



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Nombre del profesor: Romeo Suarez Martínez

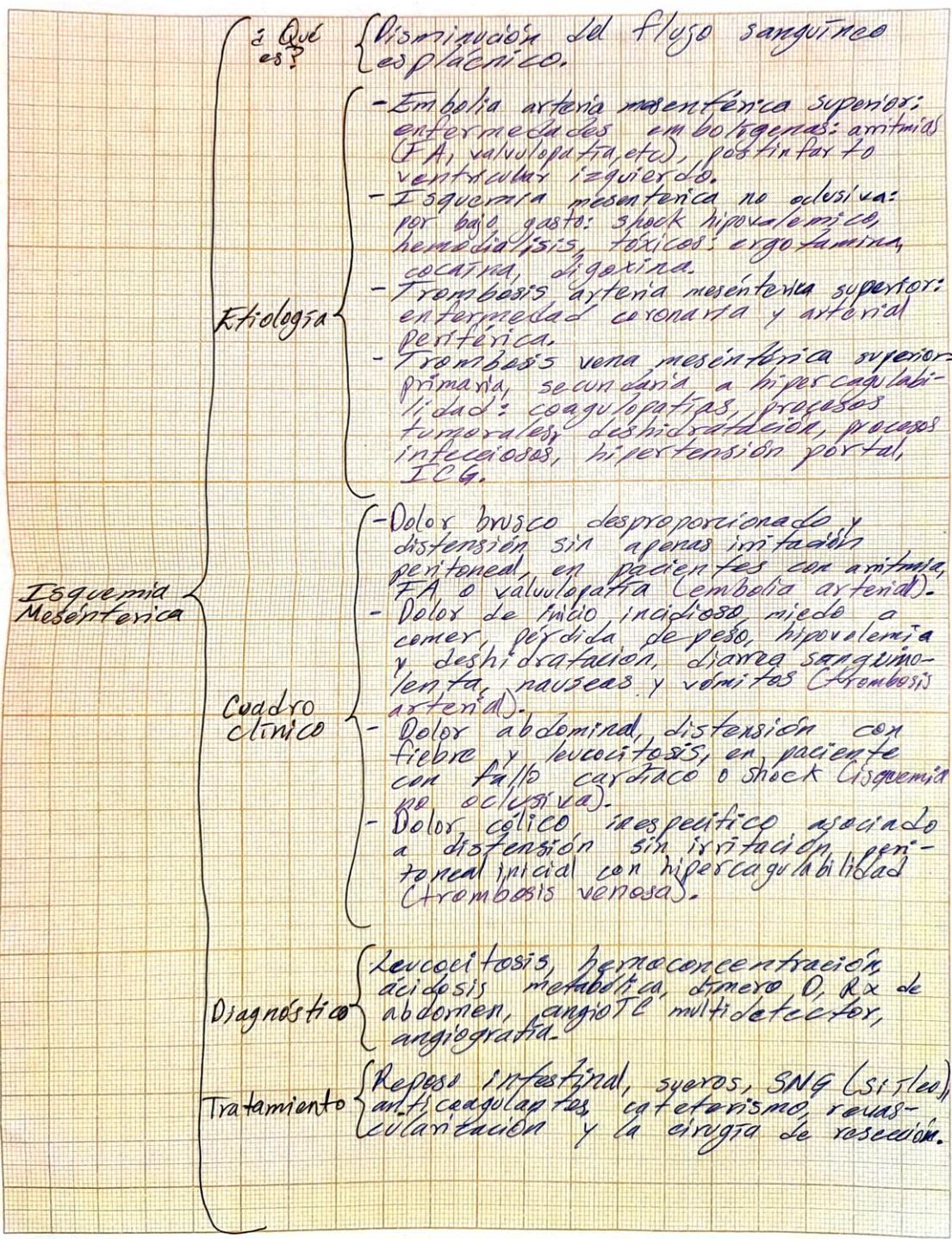
Nombre del trabajo: Diagramas de la 3ra unidad

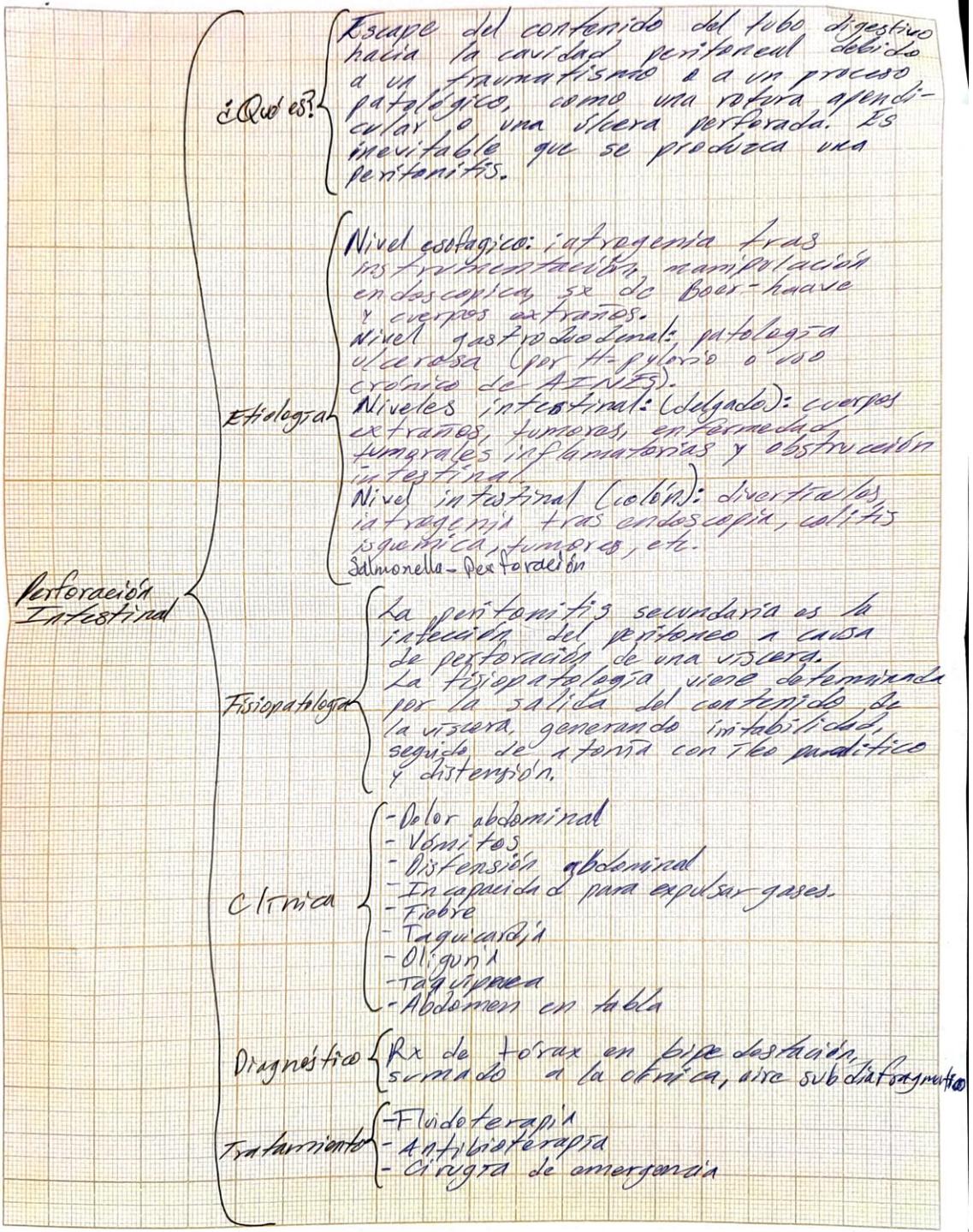
Materia: Urgencias medicas

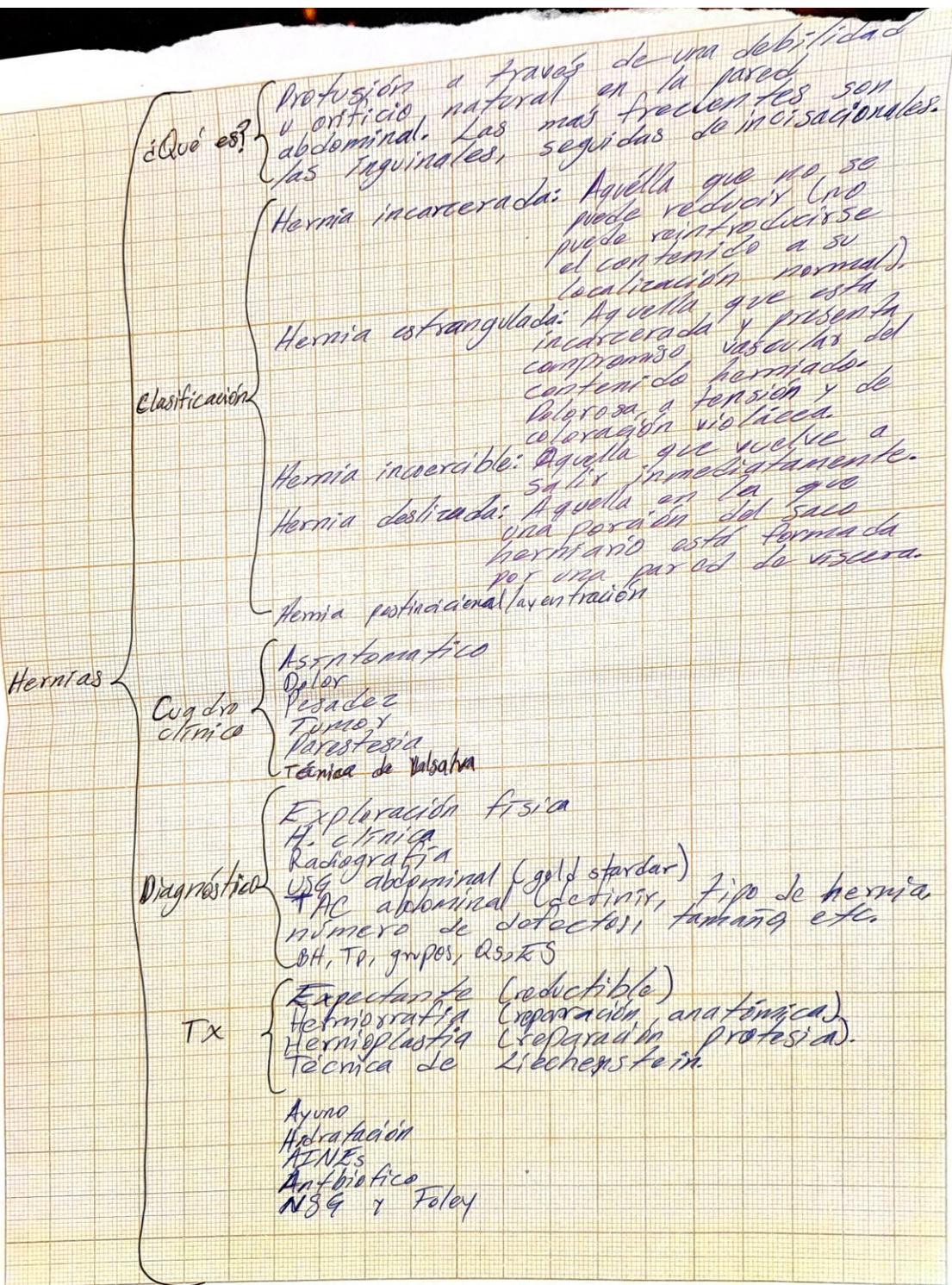
Semestre: 8°

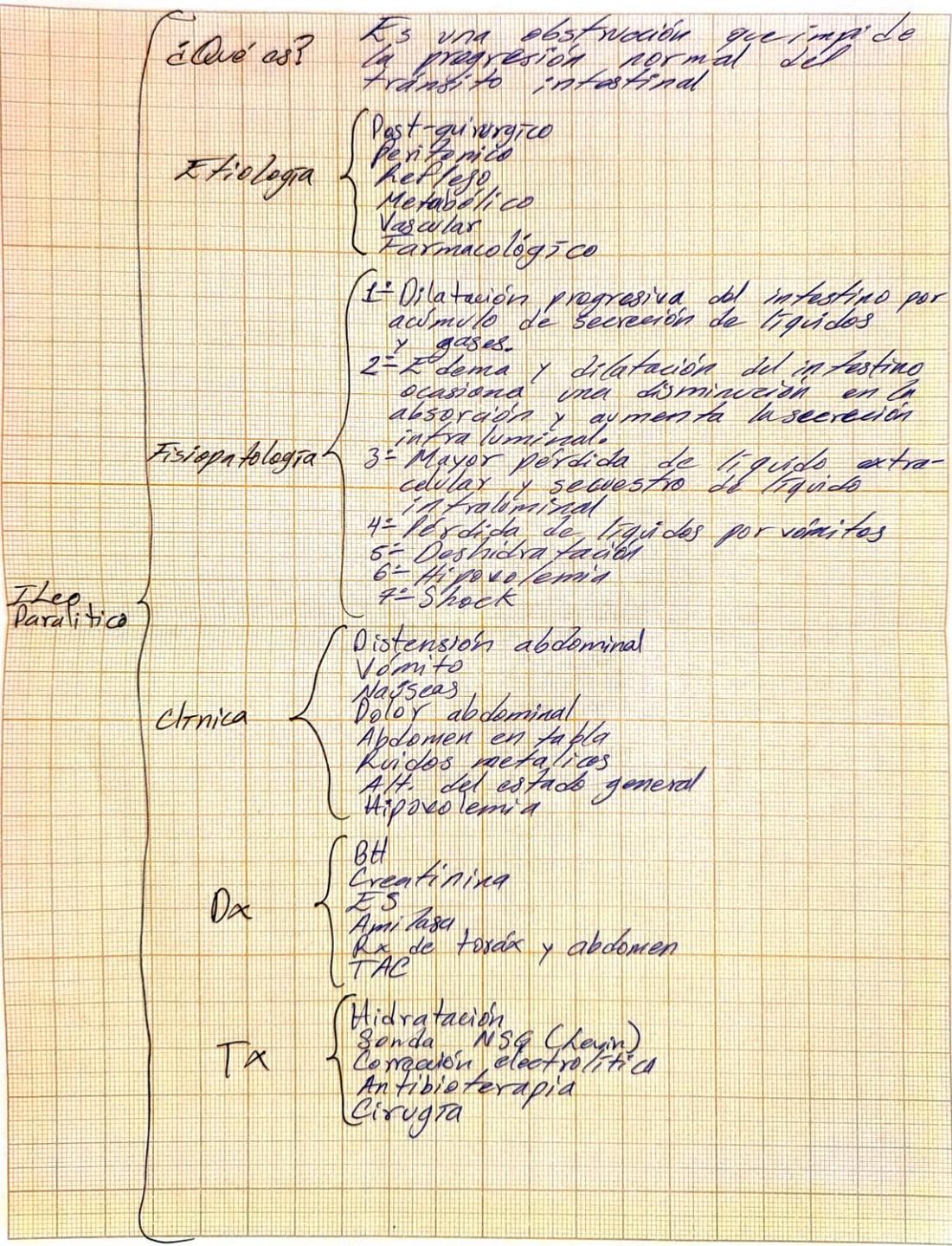
Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de junio de 2023.









22/05/23

Obstrucción Intestinal

¿Qué es?

También llamado íleo u oclusión. Hace referencia a la detención del tránsito digestivo, esto independientemente de la causa

Tipos de íleo

Paralítico/dinámico: Causado frecuentemente postquirúrgico y lesiones retroperitoneales, DNE, opiáceos.
Obstruccion/me cánica: Existe una causa orgánica que la produce.
Oclusión vascular/Espástico:
Espástico: Hiperactividad desorganizada del intestino.
Vascular: Movilidad descoordinada del intestino isquémica.

¿Qué es?

Cuando existe una verdadera barrera física que obstruye la luz intestinal, más frecuente ID.

Fx de riesgo

Tumores intestinales, cirugías previas, hernias abdominales y edad > 60 años.

Obstrucción intestinal mecánica

Etiología

Adherencias
Hernias
Tumores, intususcepción, volvulus
Est. inflamatoria intestinal
Fibrosis quística

Clinica

Dolor abdominal
Vómito
Distensión abdominal
Hiperistaltismo con ruidos metálicos
Fiebre

Dx

Leucocitosis
Amilasa sérica
Rx abdominal AP bipedestación
TAC
USG (no sensible)

Tx

40% se resuelve con SNG y reposición hidroelectrolítica.
50-100 ml contraste por SNG y en 24 hrs nueva Rx, si el contraste no pasa en candidato a cirugía.
Ayuno, Líq, SNG

Obstrucción del ID

¿Qué es? { Inflamación de la
glandula pancreática

Etiología

Causas obstructivas:

- Colelitiasis
- Tumores

Toxinas y fármacos:

- Alcohol etílico
- Alcohol metílico

Causas metabólicas:

- Hipertrigliceridemia
- Hipercalcemia

Traumatismo:

- Accidental
- Iatrogenico:

- Ilosoperano
- CPRE

Hereditaria

Inmunitaria

Infecciosa:

- Virus: parvovirus, VHA, B, Epstein Barr
- Bacterias: Mycoplasma, Campylobacter
- Parasitos

Pancreatitis

Fisiopatología

Se produce una activación intra-pancreática del tripsinógeno iniciándose así un proceso de autodigestión del páncreas. Generando inflamación en la glándula pudiendo crear una necrosis.

Cuadro clínico

- Dolor en epigastrio que se irradia en cinturón hacia la espalda
- Náuseas
- Vómitos
- Abdomen doloroso, distendido
- Disminución de ruidos aéreos
- Signo de Gray-Turner y de Cullen.

Diagnóstico

- ↑ Amilasa/Lipasa 23 veces al límite
- Dolor típico
- TAC abdominal (> 48 hrs)
- Criterios de Ranson ^{By Thapar}
APACHE, POP, OSA

Tratamiento

- Manejo del dolor (AINKs/opiáceos)
- Fluido terapia
- Antibioterapia (Imipenem, quinolonas)
- CPRE (presencia de colangitis)
- Necrosectomía (presencia de necrosis)

Colangitis
y
Colescolitias

- ¿Qué es? { Infección de la vía biliar por lo general secundario a colelitoliasis, estenosis y/o tumores biliopancreáticos.
- Etiología { La vía de entrada más común es la portal. También puede haber infección ascendente desde el duodeno, vía linfática o vía sistémica a través de la arteria hepática. E. coli es el agente más frecuente.
- Clinica { Triada de Charcot: Ictericia, dolor en HD y fiebre intermitente. Leucocitosis. Hemocultivos (+). Pentada de Reynoldss Triada de Charcot + shock y obnubilación.
- Diagnóstico { Clínico. Obstrucción del coledoco: ↑ bilirrubina. Ecografía abdominal.
- Tratamiento { Antibioterapia + drenaje biliar precoz de 1ra elección CPRE con estentado si los hay, de 2da elección CPTH + de rescate (si no funciona) + colicistectomía laparoscópica programada (si existe colelitoliasis asociada).

- ¿Qué es? { Presencia de cálculos en el coledoco
- Clinica { Asintomáticos. Cólico biliar. Ictericia. Pueden generar colangitis o pancreatitis.
- Dx { ↑ Bilirrubina, FA y GGT. Ecografía. Resaca de ASGE.
- Tx { CPRE. CPTH si fracasa la CPRE.

Colecistitis Aguda

- ¿Qué es?** Es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro biliar.
- Factores de riesgo**
 - Edad ≥ 40 años
 - Sexo femenino
 - Embarazo
 - Anticonceptivos orales/hormonales
 - AHT
 - Obesidad
 - DM
 - Cirrosis hepática
- Fisiopatología**
 - Inflamación mecánica: por el aumento de la presión intraluminal y la distensión, con la subsiguiente isquemia de la mucosa y pared vesicular.
 - Inflamación química: originada por una liberación de lisocistina y por otros irritantes locales.
 - Inflamación bacteriana: puede intervenir en 80-85% de los pacientes con colecistitis aguda.
- Clasificación**
 - Según su etiología:
 - Litiasica
 - Alitiasica
 - Entisematosa
 - Según su gravedad: (Tokio):
 - Leve
 - Moderado
 - Grave
- Cuadro clínico**
 - Dolor hipocóndrico derecho
 - Fiebre
 - Signo de Murphy (+)
 - Ictericia infrecuente
- Dx**
 - BH
 - PCR
 - USG Abdominal
 - RM
 - TAC
- Tx**
 - Farmacológico: A. uso de espasmolítico
 - Quirúrgico: Colecistectomía laparoscópica

STQB

Enfermedad hemorroidal

- ¿Qué es? { Se produce por el prolapso de estructuras vasculares del canal anal
- Etiología { Ruptura de mecanismos de sujeción: Dilatación de paquetes glomulares hemorroidales del recto y ano.
- Fx de riesgo {
 - Herencia
 - Anatomía del ano
 - Profesión
 - Dieta y/o constipación
 - Prácticas sexuales anales
- Cuadro Clínico {
 - Rectorragia
 - Prurito y dolor
 - Prolapso
 - Anemia
 - Masa palpable
- Dx {
 - Hemorroides grado I (anoscopia)
 - Grado II-III, visualización fácil.
 - HC.
- Tx {
 - Hemorroides externas: conservados
 - H. internas (I y II): conservados o ligaduras con bandas elásticas
 - H. internas (III y IV): hemorroidectomía

Diverticulitis aguda

- ¿Qué es? { Es la complicación de la diverticulosis que se debe a la inflamación de un divertículo.
- Etiología { Se produce secundario a un fecalito.
- Cuadro clínico { Cuadro febril, dolor abdominal, alteraciones de la defecación, hemptaguisia y/o rectorragia y datos de irritación peritoneal.
- Dx {
 - BH, Prot. C reactiva, TAC abdominal contrastada, USG abdominal, contraindicado de examen opaco, y colonoscopia.
 - Uso de la clasificación de Hinchey
- Tx {
 - Reposo intestinal, líquidos intravenosos, antibióticos de amplio espectro (amoxicilina + metronidazol).

22/05/23

STDA { Úlcera péptica (gástrica y duodenal)

Definición { Enfermedad que se caracteriza por una lesión localizada y en general úrica, del estómago (gástrica) o duodeno (duodenal).

Tx de riesgo { - >60 años
- Infección por H. pylori
- Uso crónico de AINEs
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína

Clasificac. { - Erosión: pérdida de sustancia sin llegar a la submucosa
- Úlceras: pérdida de la submucosa y llega a la capa muscular.
- Clasificación de Forrest

Cuadro clínico { - Dolor epigástrico
- Asintomáticos (30%)
- Vómitos
- Melena (20%)
- Hematemesis (30%)
- Hematoquezia (5%)

Dx { Sangrados: BHe, urea, creatinina, ES, TPT/PTT.
Endoscopia temprana (primeras 24 hrs).
Perforación: TAC, placas de abdomen y torax.

Tx farmacológico { Sangrado: - Reemplazo de volumen.
- Vía aérea permeable y considerar intubación.
- EOP 80 mgiv in bolo, 2mg/hr en infusión por 72 hrs.
- Tratar, si es que lo hay, la infección de H. pylori (IEP, claritromicina, metronidazol y amoxicilina).
Perforación: - Uso de cristaloides, uso de antib. de amplio espectro, colocación de SNG.

Tx no farmacológico { Sangrado: - EGD (hemostasia térmica, esclerótica con polidocanol).
- 13 ml de adrevalina 1:10,000 junto a la termocagulación.
- Cirugía de emergencia.

Sangrado de tubo digestivo alto y bajo

¿Qué es? { Presencia de sangre en el TDA, proveniente de la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan entre el esófago y el ángulo de Treitz.

Causas de STDA {
- Varices esofágicas
- Úlcera péptica
- Úlcera duodenal
- Mallory-Weiss

Causas de STDB {
- Diverticulosis
- Infecciones
- Hemorroides
- CUCI y Crohn

¿Qué es? { Son dilataciones de las paredes de las venas de la parte inferior del esófago y parte superior del estómago.

Fx de riesgo {
- Hipertensión portal
- Cirrosis (alcoholismo)
- Enfermedades hepáticas.

Cuadro clínico {
- Sin presencia de síntomas.
- Melena.
- Hematemesis.
- Vómitos en posos de café.

Varices Esófag.

Clasificac. {
- Clasificación de Sarin
- Clasificación de Pagani
- Clasificación de Laquet

Dx { Esofago-gastroduodenoscopia (EGD).

Tx {
- Terlipresina 2 mg I.V bolo seguido de 1-2 mg q4 hrs por 48 hrs, hasta 5 días.
- Ligadura variceal.
- Sangrados graves se usan los balones de Sengstaken-Blakemore.

Prondst. { Revaloración con la escala de MELD.

¿Qué es?

Pérdida permanente de la relación anatómica de las superficies articulares.

Clasificación

Completa: pérdida total de la relación articular.
 Subluxación: pérdida parcial del contacto articular.
 Ocultas: produce la pérdida de relación con movimientos forzados.
 Inestables: 4 semanas con inicio de dislocación anómala.
 Reincidentes: mala reducción o daños extensos en tejidos de soporte.
 Aguda

Luxaciones frecuentes

- Hombro
- Codo
- Cadera
- Tobillo
- Mano

Luxación

¿Qué es?

Luxación más frecuente (50% de las luxaciones)
 70% personas < 30 años
 Varón 3:1 < 50 años.

Luxación de hombro

Etiología

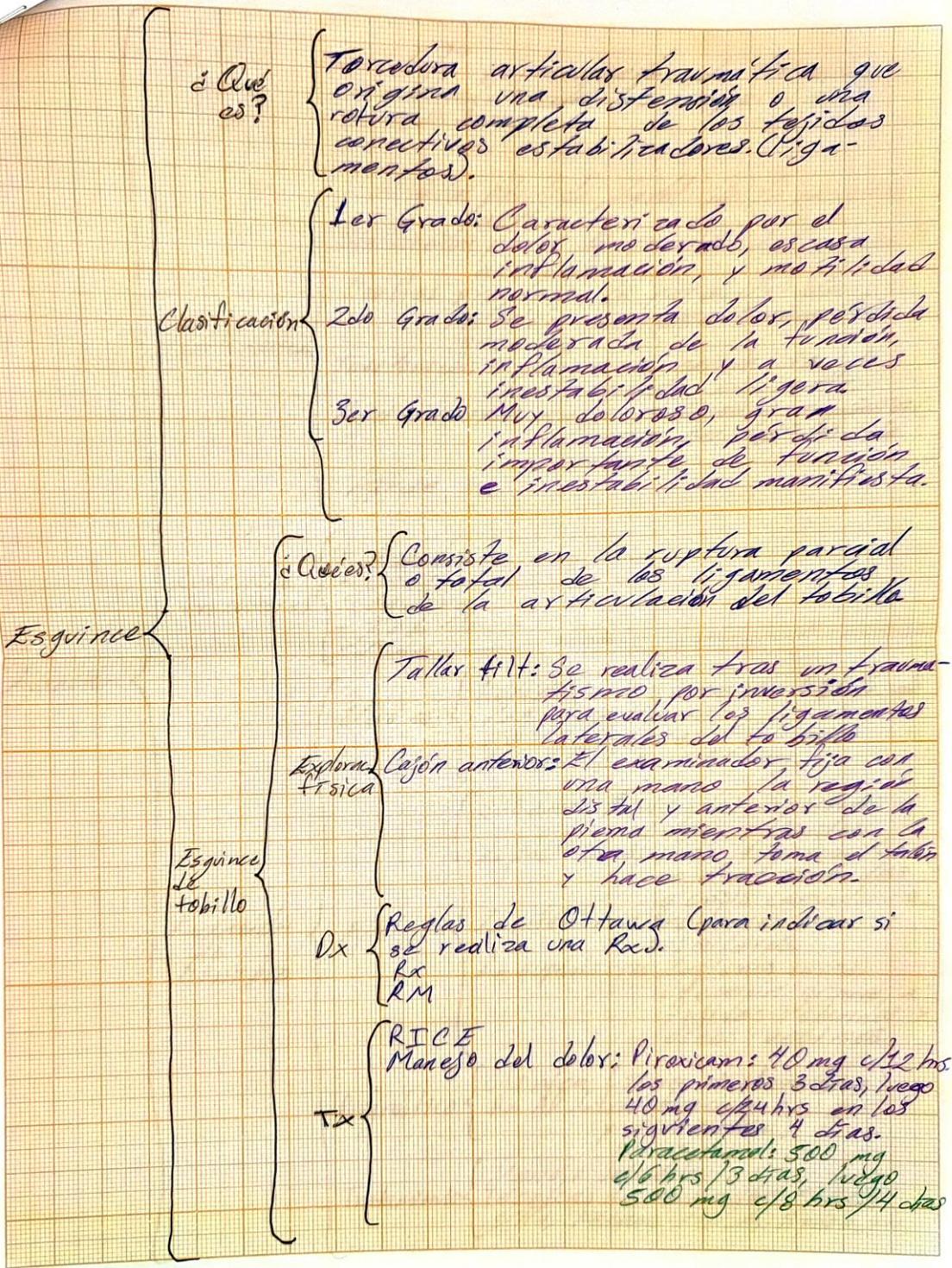
- Jóvenes: Accidentes deportivos o caídas casuales.
- Posteriores: más frecuentes en electrocuciones y crisis convulsivas.
- Anteriores: Problemas neurovasculares.
- Superiores: Lesiones raras, afección grave a tejidos blandos y huesos vecinos.

Diagnóstico

Clínica (signo de charretera).
 Rx AP (transrácica, axilar y tangencial).

Tratamiento

Manejo del dolor
 Técnicas de reducción: FARLS, silla, kocher, Milch, Sparto, etc.



Fracturas esquinas
y luxaciones más
frecuentes

Fracturas

¿Qué es?

Interrupción de la
continuidad ósea y/o
cartilaginosa

Epidemiología

En México, los accidentes
ocupan el 7mo lugar
como causa de de-función
por lo que es alto el
riesgo de lesión músculo-
esquelética, como son
las fracturas.

Etiología

Ocurren debido a accidentes
atropelamientos, caídas
o lesiones deportivas.
Otras causas son la
pérdida de masa
ósea y la osteoporosis
que causa debilitamiento
de los huesos.

Clasificación

Fracturas cerradas: Clasificación
de Teichner y Ostern.
Fractura abierta: Clasifi-
cación de Gustilo y Anderson.
Según su trazo: transversa,
oblicua, en ala de mariposa,
espiral, segmentaria,
comminuta, parcial,
incurvación, impuesta
en fallo verde.
Según su porción: epifisaria,
metafisaria, diafisaria.
Clasificación OA/OTA
Escala de MESS.

Diagnóstico

Presentación clínica
Pruebas de imagen:
• Radiografía
• RM

Tratamiento

- RICE
- Inmovilización
- Tracción esquelética
- Fijación interna
- Osteosíntesis
- Fijación externa