

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

8º A

MATERIA:

URGENCIAS MÉDICAS.

CLAVE:

1.

DOCENTE:

DR. ROMEO MARTÍNEZ SUAREZ.

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLÍN CAMPOSECO PINTO.

COMITÁN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 23 DE NOVIEMBRE DEL 2022.



FRACTURAS, ESGUINCES, LUXACIONES

Definición: Rótulo de un hueso o bien ala discontinuidad del tejido óseo.

Diagnóstica: Radiografía simple.

Fracturas

1
Todas Fracturas son ex.

Clasificación de Fracturas abiertas:

- Grado I: herida < 1 cm **Gustilo**
- Grado II: herida 1-3 cm **Anderson**
- Grado III: herida extensa, desvirtuación y contaminación.
- Grado IV: Afectación periostio y exposición ósea.
- Grado IIIc: lesión neurovascular.

Tratamiento:

- * Analgésia
- * Rehabilitación
- * Reducir la inmovilización

Luxaciones

Definición:

Pérdida de la relación entre dos superficies articulares acompañada por una rotura parcial o completa.

Etiología:

- Directo o indirecto
- Más afectado: más frecuente.
- Frecuencia: hombro, codo, cadera, mano.

Definición:

Lesión articulares, producen una distorsión debido a un movimiento forzado.

Esguince más frecuentes:

- * Codo
- * Tobillo
- * Rodilla.

Causas

- Traumatismo directo
- Traumatismo indirecto
- Fractura patológica
- Fractura por fatiga.

Fractura abierta

Solución de continuidad de un segmento óseo en contacto con el medio exterior a través de la piel y tejidos blandos.

Fracturas más frecuentes en urgencias:

- * Fracturas de falanges: Distal, medio y proximal.
- * Fractura de metacarpos
- * Fractura de escapulas
- * Fractura de radio
- * Fractura de codo.

Fractura cerrada:

No existe comunicación entre el hueso y el exterior del cuerpo.

Clinica:

- Dolor
- Edema
- Tumefacción
- Deformidad.
- Crepitacões

Clasificación:

- * completa: pérdida total de la relación articular
- * subluxación: pérdida parcial del contacto articular
- * **oculto:** Pérdida de la relación en movimientos forzados. y semanas, con inicio de cicatrización
- Mala reducción/dolores extensos en tejido de soporte.

Luxaciones más frecuentes:

- Luxación de hombro: 50% de luxaciones
 - Luxación de codo, segunda más frecuente.
 - Luxación de cadera
 - Luxación de tobillo.
- Clasificación:**
- 1er grado: Dolor moderado, escasa inflamación y movilidad normal.
 - 2do grado: Dolor, pérdida moderada de función, inflamación.
 - 3er grado: Muy doloroso, gran inflamación, pérdida función, inestabilidad.

HERNIAS COMPLICADAS

Diagnóstico

- * Clínico
- * Ultrasonido: Gold Estándar
- * TAC abdominal.
- * Radiografías
- * Laboratorio = Bh, grupo RH

Hernias Complicadas

Son protusiones del tejido del interior del abdomen a través de defectos parietales primarios (congénitos o adquiridos) secundarios a cirugías previas

Origen

- Primarias → congénitas
- Secundarias → Cirugía previa

Clasificación por localización:

- Hernias inguinales { Protuyen por el orificio inguinal Profundo.
- Hernias Femorales { Menos frecuente que los inguinales.
- Hernias umbilicales { Frecuente en obesas, embarazadas.
- Hernias epigástricas { El anillo está en algún punto de la línea alba.
- Hernias de Spiegel { Son infrecuentes y difícil de explorar.
- Ewentraciones { Defectos de la pared secundarios a cirugía.

Tratamiento:

- CX
- Mango = - Ayuno
- Líquidos IV
- Analgesia
- Antibióticos
- Sonda Foley
- Sonda nasogástrica

Clasificación según el nivel de compromiso

- Hernias reductibles { Tumores de consistencia blanda.
- Hernias incarceradas { Tumores duros
- Hernias estranguladas { Hernias incarceradas

Manifestaciones Clínicas:

- * Dolor agudo referido a una hernia, náuseo, vómito, distensión abdominal.
- No Complicada** {
 - + Maniobra de vasalva → Masa palpable.
 - Náusea
 - Dolor
 - Regresa por sí sola a la presión.
- Complicada** {
 - incarcerada { Más dolor, Náusea/vómito - Peristalsis disminuida.
 - Estrangulada { - Irritación
 - cambios de coloración

TRAUMA ABDOMINAL

Definición: Cuando este compartimento orgánico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad.

Etiología:

- * Heridas por arma blanca
- * Herida por arma de fuego.

Factores de riesgo:

- * Edad
- * gravedad
- * Localización del traumatismo
- * Hemotórax
- * Neumotórax
- * Fractura pelvis

Clasificación: Según el Mecanismo lesional.

- Traumatismo cerrado (sin lesión externa).
 - * 80-90% → causa más frecuente.
 - * Aumento de la presión abdominal.
 - * compresión
- Traumatismo Penetrante (Herida abdominal).
 - * órganos lesionados {
 - bazo (40-50%)
 - Hígado (35-45%)
 - I. D. (5-10%)
 - * herida por arma blanca
 - * Causan daños de los tejidos por laceración y penetración Hígado 40% ID (30%) Diafragma

Trauma Abdominal

Manifestación Clínica:

- Hipotensión
- Anamnesis

- crepitidos
- Trauma penetrante.

Exploración Física

- Inspección { visualización directa del abdomen.
- Auscultación { Determinar la presencia de ruidos hidroaéreos.
- PerCUSión { Matidez
- palpación { presencia de dolor.

Pruebas complementarias:

- Analítica
- Rx Simple
- TAC

FAST > Gold estándar

Diagnóstica: • Estudio de contraste { cistografía
Pielograma IV

+ **General** { Prioridad al ABC

Tratamiento:

- * **Específico** {
 - TA cerrado → Descartar lesiones vasculares
 - TA Penetrante → Laparotomía urgente.

ABDOMEN AGUDO

Abdomen Agudo.

Dolor e hipersensibilidad de nuevo inicio y de gran intensidad en el abdomen, requiere intervención quirúrgica.

Inflamación

Que Ocasiona

Apendicitis

Colecistitis

Hipersensibilidad al rebote

Dolor periumbilical al Cuadrante inferior derecho

Dolor en el Cuadrante superior derecho

Perforación

Perforación intestinal

Enfermedad ulceroosa péptica, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal.

embarazo ectópico roto

Aneurisma aórtico

Obstrucción

obstrucción intestinal

vómito, estrechamiento a adherencias, hernia o enfermedad maligna.

vólvulo

Isquémico

isquemia mesentérica

Fibrilación auricular en ancianos

Hernia estrangulada

Masa en el abdomen abultada.

Torsión de ovario

Dolor pélvico mujer joven

Exploración Física

Observar

Auscultar = Ruido

Percutir = Mate, timpánico, metálico

Palpar = Valorar signos.

Diagnóstico

Laboratoriales $\left\{ \begin{array}{l} \text{BHC} \\ \text{Tiempo} \\ \text{Lipasa, Amilasa} \\ \text{GPO RH.} \end{array} \right.$

Imágen

Tele de tórax, TAC, USG.

Manejo y Tratamiento

1. Ayuno.
2. Soluciones = Hidratación
3. Medicamentos = Analgésicos, antibióticos.
4. Cuidados generales: control líquidos, sonda Foley, vigilancia de glucosa.

Manejo

- Estabilizar el paciente
- Estudios de imagen
- Manejo del dolor

OCLUSIÓN INTESTINAL

Oclusión Intestinal

Definición: Dificultad total o parcial del paso del contenido a través del tubo digestivo que asocia o no daño vascular.

- Clasificación:**
- 1 Mecánico: simple o estrangulado.
 - 2 Paralítico: Motilidad inefectiva.
 - 3 Alta (80%): Intestino delgado.
 - 4 Baja (20%): Intestino grueso.

Radiología: Tórax CPA y lateral

Abdomen = Patrón en "pilas de monedas"

- Tratamiento:**
- * Rehidratación
 - * colocación sonda nasogástrica, sonda vesical.
 - * Dieta absoluta.
 - * Antibiótico: metronidazol 1.500 mg iv c/24 hrs + cefotaxima 1g iv c/8 hrs.

	Clínica	
	Mecánico	Paralítico.
Dolor abdominal	cólico difuso	No cólico
Náusea vómito	Presente	Presente
Emisión gases	Ausente	Parcial

Sub-oclusión: obstrucción incompleta y persistente.

Pseudo-obstrucción: Crónica sin causa anatómica.

Tipo Mecánico		
causas intraluminales	causas parietales	causas extraluminales
* Impactación Fecal	* Diverticulitis	* Hernias
* cuerpos extraños	* Radiación	* Torsiones
* parasitosis	* Enfermedad inflamatoria.	* Tumores pélvicos.

Etiología

Criterios de Roma para Dx de estreñimiento funcional:

1. Presencia de 2 o más criterios:
 - * Esfuerzo excesivo al menos 25% de deposiciones.
 - * Heces duras (tipo 1-2 Bristol).
 - * Maniobras manuales para facilitar la defecación.
 2. Presencia heces líquidas es rara sin uso laxantes.
- Los criterios deben cumplirse tres meses, síntomas 6 meses antes del diagnóstico.

Exploración Física:

- Inspección: Distensión abdominal Franca, cicatrices previas.
- Palpación: Dolor difuso sin signos de irritación peritoneal.
- Percusión: Timpanismo.
- Auscultación: < ruidos intestinales < 24-48 hrs.

Signo de culen

- Equimosis Periumbilicar

Signo de Grey-Turner

- Equimosis en los flancos.

APENDICITIS

Manifestaciones clínicas: ex: Apendicectomía

Síntomas

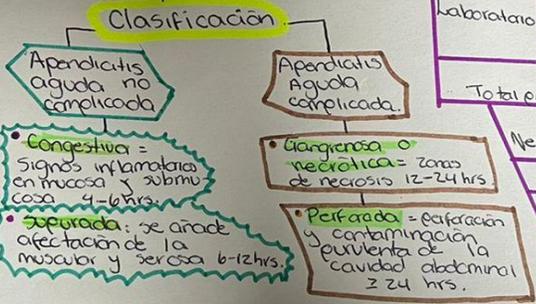
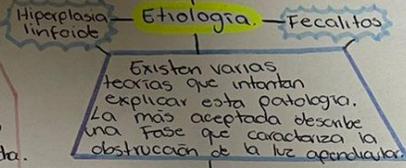
- Conocida como **orología apendicular** o **triada de Murphy**, se caracteriza por:
- **Dolor abdominal** - localizado en la zona inferior del epigastrio o periumbilical, el dolor aparece de forma brusca, persistente, 6 hrs, pasa a localizarse en fosa iliaca derecha.
- **Náusea, vómito**
- **Fiebre o febrícula** = No suele exceder a los 38°C.

Signos:

- **Signo de Blumberg** = Dolor al presionar la pared de la fosa iliaca derecha con la mano refiriéndola bruscamente.
- **Signo de Rovsing** = Dolor FID al presionar sobre flanco y fosa iliaca izquierda
- **signo del psoas** = Dolor FID con hiperextensión del muslo derecho, característico de la apendicitis retrocecal.
- **signo del obturador** = Dolor en la FID con la rotación interna de la cadera ipsilateral característica de la apendicitis pélvica.

APENDICITIS

Inflamación aguda del apéndice cecal, supone la emergencia quirúrgica más común y la primera causa de abdomen agudo quirúrgico.



Diagnóstico Diferencial:
Dda abdominal agudo.

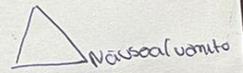
Gold estándar:
TAC

Escala de Alvarado

Aspecto	Clinica/Laboratorio	Valor
Síntomas	Migración dolor a FID	1
	Anorexia	
	Náuseas / vómitos	1
Signos	Dor en cuadrante inferior derecho.	1
	Dor con descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación a la izquierda	1
Total Puntos		10

Negativa para Apend. A: 0-4 Puntos
 Posible Apendicitis A.: 5-6 Puntos
 Probable " " 7-8 Puntos
 A A 9-10 Puntos

Triada Murphy

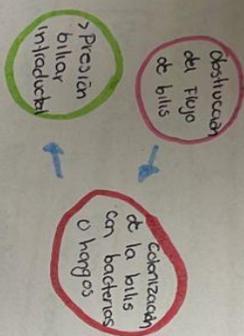


COLANGITIS

Definición: Es una alteración morbida con inflamación aguda e infección en las vías biliares.

Epidemiología: 10%. Patología general tiene litiasis biliar.

Etiología: 3 Factores



Colangitis Diagnóstica

- Triada de Charcot
- Mezcla de leucocitos, Proteína c reactiva, Pruebas de función hepática, bilirrubina,

Triada Charcot:
 Fiebre
 Dolor H.D.
 Ictericia

- Principales causas de colangitis:**
- cálculos
 - Estenosis benignas.

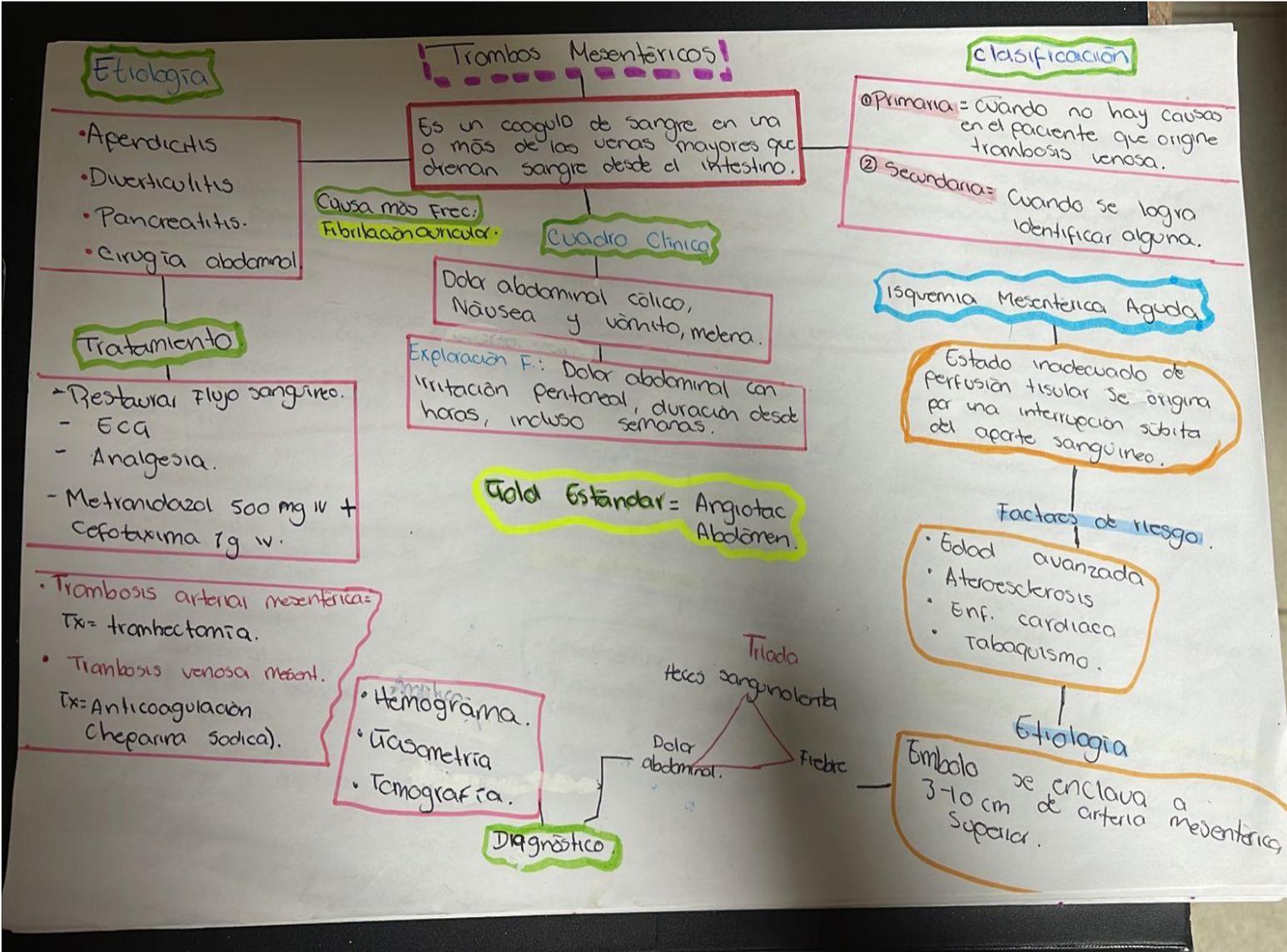
- Signos clínicos:**
- Signo Murphy.
 - Dolor abdominal cuadrante superior derecho.
 - Náusea y vómito

Tratamiento:

- Ayuno
- Admín. antibióticos y analgésicos.

- Grado I: colangitis aguda (leve):**
 Antibióticoterapia, intervención endoscópica
- Grado II: colangitis aguda (moderada):**
 Drenaje endoscópico, sonda en T.
- Grado III: colangitis aguda (grave):**
 Manejo quirúrgico, drenaje biliar.

TROMBOS MESENTÉRICOS



PERFORACIÓN INTESTINAL

Tratamientos:

- Intestino delgado (5-15%) de los traumatismos abdominales cerrados.
- Aumenta su incidencia en el traumatismo perforante.

Cuadros clínicos:

- Ingesta accidental, como ingestión por intento suicida.
- Dispositivos terapéuticos: clips, mallas en pared abdominal.
- Úlcera → fistula.

Perforación intralino-glucosa:

Etiología: Apendicitis y la diverticulitis perforada son las 2 causas más frecuentes

Clínica:

- Dolor abdominal
- Peritonitis → Fiebre, taquicardia, shock séptico
- Rectal → Pélvica.

Diagnósticos:

Rx de tórax y abdomen = aparece neumoperitoneo.

Tratamiento:

- Sonda nasogástrica y vesical
- Antibioticoterapia amplio espectro.

Perforación Intestinal:

Etiología:

Lesiones iatrogénicas durante procedimientos quirúrgicos, tras el uso de instrumentos de cirugía o lesiones traumáticas abdominales cerradas.

Medicamentosos:

- Ingesta alta dosis de antiinflamatorios no esteroideos.
- Medicaciones utilizadas en tx oncológicos

Perforación de intestino delgado:

Enfermedad subyacente: isquemia crónica, enf. Crohn, ingestión de cuerpos extraños

Diagnóstico:

- Neumoperitoneo 50% de las perforaciones de intestino delgado.
- TAC abdominal = identifica colecciones líquidas.

Tratamiento:

- Cefalosporina + metronidazol.
- Perforación es contienda, paciente clínica y estable = Tx conservador
- Cirugía urgente.

Iatrogénicas:

- Procedimientos endoscópicos, tanto diagnósticos como terapéuticos.
- Estudio de imagen como colonoscopia virtual.
- Perforaciones que se producen durante procedimientos quirúrgicos.

Manifestaciones Clínicas:

- Dolor abdominal o torácico
- Insidiosa, larga duración
- Drenaje de contenido a través el exterior.
- Irritación química del peritoneo.

Abordaje inicial en urgencias:

- Monitorización y estabilización del paciente.
- Laboratorio: Hemograma completo.
- Estudio de coagulación = alterado.
- ECG
- Radiografía de tórax = presencia de neumoperitoneo.
- Radiografía de abdomen.

Toracoabdominal de abdomen, permite identificar la localización de la perforación.

SANGRADO DIGESTIVO

Sangrado Digestivo

Es la pérdida de sangre por el tubo digestivo.

• Angulo de Treitz { Flexura entre el duodeno y yeyuno.
 • Hematemesis
 • Melena (>100 ml)
 • Rectorragia.

Hemorragio Digestivo

Definición: Hemorragia de origen superior al ángulo de Treitz.

Etiología: Várices esofágicas, hernia de hiato, esofagitis, úlceras
 crónicas, **melenas** → evacuación chaparral, **hemoptisis** → tos (sangre), **hematemesis** → vómito con sangre.

Diagnóstico: BHC, UREA, endoscopia, laparoscopia.

Clasificación: **Ia** Abundante sangrado
Ib Sangrado a copas
IIa Vaso visible
IIb Coagulo adherido.
IIc Pigmentación plana
III base ulcerosa

Tatamiento:
 • Anticácidos → omeprazol. 80 bolo
 • Sd. Salina → 250ml - 200mg
 • Sucralfato → 1g c/6hrs IV 5mhs
 • Terlipresina → 2 mg IV bolo

Definición: Su origen en el tracto digestivo distal al ángulo de Treitz.

Etiología:
 • Diverticulitis
 • Angiodisplasia
 • Lesiones vasculares
 • pólipos
 • Tumores
 • Inf. crón.

Colonoscpa Cuadro Clínico:
 • Melena
 • Hematoquecia

Tratamiento:
 • Tratar la causa
 • Manjo Qx

Diagnóstico:
 • Colonoscopia
 • TAC
 • Laparotomía urgente.

Manjo:
 • Reanimación y mantenimiento
 • Hemodinamia
 • Monitorización.

~~Gete esterco~~
~~Gete esterco~~

PANCREATITIS

Pancreatitis

Definición:

Inflamación aguda del páncreas y tejido peripancreático.

Epidemiología:

- 40-50 años
- Hombres

Etiología:

- Obstrucción biliar
 - Alcohol.
 - Metabólicos
 - Vascular
 - Traumatismo.
- Fármacos
 - Infecciones
 - Iatrogenia
 - Vasculor
 - Idiopático.

Factor de Riesgo:

- Sobre peso
- Obesidad
- Consumo alcohol.
- Trigliceridemia

Fisiopatología:

PAI Intersticial
PAC Necrosante

- Infiltrado de macrófagos
- Aumento del calcio
- Activación intrac.

- Fase intracelular
- Fase intracanal
- Fase pancreática
- Fase sistémica.

Manifestación Clínica:

- Fiebre
- Ictericia.
- Dolor abdominal (hemitórax)
- Náusea / vómito

Diagnóstico:

- USG
- Tac abdominal
- Terc de tórax
- Laboratorios

Criterios de Severidad:

- * Criterios de Ranson → Severidad
- * Clasificación Atlanta → leve, moderada, severa
- * Criterios de BISAP → Mortalidad
- * Balthazar → Severidad y necrosis.

Tratamiento:

- ✓ Hidratación
- ✓ Analgesia
- ✓ Antibiótico
- ✓ Dieta
- ✓ Tx IBP