

**Nombre del alumno: Jonatan
Emmanuel Silva López**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo
Suarez Martínez**

**Nombre del trabajo: Temas
abordados tercera unidad**

Materia: Urgencias

Grado: 8

Grupo: "A"

CLINICA
 G. Anderson
 RADIOGRAFIA
 TOMOGRAFIA
 RESONANCIA
 MAGNETICA
 CLASIFICACION
 T. OESTERN.

INFLAMACION
 FORMACION
 DEL HEMATOMA
 12-48 HRS.
 REPARACION
 CALLOS MOVIBLES
 REMODELACION
 (SIN CALLO)

REPARACION
 INJERTO
 AUTOGJERTO
 JINETICOS
 HIBRIDOS
 HIDROXIA PATITA
 BERA PARA HUESO
 STEM CELLS
 FX. CRECIMIENTO
 OSTEOGENICO
 OSTEOINDUCTOR

DIAGNOSTICO

SEGUN EL TRAZO DE FRACTURA

TRANVERSALES: Perpendicular eje longitudinal
 OBLICUA: Angulo 30° y 45°
 EN ALA DE MARIPOSA:
 MULTIFRAGMENTADA: Mas de 3 segmentos.
 COMMINUTA: Múltiples trazos de fractura.

FRACCIONES CERRADAS: Cuando la piel no ha sufrido daño / no existe comunicación entre la fractura y el exterior
 Clasificación: Tscherno & Oestern.
 FRACCIONES ABIERTAS: Cuando la piel ha sufrido daño, existiendo una herida que deja al tejido óseo al exterior.
 Clasificación: Gustilo Anderson.

TRATAMIENTO

Fractura en incompleta tallo verde: Conuera
 > HEMATOMA.
 Fractura de APRIAMIENTO FOROS:
 > CALLO ÓSEO.
 > CONSOLIDACION.

Dolor
 Tumefacción
 Deformidad
 Inestabilidad funcional.

CLINICA

Interrupción de la continuidad de una placa fibrosa, ósea y/o cartilaginosa.

CLASIFICACION DE FRACTURAS

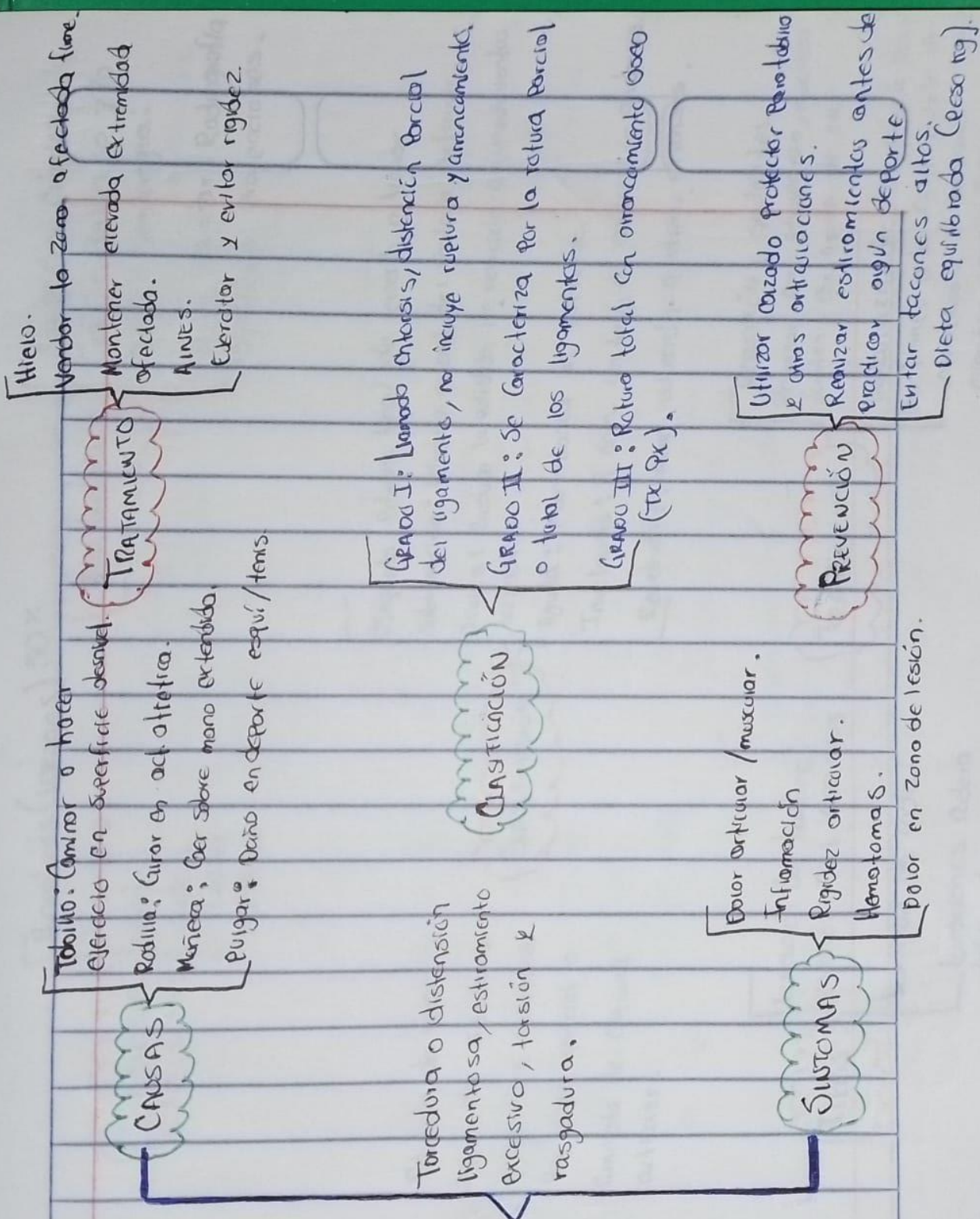
PEDALETCAS

Clasificación:
 Transverso
 Lineal
 Oblicuo
 Espiral
 Tallo Triturado

SEGUN EL TRAZO DE FRACTURA

FRACTURAS CLASIFICACION

Esguinces



Luxaciones

Hombres (varones) 50%

ETIOLOGIA

- Hombro
- Codo
- Cadera
- Tobillo
- Mano

Pérdida de relación entre las superficies articulares acompañado por rotura parcial o completa de Cápsula articular.

TIPOS

- Luxación de hombro; varones 3-1 450 años
- Luxación de codo;
 - Luxaciones cadera -tobillo /muñero.

CLASIFICACIÓN

- Completa: Pérdida total de relación articular
- Subluxación: Pérdida parcial del contacto articular.
- Oculto: Produce la pérdida de relación con movimientos forzados.
- Aguda: Momentánea al esfuerzo.
- Incluida: 4 sem. en inicio de cicatrización anómala.
- Recurrente: Mala reducción o malos ensayos.

DIAGNÓSTICO

- Suspecha Clínica
- Color Intereso y/o agudo: Tomografía;
- Gold stander; Radiografía
- Diferentes Proyecciones.

TRATAMIENTO

- Reacción: sedantes
- Realizar con anestesia, miembros juntos. Con ayuda de RX.
- Inmovilización: se coloca para dar tiempo a la cicatrización de estructuras y recidivas.
 - Miembro superior 3 sem.
 - Miembro inferior 6 sem.

Sangrado de tubo digestivo alto y bajo

Hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano.

Sangrado digestivo alto.

Sangrado digestivo bajo.

Suele manifestar hematemesis y/o melena. Ligamento Treitz. Hematequecia. Hematina.

CAUSAS

CAUSAS

Generalmente se manifiesta como hematequecia, acompañado de dolor abdominal de carácter súbito y en ocasiones tenesmo rectal.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO

Sangre oculta en heces
Endoscopia.

Tarjetas endoscópicas
Electrocoagulación
Terapia láser.
Vasopresina.
Clujra
LAPE.

Examen Digital
Anoscopia
Recto sigmoidoscopia
Colonoscopia.

Úlceras gástricas duodenales.
Várices esofágicas
SX. Mallory Weiss
Gastritis Hemorragicas.
Esofagitis erosiva.
Neoplasias

Hemorroides - Fisuras.
Inf. Diverticular.
Neoplasias - Pólipos
Divertic - Parasitosis
Inf. de abs.

TK

APENDICITIS

Inflamación del apéndice cecal o vermiforme.
Urgencia quirúrgica abdominal más común.

FACTORES DE RIESGO

- Sexo masculino
- > 39 años
- Mucopolisarios
- Mujeres 15-19 años.

ETIOLOGIA

- Hiperplasia de folículos linfoides.
- Feculite/Appendicitis.
- Cuerpos extraños
- Tumores apendiculares.

ESCALAS

- Alvorado
- Ripasa.

FISIOPATOLOGIA.

- 1 Obstrucción apendicular.
- 2 Aumento Presión intraumbral.
- 3 Edema y trasudación de líquido.
- 4 Translocación bacteriana.
- 5 Perforación.

FASES APENDICITIS

- 1 Mucosa/catarral
- 2 Fibrinosa
- 3 Purulenta
- 4 Gangrenosa.

Signos PREDICTOS

- Dolor foso iliocecal
- Sx. irritación peritoneal.
- Migración de dolor.
- Leucocitosis.
- Trebte.
- Signos hipocósmos.

DIAGNOSTICO

- USG
- TAC-GAD ST
- RM.

TRATAMIENTO

- Px.
- LAPE.
- APENDICETOMIA

Colecistitis crónica litiásica agudizada

scribe

ETIOLOGIA EPIDEMIOLOGIA

Grado de obstrucción
Duración de obstrucción.
Causa principal de
conspuita o vómitos.
Litiasis Biliar.

Infamación aguda
de la vesícula biliar
Provocada en el 90%
de los casos por la
obstrucción del conducto
cístico por un litio.

FACTORES DE RIESGO. PROTECCIONES

Edad
sexo femenino
Obesidad ↑ triglicéridos
Anticoagulantes
Ácido ascórbico.
consumo de café
Proteínas vegetales.

DIAGNOSTICOS

Interrogatorio
Exploración física
Ultrasonido (usg).
CEPRE.

Suele ser asintomático.
Dolor abdominal agudo. Hiperendrio Derecho
Duración > 5 hrs irradiado hacia la
espalda, náuseas, vomito, fiebre
37.5 y 39.5 °C, hipersensibilidad en
el hipendrio derecho.
Signo de Murphy.

TRATAMIENTO

Reposo.
Dieta absoluta.
Tratamiento
Antibiótico terapia.
AINE.
Percutánea.

Coleritis

Consiste en la formación de cálculos biliares, también llamado Píedras, en vesícula biliar.

CAUSAS

Alcoholismo
Consumo de grasas saturadas.

DIAGNÓSTICO

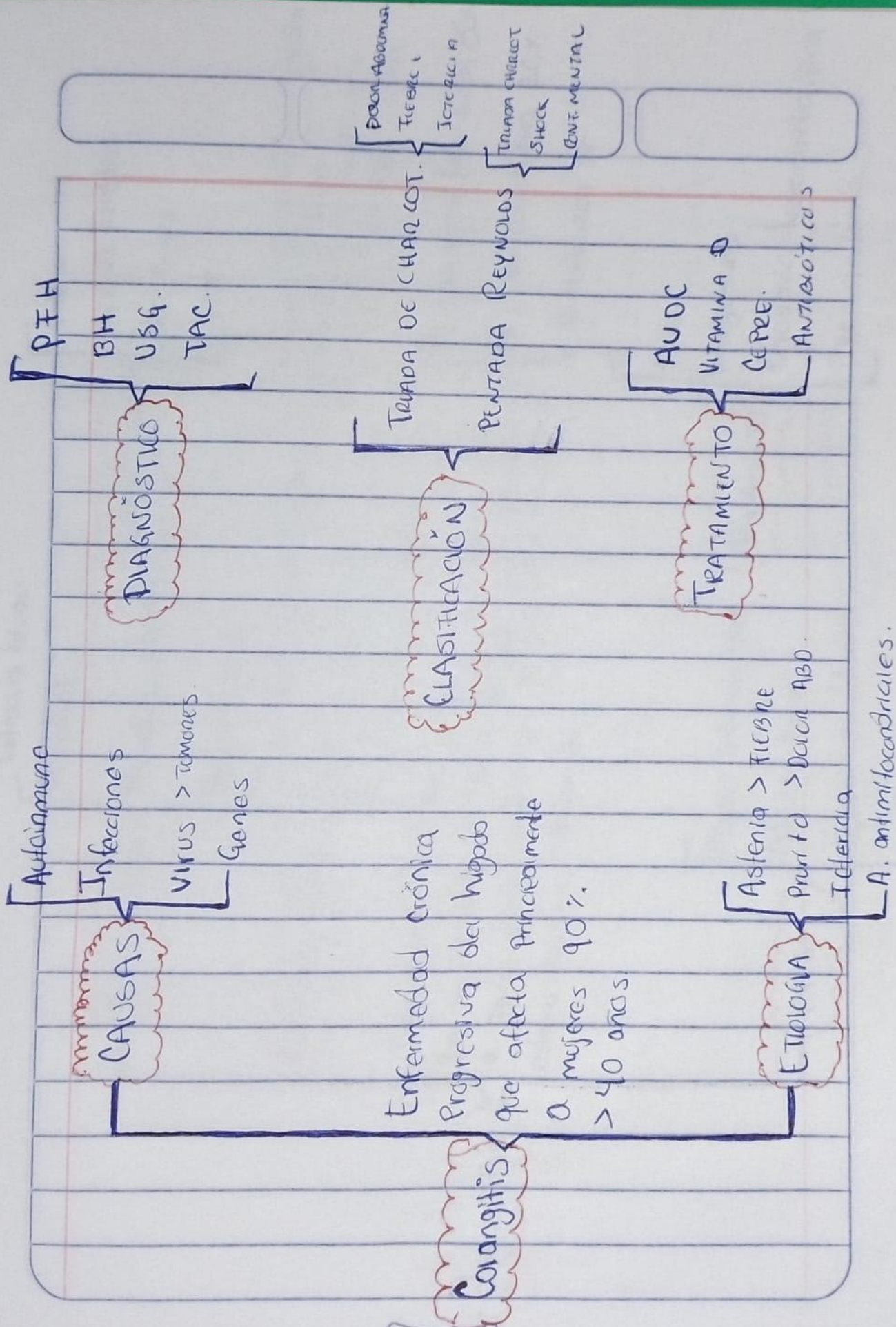
E. Física
USG.
Clínico.

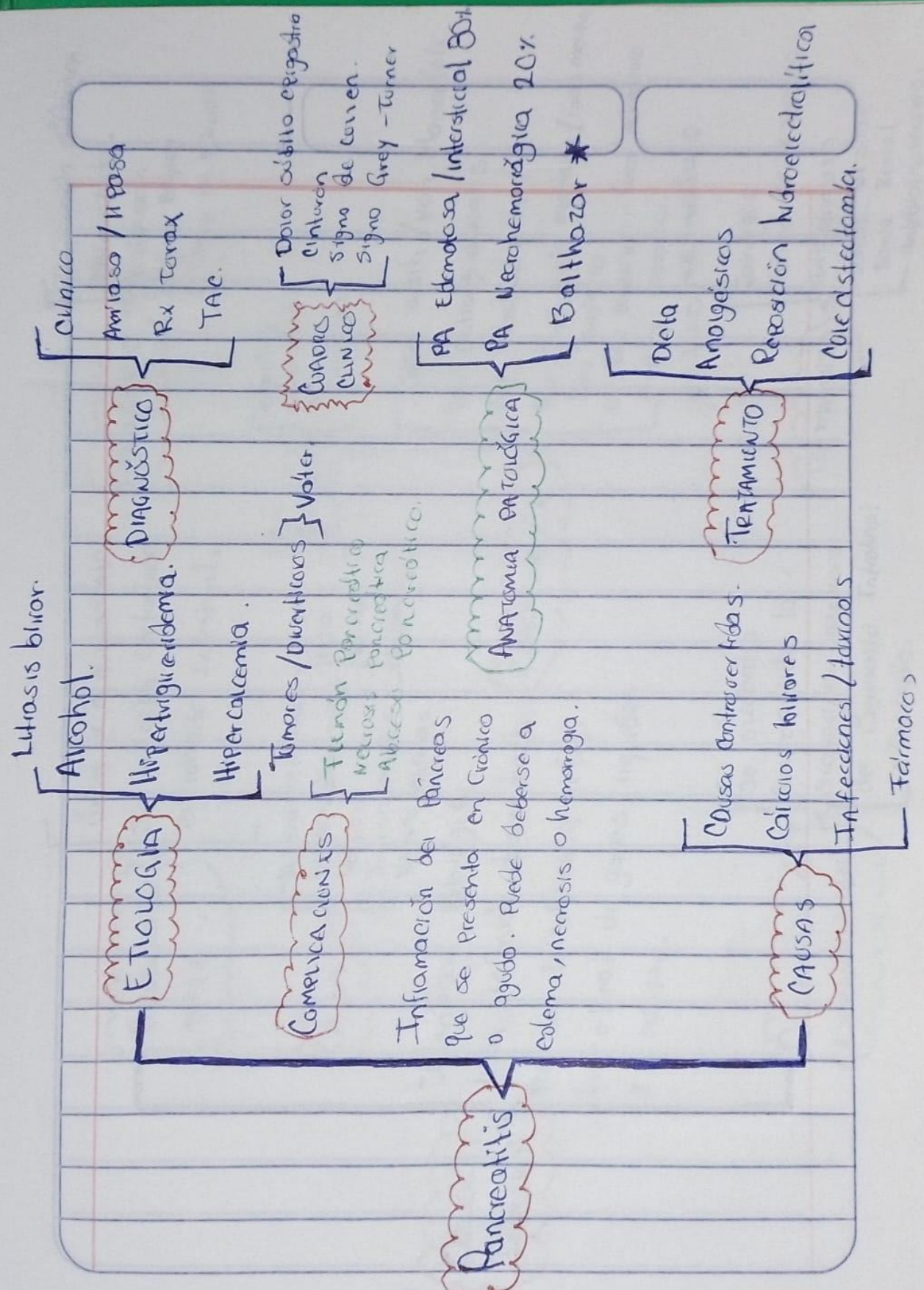
TRATAMIENTO

Ácido
Usodesoxicolico.

SINTOMAS

A sintomático.





Oclusión Intestinal

Obstrucción simple.

Única y exclusivamente se encuentra perturbado el tránsito Intestinal.

CAUSAS

- Hernia externa
- Borrios/Adherencias
- Volvulo
- Intususcepción
- Hernias Internas

- Ileo Biliar
- Enteroilito.

CUADRO CLINICO

- vómitos
- Distensión
- Dolor abdominal

Identidad patológica bien definida, desencadenada por una interferencia al flujo Intestinal de gases, líquidos y sólidos.

Obstrucción con estrangulación

Se encuentra comprometida la circulación sanguínea del Segmento Intestinal afectado.

DIAGNÓSTICO

- Inspección abdomen meteorizado.
- Distensión signo Bayley
- Signo de Kiwulil.

Von Walth / von Monroffell

- Por estrangulaciones
- Por obstrucción

- A = Obstrucción mecánica / Ileo mecánico
- B = Ileo Paroítico - Ileo Adhámico
- C = Ileo espástico.
- D = ILEO METABÓLICO.

CLASIFICACIÓN

TRATAMIENTO

- Quirúrgico
- Técnica de resección
- Anastomosis
- Sonda Vesical
- Sonda Rectal
- Antibióticoterapia.

Perforación Intestinal

Orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo.
Intestino grueso.

CAUSAS

- Enfermedad de Crohn.
- Diverticulitis
- Apendicitis
- Colitis ulcerativa.

DIAGNÓSTICO

- Rx Abdominal
- TAC
- BH.
- COLONOSCOPIA.

SINTOMAS

- Dolor abdominal intenso
- Escarofrios
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos.

TRATAMIENTO

- Colostomía
- Ileostomía

ILEO MECÁNICO METABÓLICO

CAUSAS

- Regional: Drífuco
- Tumor: Estenosis.
- Inflamatorias: Pancreatitis
- Apendicitis, Diverticulitis
- Vascular: Infarto
- Intestino Mesentérico.

- Radiografía Simple de abdomen.
- Coion por enema.
- BH.
- QSC.

DIAGNÓSTICO

Síndrome determinado por la interrupción en el tránsito del contenido intestinal.

FISIOPATOLOGIA

- Hernia estrangada
- Bridas posoperatorias
- Nódulo intestino degado
- Inuagmación Estrangada.

→ Obstrucción. → Acomuación progresiva. → Distensión.

CUADRO CLÍNICO

- Dolor
- Distensión abdominal
- Dificultad en eliminar gases y M.F.
- Vómitos.

TRATAMIENTO

- Descompresión intestinal.
- Sonda Nasogástrica.
- Sonda Rectal
- Quirúrgico/Resección
- Anastomosis

Hernias Complicadas

ETIOLOGIA

La principal etiología es la Congénita.
Debilidad de pared abd.
Aumento Presión Intra-abd.

Las hernias son la causa más común de estrangulación de asas intestinales en PA que presentan con obstrucción intestinal.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayoría son asintomáticas
Dolor
Bulto
Hipersensibilidad en zona afectada.

DIAGNÓSTICO

Examen físico
TAC
RM.

CLASIFICACIÓN

- * Reducible.
- * Incurada.
- * Estranguada.
- * Incubercible.

TRATAMIENTO

Quirúrgico.
Brazeros/cinturones.
Quirúrgicos.

Comunes

- Inglie
- Ombigo
- línea media
- línea scapular
- Diaphragma

RAROS

- Perineo
- Triángulo superior lumbar
- Agujeros Obturador
- Crítico de la pelvis.

Tronbosis Mesentérica

Obstrucción de las venas que drenan la sangre de los intestinos.

FACTORES DE RIESGO

ADQUIRIDOS

- > Pancreatitis
- > Lapar
- > Infección Intestinal
- HEMODIÁLISIS
- > Gen protrombina
- > síndrome nefrótico

DIAGNOSTICO

- Ultrasonografía por
- Resonancia magnética
- Tomografía con contraste / Sin
- Contraste.

Anticoagulantes durante 3 meses.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Presentación aguda:
 - Dolor tipo cólico.
 - Náuseas
 - vómito.
- Presentación subaguda:
 - Dolor abdominal.
 - Presentación crónica
 - Dolor abdominal postprandial.

Anticoagulación Trombolisis que stent.

TRATAMIENTO

Trauma de abdomen

Acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud.

CAUSAS

Accidentes de tránsito.
Delincuencia.
Drogas.
Alcohol.

DIAGNÓSTICO

FAST
ABDOMINAL
USG.
TAC

Cuadro clínico

Higado - Bazo (shock)
Riñón - Páncreas
PTC
TA
AFE

MECANISMOS

Cuando el agente traumatizante impacta el abdomen, como puntapie, golpe de timón, asta de turo, arma de fuego.

Tipos

Trauma cerrado
> Contusión
- Simple
- Viscerales
Trauma abierto
> Herida
- Simple
- Viscerales - multiviscerales

TRATAMIENTO

LAPE
TÉCNICA
LAPAROSCOPICA.