

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Asignatura:

Urgencias médicas.

Trabajo:

Cuadros sinópticos.

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez.

Alumno:

Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre y grupo:

8º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 22 de noviembre de 2022.

Fracturas, esguinces y luxaciones

FRACTURAS

Definición:
Rotura de un hueso o bien a la discontinuidad del tejido óseo.

Diagnóstico:
El dx se confirma mediante radiografía simple

Clasificación de las fracturas abiertas:

- Grado I: Herida < 1cm
- Grado II: Herida 1-3cm
- Grado IIIA: Herida extensa desvitalización y contaminación.
- Grado IIIB: Aneclación de perosta y exposición ósea.
- Grado IIIC: Lesión neurovascular.

Causas:

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

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

Clinica:

- Dolor.
- Hinchazón - Edema
- Tumefacción - crepitancias
- Deformidad
- Impotencia funcional

Fractura cerrada:
No existe comunicación entre el hueso y el exterior del cuerpo.

Fracturas más frecuentes en urgencias:

- Fracturas de falanges: Distal, media y proximal
- Fractura de metacarpianos / de baseador.
- Fractura de escápulas.
- Fractura de olecranon
- Fractura distal del radio.
- Fractura de clavícula
- Fracturas de codo
- Fractura de distal del húmero

Tratamiento:

- Analgesia
- Reducir la inmovilización.
- Rehabilitación.

LUXACIONES

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

Etiología:

Directa o indirecta, es la segunda más frecuente.
Más afectadas: Hombros.
Frecuencia: Hombro, Codo, Cadera, tobillo y mano.

- Clasificación**
- **Completa:** pérdida total de la relación articular.
 - **Sustitución:** pérdida parcial del contacto articular.
 - **Acute:** pérdida de la relación con movimientos forzados.
 - **Insuavizada:** 4 semanas, con inicio de cicatrización
 - **Resistente:** Mala reducción / daños extensos en tejidos de soporte.

Luxaciones más frecuentes:

- Luxación de hombro: 50% de las luxaciones.
- Luxación de codo: segunda más frecuente.
- Luxación de cadera
- Luxación de tobillo.
- Luxación de muñeca.

ESGUINCES

Definición:
Lesiones articulares, producen una distensión debido a un movimiento forzado.

Esguince más frecuente:

- Cuello
- Tobillo *
- Rodilla

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 importante de función y manifiesta inestabilidad.

Tratamiento:

- inmediato:** Determinar el alcance de la lesión: a) aplicar hielo, b) Elevar la extremidad c) Fractura inmovilizar
- Definitivo:** Medicación antiinflamatoria e inmovilizar durante 3-4 semanas.

Sangrado de tubo digestivo alto y bajo

Hemorragia digestiva alta:

Definición:

Presencia de sangre en el tracto digestivo alto, proveniente de la mucosa que se localizan entre el esófago y el ángulo de Treitz.

Cuadro clínico:

- Hematemesis
- Melena

Clasificación de Forrest:

- Ia: Sangrado a chorro.
- Ib: Sangrado a capas.
- IIa: Vaso visible no sangrante
- IIb: Coágulo adherido
- IIc: Pigmentación plana.
- III: Base ulcerosa limpia

- Úlcus gastroduodenal 30-70%
- Tumores gástricos/esofágicos.
- Varices esofágicas 12-30%
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica.
- Dx de Mallory Weiss 5-8%
- Esofagitis péptica 4%

Pruebas complementarias:

- BH: orimón sobre el volumen de pérdidas
- Estudio de coagulación.
- Urea: Aumento de 2-3 veces.
- Endoscopia oral.
- Rx de tórax y abdomen.
- Laparoscopia.
- Arteriografía.

Tratamiento:

- Antiácidos: Omeprazol 80mg bolo 8mg/hr
- Solución salina 250ml con 200mg de omeprazol pasar 24 horas.
- Terlipresina: 2mg IV bolo 1mg bolo IV C/4 horas.
- Sucralfato: 1gr. C/6 hrs IV 8hrs.

Hemorragia digestiva baja:

Definición:

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

Cuadro clínico:

- Melenas
- Hematoquecia (más frecuente).

Causas frecuentes:

- Divertículos de colon
- Angiodisplasia y otras lesiones vasculares.
- Colitis (isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciosa, rábrica y úlceras).
- Pólipos / tumores.

Manejo:

- Reanimación y mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia.
- Corrección de la anemia, mediante transfusión sanguínea.

Pruebas de imagen:

- Colonoscopia: (exploración inicial de elección para el dx de HDB).
- Arteriografía mesentérica selectiva
- TAC: Puede identificar sangrado activo.
- Laparotomía urgente: Hemorragia masiva persistente o recurrente.

Tratamiento:

- Tratar la causa.
- Manejo quirúrgico.

Apendicitis

Definición:

Es la inflamación del apéndice cecal, inicia con una obstrucción de la luz apendicular, ↑ de la presión intraluminal por el acúmulo de moco obstruido con poca elasticidad de la serosa.

Apendicitis aguda:

- Inflamación aguda del apéndice.
- Urgencia qx abdominal más frecuente.
- 60% de todos los casos.
- Pronóstico favorable cuanto más pronto es la intervención.

Epidemiología:

- Mayor incidencia 10 a 30 años.
- Disminuye en extremos de la vida.
- No hay diferencias entre ambos sexos.
- Mortalidad global 1%.
- complicaciones: 10% de los casos.
- 40% apendicitis perforada.

Flora bacteriana del apéndice:

- Normal: Bacterias aerobias facultativas y anaerobias.
- Apendicitis perforada: Colecter polibacteriano.
- Frecuentemente: E. coli, S. Uridans, Bacteroides.

Fisiopatología:

- obstrucción de la luz apendicular → favorece la proliferación bacteriana.
- causas de obstrucción:
 - Feculitos.
 - Hiperplasia linfoide.
 - Parásitos.
 - Materiales vegetales.
- La distensión luminal es la causante de la sensación de dolor visceral - periumbilical.
- El compromiso posterior del drenaje linfático y venoso produce isquemia.

Fases:

- Fase catarral o edematosa (4-6 hrs)
 - Hiperemia de la pared.
 - ↓ del flujo linfático y venoso.
 - congestión vascular.
- Fase supurativa (6-12 hrs)
 - Aparición de exudado fibrinopurulento.
- Fase gangrenosa (12-24 hrs)
 - Compromiso arterial, linfático y venoso.
 - Más cantidad de contenido purulento.
 - Necrosis de pared apendicular.
- Fase perforada (≥ 24 hrs)
 - Pared apendicular se perfora y libera contenido purulento a la cavidad abdominal produce:
 - peritonitis localizada - peritonitis difusa.

Cuadro clínico:

- Dolor periumbilical, anorexia y náuseas.
- Dolor en CID y vómitos.
- Fiebre.
- Anorexia.
- Migración del dolor.

Signos clínicos:

- Triada de DeWitt:
 - McBurney: Dolor directo.
 - Blumberg: Dolor a la descompresión.
 - Rovsing: Presión en CI, dor en CID.
 - obturador: Dolor pleuro a la rotación.
 - Murphy: ↑ del dolor en PID con la tos.

Pruebas complementarias:

- Analítica
 - leucocitosis moderada.
- Ecografía abdominal:
 - 85% sensibilidad y 90% especificidad.
 - Apéndice > 7mm de diámetro.

Pruebas de dx por imagen:

- Rx abdominal.
- Ecografía abdominal.
- TAC → Gold estándar.
- Resonancia magnética: Ayuda a encontrar otros causas de dolor.

Tratamiento:

- Apendicectomía (abierto o laparoscópica).
- Canalizar una vena e iniciar hidratación con cristaloides.
- Paciente en cirugía:
 - clindamicina 600mg y amikacina 1gr.
 - Metronidazol 500mg y gentamicina 80mg.

Pronóstico:

- Ex que incluyen:
 - Edad.
 - Perforación antes del tx quirúrgico.
 - 47% de las complicaciones se dan en pacientes con perforación.

Pancreatitis

- Definición:** Proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejido peripancreático y puede involucrar órganos y sistemas distantes (GPC).
- Etiología:** Litiasis biliar más frecuente en nuestro medio 50%.
 - Alcohol (15-20%)
 - Obstrucción.
 - Fármacos o fármacos
 - Infección.
- Epidemiología:** Más frecuente entre los 40 y 50 años y afecta más a:
 - Hombres: ingesta abundante de alcohol y alimentos ricos en grasa.
 - Mujeres: complicación de cálculos.
- Rx de riesgo:**
 - Sobrepeso y obesidad.
 - Consumo de alcohol y alimentos ricos en grasa.
 - Padecer de cálculos.
 - Niveles de triglicéridos ↑ en suero.
- Fisiopatología:**
 1. Activación intracanal de tripsinógeno a tripsina, responsable del daño a nivel precezo.
 2. Activación del fx nuclear Kappa B, media la respuesta inflamatoria.
- Clinica:**
 - Dolor abdominal.
 - Epigastrio o hipocostado D. "cinturón".
 - Inicio súbito, gran intensidad.
 - Náuseas y vómito.
 - Fiebre - ileo paralítico.
- Clasificación:**
 - Pancreatitis aguda leve: con mínima repercusión sistémica, ausencia de complicaciones locales y buen pronóstico.
 - Pancreatitis aguda severa: caracterizada por la existencia de falla orgánica persistente, complicaciones locales (necrosis, abscesos, pseudoquistes) y un peor pronóstico.
- Criterios de Ranson:**
 predice severidad:
 Ingreso: Edad > 55 años,
 Leucocitosis > 16,000, Glu > 200mg/dl,
 AIT > 150mg/dl, DHL > 350 U/l.
 A las 48hrs:
 ↑ de BUN > 3mg/dl, PO2 < 60mmHg,
 Ca++ < 9mg/dl DB > 3meq/l
- Clasificación de ATLANTA:**
 1-3 criterios: pancreatitis leve
 4 o más criterios: incremento de mortalidad
- PA leve: - Ausencia de falla orgánica
 - Ausencia de complicaciones locales.
 PA moderadamente severa: - complicaciones locales
 Severa: y/o falla orgánica transitoria < 48hrs.
 PA Severa: Falla orgánica persistente > 48hrs.
- Diagnostico:**
 Criterios para el dx de PA (dos de los siguientes):
 - Dolor abdominal compatible con PA.
 - lipasa) ↑ más de 3 veces.
 - Radiografía simple de tórax y abdomen.
 - Ecografía abdominal.
 - Enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa)
 - TAC con contraste IV compatible con PA.
 - TAC
- Tratamiento:**
 → Hidratación: Requiere o no.
 → Analgesia: Aine/ opiodes.
 → Antibióticos (?) pancreatitis grave o balthazar.
 → C líquidos
 → SN6 (leo datos) - Inhibidores de la bomba de protones
 Metoclopramida.

Oclusión intestinal

Definición: Detención del tránsito digestivo, independiente de la causa de no resolverse. Estos cambios condicionan alteraciones hidroelectrolíticas y de perfusión tisular que pueden comprometer la viabilidad intestinal.

Tipos:

- Paralítico/adinámico: Causado frecuentemente post quirúrgica y lesiones retroperitoneales.
- Motilidad post-quirúrgica:
 - Intestino delgado: 24 hrs.
 - Estómago: 24-48 hrs.
 - Colón: 3 a 5 días.

Epidemiología:

- Patología ox más frecuente encontrada en el intestino.
- Localización más frecuente: intestino delgado.
- 16% de cirugías de urgencia.

obstructivo / Mecánico: Existe una causa orgánica que la produce.

- De la oclusión vascular y espástico:
- Espástico: Hiperactividad desorganizada del intestino.
- oclusión vascular: Mortalidad descoordiada del intestino isquémico.

Obstrucción intestinal mecánica:

Definición: Cuando existe una verdadera barrera física que obstruye la luz intestinal.

Fx de riesgo:

- Tumores intestinales.
- Cirugías previas.
- Hernias abdominales.
- Edad > 60 años.

obstrucción en el intestino delgado:

- Adherencias.
- Hernias.
- Tumores.

Cuadro clínico:

- Dolor abdominal.
- Vómito.
- Distensión abdominal.
- Hiperperistaltismo con ruidos mecánicos.

Diagnóstico:

- Leucocitosis.
- Amilasa sérica.
- Rx abdominal AP.
- TAC.

Epidemiología:

- Localización más frecuente en el intestino delgado.
- Representa de 1 a 3% de todas las hospitalizaciones.
- 25% al servicio de cirugía general.

Tipos de obstrucción intestinal mecánica:

- Intestino delgado.
- Intestino grueso.

Fases:

- De acumulación: Gas intestinal.
- Bacteriémica: Alt. microbiana.
- De compromiso vascular: Alt. del flujo sanguíneo intestinal.

Tratamiento: 90% se resuelve con SUG y reposición hidroelectrolítica.

Obstrucción en el intestino grueso:

Definición: Es aquella que compromete desde el ileon terminal hasta el ano.

Etiología: Principalmente causada por cáncer colo-rectales (Recto y sigma).

- Volvulus.
- Diverticulitis.
- Colitis actínica.

Fisiopatología:

1. Obstrucción intestinal.
2. ↑ presión intraluminal.
3. Edema y trasudación de líquido.
4. Translocación bacteriana.
5. Perforación.

Epidemiología:

- Obstrucciones intestinales bajas representan el 20% de las oclusiones.
- El cáncer colorectal es la causa más común (60-70%).
- La obstrucción aguda casi siempre requiere intervención pronta.

Cuadro Clínico:

- Dolor abdominal y masa abdominal palpable.
- Vómito.
- Distensión abdominal.
- Estreñimiento y ruidos metálicos.

Tratamiento:

- En caso de no resolverse o presentar signos de isquemia esto indicado la intervención quirúrgica: Cirugías:
 - CAPE
 - Anostomosis
 - Colostomía
 - Resección de tumor

Perforación intestinal

Definición

Etiología { El compromiso de la integridad de todas las capas de la pared visceral es necesario para causar la perforación y salida de su contenido (aire, heces, bilis) de por debajo del nivel de la misma.

Iatrogénica

{ Procedimientos endoscópicos, tanto dx como terapéuticos.
- Perforaciones durante procedimientos quirúrgicos.

Traumatismos

{ Intestino delgado (5-15%) abdominales cerrados.
- ↑ su incidencia en el traumatismo penetrante.

Cuerpos extraños

{ - Ingesta accidental por intento autolítico.
- Dispositivos terapéuticos: stents, clips, mallas en pared abdominal.

Medicamentosas

{ Ingesta prolongada y a altas dosis de antiinflamatorios no esteroideos.
- Medicaciones utilizadas en tratamientos oncológicos.

Inflamatorias infecciosas y neoplásicas

{ - Enfermedad inflamatoria intestinal, formación de fistulas (enfermedad de Crohn).
- 20% de apendicitis aguda.
- Tienen la capacidad de perforar la pared intestinal.

Manifestaciones clínicas

{ - Dolor abdominal o torácico agudo.
- De manera insidiosa con antemortología de larga duración.
- Irritación química del peritoneo y después la sepsis.

Abordaje inicial

{ - Monitorización y estabilización hemodinámica.
- ECG: infarto de miocardio.
- Rx de tórax: Neumoperitoneo.
- Rx de abdomen: colección biliar de aire.

Perforación del intestino delgado

Etiología:
Enfermedad subyacente: isquemia crónica o enteritis bacteriana, enf. de Crohn, ingesta de cuerpos extraños.

Diagnóstico

{ Neumoperitoneo: presente en el 50% de las perforaciones del intestino delgado.
→ Elección: TAC abdominal.

Tratamiento:
- Antibióticoterapia (cefalosporinas de 3ª generación + metronidazol).
- Cirugía urgente.

- Monitorización hemodinámica y fluidoterapia intensiva.
- Sonda nasogástrica y sonda vesical.

Perforación del intestino grueso

Etiología:
La apendicitis y diverticulitis perforada son las 2 causas más frecuentes.

Clinica

{ - Dolor abdominal (síntoma más frecuente).
- Peritonitis (complicación grave).
- Hipotensión - Oliguria.
- Fiebre - Shock séptico.
- Taquicardia

Diagnóstico:

- Rx de tórax y abdomen simple en bipedestación. Aparición neumoperitoneo (30-60%) y niveles hidroaéreos.

Tratamiento:

{ - Monitorización hemodinámica y fluidoterapia intensiva.
- Sonda nasogástrica y sonda vesical.
- Antibióticoterapia de amplio espectro.

TAC abdominal: si se sospecha fuga a nivel rectal.

Hernias

Definición

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

Introducción

Este contenido se acompaña de una envoltura peritoneal o saco herniario. Se presentan como tumores dolorosos.

Clasificación por localización:

Hernias inguinales
Protruyen por el anillo inguinal profundo y se presenta como una tumefacción de tamaño variable en la ingle.

Hernias crurales o femorales

Menos frecuente que las anteriores y más prevalente en mujeres. Protruyen por el anillo crural medialmente a los vasos femorales. Suelen ser menos voluminosas.

Hernias epigástricas

El anillo herniario está en algún punto de la línea alba entre la cicatriz umbilical y el relieve xifoideo.

Hernia de Spiegel

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

Eventraciones

Son defectos de la pared secundarios a una Cx previa. Localización según la incisión en la línea media.

Otras localizaciones

- Parietales - Ciáticas
- Lumbares
Suelen precisar la realización de TC para el dx diferencial.

Clasificación según el nivel de compromiso

No complicadas:

Masa crónica → Masa palpable → Maniobra de Valsalva.
Regresa por sí sola o a la digito-presión.
- Dolor - Náuseas

Complicadas

Incarcerada

++ Dolor
- Náuseas/vómitos

NO reductible:

Masa que no se reduce → destrucción intestinal.

Estrangurada

M. crónica
+++ crónica

- Cambios de coloración.
- Irritación peritoneal

Clasificación de acuerdo a su origen:

Primarias

- Congénita
- Des. origen.

Secundarias

- Antecedentes Cx
- Cirugías previas
- Eventraciones.

Manifestaciones clínicas:

- Episodio de incarceration.
- Dolor agudo.
- Náuseas
- Vómitos
- Distensión abdominal.

Diagnóstico:

- Laboratorios / BH / Tiempos / Grupo RH / Ec.
- TAC abdominal
- Ultrasonido: Gold estándar
- Radiografía (PSA 2 posiciones)

Tratamiento

1. Ayuno.
2. Soluciones IV.
3. Analgesia / antibióticos.
4. SNG / Sonda Foley.

Trombosis mesentérica

Definición { Es un coágulo de sangre en una o más de las venas mayores que drenan el intestino.
- Vena mesentérica superior más involucrada.

Etiología { Se desconoce la causa de la TMM. Sin embargo hay varias enf. que pueden llevar a ella:
- Apendicitis
- Cáncer de abdomen
- Diverticulitis
- Enf. hepática con cirrosis.

Isquemia mesentérica aguda: { Estado moderado de perfusión tisular que se origina por una interrupción súbita del aporte sanguíneo en la circulación mesentérica.

Etiología { El émbolo se enciava a 3-10 cm del nacimiento de la arteria mesentérica superior y distal al origen de la arteria cólica media.
→ Aparece como un dolor abdominal importante y brusco.

Etiología isquemia mesentérica no oclusiva { 20% a estados de isquemia mesentérica no oclusiva, incluyendo estados de hipotensión, hipotensión o de bajo gasto cardíaco.
→ Incidencia ↑ en pacientes de edad avanzada.

Diagnóstico { Analítica: Hemograma, Gasometría
Imagen: Rx de tórax PA, Rx de abdomen
Tomografía:
Diagnóstico de elección:
Angiotac de abdomen

Clasificación { **primaria** { Cuando no hay causas en el paciente que originen la trombosis venosa
secundaria { Cuando si se logra identificar alguna causa.

Cuadro clínico { Dolor abdominal cólico, seguido de náuseo o vómito y hasta una cuarta parte tendrán melena.
- EF: dolor abdominal con datos de irritación peritoneal.
- Duración de síntomas variable

Fx de riesgo { - Edad avanzada
- Aterosclerosis (90%)
- Enf. cardíaca (85%)
- Hipertensión arterial sistémica (85%)
- Fibrilación auricular (75%)
- Tabaquismo (70%)

Etiología { **Trombosis de arteria mesentérica superior**
El trombo se localiza en el ^{sup} origen de la arteria mesentérica superior, extendiéndose la afectación de la isquemia desde duodeno hasta colon transverso.
- Triada abdominal.

Etiología: Trombosis venosa mesentérica { Suele estar relacionada con estados de hipercoagulabilidad. produce una isquemia intestinal segmentar vasos afectados: Vena mesentérica sup (70,6%), Vena esplénica (35,3%).

Tratamiento { Ideal → Hemodinamia (caterismo)
- Antibiótico: Metronidazol 500mg IV CI 8 horas
- Trombosis arterial mesentérica: Trombolítico, angioplastia y realización de by-pass.
- Trombosis venosa mesentérica: Anticoagulación

Patologías de la vía biliar

Colecistitis crónica litiasica

Definición

Proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar con episodios recurrentes de cólico biliar y presencia de cálculos o todo biliar.

Cuadro clínico:

- Secundaria a cálculos biliares
- 30% cursan asintomáticos
- Dolor punzante en HD o epigastro
- Vómito y fiebre adicional
- Signos peritoneales positivos con rebote o signo de Murphy

Tratamiento:

- Dieta libre de colecistokinéticos
- Colecistectomía laparoscópica
- Colecistectomía abierta

Fisiopatología

1. Cálculo obstruye el trayecto del conducto cístico.
2. ↑ de la presión intravesicular y distensión de sus paredes.
3. Al moverse el lito se libera al drenaje de la bilis.
4. Los procesos repetitivos ocasionan un proceso inflamatorio.
5. Si el cálculo no se mueve presenta: Hidrocolecisto, procolecisto

Diagnóstico

- Clínica
- USG → Gold estándar
- Prueba de Baiden ultrasonográfica
- TAC, RM
- Colecistoscintigrafía

Consideraciones absolutas para llevar a cabo la cirugía:

- Casos de coagulopatías graves.
- Hepatopatías terminales.
- EPOC grave
- Insuficiencia cardíaca congestiva.

coledocistiasis

Definición: Presencia de cálculos biliares en el conducto biliar común (coledoco)

Etiopatogenia:

- Primaria: Menos frecuente: Infecciones recurrentes del árbol biliar - Fibrosis quística.
- Secundaria: más común

- Cuadro clínico no complicada:
- ictericia
 - Dolor abdominal en HD, epigastro, náuseas y vómito
 - Signo de Courvoisier.

Diagnóstico

- BH
- Enzimas pancreáticas
- USG transabdominal
- CPRE
- PPH

Epidemiología

México prevalencia global de litiasis biliar de 14%.
- Mujeres: 24% Hombres: 12%.
La incidencia ↑ con la edad.

Complicada:

causa más común el desplazamiento de los cálculos de la vesícula biliar. Sexo femenino, edad >40 años.
Colangitis aguda: Triada de Charcot
pancreatitis aguda.

Tratamiento

Extracción del cálculo de la vía biliar, lo cual se puede realizar por vía endoscópica o qx.

Colangitis

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

- Etiología:
- obstrucción del flujo de bilis.
 - ↑ presión biliar intrahepática
 - colonización de la bilis con bacterias (Bacteriemia)

- Diagnóstico:
- Triada de Charcot: Baja sensibilidad 26.4%.
 - Leucocitosis, proteína C reactiva y pruebas de función hepática

Incidencia

10% de la población general tiene litiasis biliar.
Tasa de mortalidad → Colestítis aguda 0-10%

Cuadro clínico

- Dolor abdominal CSD.
- Náuseas
- Vómito
- Dureza.

Tratamiento

- Grado I: Colangitis aguda (leve): Antibiótico/terapia.
- Grado II: Colangitis aguda (moderada) Drenaje endoscópico
- Grado III: Colangitis aguda (grave) cirugía urgente.

Trauma abdominal

Definición { Es una lesión orgánica producida por la suma de la acción de un agente externo junto a las reacciones locales que provoca el organismo.

Anatomía { Abdomen anterior: Área entre los rebordes costales por arriba, ligamentos inguinales y la sínfisis púbica por debajo y líneas axilares anteriores lateralmente.

Anatomía { Región toracoabdominal: Área delimitada anteriormente por el área inferior de la línea mamilar. → Esta región se encuentra protegida por los huesos del tórax e incluye: Diafragma, hígado, bazo y estómago.

Clasificación { Se clasifica en dos grupos de acuerdo al mecanismo lesional: { Traumatismo cerrado { Sin lesión externa
Traumatismo penetrante { Herida abdominal

Trauma abdominal cerrado { Representa el 80-90% del total, siendo la causa más frecuente los accidentes de tráfico (68%). **Mecanismos** { 1. Aumento de la presión abdominal mecanismo de cinturón de seguridad
2. Compresión: Aplastamiento.
3. Desaceleración: Desgarros vasculares

Trauma abdominal penetrante { Heridas por arma blanca { causan daño de los tejidos de laceración y penetración. órganos más afectados son: Hígado (40%), intestino delgado (30%), diafragma (20%) y colon (15%)
Heridas por arma de fuego { causan lesiones debidas a la trayectoria. los órganos más afectados son: intestino delgado, colon, hígado y estructuras vasculares.

Clinica { Hipotensión: signo fundamental para la valoración de shock hipovolémico. **Anamnesis** { - Colisión vehicular: Velocidad, tipo de vehículo, tipo de colisión (frontal, lateral, trasera).
- Precipitados: Altura de caída.
- Trauma penetrante: Tiempo transcurrido.

EF { Visualización directa del abdomen incluyendo la espalda, tórax y periné. **Auscultación** { determinar la presencia de ruidos hidroaéreos. **Percusión** { Matidez o timpanismo.
Palpación { Presencia de dolor, masas y signos de irritación peritoneal

Tacto rectal { La presencia de sangre nos puede indicar perforación intestinal o herida penetrante. **Pruebas complementarias** { Analítica: Hemograma, bioquímica, gasometría. - Ecografía abdominal
- Rx simple FAST: Fondo de saco de Douglas.
- TAC

Tratamiento { - Priorizar al ABC
- Mantenimiento de la vía aérea
- Ventilación y estabilización hemodinámica.
~~Trauma abdominal cerrado:~~
TAC abdominal

Trauma abdominal penetrante:
- Laparotomía urgente
- Si hay evisceración intestinal se deberá cubrir con gasa estéril empacada en suero fisiológico, hasta la laparotomía