

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Urgencias

Trabajo:

Cuadros sinopticos 3ra unidad

Docente:

Dr. Suarez Martinez Romeo

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

8° "A"

Comitan de Dominguez, Chiapas a; 22 de Noviembre 2022.

Fracturas, esquinces y luxaciones

Fractura = { Se denomina fractura a la rotura de un hueso o bien a la discontinuidad del tejido

Causas = { Trauma directo * fractura por fatiga o estrés
Trauma indirecto
Fractura patológica

Clinica = { Clínicamente, las fracturas pueden ocasionar dolor, hinchazón, deformidad e impotencia funcional. Siempre es conveniente explorar la línea neurológica distal a la fractura.

Dx = { Mediante Rx simple → 2 proyecciones
Positivo TC.

Tipos = { Abierta = fx expuesta, definir una solución de la continuidad con medio externo a través de la piel.
Cerrada = no existe continuidad entre el hueso y el exterior del cuerpo

Clasificación = { Grado I, IIA, IIB, IIIC

Fx Mas frecuentes = { Distal, Medio y proximal, Metacarpo, Escápula
Distal de Radio, Fx de codo, Fx olecranon,
Fx clavícula, Fx distales del hombro, Fx distales femoral

Luxaciones y esquinces

luxacion = pérdida de la relación entre dos superficies articulares acompañada de rotura capsular.

Clasificación = Completa, subluxación, Osita, Incompleta, Residual

etiología = Directa e Indirecta (frecuente).

Orden de Frecuencia = Hombro, codo, Codo, tobillo mano.

Mas frecuentes = Hombro, codo.

Esquince = lesiones articulares / distorsión debida a un movimiento forzado.

Clasificación = 1er Grado, 2do Grado, 3er Grado

SANGRANOS
DIGESTIVO
ALTO Y
BAJO

SANGRANOS DE
TUBO DIGESTIVO
ALTO

CONCEPTO

Es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Según su origen se clasifica en hemorragia digestiva alta o baja.

- Ancho de Treitz
- Hematemesis
- melena (>100ml)
- Proctorragia o rectorragia
- Hematoquecia

ETIOLOGIA

- Enfermedades gastrointestinales 30-70%
- Traumas gastrointestinales
- Neoplasias gastrointestinales 10-20%
- Lesión aguda del tubo digestivo (0-15%)
- Síndrome malabsortivo 5-8%
- Esoterofagitis péptica
- Patología vascular sistémica
- Hemoclasia de hígado

MANEJO

- Valorar el hemodinámico
- Papeo vital
- Transfusión
- Sonda nasogástrica
- ECG y sonda vesical y orina

TRATAMIENTO

- Reparación directa de hemorragia
- Balón de Sengstaken Blakemore
- Opciones: intubación - intubación
- Tratamiento endoscópico

DIAGNOSTICO

- Laboratorio = BH, UREA, ECE Y CP
- Imágenes: Rx tórax, Endoscopia oral, colonoscopia, laparoscopia

CONCEPTO

Se define como aquella que tiene su origen en el tubo digestivo distal al ángulo de TREITZ.

MANIFIESTA CLINICA

- Se manifiesta en forma de melena
- o mas frecuente en forma de hematoquecia

ETIOLOGIA

- Divertículos, Angiodisplasia, Hemorroides
- Cáncer colorrectal

DIAGNOSTICO

- Colonoscopia, Angiografía mesentérica
- Tac, Laparoscopia inguinal

TRATAMIENTO

- Resuscitación: manteniendo + estabilizando hemodinámico con reposición de la sangre y coágulos de la anemia mas transfusión sanguínea si falla reposición

SANGRANOS DE
TUBO DIGESTIVO
BAJO

APENDICITIS

- Concepto** { Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular.
- Apendicitis Aguda** {
 - Inflamación aguda del apéndice.
 - Constituye la urgencia de abdomen más frecuente.
 - Representa 5% de todos los casos de abdomen agudo.
 - Etiología: bacteriana.
- Epidemiología** {
 - Mayor incidencia de los 10 a 50 años.
 - Disminuye en extremos de la vida.
 - No hay diferencias entre ambos sexos.
 - Prevalencia global del 1%.
 - Apendicitis perforada 0.6-0.5%.
 - Complicaciones = 15% de los casos, 40% en apéndice perforado.
- Fisiopatología** {
 - La principal causa de apendicitis aguda: obstrucción de la luz apendicular.
 - Los radiólogos en comparación con la longitud predispone a obstrucción de ASA.
 - Causas de obstrucción = Feculites, hipertrofia tubal, fístulas, malacías, vermines.
- Estudio Histológico** {
 - Edematosa e congestiva. Apéndice normal hipertrofia. Al abrir la apéndice se encuentra mucosa congestiva, edematosa y erigida.
 - Suppuración purulosa bacteriana en todas las capas.
 - Neutrofilos infiltrados inflamatorios en mucosa y muscular.
 - Neutrofilos organizados: absceso peritoneal perforado. Pasa de necrosis sobre apéndice. Sede suena a fístula.
 - Perforada (cáncer) = Peritonitis local o difusa, con abscesos localizados peritonitis difusa.
- Diagnóstico** {
 - Principal clínico.
 - Hallazgos de laboratorio.
 - Examen físico cuidadoso.
 - dolor periumbilical.
- Clinica** {
 - Dolor periumbilical, difuso y gástrico, alba torácica en el inicio.
 - Dolor progresivo en el cuadrante inferior derecho y dolor localizado.
- Diagnóstico** {
 - Escala de gravedad.
 - Anamnesis.
 - Examen Abdominal.
 - TAC. está indicado.
- Tratamiento** {
 - Foco en la remoción del apéndice. Intervenido antes de que se produzca la perforación.
 - Apendicectomía: única terapéutica.
 - Antibióticos = clindamicina, metronidazol.
- Pronóstico** {
 - Factores que influyen en la mortalidad = edad.
 - Perforación antes de la cirugía.
 - Mortalidad postquirúrgica 0.1%.
 - Perforación postquirúrgica 3%.
 - Retirada en cirugía por.

Patología de las Vías Biliares

**Coleristias
Clónica
Litásica**

- Anatomía**
- **Química**
- Se origina en la zona superior de gestación
 - Saca en forma de paño de 7 a 10 cm de largo
 - Capacidad promedio 30-50ml
 - Resaltado en 4 áreas: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello
 - Actúa sobre todo sobre las vesículas.
- Definición** { Proceso inflamatorio crónico de las fosfatas biliares con episodios recurrentes de colestasis
- Fisiopatología** { Realiza a todo el bazo el conducto biliar, elevación de la presión intraluminal y el bloqueo. Proceso recurrente ocasiona de forma intermitente
- Cuadro clínico** { Síntomas típicos en hiperbilirrubinemia o ictericia, vómitos fiebre abdominal, signs Murphy
- Diagnóstico** { Clínica, OAB, Comprobados por seropositividad 95%
{ TNC, EN, colangiografía radioscópica.
- Tratamiento** { Dieta libre de colesterol, reducir alcohol, laparoscopia, colecistectomía litotomía.

Colodocostasis

- Definición** { Presencia de cálculos biliares en el conducto biliar común (colectores).
- Epidemiología** { Se considera 24% de las mujeres asintomáticas en litiasis. La incidencia aumenta con la edad.
- Etiopatología** { Primario: menos frecuente y más prevalente en el este de Asia (Infección, Fibrosis quística, Anemia de def.)
Secundario: más común al obstruimiento de los cálculos de la vesícula biliar hasta obstruir el conducto biliar.
- Cuadro clínico** { **Colangitis aguda** = Infección bacteriana de la hías debido a la obstrucción de la vía biliar. triada de Charcot.
{ **pancreatitis aguda** = dolor abdominal intenso de localización epigástrica, inflamación de la vía biliar, deshidratación, alto de choque.
- Diagnóstico** { Bili, PTT, Enzimas pancreáticas, ultrasonido transabdominal, colangiografía endoscópica retrograda, colangio resonancia magnética, colangiografía litopaneada.
- Tratamiento** { PTE, PEG, litotomía extracorpórea.

Colangitis

- Definición** { Afección más allá con inflamación aguda e infección en las vías biliares.
- Etiología** { Cálculos, Estenosis benignas (malignas de la vía).
- Cuadro clínico** { triada de Charcot, fiebre, ictericia.
- Diagnóstico** { triada de Charcot, tests (PTT, Bili, enzimas).
{ Análisis, Antibióticos.

PANCREATITIS

Definición { Proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejidos peripancreáticos y puede involucrar órganos y sistemas distantes

Etiología { La litiasis biliar es la causa más frecuente en nuestro medio, seguida por el alcohol.

Epidemiología { Es más frecuente entre los 40 y 50 años de edad y afecta más a 3 hombres = ingestas de alcohol.
mujeres = cálculos en vesícula

Factores de Riesgo { Existen factores de riesgo en los que se debe tener especial cuidado como son:
• el consumo y la obesidad
• el consumo de alcohol y alimentos ricos en grasas
• padecer cálculos en la vesícula y vías biliares
• niveles de triglicéridos muy elevados

Fisiopatología { Contribuye la infiltración del páncreas por macrófagos y polimorfonucleares.
• Intersticial o edematosa = consiste en el aumento difuso o localizado del páncreas debido a un edema
• Necrosante = entre un 5% y 10% de los pacientes con PAg tienen necrosis del parénquima pancreático de la que sepan necrosis.

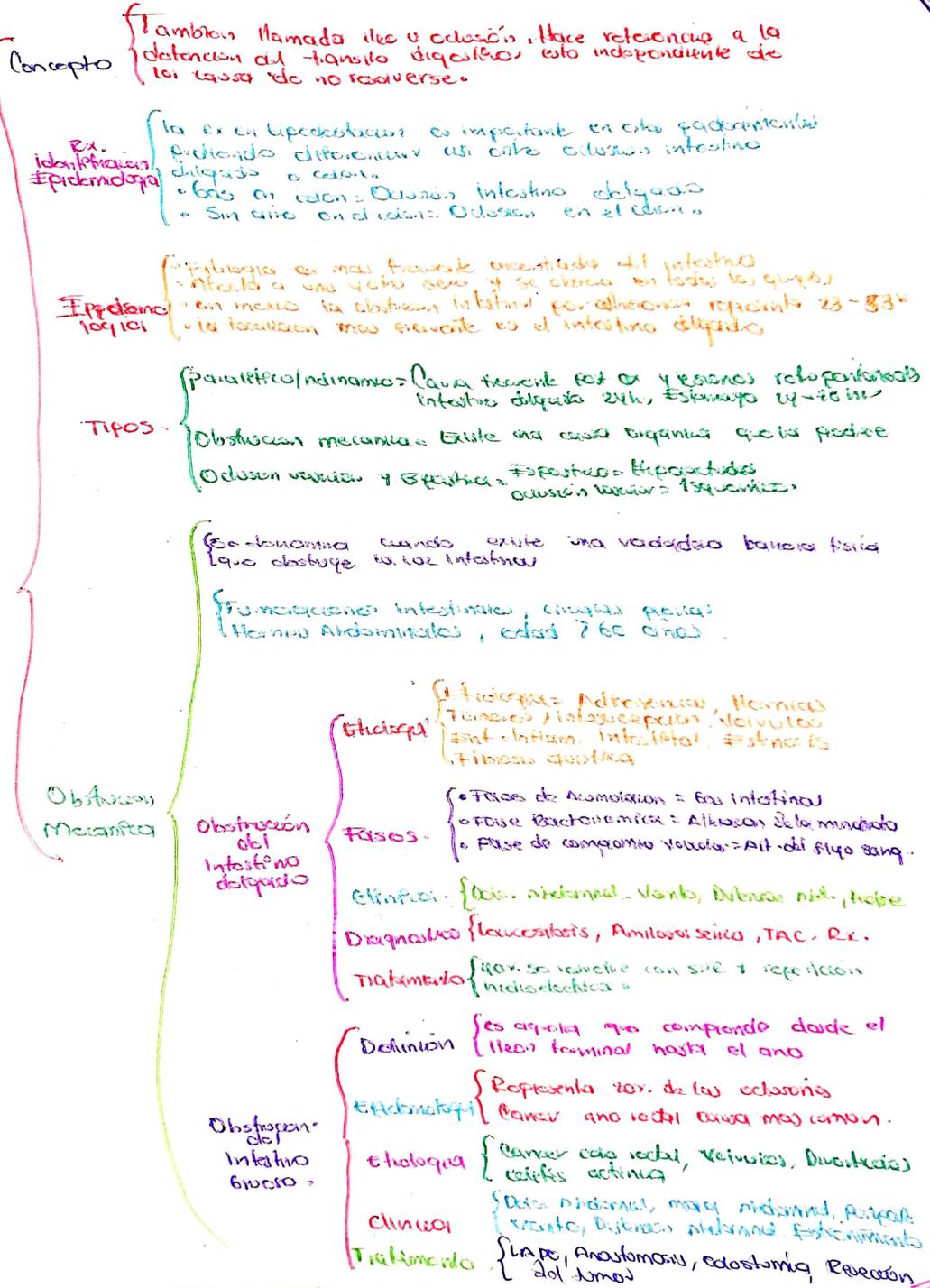
Clínica de Pancreatitis { Dolor abdominal, Náuseas y vómito, Fiebre, Ileon paralítico
Taquicardia y taquipnea, Leucocitosis o leucopenia, hipercalcemia sintomática, Hematoma periumbilical o ictericia.

Clasificación { Pancreatitis Aguda leve = mínima expresión sintomática,
Pancreatitis aguda grave = fallo orgánico persistente (necrosis, abscesos, pseudocistos).

Diagnóstico { Dos criterios = Dolor abdominal, enzimas pancreáticas
Amilasa y lipasa aumentadas 3 veces.
TAC con contraste.

Tratamiento { Hidratación IV o oral en las primeras 12 a 24 horas
sonda nasogástrica, oxígeno, TX para dolor

**OBSTRUCCION
INTESTINAL**



**PERFORACION
INTESTINAL**

Concepto { Las lesiones intestinales durante procedimientos ex. del uso de instrumentos de energía o lacer. más traumáticas debiendo tenerse:
• etiología, Teratologías, cuerpos extraños medicamentosa, inflamatorias y neoplásicas.

Etiología {
Iatrogena: procedimientos, tanto de o r.
Traumatismo = Intestino delgado (G-12); aumento en r. penetrante =
Cuerpo extraño = Ingesta de objeto autolesivo, víscera → Fístula, malacombos = Ingesta prolongada de "estrías",
Instrumentos endoscópicos.
Inflamatorias: ent. ill. intest. ent. con. apendicitis, pólipos neoplásicos.

CLINICA { Dolor abdominal o laceración aguda es presentar de manera insidiosa en sintomatología de larga duración, incluso en forma recurrente.

Abordaje en Urgencias {
• Inmunización y estabilidad hemodinámica.
• Punción bacteriana.
• Estudios de coagulación.
• Pruebas de laboratorio.

Perforación de intestino delgado

Etiología {
• Enfermedad subyacente: isquemia aguda o enteritis bacteriana, ent. celiac, diverticulitis yeyunal o ileal.
• Iatrogena: Dehiscencia de suturas.

Diagnóstico {
• Neumoperitoneo por datos positivos.
• TC abdominal.

Tratamiento {
• Antibióticos de amplio espectro.
• Hemodinámica.
• cirugía urgente.

Perforación de Intestino grueso

Etiología {
• Apendicitis y diverticulitis.

CLINICA { dolor abdominal sintoma más frecuente peritonitis, signo clíno de p. media.

DA. { Rx de bari. y abdomen, TC abdominal. Positivo.

Tx. { Inmunes hemodinámicas; sonda nasogástrica; sonda vesical, antibióticos.

HERNIAS COMPLICADAS

Definición { Son protrusiones del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales primarios o secundarios a ciurgias previas }

Clasificación

Por su localización

Hernia inguinal { Protruyen por el orificio inguinal profundo y se presentan como una tumefacción de tamaño variable en la ingle. }

Hernias crurales o femorales { menos frecuentes que las anteriores y más frecuentes en mujeres que en hombres }

Hernia umbilical { específicamente en obesos y pacientes con ascitis y embazadas }

Hernia epigástrica { Esta en algún punto de la línea alta entre la cavidad umbilical y el reborde xifóideo }

Hernia Spiegel { Son infrecuentes y difíciles de explorar ya que protruyen entre dos planos musculares laterales al borde externo del recto anterior del abdomen }

Eventración { son defectos de la pared secundaria a una cirugía anterior }

según el nivel de compromo

Hernias reducibles { son tumefacciones inconsistentes cuando se reintroduce en la cavidad abdominal con el simple decubito }

Hernias irreducibles { son tumefacciones duras cuyo contenido no se reduce con facilidad }

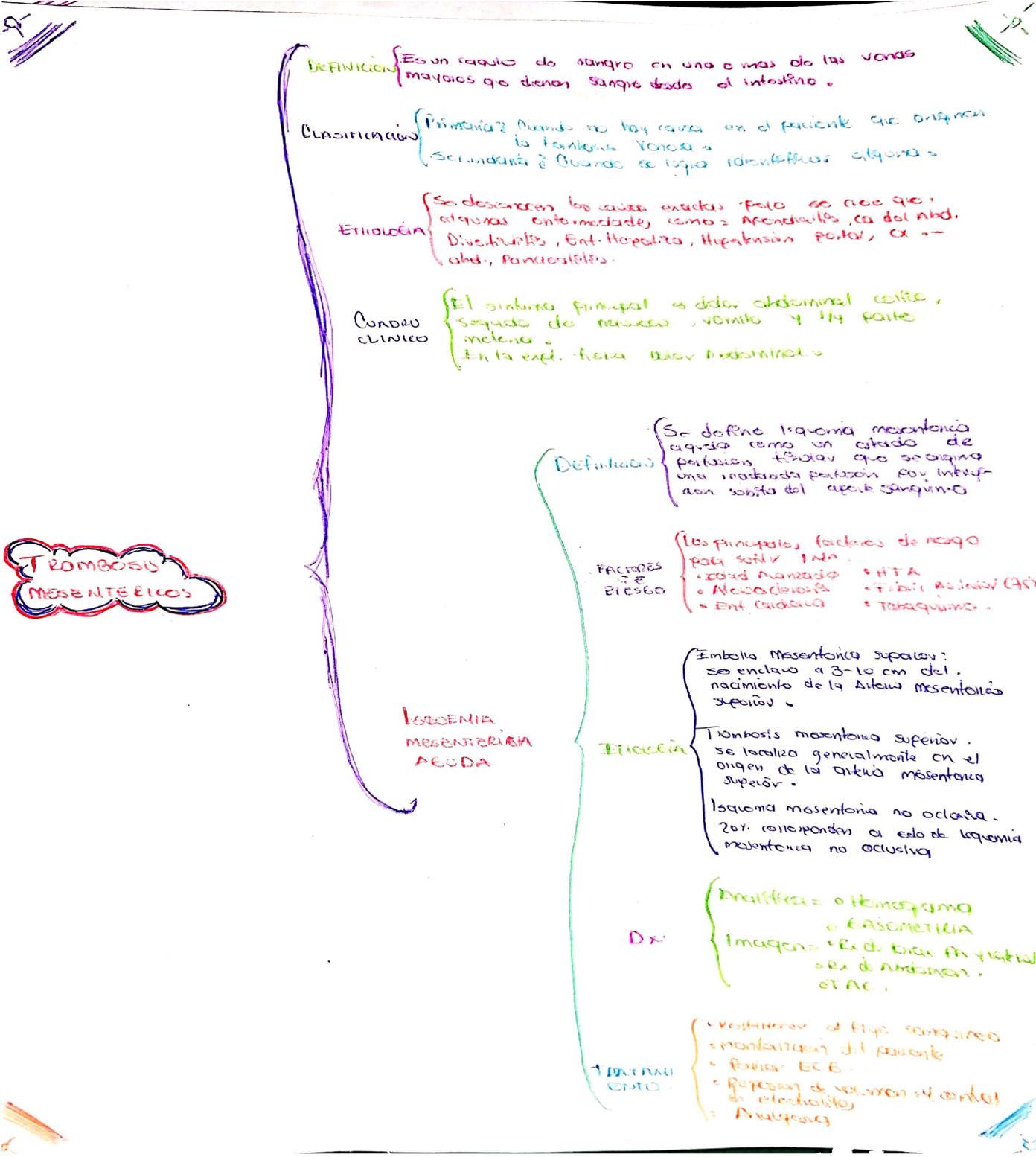
Hernia estrangulada { representan un síndrome de dolor de la vena, alajada en la hernia o en cualquier del caso herniario únicamente }

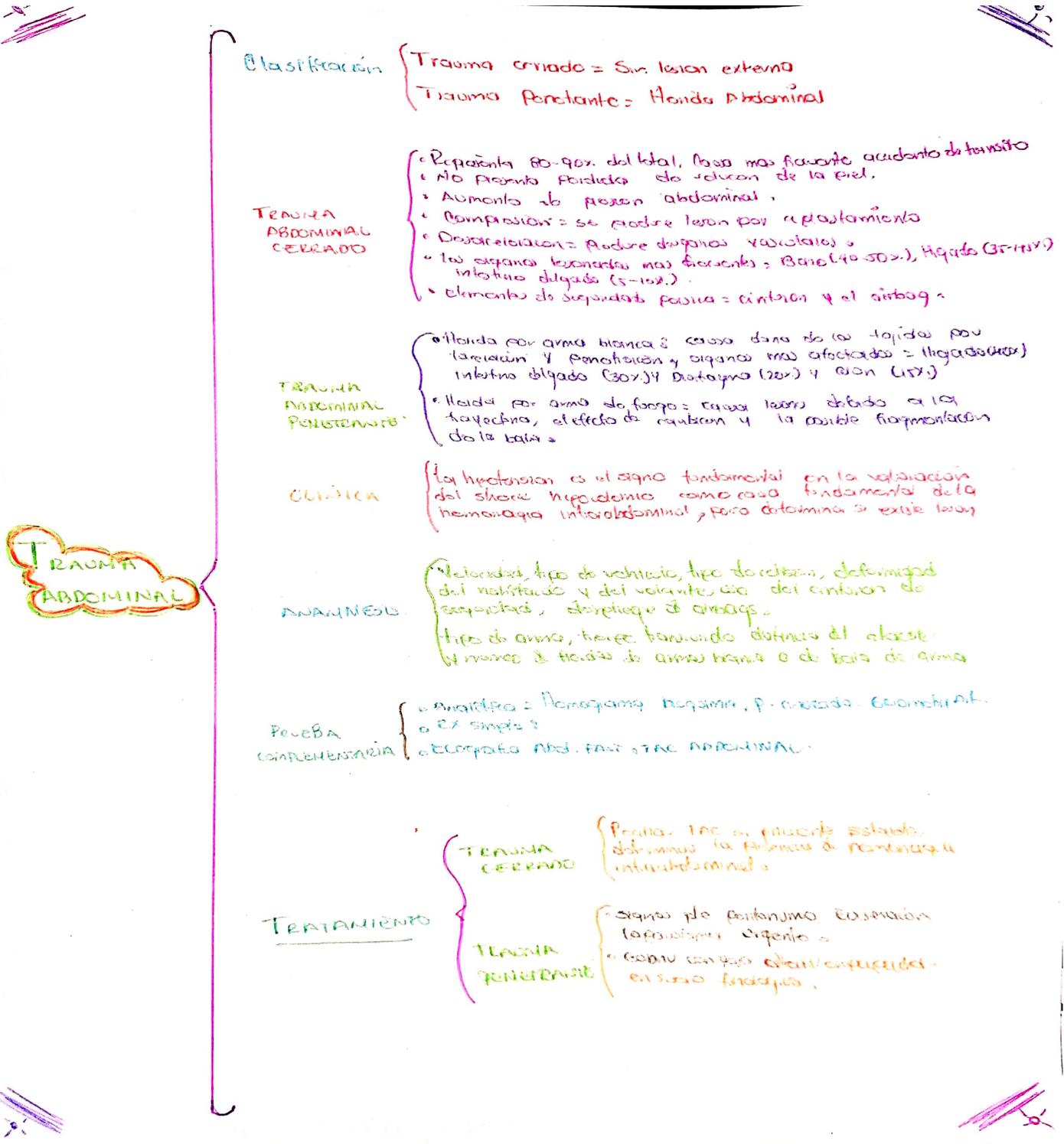
Clinica { dato, queda referido a una hernia, conocida o no que pudo acompañarse de náuseas, vómito y distensión abdominal. }

Diagnóstico { Clínica, la anamnesis debe incluir un porcentaje de la hernia, tiempo de evolución desde que aparece, detalles y síntomas asociados de carácter intestinal }

Puntos clave { Ecoquímica de la pared abdominal, etc. }

Tratamiento { Siempre sea posible el Tx quirúrgico debido de la fisiología herniaria, Pese a que el diagnóstico se hace a través de mapas índice de automatización }





Referencia Bibliografica.

- Bibiano, C. Manual de urgencias. 3ra Edicion.