



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

URGENCIAS MÉDICAS

Mapas

Docente:

Dr. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

Alumno: Alfredo Morales Julián

8-B

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 / 06 / 2023.

Fracturas esquinas y luxaciones

Fractura = Pérdida de la continuidad ósea o cartilaginosa por consecuencia de un traumatismo

Etiopatología =

Fractura habituales = Mas frecuentes producidas por una fuerza externa de intensidad claramente superior

Fractura patológicas = Es una debilidad del hueso que no soporta una actividad normal como puede ser la osteoporosis

Clasificación =

Abierta = El hueso atraviesa la piel o existe una herida de admisión

Cerrada = No existe comunicación entre hueso y exterior del cuerpo

Clasificación

Fractura expuesta = Gustilo-Anderson

Tipo I = Tamaño menor a 1 cm, Contaminación = limpia, daño de tejido blando = mínimo, daño óseo = simple

Tipo II = Tamaño = 1-10 cm, Contaminación = Moderada, daño a tejido blando = Moderado, daño muscular, daño óseo = fragmentación mod.

Tipo III = A = Tam = > 10 cm, Contaminación = Severa, daño a tejido blando = aplastamiento, daño óseo = fragmentación moderada

B = Tam = > 10 cm, Contam = Severa, daño a tejido = aplastamiento sin cobertura ósea, daño óseo = fragmentación severa

C = Tam = > 10 cm, Contam = Severa, daño a tejido = igual a III-B + lesión vascular, daño óseo = fragmentación severa

Fracturas Cerradas

Clasificación de Tscherny y Destern

Grado CI - Poca o mínima lesión de partes blandas

Grado CII - Abrasión superficial (área sombreada) y fractura moderadamente grave

Grado CIII - Abrasión profunda y contaminada con contusión local de piel y músculo (área sombreada) y fractura moderada grave

Grado CIV - Gran contusión (ahueco o aplastamiento o destrucción muscular (área sombreada) y fractura grave

Tipos de fracturas =

F. transversa, oblicua, segmentaria, en espiral, tallo verde, inestabilidad
Cominuta, impactada

Tx = Conservado = Inmovilización 4-6 sem, Qx = inmovil. y cirugía
Se debe inmovilizar las 2 extremidades

Esquince = Es la lesión del ligamento, va a ver una separación momentánea de las superficies articulares

Presente = Hinchazón, calor, enrojecimiento, dolor, pérdida de la función

Primer grado = Los ligamentos se estiran y hay desgarro ligero o microscópico, segundo grado = Enlodamiento y rotación parcial

Tercer grado = Rotura completa del ligamento

Tx = Inmovilización, desinflamación = AINES

Luxaciones = Daño a la articulación, va a ver deformidad y pérdida de la función, separación de 2 huesos

Tratamiento = Regresar a posición anatómica normal, es necesario inmovilizar para el dolor, PRICE = Protección, Reposo, Hielo, Compresión, Elevación

Sangrado de tubo digestivo alto y bajo

Perdida de sangre que procede del aparato digestivo. Su mortalidad oscila entre 5-10% dependiendo de la comorbilidad, edad, cantidad de sangre, etiología

Etiología de altas = (STDA)

Úlceras gastroduodenales 30-70%, tumores gástricos/esofágicos, Varices esofágicas 12-30%, lesiones agudas de la mucosa gástrica 10-15%, causas vasculares, Sínd. Mallory weiss 5-8%, Esofagitis péptica 4%

Etiología de STDB =

Hemorroides, Infecciones bacterianas, parásitos, amibas, polipos, Divertículos, Chren/Coli, Traumas, Tumores

Método dx

Alto = Endoscopia

Bajo = Colonoscopia

Estudio nuevo = Capsula con video

Tx de Varices esofágicas = liguodina, Qx Terliprosina (↓ la presión porta) = Dosis inicio = 2mg IV OU, mantenimiento = 1mg IV q4-6h
Metoprolol (procinético), laxantes, antibióticos = Ceftriaxona, Ciprofloxacino, Cefepiminas, quinolonas

Manifestaciones = Hematemesis = Vómito de sangre (poso de café), Melena = heces negras, hematoquecia = sangre mezclada con heces, Rectorragia, mareos, síncope, disnea, angina

↓ ↓

3-Tumores

4-Sx Mallory Weiss

Colonoscopia

Metodo Diagnostico

Metodo Nuevo

Endoscopia

Capsula con

Video por todo el tubo digest.

* Escala para Varices esofagicas = Para determinar el tx si una fijad

* Forrest =

Tx de Varices esofagicas = ligadura, Terlipresina = ↓ presión portal
Metoclopramida (procinetico), laxantes, antibioticos (↓ mortalidad)
Cefalosporina y quinolonas, Rifaximina

Tx de ulcera gastrica = Omeprazol, sucralfato, procineticos
Laxante = betulax, metoclopramida + laxante =

Terlipresina

Dosis inicial = 2mg IV DU

D. mantenimiento = 1mg IV C/4hrs - 6hrs

Antibioticos = Ceftriaxona y Ciprofloxacino

Despues de endoscopia, gomas blancas en mbr

Sucralfato =

Rifaximina →

400mg VO C/8hrs

Omeprazol = IV 80mg bolo, 40mg IV bolo

Apendicitis

Urgencia abdominal más común, es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme ↓

Epidemiología = El riesgo de padecer apendicitis es de 7%, 1 de cada 15 a 20 personas en México presentan apendicitis
Mortalidad = No complicada 0.3%, complicada 1-3%, mortalidad en lugares remotos 50%, mortalidad con intervención temprana <1%, Ancianos 15% ↓

Factores de riesgo = Sexo masculino, >39 años (69% de los casos), caucásicos, mujeres (15-19 años) ↓

Etiología = Infección = salmonella, shigela, virus de la papeta, adenovirus, e. coli, coxsackievirus B
Obstrucción = Hiperplasia linfóide, tumor carcinóide, cuerpo extraño, parásitos, fecalito ↓

Fisiopatología = 1-Obstrucción apendicular = dolor mal localizado, en epigastrio derecho, 2-↑ de presión intraluminal
3-Edema y transudación de líquido, 4-Translocación bacteriana, 5-Perforación ↓

Tablas = Alvarado, Ripasa ↓

Tipos = Mucosa, Catetral, Flemosa, purulenta, gangrenosa (ya perforación)
Nauseas, dolor

Cuadro clínico = Dolor en FID, fiebre de 37.5°C - 38.5°C, inapetencia ^{↑ translocación de b}

Estudios = TAC (GPI), Ecografía (niños, embarazadas)
Leucocitosis con neutrofilia, aumento de proteína C reactiva

Tratamiento = Apendicectomía laparoscópica ↙

Patología de la Vía biliar

Colecistitis Aguda

Inflamación de la Vesícula biliar generalmente por una obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Indioamericana
- Obesidad
- Edad avanzada
- Dieta occidental
- Pérdida rápida de peso
- Antecedentes fam. de Colelitiasis

Se divide en:

Agudas = Inflamación de la Vesícula biliar que se desarrolla en horas, en general debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo

Crónicas = Inflamación de la Vesícula biliar de largo tiempo que casi siempre secundario a la presencia de cálculos

Colecistitis litiasica aguda = Esta no tiene o es provocado por cálculos, responsable del 5-10% de las colecistectomías indicadas debido a Colecistitis aguda

EX = de riesgo = Quemaduras, sepsis o traumatismos, shock, inmunodeficiencia Vasculitis (lupus eritematoso sistémico)

Complicaciones =

>95% de Colelitiasis aguda presenta Colelitiasis, estasis biliar, inflamación, Vesícula puede fibrosarse

Signos y Síntomas =

Dolor con las mismas características del dolor biliar, solo que más prolongado = dolor intenso, continuo, localizado del lado derecho del abdomen debajo de las costillas e irradiación en espalda y hombro derecho, Vomito, + Signo de Murphy, fiebre, anorexia, mejoría en 2-3 días y se resuelve en 1 sem en el 85% de los pacientes

Escala de Tokyo

Signos de inflam. local = Signo de Murphy (+), masa, dolor en AID
S. de inflam. sistémica = Fiebre, proteína (PCR) elevada, Gbb blancos ↑

Imagen = Pared Vesicular ↑ 4mm, aumento del tamaño de la Vesícula biliar (longitud mayor a 8cm diámetro mayor a 4cm)
Imagen con doble halo, líquido perivesicular (lado)

Tratamiento = Hospitalización, líquidos por vía intravenosa y analgésicos, colecistectomía, para la disolución de cálculos = ácido Ursodesoxicólico, durante 10 años, ácido quercetónico

Coleditiásis

Existencia de cálculos dentro de la Vesícula biliar

Epidemiología: En México la padecen 9% de la población adulta y 1% de ellos mueren como consecuencia directa o indirecta. Prevalencia mayor a los blancos, personas obesas, uso de anticonceptivos

Factores de riesgo

edad (avanzada), Sexo (alta prevalencia en mujeres), DM, Indios, mexicoamericanos, medicamentos

Cuadro clinico = Puede ser asintomatico o con dolor colico biliar que aparece 2 a 3 horas despues de comer con vomito, eructos, distension abdominal

Labo: Perfil hepatico, tiempos de protrombina

Imagen = TAC, Rx simple de abdomen, ultrasonido

Tratamiento = Colecistectomia laparoscopica electiva, Calculos menores de 10mm usar acido ursodesoxilico 7mg/kg/dia

Coledocolitiasis

El Coledoco es un conducto biliar a traves del cual la bilis producida en el higado. Esta patologia hace referencia a la ocupacion total o parcial del conducto (Coledoco) por calculos (piedras)

Sintomas = Puede ser asintomatico o producir colico biliar, ictericia, Colangitis, triada de Charcot = ictericia, dolor abdominal, fiebre. Pentada de Reynold = los mencionados + shock y alt. mentales

Tratamiento = CPRE que sirve tambien como de

Pancreatitis

Trastorno inflamatorio del páncreas que se caracteriza por edema y en casos graves = necrosis

- Epidemiología = Entre 5-11 casos por 100000 habitantes al año, media de edad de 55 años en México. La causa más común son litiasis biliares 49-52% y el alcoholismo 37-41%. Su mortalidad mundial se encuentra 2-9%.

Factores de riesgo = >55 años, IMC >30, falla orgánica

Etiología = Obstrucción = Colelitiasis, Coledocolitiasis, barro biliar, tumores, Fibrosis o hipertonia del esfínter de Oddi, Coledococele. Tóxicas = Alcohol, Tabaco, Organofosforados. Metabólicas = Hipertriqueridemia. Fármacos = Azatioprina, esteroides, Valproato, Traumatismos, Vasculares = Isquemia, Infecciones

Manifestaciones clínicas = Dolor abdominal de inicio súbito, localizado, en epigastrio e irradiado a ambos hipocostrios en cinturón, náuseas, vómito, dolor a la palpación, puede haber distensión abdominal
Signo de Cullen = Hematomas alrededor del ombligo
Signo de Grey Turner = Hematomas en los flancos

Diagnóstico = Dolor abdominal consistente de inicio agudo, dolor en epigastrio que irradia a espalda, ↑ de amilasa o lipasa sérica >5 veces el límite superior de lo normal, hallazgos radiológicos característicos
Laboratorios = Enzima pancreática = Amilasa sérica = ↑ primeras horas, Lipasa sérica = Más específica y se eleva más tiempo
Hemograma = ↑ de leucocitos y hemocentración
Puede haber hipoglucemia por ↓ de producción de insulina

Intoxicación por acetaminofén

TAC = elección para ^{confirmar} hacer el dx, Ecografía = detectar posible origen biliar

Criterios de Ranson = ^{3 o más criterios = grave} Son predictores de severidad sin uso de estudios
APACHE II = Escala biquina, ATLANTA

Clasificación = Leve = Ausencia de fallo orgánico según la escala de Marshall y/o complicaciones locales, Moderada/grave = fallo orgánico transitorio (<48 hrs) y/o complicaciones locales o sistémicas sin fallo orgánico (>48 hrs), Grave = fallo orgánico persistente 1 o 2 órganos

Tratamiento = Se recomienda la hidratación agresiva y prece = Sol Cristaloideas 5-10 ml/kg/hrs en primeras 12-24 hrs, Analgesia = Metamizol, opioides, meperidina, Soporte nutricional = Está indicado en casos de PA moderada-grave y grave con nutrición enteral (NE), Antibióticos: Metoclopramida, IBP, antieméticos

Oclusión Intestinal

Retención del tránsito de heces y gases en algún segmento intestinal completa. Pseudoobstrucción es una anomalía crónica de la función sin causa anatómica

Según la localización de la obstrucción =

A- Obstrucción de intestino delgado

B- Obstrucción de intestino grueso

Según la patogenia se distinguen 2 tipos =

A- Obst. funcional (ileo paralítico) = Estado fisiopatológico potencialmente reversible debido a motilidad, no propulsora, no obstrucción de tránsito

B- Obst. Mecánica (ileon mecánico) = Simple = Existe solamente oclusión de la luz intestinal con acumulo de gases y liquido retrogradamente

Estrangulada = Compromiso vascular y gangrena intestinal

Etiología =

El 80% de las causas de obstrucción intestinal en el adulto lo constituyen =

A- Adherencias o bridas por intervenciones

quirúrgicas previas, B- Hernias, C- Tumores intestinales (Ca Colorrectal), D- Diverticulitis

Diagnóstico =

Empieza con dolor abdominal inicio insidioso de carácter cólico

al principio del cuadro y se hace continuo e intenso. Su localización dependa de la porción de intestino que está afectado

En Obst. alta = dolor en epigastrio y/o periumbilical es más frecuente el vómito y abundantes con contenido alimenticio

Obst. baja = vómito escasos y malolientes por putrefacción de contenido gástrico (vómitos fecaloideos)

Estudios Complementarios

Dh Completa, Qs Completa, se espera con leucocitosis si existe isquemia intestinal o perforación en la qe se puede detectar deshidratación, hipopotasemia por los vómitos e hipercalcemia. Rx de abdomen simple donde se puede ver los niveles de hidroaerios en intestino delgado (pilas de monedas)

Factores de riesgo: Tumores intestinales, Cirugías previas, hernias abdominales, edad >60 años

Tratamiento Alta (delgado)

90% se resuelve con SNG y reposición hidroelectrolítica
50 a 100ml contraste por SNG y el 24hs nueva rx si pasa Valvula Iliocecal la tasa de éxito es de 95% de tx Conservador
Si el contraste no pasa es candidato a cirugía

Tratamiento baja (grueso)

En caso de no resolverse o presentar signos de isquemia esta indicado de cirugía:

1-LAPE, 2-Anastomosis, 3-Colostomía, 4-Resección de tumor

Ileo Mecánico y Metabólico

La obstrucción intestinal es reconocido por hipócrates = día como tx (combinado con enemas) e inducción del vómito

Epidemiología = 10% frecuente en niños y jóvenes, el sexo predominante masculino, >50 años mas común

LEO → Patología del tránsito intestinal, puede ser en cualquier segmento del tubo digestivo =

Adinámico / Paralítico (Metabólico) = Hay ausencia de ruidos hidroaéreos, vómito abdominal

Mecánico / obstructivo = Aumento de la frecuencia e intensidad de estos ruidos (ruidos de lucha), se puede dividir en =

- Simple = Solo oclusión de luz intestinal con acumulo de gases y líquido retrogradamente
- Estrangulado = Existe compromiso vascular y gangrena intestinal (hernia estrangulada)

Causas de ileo Mecánico =

Causas intraluminales = Impactación fecal, cuerpos extraños, ileon biliar, bezoar

C. parietales = Neoplasias (colon), Diverticulitis, radiación, enf. inflamatoria

C. extraluminales = Adherencias y bridas, tumores pélvicos, Carcinomatosis

Causas de ileo paralítico

Embolia arterial, trombosis venosa, traumatismo y procesos inflamatorios abdominales (apendicitis, pancreatitis), neumonía, procesos retroperitoneales (pielonefritis), intoxicación por metales pesados, fármacos

Clinica de ileo Paralitico

A-Neumonia, colico nefritico, isquemia mesenterica, etc. En oclusiva intestinal a veces predomina

B-Dolor abdominal no colico. En pacientes suele estar leve en obstruccion

C-Sensacion de distension abdominal

D-Nauseas y vomitos leves (sin ingesta)

Explotacion=

A veces facies de gran dolor, datos cutaneos, distension abdominal franca, dolor difuso sin signos de irritacion peritoneal, timpanismo

Pruebas Complementarias= Analitica= Hemograma, Coagulacion, bioquimica con glucemia, Radiologia= Abdomen simple, en bipedestacion, decubito lateral izq. con tubo horizontal

Tratamiento= Tx antibiotico en procesos neumaticos, laparotomia por peritonitis, Dieta absoluta, reposicion de liquidos

Ileo Mecanico

Clinica= Dolor abdominal colico difuso, Vomito = Claro= obstruccion pilorica

Biliaco= Obstruccion alta de delgado, Fecaloides= obs. baja de delgado

Ausencia de erisios de heces y gases con distension abdominal

Explotacion Fisica= Signos de deshidratacion, distension abdominal, dolor a la palpacion con datos de irritacion peritoneal y se palpan masas, percusion timpanica, antes de 24-48hrs hay un aumento de ruidos hidroaereos, ruidos metalicos

Pruebas= Abdomen simple, Rx en bipedestacion, Ecografia abdominal= ante sospecha de masa abdominal, enema opaco

Tratamiento= Interconsulta a Cirujia, Dieta absoluta, reposicion de liquidos, sonda nasogastrica, depende de la presentacion

Perforación Intestinal

Complicación de la obstrucción intestinal que a menudo resulta en sepsis y peritonitis, tiene una mortalidad de 30-50%.

Causas = Traumatismos, Cuerpos extraños, enf. ulceroosa péptica, isquemia crónica, colón diverticularitis, Cuerpos extraños, adherencias, hernia diverticularitis

Manifestaciones clínicas (esofágicas)

Dolor lancinante o substernal bajo, irradia dolor al codo izquierdo y hombro izquierdo, taquipnea, disnea, dolor pleurítico, lesión citotóxica = dolor intenso, fiebre, taquicardia, disfagia y odinofagia en primates 48hrs

Dx = Rx de tórax → Enfisema mediastínico y derrame pleural izq. con o sin neumotórax. Recomendación = Nunca endoscopia

Tx = Reposición del equilibrio hidroelectrolítico si es necesario, quirúrgico

Manifestaciones clínicas (gastrointestinal) = Dolor epigástrico de intensidad variable días o horas previas a la perforación, dolor súbito, intenso y grave, se extiende a todo el abdomen, defensa muscular involuntaria

Dx = Rx de tórax → Neumoperitoneo → Lechito supino, bipedestación
TAC = en caso de no encontrar nada en Rx

Tx = Quirúrgico, reponer líquidos y manejo de shock hipovolémico, sonda nasogástrica y vesical, Antibiotopía → Clotapenem, Cefotaxima, Ceftriaxona + metronidazol

Perforación de intestino delgado
Patología subyacente = Crohn, isquemia crónica, diverticulitis yeyunal o ileal, traumatismo abdominal, iatrogénicos

Dx y tx = Rx de tórax = Neumoperitoneo Solo en el 50% de casos
TAC = Colecciones líquidas intraabdominales y fugas, Qx

Manifestaciones Clínicas intestino grueso

= Dolor abdominal = Intensidad localizada y carácter repentino,
hipotensión y sepsis, fiebre taquicardia, oliguria, explotación
dolor intenso a la palpación, sensibilidad de rebote

Hernia Complicada

Las hernias abdominales son una patología frecuente en los Servicios de Urgencias, es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal (zonas débiles), el material que las conforman suele ser: intestino delgado, epiploon y colon

Clasificación según su localización

H. inguinales = la más frecuente. El saco herniario discurre por el conducto inguinal, por encima del ligamento, se divide en:

- H.I. indirectas o laterales = más frecuente, por dentro del cordón inguinal puede llegar hasta el escroto

- H.I. directas o mediales = cuando el contenido protruye medial a los vasos epigástricos a nivel del triángulo de Hesselbach

H. umbilicales = por distensión del anillo umbilical, frecuente en 1º prim. abd.

H. crurales = son más frecuentes en mujeres. Por debajo del ligamento inguinal por el anillo crural o femoral

H. epigástricas = en la línea media a través de la línea alba desde la apofisis xifoides al ombligo

H. de Spiegel o anterolaterales = a través de la línea entre el borde externo del recto anterior

Por la Clínica =

H. reductibles = se reintroducen con facilidad en la cavidad. Son blandas, depresibles, que aparecen con la tos, esfuerzos, maniobra de Valsalva

H. incarceradas = son todas las hernias que no pueden ser reductas

H. con partida de leño a domicilio = el contenido no puede ser reintroducido debido a su gran tamaño

H. estrangulada = son tumores duros, irreductibles y muy dolorosas. Se acompañan de riesgo de necrosis de contenido herniario

obstrucción intestinal

Dx = Suelen producir por clínica lo más frecuente es la tumefacción, dolor, náuseas, vómito, distensión abdominal, puede tener síntomas de obstrucción intestinal, Va a Ur ↑ CRP, se encuentra leucocitosis, alteración de la coagulación, ↑ de proteína C reactiva (PCR) o de lactato

Pruebas Complementarias

Ecoografía de la pared abdominal = Confirmar dx

TAC = (cuando ecoografía no aporta dx y puede dar datos sobre las complicaciones asociadas (obstrucción, sufrimiento de asas, etc.)

Tx = La reducción debe intentarse durante la exploración física en ausencia de datos de isquemia, preferible tx quirúrgico, se recomienda al paciente con dieta absoluta, analgesia y sustratapia, colocar sonda nasogástrica si existen datos de obstrucción

Trombosis Mesenterica

Primero se define = Isquemia mesenterica aguda (IMA) que es la lesion originada a nivel intestinal y vicetal por hipoperfusión súbita a nivel local o sistémico del eje arterial-venoso

Puede ser por = un mecanismo oclusivo = Embólico o trombotico o no oclusivo, la circulación depende de (intestinal) tronco Celiaco, arteria mesenterica Superior e inferior

Clasificación segun American Gastroenterology = IM Aguda (25% de casos), Isquemia mesenterica Crónica, Colitis isquémica (CI) (mas frecuente 70%)

IMA =

Factores de riesgo = Edad ↑, aterosclerosis, ↓ gasto, enf. Valvular Cardíaca, Cirugías abdominal reciente, inf. intraabdominales recientes

IMA por embolia arterial = Representa el 50% de los casos siendo mas en la arteria mesenterica Superior y afecta a todo el intestino delgado excepto el yeyuno proximal

IMA por trombosis arterial = Representa el 15-25% de esta patologia en pacientes con enfermedad aterosclerotica avanzada o pacientes con trauma o infección intraabdominal

IMA por isquemia mesenterica no oclusiva = Incluye al 20-30% Se suele dar en pacientes de edad avanzada y arteriopatias ↓ gasto

IMA por trombosis mesenterica Venosa = Constituye el 5% de los casos y suele darse en pacientes jóvenes

Manifestaciones = 80% de px presentan dolor abdominal, de predominio periumbilical, súbito en las embolias y en las trombosis arterial empeora después de la ingesta de alimentos, se acompaña de náuseas (90%), vómito (80%), diarrea (48%) y retorcijos en ocasiones.

Diagnóstico = Se basa principalmente en la sospecha clínica por lo que es muy importante una buena exploración física.

Laboratorios = Hemograma (leucocitos, hematocritos ↑), coagulación y osometría, bioquímica (lactato deshidrogenasa) creatinina ↑

Rx de abdomen = Rx simple de abdomen en decúbito y bipedestación. Puede ser inespecífico al inicio, puede mostrar dilatación de asas, esema de pared, en fase avanzada = neumatosis intestinal.

TAC = Prueba de elección del dx, se ve engrosamiento de pared, presencia de ascitis y congestión de venas.

Angiografía = Tiene más especificidad y sensibilidad que la TAC pero es una prueba invasiva y retrasa la cirugía.

Tratamiento = Control de tensión arterial, FC y temperatura, reposición de líquidos con cristaloideos y/o coloides, Antibioterapia precoz = Meropenem 2000 15gr IV cada 24hrs + Cefotaxima 1gr IV cada 8hrs, dar analgesia, control de acidez, colocación de sonda vesical para ver diuresis y de sonda nasogástrica. **No dar vasoconstrictores** ya que empeoran el cuadro.

Tratamiento endovascular = En pacientes con evolución de 8-12 hrs desde el inicio del cuadro sin irritación peritoneal se puede usar **angioplastia con balón** y colocación de stent.

Ix quirúrgico = Laparotomía exploradora.

Trauma abdominal

Es una lesión física en la región del abdomen que puede afectar órganos y vísceras de esta región y comprometer estructuras adyacentes.
Puede ser penetrante o cerrado siendo esta última la más frecuente.

Clasificación:

Abierto = Es cuando existe una alteración de la continuidad en la pared abdominal producida por elementos cortantes o por heridas de armas blancas o armas de fuego

Cerrado = Se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal, tiene una mortalidad y morbilidad importante

Penetrante = Los signos de este incluyen: dolor abdominal, distensión o rigidez abdominal, moretones en pared externa del abdomen
No penetrante = El agente que lo produce es de superficie roma o plano (como un puño, etc.)

Estructuras más afectadas =

Si penetra la cavidad peritoneal puede ser:

Simple = sin lesión de vísceras hueca o musculosa

Complicadas = con lesión en las vísceras

También puede afectar de manera:

Simple = sin lesiones intraabdominales

Complicadas = con lesiones intraabdominales de víscera hueca y/o musculosa

WIKI

Organos afectados =

- Bazo
- Hgado
- Duodeno
- Pncreas
- Rinon
- Intestino delgado
- Colon

Laboratorios =

Orina (EGO) = Hematuria, P/E = Descartar embolico, Amilasa = ↑ → sospecha de perforacion intestinal, grupo y RH

Gabinete =

Uretrografia, Rx = Abdominal de pie y en cubito lateral = se ve aire intraluminal, subdiafragmatico. → Indicado laparotomia inmediata

Tratamiento =

Laparotomia para control de hemorragia, reparacion de organo o ambos
En todas ocasiones se usa la embolizacion arterial