



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

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

Nombre del trabajo: Mapas

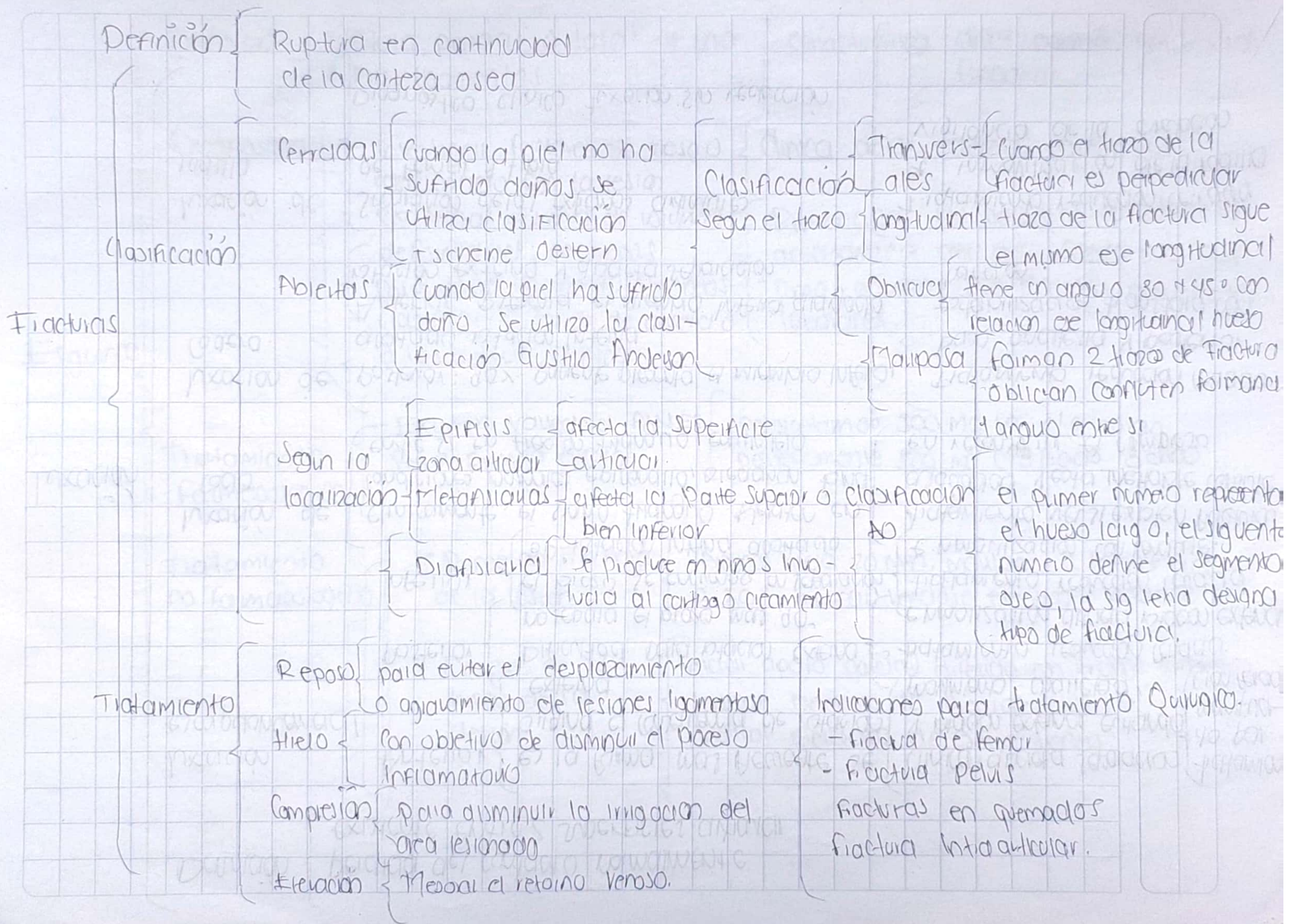
Materia: Urgencias medicas

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 8°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas



Definición } pérdida del contacto normalmente existente entre 2 superficies articulares

luxación escapulo humeral

Anterior } es la forma más frecuente se origina el aumento de rotación externa
Posterior } Dificultad para rotación externa no separa el brazo más 90°
Inferior } el brazo se encuentra en separación 30° rotación interna acostado

Clinica: discreta separación y rotación externa extendido movimiento "charretera"
Tratamiento reducción cerrada e inmovilización discreta rotación externa
Tratamiento reducción cerrada e inmovilización con vendaje.
Tratamiento ver si existen fracturas asociadas y está inestable consulte en reconstruir el complejo

Luxación

de codo

Clinicamente el signo triángulo Nelder en condiciones normales, epicondilo, olecranon forma entre si en flexión triángulo equilateral

Tratamiento ver si existen fracturas asociadas y está inestable consulte en reconstruir el complejo

luxación de cadera

Posterior: 90% paciente presenta el miembro inferior acortado rotación interna
Anterior presenta el miembro inferior alargado rotación externa y discreta separación

Tratamiento reducción cerrada bajo anestesia y posterior estabilización transitoria con tracción.

luxación de rodilla

Separación de los extremos articulares de femur y tibia
Diagnóstico clínico luxación sin reducción

Tratamiento reducción cerrada e inmovilización de la rodilla vigilancia de la circulación

Esguince

Definición } ruptura parcial o total de uno o más ligamentos

característica dolor, edema, limitación funcional

Diagnostico

- Investigar factores de riesgo o relacionados con la lesión
- Examinar aumento de volumen de hinchazón, equimosis
- Dolor nivel ligamento peroneos
- clasificar la lesión de acuerdo a los datos clínicos

Clinica dolor, edema, equimosis

Prevención las personas con alteración anatómica del pie, sobrepeso así como aquellas que realicen actividades laborales.

Tratamiento farmacológico

- Existen variedades AINES para primera elección

paracetamol 500 mg 10 c/a horas
posteriormente 500 mg c/8 horas 3 días

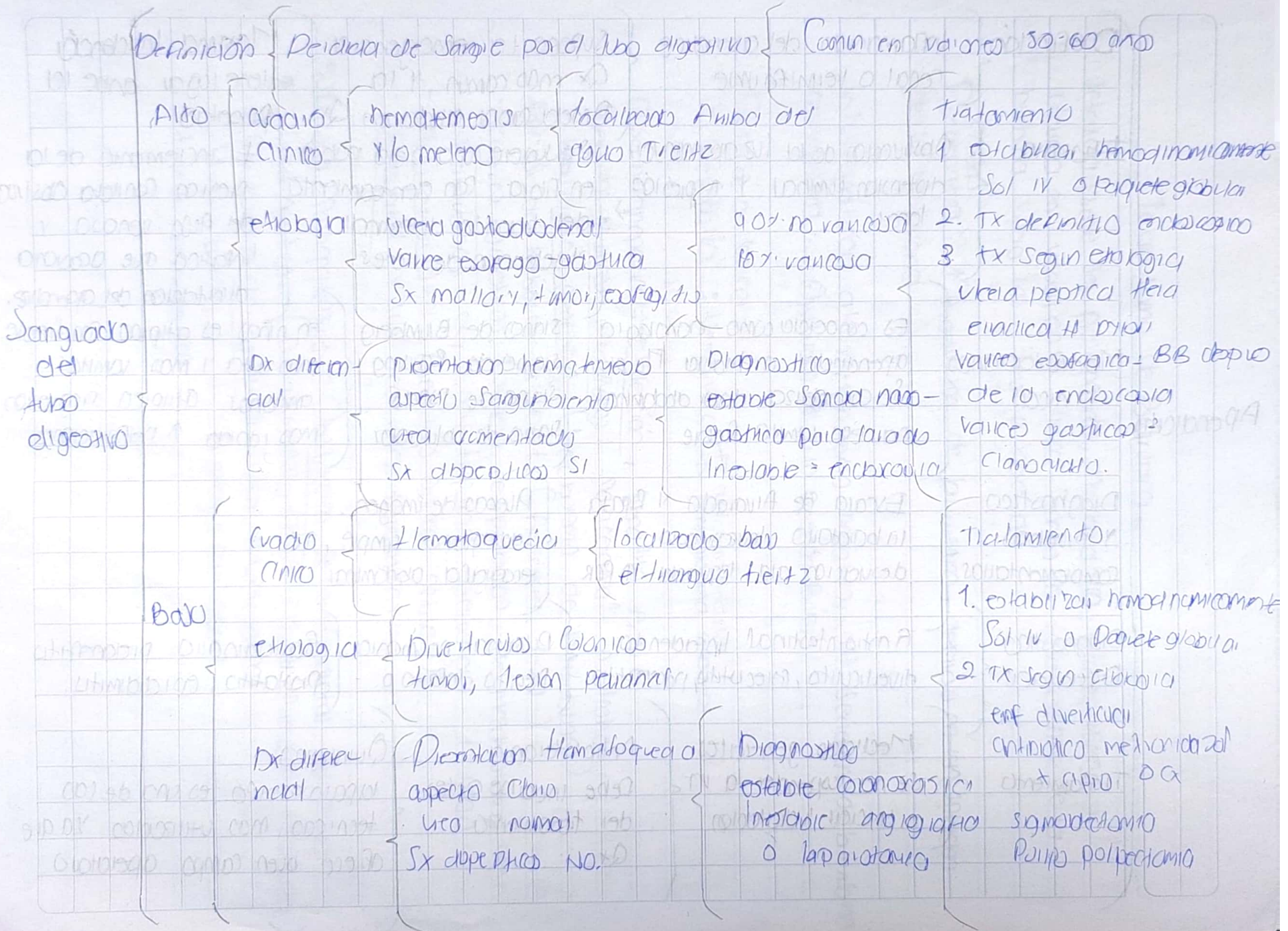
Tratamiento no farmacológico

- Primeras 72 horas de la lesión

Apliqua hielo 20 min, movilizar a tolerancia a 30°, aplicar vendaje elástico, vendaje.

- Después de 72 horas de la lesión

Iniciar apoyo parcial difuso con vendaje compresivo
Iniciar ejercicios de propiocepción
Iniciar ejercicios de fortalecimiento



Apendicitis

Definición	Inflamación del apéndice cecal o vermiforme	Supone la emergencia Qx más común y la primera causa abdominal Qx.	Máxima incidencia tiene lugar entre la pubertad
Etiología	Obstrucción de la luz apendicular / distensión luminal y ↑ presión local	Se sugiere una dieta pobre en fibra con entorpecimiento del tránsito intestinal y retención de heces	El incremento de la presión conlleva obstrucción del flujo venoso y linfático que ocasiona distensión del apéndice.
Manifestaciones clínicas	Es conocida como anaglogia apendicular o triada Murphy. Se caracteriza dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre	Signos de Blumberg Signo de Rovsing Signo de Psoas Signo de obturador	en niños es atípico con fiebre más alta y más vómitos ancianos atípico progresión más rápida ↑ perforaciones.
Diagnóstico y pruebas complementarias	Escala de Alvarado y Ripstein Laboratorio: leucocitosis desviación a la izquierda ↑ PCR	Plepos de imagen radiografía simple, TC ecografía abdominal	
Diagnóstico Diferencial	Antrointestinal, linfadenitis, diverticulitis, colecistitis, pancreatitis	Pneumonía neumonia Pleuritis, infarto p	Gastrointestinal: pliconefritis, prostatitis, epididimitis.
Tratamiento	Medidas generales Se ha suspendido la M e iniciar hidratación	Antibioterapia Debe iniciarse antes del tratamiento Qx	Quirúrgico laparoscópico es uno de los técnicos más utilizados ya que ofrece buen campo operado.

Patología de la vía Biliar.

Colico Biliar

noia: Secundario a la obstrucción del cistiro o coledoco por calculo

Sentido de dolor subito Dura 1-3 horas epigastrio o HD nauseas vomito

Tratamiento

dieta, fluidoterapia IV, analgesia (Metamizol), antiemeticos, Qx: laparoscopica colecolectomia

Colecistitis

Inflamacion de la pared de V.B por: secundaria obstruccion cistica

Dolor similar al colico Biliar
intenso mas prolongado dolor HD Murphy + epigastrio

estudios

hemograma leucocitosis moderada 12-15000 con desviacion izq, eco abdominal

Bioquimica, sedimento orina, ECG
Rx torax

Tratamiento

Observacion, dieta, SNG, fluidoterapia IV, antiemeticos, antibiotico Cefoxitina, Qx: Cirujia, enfisematosa Colecolectomia.

Colangitis

Infeccion bacteriana de los conductos biliares secundaria a obstruccion 80%
Coledocolitiasis 20% estenosis va B.

Cursa con dolor abdominal Intermitente, intensidad variable
Ictericos, fiebre en puros
trazo e hiperot

Pentada Reiter - noid = confusión mental y Shock

actitud en urgencias

Historia Clinica, toma de constantes, exploracion fisica: HD y a veces Blumberg +
- Hemograma, bioquimica
- ecografia abdominal

Tratamiento

- Antibiototerapia
- CPRE
- si no se dispone mediante laparotomia urgente.

Oded Sanchez Arizaga

Definición
Pancreatitis: inflamación del páncreas por la acción de enzimas pancreáticas activadas en respuesta a diversos desencadenantes.

Clasificación

leve	{	ausencia de complicaciones	}	etiología: - Colelitiasis y alcohol - Otro virus parásito, fármacos traumáticos, hiperlipidemia - Idiopáticas.
		existencia edema en glándula		
grave	{	Presentan complicaciones local o sistémicas	}	

manifestaciones clínicas.

- Dolor abdominal 95%: Punzante, continuo, epigástrico y/o hipocóndrico irradiado en cinturón difuso, mejora sentado
- Náusea vómito

Complicación local
Pseudociste pancreática, absceso pancreático

Complicación sistémica
Pulmonar: derrame pleural
Cardiovascular: Shock, arritmias, insuficiencia de repolarización
Hemorragia digestiva, úlcera, gastritis

Tratamiento

- Medicación general: dieta, reposición hidroelectrolítica, analgesia, SNG
- Si hay: α glicósidos, Antibióticos
- Imipenem, antiemético metoclopramida
- Insulina >250 mg/dl, Tx específico, Somatostatina, Tx endoscópico
- CPRE

Pruebas

- Hemograma: leucocitosis
- deuración 12h
- Amilasa 1-2 horas
- lipasa 3-5 días
- lipasa
- Exámenes: Paracetamol
- TAC confirmación

Oclusión Intestinal

Definición Retención completa y persistente de heces y gases en algún segmento intestinal

Localización Intestino delgado
Intestino grueso

Etiología 80%
A. Adhencias o buda por intervención
B. Hernia C. Tumor intestinal (Sobre todo Ca. Colorectal)
D. Diverticulitis

Mecánica Intoxicación fecal, (vómitos, exhalación, ileo duodenal, Bezard)

Ileo paralítico Clínico: en ocasiones predominio la clínica oclusiva intestinal

Diagnóstico: Hemograma, bioquímica, coagulograma, radiológico (dilatación intestino delgado y gases en recto)

Ileo mecánico Dolor abdominal como (dilatación) difuso si el dolor se transforma en continuo y localización sugiere estrangulación y perforación
B. vómito (color, obstrucción oclausal, biliosa obstrucción alta base (colon) cian)

Pseudooclusión a una anomalía crónica de la función sin causa anatómica.

Funcional (Ileo paralítico) estado fisiopatológico potencial reversible debido a motilidad deficiente no palpable sin que exista

Mecánica (Ileo mecánico) Simple: Solo existe oclusión de la luz intestinal con acumulo de gas y liquido estrangulados: existe compromiso vascular y ganglions intestinal

Mecánica Peritonitis, embolia arterial, trombosis venosa, hematoma

B. dolor abdominal no cúbico
C. Sensación distensión abdominal
D. Náuseas vómito (ingesta)

Tratamiento antibiótico, dieta, reposición hidro-electrolítica IV, Sonda NSE 45°, observación 24-48hrs

Estudios: Rx = "Pico de manecitas" (gases en colon. válvula ileocecal) Tratamiento: dieta, líquido IV, competente dist. oclusión de ciego SNG, retrogrado dilatación con competente se dilata solo el ciego

Perforación
esofágica

iatrogenica es la causa mas habitual
Espontanea 2º frecuencia
Quimico estano
Posttraumatico: objeto o contusor

Clinica en la lesion o estenecor
ex-paciente se queja de dolor lancinante
o urgente subcostal izquierda
Inicial al cuello caso hombro izq.

Diagnostico 3 Rx de tórax 3 en forma medi-
astinica y del tórax
Pleural izq con o sin
neumotórax hacia embolo

Tratamiento reposición líquida IV

Perforación
Gastrointestinal
Intestinal

- es la zona mas frecuente de todo
a hecho gastrointestinal mas en
el duodeno, estomago y ciego
Pepthico en la anterior

Clinica la mitad presenta historia
ulcus peptico o dolor epigastrico
Dolor súbito intenso que se
extiende por todo el abdomen

Diagnostico en Rx
revela neumooperitoneo
Tx es Qx, lavado
colocación JNG

Perforación
de Intestino
delgado

Se produce en Px con patologia subyacente
diagnóstico abdominal, iatrogenico

Prueba por per TAC abdominal

Perforación de
V.B

la obstrucción de conducto ciego o
cecalo por coágulo y distension
de V.B produce ↓ riego sanguíneo

maria, luego lo tienen en ancianos
DM, diabetes, neoplasias

Perforación
del Intestino
Grueso

Causas mas frecuentes - causas patologicas
- traumáticas - iatrogenicas
- espontaneo

Dx severo por TAC
ex dolor abdominal Intenso localización
de caracter laparítico Inicia donde ocurre perforación
hipotension y sepsis (fiebre, oliguria, taquicardia)
exploración dolor a la palpación
laboratorio: leucocitosis con desviación izq, Rx
ecografica
Tx laparotomía 3NA

mas frecuente apendicitis y diverticulitis

ileo Mecánico
- 10 cm
- 10 cm
- 10 cm
- 10 cm
- 10 cm

mecánico
Dolor abdominal (retorción) difuso
Si el dolor se transforma en dolor
continuo y localizado sugiere estrangulación
o perforación

vomito
raro obstrucción proximal
(tumor hipertrofia de plico)
Bilio o obstrucción alta delgado
Fecaloide obstrucción Baja
delgado y/o cecum

exploración física
dolor, deshidratación, inspección
Cicatriz periumbilical, palpación dolor, masas
periféricas, tamponamiento
auscultación ruidos hidroacústicos, ruidos
metabólicos, borborigmos deperenciendo del
fuga (silencia abdominal)

Afecto fecal normal
localización: hernia inguinal proximal
al ligamento inguinal, hernia clivial
al ligamento inguinal + medial

extraluminal
{
- tromboembolia, hernia, tumor, invaginación, compresión
- neoplasia, absceso, hematoma peritonal
- cuerpo extraño, bazo, parovirus
- Rehidratación, sonda NG, dieta absoluta

Dolor tipo cólico difuso
Bocio interno
Situaciones especiales: volutas
"gano de cafe", ileo biliar fijado
peritonal + obstrucción delgado +
cálculo FID.

Indicación Co: Hemia estrangulada o incarceration, peritonitis
neumo péptica, sospecha de estrangulación intestinal
obstrucción asa caeca, tumor sigmoide.

Hernia

Definición

Son protrusiones del tejido del abdomen a través de defectos parciales primarios o secundarios

estructuras más frecuentemente herniadas suelen ser epíplon, intestino delgado y colon

Clasificación de acuerdo a localización

Inguinales

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

Direta medial a vasos epigástricos

Indirecta a vasos epigástricos

Ciural o femoral

Más frecuente en mujeres protruyen por el anillo ciural medialmente a las venas femorales

Por el pequeño diámetro del anillo ciural son más susceptibles de incarceration y muchas ocasiones es su forma debut

Umbilical

Son frecuentes en portantes obesos, ancianos, embarazadas

Epigástricas

El anillo herniario está en algún punto de la línea alba entre la vena umbilical y el hilio xifóideo

Spiegel

Infrecuentes, protruyen de dos planos murales laterales borde externo del recto anterior del abdomen

Imp. a la incarceration y precisar TC para dx

Eventrales

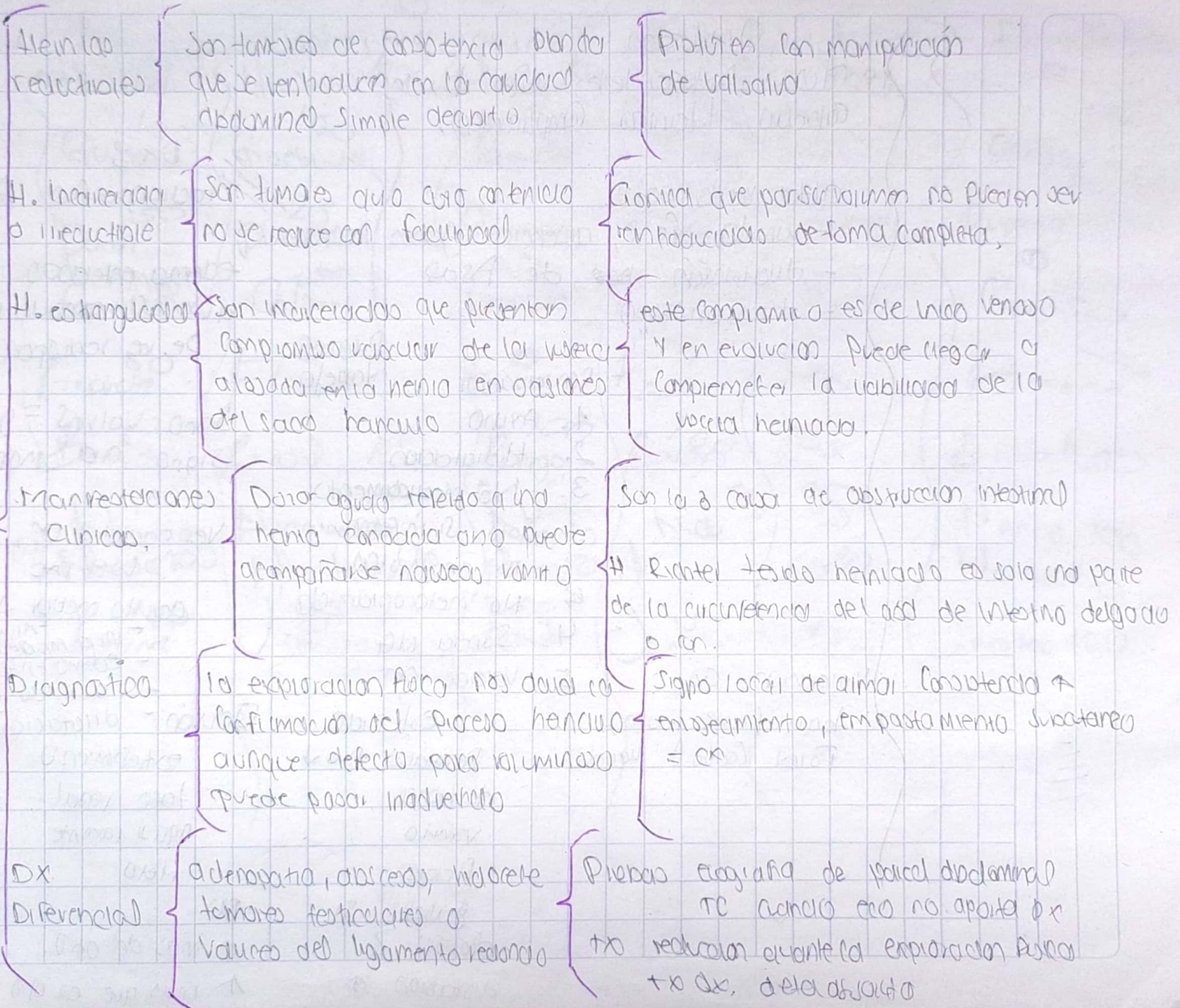
Son defectos de la pared tendida a una o pocas. según la invasión

Sublocalización

es línea media paraeternal, paraeternal, subcostal

localizaciones paraeternal, subcostal, paraetral

Clasificación según el nivel de compromiso.



Definición } Interrupción del flujo de las arterias intestinales. } Compromiso de la arteria mesentérica Superior.

Factores de riesgo } edad avanzada, } Clínica de dolor abdominal intenso súbito
 estado hipercoagulante,
 frente a fibrinólisis, endocarditis, hipertensión, ateroesclerosis.

Diagnostico } Análisis radiografía abdominal } estudio inicial de elección
 observando asas, engrosamiento de } TAC helicoidal con reconstrucción
 la pared intestinal, pneumatosis, } en estadios de alto
 impresión ductal } angiografía

Tratamiento } Presencia de peritonitis } laparotomía + embolización
 y resección de intestino infartado.
 Sin datos de peritonitis } Trombolisis (alteplasa, a Hepasa,
 urokinasa)
 Isquemia mesentérica ^{NO} oclusiva } Papaverina
 embolismo menor sin } trombolítico, anticoagulante
 signos peritoneal

Pronostico } Q de urgencia o de intervalo es un factor
 asociado ↑ supervivencia

Trombosis Mesentérica

Trauma de Abdomen

Trauma Contuso o Cerrado

Se produce como consecuencia de una combinación de fuerzas de compresión, deformación, estiramiento.

Debemos tener en cuenta también el trauma causado por explosión

Trauma Penetrante

Los heridas por arma blanca y de fuego causan daño por laceración o corte.

es importante diferenciar heridas penetrantes producidas por arma de fuego

evaluación Inicial

examen físico

la información obtenida del personal prehospitalario involucrado en la escena del trauma es importante

tipo de fuerza aplicada o impacto, altura, sino vital,

Diagnostico

radiografías

Son parte del protocolo de manejo y pueden dar información directa como ruptura de un hemidiafragma

ultrasonido FAST es un procedimiento rápido no invasivo su utilidad se ve comprometida en pacientes obesos.

lavado Peritoneal

Es un procedimiento rápido y preciso para dx

Tratamiento

si el paciente esta inestable o con signos de peritonitis valorar en

Profilaxis antibiotica en penetrante o abdominal