



NOMBRE DEL ALUMNO:

Delbi Yuridia Santizo García

NOMBRE DEL PROFESOR:

Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA:

EN ENFERMERIA

MATERIA:

Urgencias Médico Quirúrgicas

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

4° semiescolarizado

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

ENSAYO DE LA UNIDAD 3 Y 4.

Frontera Comalapa, Chiapas a 6 de diciembre de 2020.

INTRODUCCIÓN.

Se abordan distintos temas de como actuar como profesional de enfermería en cada situación y saber el cuadro clínico ante cualquier urgencia y como tratar cada situación.

Comenzamos con los padecimientos urológicos que 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.

ESCROTO 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. Constituye un motivo frecuente de consulta urgente, siendo la orquioepididimitis la causa más común en la población adulta y la torsión testicular en la pediátrica. Este último cuadro representa, además, una verdadera urgencia, ya que un error o retraso en el diagnóstico puede llevar a la pérdida del testículo, con la consiguiente repercusión sobre la fertilidad y las posibles implicaciones médico-legales.

ETIOLOGIA

Las causas fundamentales del síndrome del escroto agudo son la torsión testicular, la orquioepididimitis aguda y la torsión de los apéndices testiculares, que constituyen el 95% de los casos. Además, existen muchas otras causas que pueden ser divididas en testiculares y extratesticulares:

Causas testiculares:

- Torsión de cordón.
- Torsión de anexos testiculares.
- Infecciones: orquitis, epididimitis.
- Hidrocele-espermatocèle.
- Varicocele. Quiste de epidídimo.
- Traumatismos.
- Tumores testiculares.
- Vaginitis en fiebre mediterránea familiar.
- Infarto testicular idiopático.

– Trombosis venosa espermática.

Causas extratesticulares:

– Hernia inguinoescrotal.

– Edema escrotal idiopático.

– Paniculitis.

– Picadura de insecto.

Gangrena de Fournier.

Para el diagnóstico de un escroto agudo se requiere:

Realizar una historia clínica en la que conste el comienzo del dolor (de forma brusca o lentamente), su localización, los antecedentes de traumatismo o de cirugía, si se asocia a molestias urinarias o fiebre, etc.

Un examen físico del abdomen y de la región inguinal.

Análisis y cultivo de orina. Una infección urinaria es sugestiva de la presencia de una epididimitis o de otra infección.

Una ecografía para descartar torsión testicular en casos donde haya duda.

Un exudado uretral si hubiera emisión de pus por la uretra.

El tratamiento de un escroto agudo depende de la causa que lo genera. alguna de estas enfermedades requiere una cirugía urgente para evitar la pérdida del testículo, otras una vez establecido el diagnóstico, debe intentarse la detorsión manual, ya que es el procedimiento más rápido para reestablecer el flujo testicular. Inicialmente se han de distorsionar rotándolos hacia afuera en un eje vertical. Si esto aumenta el dolor, la detorsión ha de intentarse en dirección opuesta; el éxito de la misma se puede verificar mediante el doppler.

En caso de éxito, puede convertirse una situación de emergencia, en un procedimiento de urgencia diferida o electiva. Las posibilidades de éxito serán mayores cuanto más precoz sea el intento, ya que en estadios avanzados existe fijación a la pared escrotal, por infiltración edematosa

GANGRENA DE FOURNIER

La gangrena de Fournier (GF) es una enfermedad infecciosa rara y potencialmente fatal, caracterizada por fascitis necrótica del periné y la pared abdominal junto con el escroto y el pene en los varones y la vulva en las mujeres, 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.

Fournier, al describir el proceso, formuló la hipótesis de que el agente causante era el *Streptococcus pyogenes*, sin embargo los cultivos de los exudados suelen evidenciar múltiples organismos y por lo tanto las hipótesis actuales ponen más énfasis a los procesos sinérgicos entre aerobios y anaerobios. En la mayoría de los casos se cultiva flora habitual cutánea, uretral o rectal, por lo que está claro que el compromiso tisular local, el tipo y la dosis del elemento invasor, la naturaleza del episodio desencadenante y el estado previo del sujeto son de una importancia trascendental. Los organismos aislados con mayor frecuencia son los *Bacteroides*, coliformes, *Klebsiella*, *Proteus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* y *Peptostreptococcus*

Las variaciones en los mecanismos patogénicos de las bacterias pueden explicar el desarrollo de la necrosis tisular. Generalmente, los anaerobios producen heparinasa y los aerobios sustancias que actúan fijando el complemento, por lo que ambos tipos de gérmenes causan coagulación intravascular.

Etiología Contrario a la descripción inicial, la enfermedad sigue actualmente un curso más insidioso e indolente y en aproximadamente un 95% de los casos puede identificarse una causa; que suele corresponder a una infección profunda del aparato urinario inferior, de las partes blandas de la región anorrectal o de la piel de los genitales. Se ha documentado la asociación entre necrosis cutánea y obstrucción uretral, ruptura y extravasación. Los focos más frecuentes son uretrales y rectales, secundarios a abscesos perianales, fisuras, estenosis uretrales

Diagnóstico Para establecer el diagnóstico es indicativa la historia reciente de traumatismos perineales, instrumentaciones, estenosis uretrales posinfecciosas o de fístulas uretrocutáneas. Cuando hay dolor rectal, rectorragias y antecedentes de fisuras anales, fístulas o hemorroides se sospecha más un origen rectal. El origen dérmico hay que sospecharlo si el examen rectal y la uretrografía son normales y hay antecedentes agudos o crónicos de infecciones escrotales (hidradenitis supurativa, balanitis o inyecciones genitales de drogas parenterales)

Tratamiento:1. Medidas generales: 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.

2. Tratamiento quirúrgico:Las medidas generales mencionadas tienen como objetivo estabilizar al paciente en espera de tratamiento definitivo, que según la mayoría de los autores consiste en el desbridamiento quirúrgico. Este no se puede diferir puesto que el proceso gangrenoso avanza con gran rapidez en todas direcciones, unos 2-3 cm. a la hora³. Con el paciente bajo anestesia general o espinal

Los tejidos inflamados pero no isquémicos pueden manejarse con incisiones y drenajes subcutáneos, que se mantienen para evitar que se creen espacios cerrados que perpetúen la infección mientras se minimiza la pérdida de sustancia, si la infección progresa y se necrosan dichas áreas se procede al desbridamiento radical de las mismas¹⁴. En casos de estenosis uretral con extravasación intensa o flemón periuretral se procede a realizar una punción suprapúbica, pero en casos más leves puede ser suficiente un catéter vesical. En caso de afectación extensa del esfínter anal o perforación rectal o colónica será preciso realizar una colostomía¹⁸. Antiguamente era muy frecuente realizar orquiectomía en el momento del desbridamiento quirúrgico, pero en la actualidad solo se indica en casos de abscesificación o de epididimitis difusa. Si es necesario, se implantan los testículos en un bolsillo subcutáneo de la piel del muslo o de la pared abdominal.

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; la hematuria puede ser macroscópica o microscópica.

En la primera de ellas, a simple vista la orina es clara pero aparecen hematíes en el sedimento urinario centrifugado.

En la segunda la orina está teñida de sangre que proviene del aparato urinario.

La diferencia clínica de estas dos formas es cuantitativa y no cualitativa, es simplemente una cuestión de grados de severidad de un mismo tipo de patología y no un tipo distinto de patología lo que las diferencia. Cualquier lesión que pueda causar una hematuria macroscópica puede ser causa de una microhematuria, por lo que nunca debemos plantearnos no estudiar completamente una hematuria “solamente” microscópica.

Fisiopatología

Los eritrocitos pueden acceder a la orina en cualquier parte del tracto urinario, desde el riñón, los túbulos colectores y uréteres, la próstata, la vejiga y la uretra. En las mujeres, el sangrado uterino normal o anormal puede diagnosticarse erróneamente como hematuria.

Etiología

La mayoría de los casos involucran hematuria microscópica transitoria que es autolimitada e idiopática. La hematuria microscópica transitoria es especialmente común en los niños, y se presenta hasta en el 5% de sus muestras de orina. Hay muchas causas específicas

Las causas específicas más comunes difieren en cierta medida con la edad, pero en general las más frecuentes son

Infecciones urinarias

Prostatitis

Cálculos urinarios (en adultos)

Diagnóstico : Las siguientes pruebas y exploraciones juegan un papel fundamental en la búsqueda de la causa del sangrado urinario:

Exploración física, que comprende una conversación sobre tu historia clínica.

Análisis de orina. Aunque el sangrado se haya descubierto mediante análisis de orina, probablemente tengas que hacerte otros análisis para ver si la orina aún contiene glóbulos rojos. El análisis de orina también puede comprobar si hay una infección en las vías urinarias o la presencia de minerales que causan cálculos renales.

Pruebas de diagnóstico por imágenes. A menudo se requiere una prueba por imágenes para hallar la causa de la hematuria. Es posible que el médico recomiende una exploración por tomografía computarizada o resonancia magnética, o una ecografía.

Cistoscopia. El médico pasa un tubo fino con una pequeña cámara por la vejiga para examinarla, así como por la uretra en busca de signos de enfermedad.

Tratamiento :Según la afección que provoca la hematuria, el tratamiento podría consistir en tomar antibióticos para eliminar una infección de las vías urinarias, probar un medicamento recetado para reducir una próstata agrandada o aplicar una terapia de onda de choque para disolver cálculos en la vejiga o cálculos

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS

Es toda enfermedad o patología del aparato locomotor, habitualmente relacionada a un traumatismo, un golpe, una caída, accidente, etc., que requiera valoración inmediata de un médico, con la disponibilidad de imágenes correspondientes y que cause impotencia

Las fracturas abiertas se caracterizan por la pérdida de la continuidad ósea y la exposición del foco de fractura con el medio externo, situación que las hace especialmente vulnerables a procesos infecciosos y múltiples complicaciones. La mayoría de fracturas abiertas son causadas por traumatismos de alta energía; ocurriendo más en hombres y siendo la tibia el hueso que se afecta con mayor frecuencia. Se clasifican según el mecanismo de lesión, la gravedad de lesión de los tejidos blandos, la configuración de la fractura y el grado de contaminación; siendo la más utilizada la clasificación de Gustilo y Anderson por su utilidad terapéutica. Los objetivos principales del tratamiento son prevenir la infección, estabilizar la fractura, conseguir la consolidación y restaurar la función; para ello es indispensable la instauración de una profilaxis antibiótica y un manejo adecuado de los tejidos blandos.

Las fracturas abiertas son lesiones complejas asociadas con una alta morbilidad y mortalidad

(1). Se caracterizan por su comunican con el entorno exterior a través de una brecha en la piel y los tejidos blandos subyacentes. Generalmente resultan de un trauma de alta energía, comúnmente un accidente de tránsito

(2). Puede ocurrir una amplia variedad de complicaciones secundarias a la fractura, como síndrome compartimental, falta de unión, pérdida de función, lesión neurovascular, infección, osteomielitis y amputación

(3). En comparación con las fracturas cerradas, a menudo requieren múltiples cirugías para lograr el cierre definitivo de los tejidos blandos

(4). Los objetivos de las estrategias terapéuticas incluyen la prevención de infecciones, la estabilización temprana de la fractura y la cobertura de tejidos blandos para lograr la unión de la fractura y la restauración completa de la función. La tasa de infección de las fracturas abiertas varía en la literatura del 3 al 40% según el tipo de fractura, la lesión del tejido blando y las modalidades de tratamiento

(5). El objetivo de la presente revisión bibliográfica es recopilar y reproducir la principal y más relevante información y evidencia científica respecto a la etiología, epidemiología, clasificación y manejo de las fracturas abiertas; con el fin de facilitarle al médico el manejo del gran flujo de información que se encuentra en las principales bases de datos científicas y de esta forma favorecer a los pacientes con una mejor atención basada en evidencia.

SE CLASIFICAN.

Tipo I

Mecanismo Traumático: Baja energía

Fractura de rasgo simple y escasa conminución

Hematoma o herida menor a un centímetro

Sin compromiso vascular

Tipo II

Mecanismo Traumático: Mediana energía

Sin extensos daños de tejidos blandos, flaps o avulsiones.

Fractura de rasgo simple y alguna conminución

Herida de entre 1 a 10 centímetros

Sin compromiso vascular

Tipo III

Mecanismo Traumático: Alta energía

Fractura conminuta y con pérdida ósea, una fractura segmentaria abierta, una fractura abierta o amputación traumática

Se incluye en esta categoría a las fracturas ocasionadas por arma de fuego, cualquier fractura abierta ocurrida en una granja y cualquier fractura abierta con lesión vascular acompañante lesión que requiere reparación.

Lesión extensa de las partes blandas.

Herida mayor a 10 centímetros

Esta categoría se subdivide.

Tipo III A

Herida contaminada

Lesiones por aplastamiento

Fracturas conminutas y segmentarias

Cobertura de partes blandas adecuada

Sin compromiso vascular

Tipo III B

Sin cobertura de partes blandas adecuada.

Contaminación masiva (las fracturas ocasionadas por arma de fuego y ocurridas en una granja o medio rural)

Despegamiento perióstico

Sin compromiso vascular

Tipo III C

Cualquier fractura abierta con lesión vascular asociada que requiera reparación

Asociado a amputación de la extremidad

No se toma en cuenta el tamaño de la lesión de partes blandas

Algunos autores reservan el término de fractura abierta a las lesiones tipo I y fractura expuesta cuando el hueso queda visible, tipo II o III.

Las fracturas abiertas siguen siendo tema de estudio entre los médicos cirujanos ortopédicos debido a la importancia de un manejo adecuado en el servicio de emergencias y en sala de operaciones en busca de mejorar la sobrevida de los pacientes y su posterior funcionabilidad. Se han creado múltiples sistemas de clasificación con el fin de una mayor precisión ante la descripción de las lesiones y su terapéutica; la clasificación de Gustilo y Anderson, a pesar de sus limitaciones descritas sigue siendo la clasificación que más se utiliza entre los expertos debido a su buena correlación entre el grado de fractura y la probabilidad de infección, además de su utilidad terapéutica.

El líquido más adecuado para esta irrigación es la solución salina con una presión baja de riego como alternativa aceptable y de bajo costo. Por último el método de fijación de la fractura depende de la ubicación de la misma, de la condición y gravedad de la lesión, el estado hemodinámico y orgánico del paciente, entre otros factores que hay que valorar para dicho procedimiento, tomando en cuenta que el cierre precoz de la herida y el paso de una fractura abierta a cerrada es fundamental.

Los objetivos principales del tratamiento de la fractura abierta son:

Evitar la infección del hueso y tegumentos vecinos

Lograr la consolidación de la fractura

Restaurar la función del miembro afectado

El manejo de este tipo de fractura debe seguir un orden cronológico que a continuación se esboza: En el sitio del accidente Toda fractura abierta se

considera como una urgencia quirúrgica, pues el objetivo principal del tratamiento es evitar la infección de la herida.

Se considera que cuando han transcurrido más de ocho horas desde el momento del accidente y de la atención especializada, la fractura que inicialmente estaba contaminada, se encuentra infectada.

La herida es cubierta con material limpio para evitar mayor contaminación; si existe hemorragia ésta se controla con vendajes compresivos suaves. El uso de torniquetes está contraindicado. La fractura posteriormente se inmoviliza por medio de férulas o de inmovilizadores neumáticos. Manejo en la sala de urgencias Estas fracturas se asocian frecuentemente con trauma en otros sistemas.

La evaluación inicial en urgencias debe seguir los parámetros recomendados en el tratamiento del paciente politraumatizado. La herida se cubre con un campo o compresa estéril hasta que el paciente sea llevado a salas de cirugía. De vital importancia es documentar en la historia clínica el estado neurovascular de la extremidad afectada. En forma simultánea con la reanimación y examen de los otros sistemas, se inicia el tratamiento de la fractura con toma de cultivos de foco, inmovilización apropiada y estudios radiológicos necesarios. Al mismo tiempo se aplica inmunización antitetánica (ver guía de Tétanos) Antibióticos Hay ciertos factores inherentes a las fracturas abiertas que predisponen a la sepsis. La pérdida de tejidos blandos, la desvitalización de los mismos y la isquemia son algunos de ellos.

INESTABILIDAD CLÍNICA Clasificación

1. LESIONES ESTABLES: Fractura por compresión del cuerpo con afectación leve o moderada de la columna anterior y sin afectación de la intermedia. Es típica por flexión. No hay ni daño ni riesgo de que este se produzca a nivel neurológico. Son las típicas lesiones del anciano, en traumatismos pequeños, por osteoporosis.

2. INESTABILIDAD MECÁNICA: Dos columnas afectadas permitiendo movilidad anormal, apareciendo eventualmente dolor, sin afectación neurológica. Ocurre en los traumatismos por flexión hiperextensión, que interrumpen la columna media y posterior.

3. INESTABILIDAD NEUROLÓGICA: En el mecanismo de compresión axial con estallido del cuerpo vertebral, cuando la parte posterior de la columna media es desplazada hacia atrás invadiendo el canal raquídeo y amenazando las estructuras neurales, pero sin riesgo de movilidad anormal. Típico de precipitaciones o caída de peso sobre el cuerpo desde altura.

4. INESTABILIDADES COMBINADAS (MECÁNICAS Y NEUROLÓGICAS): Se da en las fracturas-luxaciones ya que en ellas ceden las tres columnas y constituyen

la mayor amenaza tanto para la médula y sus raíces como para la aparición de dolor y deformidad. Hay lesión mecánica y neurológica, combinadas.

INESTABILIDAD ANATÓMICA

Clasificación

- Ósea
- Liga mentaría
- Mixta

MECANISMOS DE LESIÓN

- Flexión: compresión del cuerpo vertebral en la parte anterior. Es lo más frecuente.
- Compresión Axial: estallido vertebral (por ejemplo por caída de peso sobre la cabeza).
- Flexión-Hiperextensión: eje de rotación por delante de la vértebra. Es la fractura de Chance, ya vista.
- Flexión-Rotación: fracturas más complejas, de alta energía.
- Extensión. Es un mecanismo menos frecuente, en las deceleraciones por ejemplo (cuando no había reposacabezas)
- Compresión Lateral, son mecanismos combinados.

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS

1. Raquis Cervical; distinguimos: a. Columna Cervical Alta (C1-C2, es decir, atlas y axis) b. Columna Cervical Baja (C3-C7)

2. Raquis Toracolumbar

1. a. Columna Cervical Alta (C1-C2) - Fracturas de los cóndilos occipitales

- Luxación occipito-atloidea

- Luxación atlo-axoidea

- Subluxación rotatoria del atlas-axis

- Fracturas del atlas (Importante)

♣ Fractura del arco anterior y posterior aisladas

♣ Fractura de ambos arcos (fractura de Jefferson) (* Importante)

♣ Fractura de las masas laterales - Fracturas del axis

♣ Fracturas de la odontoides (* Importante); en función de a qué altura se dé la fractura se necesita un tratamiento u otro; hablamos de los siguientes tipos, de los cuales es el tipo 2 el que trataremos de forma quirúrgica.

1. De la punta: estables (no repercusión funcional, no TTT)
2. Media: inestables (repercusión mecánica, indicación quirúrgica)
3. De la base: pegan espontáneamente

♣ Fracturas de los pedículos (espondilolistesis traumática o fractura del ahorcado): indicación quirúrgica; es la fractura del ahorcado, ya que si el nudo se hacía bien cuando el paciente quería ahorcarse moría por esta fractura; si no lo hacía bien, moría pos asfixia.

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.

MANEJO INMEDIATO DE LESIONES VASCULARES POTENCIALMENTE MORTALES

Preserve las vías respiratorias y trate las lesiones asociadas

Trate las lesiones cefálicas, torácicas y abdominales potencialmente mortales

Detenga la hemorragia

Detenga las hemorragias arteriales o venosas activas por medio de la compresión manual suave.

Evite el pinzamiento del vaso sangrante, ya que esto ocasionará daños adicionales.

Evite el uso de torniquetes.

No retire objetos alojados, ya que pueden estar previniendo una hemorragia adicional.

Las 7 urgencias cardiovasculares más comunes

1. Infarto de miocardio Para su diagnóstico es crucial la sintomatología del paciente junto con las alteraciones electrocardiográficas que suelen aparecer.

2. Insuficiencia cardíaca Los avances en Cardiología, que han aumentado la supervivencia a un primer evento cardiovascular, hacen que muchos pacientes que fallecían hace 15 o 20 años, sobrevivan hoy en día y tengan tiempo de evolucionar hacia un fallo del corazón en su misión de bombear la sangre, o insuficiencia cardíaca

3. Emergencia hipertensiva En esta situación de riesgo vital se presentan manifestaciones clínicas muy alarmantes por excesiva presión arterial (superior a 200 mm Hg de presión sistólica y/o 120 mm Hg de presión diastólica). La sintomatología puede ser variada según qué órgano se ve afectado, desde una angina de pecho, a un ictus, a un fracaso renal o a hemorragias en la retina, por ejemplo.

4. Trombo embolismo pulmonar. En ocasiones tras intervenciones quirúrgicas, o por traumatismos severos con fracturas o aplastamiento de tejidos, favorecido por tumores malignos, estados de excesiva coagulabilidad de la sangre o en algunas mujeres debido al uso de anticonceptivos hormonales, se forma un coágulo en una vena del organismo que al desprenderse puede llegar al pulmón provocando un embolismo que no es raro provoque en el paciente una muerte súbita.

5. Arritmias Son los trastornos del ritmo cardíaco, ya sea por exceso (taquicardias), por defecto (bradicardias) y por la aparición de ritmos anormales. Suelen manifestarse clínicamente como un síncope (pérdida de conocimiento), un fallo cardíaco o por la aparición de palpitaciones. Para el diagnóstico de las arritmias es fundamental la historia clínica, la exploración física y el electrocardiograma. Algunas arritmias constituyen una emergencia vital en la que se hace necesario.

6. Síndrome aórtico El envejecimiento y otros factores externos (hipertensión arterial, tabaco, arteriosclerosis, determinadas infecciones, etc.), hacen que las paredes de la aorta se dilaten produciéndose un aneurisma aórtico. Con el paso del tiempo, estas paredes dilatadas se debilitan llegando a producir una disección o rotura aórtica, cuadro difícil de diagnosticar que sin tratamiento puede llevar a la muerte a quien lo sufre.

7. Síncope Cuando durante unos segundos no llega suficiente sangre al cerebro se produce un desmayo con pérdida de conciencia que se denomina síncope. Los síncope pueden estar producidos por causas banales como la visión de sangre, excesivo calor o cambios bruscos posturales, frecuentes estos últimos en los mayores cuando pasan de una posición tumbada a vertical y cuyo riesgo principal es el traumatismo que provoque la caída. Pero otros síncope tienen como origen enfermedades grave.

EVALUACIÓN Y ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO

El primer contacto del paciente con trauma vascular puede ser realizado por personal médico o de atención prehospitalaria. Esto puede ocurrir en el contexto de un conflicto armado o en la vía pública, y quien haga el primer contacto debe iniciar el ABCDE primario de trauma y obtener un acceso IV. Sin embargo, en lugares donde se manejan multitud de lesionados con alta mortalidad secundaria a pérdidas sanguíneas, como en Estados Unidos (marines), se utiliza un protocolo conocido como MARCH (por sus siglas en inglés que traducen sangrado masivo, vía aérea, respiración, circulación, trauma encéfalo craneano) en el que la prioridad es el control del sangrado antes del manejo de otras lesiones amenazantes para la vida

El control de la hemorragia se puede realizar con compresión directa, vendajes compresivos, agentes hemostáticos locales como el Quickclot®, el Hemcon ® y los torniquetes

En Estados Unidos se han desarrollado torniquetes que pueden ser manejados por el mismo soldado en el campo de batalla, con la posibilidad de ser puestos y ajustados con una sola mano en menos de un minuto, entre estos cuentan con el SOFT (Special Operations Forces Tactical Tourniquet) y CATS (Combat Application Tourniquet System)

Hace algunos años hubo controversia en cuanto a los torniquetes, especialmente en relación con el tiempo que se podían dejar puestos; hoy se sabe que son el método más eficaz que existe para controlar el sangrado siempre y cuando se usen de forma adecuada. Los estudios existentes acerca de estos dispositivos han sido realizados principalmente en el contexto del conflicto bélico y algunos estudios se han evaluado teniendo en cuenta población civil y militar

El uso de los torniquetes mejora significativamente la sobrevida de los pacientes, especialmente al ser aplicados previamente a la instauración del choque hemorrágico. Esto fue demostrado en el estudio de Kragh et al., en el que durante un periodo de un año se evaluó el uso de torniquetes en pacientes con trauma vascular en extremidades, tanto en población militar como civil. En total se aplicaron 862 torniquetes en 651 extremidades de 499 pacientes, encontrando que la sobrevida de los pacientes a quienes se les aplicó torniquete antes de la aparición de choque (definido como un pulso radial débil o ausente en una extremidad sin lesiones y sin torniquete aplicado) tanto prehospitalario como en la sala de emergencias fue significativamente mayor: 96% vs. 4% ($p < 0.001$); también fue mayor la sobrevida de aquellos a quienes se les aplicó el torniquete a nivel prehospitalario versus los aplicados en el servicio de emergencias (89% vs. 78% $p = 0.015$) y sin complicaciones derivadas por su uso

El manejo seguro de los torniquetes implica que no sean aplicados por un tiempo mayor a dos horas para evitar complicaciones, deben ser insuflados hasta el punto de que desaparezca el sangrado, aplicarse por encima del sitio de la lesión y siempre notificar la presencia de un torniquete, el cual, en lo posible, debe estar

destapado y visible para evitar que sean dejados de forma prolongada en el paciente

Los estudios recientes muestran pocas complicaciones con el uso de torniquetes por un tiempo máximo de dos horas, lo más común es presentar déficit neurológico focal sensitivo o motor -en los reportes descritos la mayoría mejoran

Otras complicaciones son dolor local, trombosis venosa profunda, rhabdomiolisis, síndrome compartimental y hematoma

Se recomienda revisar el torniquete cada 30 minutos aproximadamente y en cada contacto médico, de esta manera se evalúa persistencia del sangrado, posibles complicaciones o si el torniquete se encuentra en mala posición o muy poco ajustado

En caso de multitud de lesionados, si se observan pacientes con extremidades que presentan sangrado evidente, se puede aplicar el torniquete, dejar una señalización en el paciente indicando que tiene un torniquete, continuar con el triaje general y, posteriormente, revalorar al paciente una vez todas las víctimas tengan un triaje y determinar si tiene necesidad de continuar su uso

La isquemia aguda es la supresión brusca del aporte sanguíneo a un determinado territorio como consecuencia de la obstrucción del flujo sanguíneo en una o más arterias.

Dentro de la isquemia aguda, se distinguen dos entidades: trombosis y embolia.

Es frecuente en pacientes con sintomatología previa de dolor en las extremidades, coincidiendo con la marcha (claudicación intermitente) y es mucho más frecuente en enfermos con factores de riesgo aterosclerótico; varones por encima de los 60-70 años con historia de hipertensión arterial, fumadores y con cifras elevadas de colesterol.

También es frecuente en pacientes con determinadas arritmias cardíacas y/o enfermedades de las válvulas del corazón, sobre todo estenosis mitral, así como en portadores de válvulas mecánicas.

Independientemente de la causa que la produzca la isquemia aguda es un cuadro de dolor de instauración súbita acompañado de frialdad y palidez. El dolor es muy intenso y no responde a los calmantes habituales.

Puede suceder en cualquier territorio pero lo más frecuente es que ocurra en las extremidades y, sobre todo, en las extremidades inferiores.

En cuadros muy evolucionados puede aparecer ausencia de pulso, falta de sensibilidad, parálisis e incluso gangrena franca.

Los síntomas más habituales son:

Dolor intenso.

Frialdad.

Palidez.

El tratamiento dependerá del estado del paciente y de los resultados de las pruebas diagnósticas y podrá ser médico y/o quirúrgico.

Cuando se trata de una embolia, generalmente el tratamiento es quirúrgico y consiste en extraer el coágulo del vaso afectado (embolectomía).

Si la causa del problema es una trombosis, la situación puede manejarse inicialmente con tratamiento médico (analgésicos, anticoagulantes, fibrinolíticos, hemorreológicos), siendo necesaria en la mayoría de las ocasiones una intervención quirúrgica posterior (endarterectomía, angioplastia, "bypass").

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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. El punto final de este método, es la evaluación de los cuidados, esto determina la efectividad del cuidado para reestructurar los planes de atención en caso necesario.^{5, 6} A continuación se describen de manera puntual las características de las diferentes manifestaciones de la cardiopatía isquémica, y cuáles son los puntos clave en la valoración de enfermería en cada una de ellas. Angina estable. Es el resultado de un aumento en el consumo de oxígeno miocárdico por la presencia de una placa estable. Se trata de una obstrucción paulatina por lo que puede pasar desapercibida hasta que se compromete el flujo sanguíneo coronario en un 70%, suficiente para mantener las demandas metabólicas en reposo. El esfuerzo condiciona un aumento en la frecuencia cardíaca, tensión de la pared miocárdica y contracción miocárdica, lo que genera un aumento en la demanda de oxígeno miocárdico en contraposición con la oclusión coronaria fija, que condicionan un flujo sanguíneo inadecuado, incapaz de adaptarse a los requerimientos cardíacos, instaurándose anaerobiosis miocárdica.

Valoración de enfermería: La exploración física suele ser normal, por lo que la anamnesis es fundamental.

- Dolor: Al ser un síntoma, y por tanto subjetivo, se debe indagar sobre las características del mismo, como la localización que suele ser retroesternal, de tipo opresivo, relacionado con el esfuerzo, duración de 3 a 5 minutos, de fuerte intensidad, cede con el reposo o la administración de vasodilatadores como la nitroglicerina (NTG) o el isosorbide sublingual. Suele acompañarse de náusea,

emesis, diaforesis y angustia. Se deben buscar datos objetivos como facies características de dolor o

signo de Levin. Este signo se genera por la irradiación del dolor hacia el brazo, que corre por el borde cubital hasta el meñique dejándolo en extensión y el puño cerrado, generando el impulso de colocar el puño sobre el pecho.

- Electrocardiograma (ECG): Inversión del segmento ST (lesión subendocárdica), manifestación que desaparece en ausencia de dolor. Angina de Prinzmetal. El desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno miocárdico en esta entidad está dado por un espasmo coronario. Valoración de enfermería: La exploración física suele ser normal fuera de los episodios de dolor.

- Dolor: De localización retroesternal, de tipo opresivo, con una duración de 5 a 10 minutos y se puede prolongar hasta 30 minutos, aparece en el reposo, frecuentemente durante el sueño; de irradiación hacia el cuello, maxilar inferior, hombros, brazos o muñecas; suele ceder con la administración de NTG. Se puede acompañar por diaforesis fría, angustia y sensación de muerte inminente.

- Auscultación: Durante el evento anginoso se puede encontrar un 3º o 4º ruido acompañado por un soplo de insuficiencia mitral (secundario a isquemia del músculo papilar), que desaparece al ceder el dolor. Recordando la auscultación cardíaca, el 1º ruido se traduce en el cierre de las válvulas tricúspide y mitral, el 2º indica el cierre de las válvulas semilunares (aórtica y pulmonar), estos dos componentes se consideran "normales". Mientras que el 3er ruido, suele ser normal en lactantes, pero en situaciones patológicas, representa un exceso de volumen cruzando las válvulas tricúspide y/o mitral. El 4º ruido siempre es patológico, surge por una alteración en la adaptación ventricular (ventrículo rígido o con distensibilidad disminuida).

- El ECG suele mostrar elevación del segmento ST (lesión subepicárdica) durante el evento anginoso.

- La prueba de esfuerzo en estos pacientes suele ser negativa, ya que no existe una obstrucción anatómica coronaria. Angina inestable. Traduce fisiopatológicamente la rotura de una placa que pone en contacto el tejido colágeno y lipídico con la sangre, lo que estimula la cascada de coagulación, agregación plaquetaria mediada por la secreción de tromboxano A2 y la intensa vasoconstricción.

Entre las pruebas de diagnóstico se incluyen las siguientes:

Tomografía computarizada (TC). La primera prueba que se usa para determinar si hay sangrado en el cerebro suele ser una exploración por tomografía computarizada (un examen especializado con rayos X). En esta prueba se producen imágenes que son "cortes" bidimensionales del cerebro.

Con este análisis, también puedes recibir una inyección de un tinte que facilita la observación del flujo sanguíneo en el cerebro y puede indicar la presencia de un aneurisma. Esta variante de la prueba se llama "angiografía por tomografía computarizada".

Análisis del líquido cefalorraquídeo. Si has tenido una hemorragia subaracnoidea, es probable que haya glóbulos rojos en el líquido que rodea el cerebro y la espina dorsal (líquido cefalorraquídeo). Si tienes síntomas de rotura de un aneurisma pero una exploración por tomografía computarizada no ha mostrado evidencia de sangrado, el médico solicitará analizar el líquido cefalorraquídeo.

El procedimiento para extraer líquido cefalorraquídeo de la espalda con una aguja se llama "punción lumbar" (punción medular).

Imágenes por resonancia magnética. En la resonancia magnética se utiliza un campo magnético y ondas de radio para crear imágenes detalladas del cerebro, ya sean cortes bidimensionales o imágenes tridimensionales.

Un tipo de resonancia magnética que evalúa las arterias en detalle (angiografía por resonancia magnética) puede detectar la presencia de un aneurisma.

Angiografía cerebral. Durante este procedimiento, también llamado "arteriografía cerebral", el médico inserta un tubo delgado y flexible (catéter) en una arteria grande (por lo general, en la ingle) y lo pasa por el corazón hasta llegar a las arterias del cerebro. Un tinte especial que se inyecta en el catéter llega hasta las arterias de todo el cerebro.

Existen dos opciones frecuentes de tratamiento para la rotura de un aneurisma cerebral.

El grapado quirúrgico es un procedimiento que cierra un aneurisma. El neurocirujano quita una sección del cráneo para acceder al aneurisma, y ubica el vaso sanguíneo que lo alimenta. Luego, coloca una pequeña grapa quirúrgica de metal en el cuello del aneurisma para detener el flujo de sangre que llega a él.

La embolización endovascular es un procedimiento menos cruento que el grapado quirúrgico. El cirujano inserta un tubo plástico hueco (catéter) en una arteria (por lo general, de la ingle) y lo pasa a través del cuerpo hasta llegar al aneurisma.

Luego, usa un alambre guía para introducir un alambre blando de platino a través del catéter hasta dentro del aneurisma. El alambre se enrosca dentro del aneurisma, detiene el flujo sanguíneo y, básicamente, sella el aneurisma desde la arteria.

Cómo tratar aneurismas cerebrales sin rotura

Puede usarse el grapado quirúrgico, la embolización endovascular o un desviador de flujo para sellar un aneurisma cerebral sin rotura y ayudar a evitar una rotura en

el futuro. Sin embargo, en algunos aneurismas sin rotura, los riesgos conocidos de los procedimientos pueden superar los posibles beneficios.

Un neurólogo, junto con un neurocirujano o neurorradiólogo intervencionista, puede ayudarte a determinar si el tratamiento es adecuado para ti.

Los factores que se deben considerar al recomendar un tratamiento comprenden:

El tamaño, la ubicación y el aspecto general del aneurisma

Tu edad y salud general

Antecedentes familiares de rotura de aneurismas

Afecciones congénitas que aumentan el riesgo de rotura de un aneurisma

UNIDAD IV Urgencias en Cirugía Oral y Maxilofacial:

La Cirugía Oral y Maxilofacial se define por la Comisión Nacional de la Especialidad como una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad bucal y de la cara, así como de estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas.

Es importante tener en cuenta la calidad asistencial dentro de la Cirugía Oral y Maxilofacial, de forma que el enfermo perciba la asistencia como efectiva, accesible, aceptable y útil, sin olvidar la importancia de una información adecuada. Alcanzaremos así una satisfactoria relación del paciente-usuario con el sistema sanitario.

La fractura más frecuente fue la fractura mandibular (n=104; 53%) seguido de las fracturas dentoalveolares y traumatismos dentarios.

Tratamiento. El tipo de tratamiento inmediato que se llevó a cabo fue tratamiento médico en un 58,5% (n=1.153), quirúrgico con anestesia local en un 41% (n=807) y quirúrgico con anestesia general en un 0,5% (n=10).

El tratamiento médico fue el tratamiento prioritario en las odontalgias e infecciones odontológicas (20,9% del total de casos en los que se instauró tratamiento médico; n=241).

El tratamiento quirúrgico con anestesia local fue utilizado principalmente en las heridas cérvico- faciales (72,5% del total de casos en los que se realizó este tratamiento; n=585).

El tratamiento quirúrgico con anestesia general fue necesario sobre todo en pacientes con heridas cérvico-faciales (30% del total de pacientes intervenidos bajo anestesia general; n=3).

QUEMADURAS TÉRMICAS

La mayoría de los pacientes con quemaduras son tratados y dados de alta en la unidad de emergencia (UE). De los hospitalizados, más del 60% son admitidos en uno de los 127 centros de quemados del país. El riesgo de muerte por una quemadura grave se asocia con el gran tamaño de la quemadura, la edad avanzada, lesiones concomitantes por inhalación y el sexo femenino.

Cuadro clínico

Las quemaduras se clasifican por su tamaño y profundidad. El tamaño de la quemadura se calcula como el área de superficie corporal (BSA, *body Surface area*) implicada. El método más común para estimar esto es la Regla de los Nueve ([figura 125-1](#)). Una herramienta más precisa, especialmente en infantes y niños, es el diagrama de quemaduras de Lund y Browder ([figura 125-2](#)). Para estimar el tamaño de quemaduras más pequeñas se puede usar la mano del paciente. El área de la parte posterior de la mano del paciente representa aproximadamente 1% del BSA, y el número de “manos” representa el BSA quemada.

Quemaduras térmicas Son las más frecuentes (85% de los casos) y se producen por contacto con un sólido caliente (generalmente provoca una quemadura profunda pero poco extensa) o un líquido caliente (más extensa pero habitualmente menos profunda). De entre estas últimas destaca la escaldadura (o quemadura por contacto con un líquido caliente) que es el mecanismo más frecuente de quemadura térmica (65% de los casos) y generalmente se da en menores de 5 años^{1,3}. Así mismo pueden producirse quemaduras térmicas por llama (fuego, agentes volátiles, cerillas, encendedores) y por inhalación de humo o sustancias tóxicas producidas por la combustión. También hay quemaduras térmicas por frío (congelación), poco frecuentes en los niños

ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

- Exposición ambiental (tiempo de exposición, intensidad del frío, viento y humedad).
- Edades extremas (los niños, por mayor superficie corporal e incapacidad para generar escalofríos y los mayores de 65 años)
- Fármacos o drogas presoras del SNC (barbitúricos, fenotiazinas, BZD, relajantes musculares, etanol...).
- Alteraciones endocrinológicas que conducen a una disminución del metabolismo (hipopituitarismo, hipotiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia suprarrenal, malnutrición...).
- Alteraciones del SNC (disfunción hipotalámica secundaria a sepsis, traumatismos neoplasias, ACV, enf. degenerativas...) y periférico (neuropatías, DM, sección medular...) que alteran la termorregulación.
- Alteraciones de la piel (quemaduras, eritrodermias, dermatosis).

- Otras como insuficiencia cardiaca, IAM, renales, cirrosis hepática, neoplasias, pancreatitis, insuficiencia vascular, fármacos (β -bloqueantes, clonidina, neurolépticos y agentes anestésicos)

MANEJO EN URGENCIAS

- Monitorización hemodinámica TA (la monitorización no invasiva puede dar una medida > que la real), FC y arritmias. Para la PVC, el catéter no deberá tocar el miocardio. No cateterizar la arteria pulmonar, además \uparrow el riesgo de perforación del corazón derecho.
- Vigilancia respiratoria Pulsioximetría continua (en las orejas o en la frente).FR, oxigenoterapia, permeabilidad vía aérea e intubación orotraqueal si precisa. Con la IOT existe riesgo de desencadenar FV, para prevenirlo hay que hiperventilar previamente con O₂ a la mayor concentración posible. No usar relajantes neuromusculares porque son ineficaces

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.

- Recalentamiento: Evitar traumatismos en la zona. De gran importancia es no iniciar el proceso de recalentamiento, hasta estar seguros de que las lesiones no tengan la posibilidad de volver a congelarse, ya que la exposición posterior al frío tras el recalentamiento hace a la zona mucho más vulnerable.

Baño de agua entre 36 y 41°C, durante de 20 minutos, hasta que los tejidos recalentados hayan recuperado la temperatura y se aprecie una coloración eritematosa, señal de haberse conseguido la reperusión de los tejidos (zona afectada conserva espontáneamente la T^a). Con antisépticos tópicos como la clorhexidina o la povidona yodada. La utilización de analgésicos (opiáceos) y sedantes durante el recalentamiento es habitual pues el proceso de revascularización es bastante doloroso.

Tras la descongelación debe evitarse traumatizar la zona tratada y la práctica de masajes.

Si las partes lesionadas ya habían sido descongeladas por otros métodos o a temperatura ambiente, no debe de usarse este método de descongelación rápida..

- Baños antisépticos: Se realizan dos veces por día, a 37°C asociados a un antiséptico. Se puede añadir una turbina para favorecer el desbridamiento de las áreas necrosadas y aumentar la penetración y el efecto de barrido antimicrobiano. Durante los baños se debe realizar la rehabilitación de forma precoz de las partes lesionadas y movilizar activamente las articulaciones comprometidas.

- Tratamiento local: Limpieza cuidadosa con antisépticos tópicos y la cura de las áreas necróticas con antibióticos tópicos, sin olvidar la profilaxis antitetánica. Las ampollas de contenido claro deben ser drenadas ya que su alto contenido en sustancias vasoactivas (Prostaglandinas y tromboxanos) incrementan la profundidad de las lesiones. Las desbridar las hemorrágicas, ya que aumenta el riesgo de infección.

Las lesiones exudativas pueden tratarse mediante cura oclusiva estéril, no constrictiva, aplicando una cobertura antibiótica tópica con sulfadiazina argéntica al 1% o con nitrofurazona al 0,2% y siempre sobre un lecho bien almohadillado que evite los traumatismos. A medida que el proceso avanza y las lesiones dejan de ser exudativas o se ha iniciado el proceso de momificación, éstas pueden dejarse expositivas hasta que se delimiten por completo las zonas de necrosis.

- Antibioterapia: Profilaxis antitetánica, el uso de antibióticos sistémicos de forma profiláctica no ha demostrado disminuir la incidencia de infecciones, por tanto, en los casos de sospecha se solicitará cultivo y se procederá a su tratamiento con antibióticos tópicos y generales según antibiograma. Algunos autores recomiendan administrar penicilina benzatina 600.000 u cada 6 horas i.v durante la fase edematosa (24-48h) para evitar sobreinfecciones estreptocócicas en la piel.

- Dextranos: Sobre todo justificada en los casos de congelaciones en alpinistas por su estado fisiológico de poliglobulia y hemoconcentración. Produce buenos resultados en el caso de congelaciones graves cuando se mantiene un hematocrito próximo al 30%.

Desciende también el riesgo de trombosis por su efecto antiagregante.

La obstrucción aguda de la vía aérea superior es una emergencia potencialmente mortal y requiere evaluación e intervención inmediata con poco margen de error, lo que la convierte en un desafío constante para los médicos.^{1,2}

Se hicieron avances sustanciales en medicina preventiva, en la comprensión de la fisiopatología de la obstrucción aguda de la vía aérea superior y en las tecnologías quirúrgicas y anestésicas, pero el manejo de la vía aérea obstruida sigue siendo una de las emergencias más desafiantes en la medicina clínica.

Posiblemente el mayor efecto sobre la obstrucción aguda de la vía aérea superior en la era moderna se ha producido a través de la medicina preventiva con la implementación generalizada de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B,

un desarrollo que ha llevado a marcadas disminuciones en la incidencia y mortalidad relacionada con la epiglotitis y la neumonía.³⁻⁵

La epiglotitis, que alguna vez fue muy frecuente, ahora es extremadamente rara. Del mismo modo, la campaña de salud pública para implementar y usar ampliamente auto inyectores de epinefrina en personas con anafilaxia también disminuyó con éxito la necesidad de intervención de la vía aérea en muchos casos.

Causas de la obstrucción aguda de la vía aérea superior
Supraglótica

Crup

Supraglotitis, epiglotitis o absceso de cuello

Angina de Ludwig

Angioedema

Tumor

Cuerpo extraño

Glótica

Iatrogénico (parálisis bilateral de las cuerdas vocales)

Tumor

Cuerpo extraño

Su glótica o traqueal

Cuerpo extraño

Estenosis su glótica

Tumor (extrínseco o intrínseco)

El tratamiento de la obstrucción aguda de la vía aérea superior en el entorno clínico es complicado y requiere manejar un ambiente a veces caótico, comprender las posibles múltiples causas de la enfermedad (infecciosas, inflamatorias, traumáticas, mecánicas e iatrogénicas) y tener la capacidad técnica para asegurar rápidamente una vía aérea desafiante.

El médico tratante debe considerar varios factores, incluyendo:

Edad del paciente

Condiciones coexistentes

Capacidad de permanecer en posición supina

Nivel y la gravedad de la obstrucción

Estabilidad de la columna cervical

Capacidad de ventilación y el nivel de ansiedad.

CUERPOS EXTRAÑOS FARÍNGEOS.

El cuerpo extraño faríngeo e hipo faríngeo es fácil de diagnosticar y tratar. Son sin duda alguna los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en la práctica otorrinolaringológica. Pueden verse tanto en los niños como en los adultos. Habitualmente se trata de espinas o cartílagos de pescado o huesos pequeños, u objetos metálicos dejados, inadvertidamente o con intención, en los alimentos. Otros cuerpos extraños menos frecuentes son prótesis dentales, alfileres, monedas... Esta patología es más frecuente en niños. En adultos, se produce sobre todo en aquellos portadores de prótesis dentales. En faringe e hipo faringe lo más frecuente es encontrarnos espinas, y en tercio superior de esófago lo habitual es encontrar huesos y espinas de gran tamaño.

Diagnóstico.

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...). La consulta se comienza interrogando al paciente sobre la naturaleza del objeto ingerido, en nuestro medio lo más habitual es que el accidente ocurra cuando el paciente está comiendo pescado. No obstante, cualquier tipo de objeto pequeño que acompañe a los alimentos puede convertirse en un cuerpo extraño. En los niños muchas veces recogemos el antecedente de que tenía dicho objeto en la boca jugando y lo deglutió accidentalmente. En el caso de los cuerpos extraños en nasofaringe, sólo pueden llegar a ésta siguiendo dos vías: la primera es que se haya alojado en dicha región por una mala técnica de extracción de un cuerpo extraño, al inicio nasal, y la otra es que se haya impactado como consecuencia de un vómito. En algunas ocasiones hemos diagnosticado cuerpos extraños en la nasofaringe como resultado de torundas de gasas olvidadas después de maniobras de taponamiento para cohibir hemorragias durante la adenoidectomía. Es muy importante en esta patología tranquilizar al paciente para facilitar tanto la anamnesis, como la exploración y la extracción del cuerpo extraño en caso necesario. Se debe sentar al paciente en el sillón de exploración y pedirle que no degluta saliva, señalando exactamente donde nota el cuerpo extraño para poder hacernos una idea de la localización del mismo. Si el paciente puede localizar la molestia a punta de dedo, y lo define como sensación de pinchazo que se acentúa con la deglución, la sospecha de presencia de cuerpo extraño es alta.

Tratamiento.

Para la extracción del cuerpo extraño después de haberlo localizado realizaremos instilación de anestesia tópica en spray para reducir el reflejo nauseoso. En los niños puede ser necesaria la anestesia general por falta de colaboración. Para la extracción será necesaria la presencia de un ayudante que tire de la lengua del paciente. Con la mano izquierda sostenemos el espejito y con la derecha introducimos la pinza. Si el cuerpo extraño está en vía digestiva (tercio superior del esófago) su extracción se realizará con endoscopia flexible. En general, no hay consenso en la necesidad de cobertura antibiótica en aquellos pacientes en los que se hayan realizado maniobras de exploración y extracción para prevenir complicaciones (abscesos retro y para faríngeos). Se debe extraer el cuerpo extraño, sin dejar ningún resto, con pinzas adecuadas. En el caso de realizar laringoscopia indirecta se aplicara previamente anestesia tópica.

Clasificación de cuerpos extraños. Utilizaremos la correspondiente a la anatomía de la región:

- Cuerpos extraños en nasofaringe
- Cuerpos extraños en la oro faringe
- Cuerpos extraños en la hipo faringe

1.- Cuerpos extraños en nasofaringe.

Resultan los menos comunes y proceden de la parte anterior de las fosas nasales o de las vías digestivas bajas.

Cuadro clínico. Teniendo en cuenta los antecedentes se apreciarán en relación con el volumen un cuadro dominado por una obstrucción nasal posterior; si permanecen varios días, la rinorrea purulenta posterior es la regla.

2.- Cuerpos extraños en orofaringe.

El paciente se presenta refiriendo más odinofagia que disfagia. Esta odinofagia es típica, pues se traduce por una sensación de cuerpo extraño acompañada de pinchazos, localizada en el área de las amígdalas palatinas o en la base de la lengua cuando se encuentra alojado en la amígdala lingual. En los niños pequeños no es posible muchas veces recoger el antecedente de ingesta y la mayoría de las ocasiones tendremos que pensar en ello, cuando se niegue a ingerir alimentos o llore al tratar de hacerlo. La importante sialorrea del niño es bastante típica en esta situación. Diagnóstico. Se realizará mediante la faringoscopia. Los puntos habituales de enclavamiento son: en las criptas de las amígdalas y en el espacio situado entre la amígdala palatina y el pilar anterior. En caso de que se encuentre en la amígdala lingual tendremos que introducir el depresor de lengua algo más posterior de lo recomendado y bascular hacia abajo su punta, con esto se visualizarán la mayoría, pero a veces si está enclavado cerca del repliegue glosopiglótico será necesario el uso de un espejo laríngeo para verlo

indirectamente. Si la sensación de cuerpo extraño faríngeo persiste y con las maniobras anteriores no lo vemos, será necesario palpar con el dedo índice la región, tanto de la amígdala palatina como de la lingual para detectar la rugosidad que produce el material extraño y ubicarlo con precisión.

3.- Cuerpos extraños en hipofaringe.

Se establece este diagnóstico cuando se aloja en los senos piriformes antes de la entrada del esófago cervical. Por la proximidad, muchas veces los síntomas son análogos a los de los cuerpos extraños en tercio superior del esófago.

Cuadro clínico.

Depende del volumen del objeto. Cuando se trata de espinas y huesos pequeños la sensación de cuerpo extraño, la odinofagia y la disfagia están presentes. El enfermo señala generalmente la molestia en la faringe baja. En algunas ocasiones el paciente ha deglutido un objeto tan voluminoso que es incapaz de pasar al esófago y se queda detenido en la hipofaringe, de manera que provoca una grave situación de asfixia con peligro inminente para la vida. Es típica la facies y el estado de agitación del enfermo. Se requieren medidas enérgicas y precisas por parte del médico para salvar la vida del enfermo.

Bibliografía.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/blood-in-urine/diagnosis-treatment/drc-20353436#:~:text=El%20an%C3%A1lisis%20de%20orina%20tambi%C3%A9n,la%20causa%20de%20la%20hematuria>

https://www.aeu.es/UserFiles/File/Urgencias_Urologicas.pdf

<https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/080%20-%20CUERPOS%20EXTRA%3%91OS%20FAR%3%8DNGEOS.%20TRAUMATISMOS%20FAR%3%8DNGEOS.pdf>

https://www.google.com/search?biw=1366&bih=657&ei=rKTJX5m_CJLatQaehJLABQ&q=Urgencias+de+cirug%C3%ADa+aguda+de+la+v%C3%ADa+aerodigestiva+superior&oq=Urgencias+de+cirug%C3%ADa+aguda+

https://www.google.com/search?biw=1366&bih=657&ei=uaDJX9v6OYqttQbbIJCgCw&q=Urgencias+de+cirug%C3%ADa+aguda+de+la+v%C3%ADa+aerodigestiva+superior&oq=Urgencias+de+cirug%C3%ADa+aguda+de+la+v%C3%ADa+aerodigestiva+superior&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQA0oFCAGSATFQhBhYhBhg2CNoAXABeACAACABiAHAZIBAZAuMZgBAKABAAABAqoBB2d3cy13aXqwAQDAAQE&client=psy-ab&ved=0ahUKEwibu_XFpbPtAhWkVs0KHVsKBLQQ4dUDCA0&uact=5

https://www.google.com/search?biw=1366&bih=657&ei=YZ7JX8XdB5O5tAbp_ZzADA&q=Isquemias+agudas+cuidados+de+enfer+me-r%C3%ADa.&oq=Isquemias+agudas+cuidados+de+enfer+me-r%C3%ADa.&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoECAAQR0oFCACSATFKBQgJEgExSgclChIDMjY3UK4UWJAoY

[KgwaABwAngAgAH2AYgB7wiSAQUwLjQuMpgBAKABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&client=psy-ab&ved=0ahUKEwiFkrano7PtAhWTHM0KHek-B8gQ4dUDCA0&uact=5](https://www.google.com/search?q=KgwaABwAngAgAH2AYgB7wiSAQUwLjQuMpgBAKABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&client=psy-ab&ved=0ahUKEwiFkrano7PtAhWTHM0KHek-B8gQ4dUDCA0&uact=5)