciente obtendrá un beneficio superior con la reconstrucción de la extremidad que con una amputación. Desde los primeros días de tratamiento la preocupación principal debe ser el restablecimiento de la máxima función de la extremidad.

## URGENCIAS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL TERMICAS Y OTRAS

### FRACTURAS FACIALES

El trauma máxilo facial corresponde a todas las lesiones de origen traumático que afectan al macizo facial, incluyendo tejidos óseos, blandos y las estructuras alveolo dentarias.

### QUEMADURAS

#### DEFINICIÓN

Las quemaduras son lesiones físicas de la piel que pueden involucrar otros tejidos y donde no intervienen fuerzas mecánicas, sino que son generadas por agentes físicos y ocasionalmente químicos, con extensión y profundidad variable.

Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel.

#### RIESGOS O COMPLICACIONES POTENCIALES

*f* Infección.

*f* Desnutrición.

*f* Síndrome compartimental.

*f* Obstrucción urinaria por edema (en quemaduras en el perineo)

*f* Cicatrices patológicas:

- Excesivas: hipertróficas y queloides.

- Insuficientes: heridas crónicas e inestables.

*f* Alteración estética y funcional del área afectada.

*f* Úlcera de Curling.

*f* Contracturas articulares.

## INDICACIONES

*f* Presencia de quemaduras dérmicas de cualquier etiología o localización.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA

### Atención inicial

*f* Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (IV):

- A (Airway): Vía aérea abierta y limpia.

- B (Breathing): Respiración. Descubrir el pecho y comprobar la expansión adecuada y equitativa de ambos hemitorax.

- C (Circulation): Circulación. Comprobar y tratar la presencia de sangrado debido a otras lesiones. Valorar el pulso y la circulación periférica.

- D (Disability): Estado neurológico. Determinar el estado de conciencia.

*f* En caso de que sea necesaria la reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre, siempre que sea posibles en zonas de piel sana, preferiblemente a más de cinco centímetros de la piel quemada (IA).

*f* Administrar el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias. Preferiblemente la administración debe ser por vía endovenosa, dado que la absorción por vía intramuscular es lenta en zonas edematizadas (IV).

*f* Retirar cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo

objeto ó ropa antes que la zona comience a inflamarse (IV).

*f* Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.

*f* Si el edema está presente elevar la zona afectada para evitar el síndrome compartimental. En quemaduras en la cara elevar la cabecera de la cama/camilla unos 30 GRADOS.

.

*f* En quemaduras causadas por fuego directo o por contacto:

- En las primeras tres horas tras producirse la quemadura, irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 - 30 minutos ya que reduce la severidad del daño tisular y el edema (III).

- No utilizar agua helada, debido a que la vasoconstricción intensa puede causar la progresión de la quemadura y también aumenta el riesgo de hipotermia (IV).

- Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C.

*f* En quemaduras químicas:

- Utilizar el equipo de protección adecuado.

- Si es posible, determinar la sustancia química causante, retirar la ropa cortándola para evitar el contacto con tejidos sanos.

- Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel, e irrigar copiosamente la quemadura con agua a baja presión por un periodo de tiempo de entre 30 a 60 minutos.

- Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C.
- No tratar de neutralizar las sustancias químicas. La reacción exotérmica que provocan genera calor y puede agravar la lesión inicial, además de retrasar la retirada del agente (IV).