



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Flujogramas”

URGENCIAS MÉDICAS

Dr.
Romeo Suárez Martínez

PRESENTA:
Minerva Patricia Reveles Ávalos

MEDICINA HUMANA

8° SEMESTRE

2 de JUNIO de 2023
Comitán de Domínguez, Chiapas

Fracturas

Definición → Interrupción de la continuidad ósea y cartilaginosa

Causas → Por insuficiencia o patologías

Clínica → Dolor, tumefacción, deformidad e impotencia funcional, rubor, calor, edema, pérdida de la función

Clasificación
(Gustilo-Anderson)

- I. Baja energía → Herida limpia ($<10\text{mm}$)
TX: Penicilina G sódica cristalina IV más ampicilina IV
- II. Mayor energía → Herida limpia/minimamente contaminada ($>10\text{mm}$)
- IIIA. Alta energía, buena cobertura cutánea y contaminada
- IIIB. Alta energía, lesión extensa, partes blandas, contaminación masiva y hueso al descubierto.
- IIIC. Alta energía, requiere reparación por lesión vascular
TX: Penicilina G sódica cristalina IV + Ampicilina IV + metronidazol IV

Tratamiento

- Inmovilización → Alivia el dolor, fracturas cerradas, prevenir el síndrome de embolia grasa.
- Reducción → Restaurar longitud y alineación del hueso, lograr consolidación ósea, recuperar función muscular y articular.
- Definitivo → Cerrado: R. ortopedia y fijación externa
• Definitivo: R. abierta y fijación interna, osteosíntesis

Luxación → • Pérdida del contacto normalmente existe entre las superficies articulares. • Todas las luxaciones requieren reducción urgente. • Clasificación Rockwood y cols. • Dx tech y clínicas

Esguinces → • Ocurre cuando se estira demasiado o se desgarran demasiado un ligamento, mientras se usa intensamente una articulación. • Por inversión 85%, • Por eversion 15%.

Sangrado del tubo digestivo alto y bajo

Definición → Pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo de forma aguda.

Manifestaciones → Hematemesis, melenas, hematoquecia, rectorragia, síntomas de pérdida de sangre.

Confirmación {

- Sangre roja en agua
- Lavado en "papas de café"
- Lavado bilioso

 • Tacto rectal

- Melenas
- Rectorragia y hematoquecia

Medidas generales {

- Dos vías periféricas gruesas
- Monitorización
- Control de diuresis urinaria
- Hemograma completo

 • Rx de tórax

- ECG
- Reserva de hemátias

 • Cuidados de vía aérea

- VCI en caso de hemorragia grave o mesura

Hemorragia digestiva alta {

- Etiología → Úlcera péptica/gástrica o duodenal, lesiones en mucosa GDI, Síx de Mallory-Weiss, esofagitis péptica, erosiones de hema hial, neoplasias esofágicas, gástricas o duodenales, hemobilia, hemostuccus pancreatius, fistula aortoentérica, lesiones vasculares.

Diagnóstico {

- Antecedentes → HDA previa, fármacos, alcohol o tabaco, antecedentes que orientan al sangrado.
- Signos digestivos → Epigastralgia, pirosis, náuseas, vómitos, distagia, regurgitación
- Estrés → Quemaduras, TCE, sepsis, broncoesp. rección
- Endoscopia, EF

Tx farmacológico {

- Preendoscópico → Omeprazol, protonépticas
- Postendoscópico → Úlcera con riesgo → IBP
 - " sin " → Duda out con IBP

Hemorragia digestiva baja {

- Etiología → Fisura anal, sangrado hemorroidal, divertículos vasculares, enf. inflamatoria intestinal, colitis inf.

Diagnóstico → Edad, coagulopatía, enf. o fx de riesgo de cardiovascular, ANESI, radioterapia pélvica, endoscopia, polipectomía, qx previa, síntomas anales

Pruebas → Colonoscopia diferida, urgente o alta dependiendo el caso

Tratamiento → Embolización selectiva, tx endoscópico, tx quirúrgico

Juan Pablo Sastre
Alvarez SOB

Definición → Inflamación del apéndice cecal o Vermiforme

Epidemiología → Riesgo de apendicitis del 7%, 1 de cada 15 a 20 personas en México

Fx de riesgo → Masculino, >39 años, caucásicos.

Etiología → Infección originada por problema obstructivo

- Hiperplasia de folículos linfoides submucosos: 60%
- Fecalito/Apendicitis: 30-40%
- Cuerpos extraños: 4%
- Tumores apendiculares: 1%

Fisiopatología → 1. Obstrucción apendicular → 2. Aumento de la presión intraluminal → 3. Edema y transudación de líquido → 4. Translocación bacteriana → 5. Perforación

Apendicitis
aguda

Tipos de apendicitis {

- Mucosa/Catarral → Inflamación macroscópica normal
- Flegmosa → Ulceración mucosa
- Purulenta → Exudado purulento
- Gangrenosa → Necrosis y perforación

Cuadro clínico → Dolor en FID, fiebre, migración de dolor, signos típicos

Estudios de gabinete → Leucocitosis con neutrófilos, ↑ PCR, TAC, Ecografía.

Escalas → Alvarado, RIPASA

Tratamiento {

- Apendicectomía laparoscópica
- Apendicectomía → Niños < 5 años, ancianos y embarazados

Litiasis biliar
o colelitiasis

Definición → Existencia de cálculos dentro de la vesícula biliar

Fx de riesgo → Edad, sexo (mujeres mayormente), medicamentos, diabetes mellitus, raza

Composición de Cálculos → La composición mayormente de los cálculos es colesterol a 80% y 20% en pigmentarias.

- Colesterol { - colesterol puro
- Cálculos mixtos de colesterol
- Pigmentarias { - Negro → Vesícula
- Marrón → Vías biliares

Cuadro clínico →

- Puede evolucionar de forma asintomática
- Principal síntoma: Dolor
 - Se irradia a la espalda en región escapular y al hombro derecho, casi siempre aparece después de la ingestión de alimentos ricos en grasas.
 - Aparece 2-3 hrs después de comer
 - Se acompaña de náuseas de forma intensa
 - Dispepsia vesicular (erección, distensión abdominal, ordores, flatulencia, intolerancia alimentarios)

Exámenes físicos →

- Pocos signos
- Vesícula palpable → Colelitiasis aguda
- Murphy

- Litiasis colédocana
- Ictericidad ligera o intensa
- Fiebre con o sin escaletina

Pruebas →

- Laboratorio → Perfil hepático, tiempo de protrombina, exámenes preoperatorios
- Imagen → USG abdomenal, TAC y RM, Rx simple de abdomen, colangiografía oral y colangiografía IV

Tratamiento → Colecistectomía laparoscópica electiva

Colecistitis aguda

Definición → Inflamación de la vesícula biliar generalmente debida a una obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar.

Fx de riesgo → Sexo femenino, obesidad, edad avanzada, etnia indonésica, dieta occidental, pérdida rápida de peso, antecedentes familiares de colelitiasis.

Clasificación {
• Aguda → Inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla en horas, en general por obstrucción del conducto cístico por un cálculo.
• Crónica → Inflamación de la vesícula biliar de larga data secundaria a presencia de cálculos biliares.

Complicaciones {
• >95% de colecistitis aguda presentan colelitiasis.
• Estasis biliar → Enzimas inflamatorias
• Si la inflamación se resuelve y presenta recurrencias la vesícula puede fibrosarse y contraerse - Vario. Normal → Colecistitis crónica

Manifestaciones clínicas {
• Dolor de las mismas características del dolor biliar, solo que más prolongado.
• Vómitos frecuentes
• Signo de Murphy
• Defensa muscular en abdomen
• Síndromes sistémicos (anorexia, náuseas, astenia, fiebre)
• Mejoría en 2-3 días y se resuelve dando de un sereno

Escala de Tokyo {
• Signos de inflamación local
• Signos de inflamación sistémica
• Hallazgos imagenológicos característicos

Tratamiento {
• Fármacos → {
 • Ácido ursodesoxicólico > 2 años
 • Ácido quenoquecólico
• Colecistectomía

Pancreatitis aguda

Definición → Inflamación aguda del páncreas que se cursa con dolor abdominal brusco, elevación de enzimas pancreáticas en la sangre.

Etiología → Traumatismos, infecciones, idiopáticas, vacales, fármacos: metabólicos, tóxicos, obstrucciones.

Escala {
• Riego → Ranson, bsep
• Curvedad → Apeche II
• Criterios → Atlanta
• Fallo orgánico → Marshall

Manifestaciones clínicas → Dolor abdominal (inicio súbito, epigástrico, constante e intenso), náuseas, vómitos, distensión abdominal, taquipnea, taquicardia, fiebre, signos (Cullen, Turner)

Diagnóstico → Criterios → Dolor abdominal, hallazgos radiológicos característicos, amilasa y/o lipasa

Pruebas de → Radiografía simple (tórax y abdomen), ecografía abdominal, TAC abdominal con contraste IV.

Tratamiento {
• Monitorización constante
• Hidratación agresiva
• IBP
• Analgesia
• Soporte nutricional
• Antibiot. cobertura

Obstrucción intestinal

Definición → Oclusión completa en cualquier tramo del intestino, que ocurre cuando el flujo del contenido intestinal se interrumpe o se ve afectado por una causa mecánica.

Causas {

• Adherencias 60-75%	• Neoplasias 13-20%
• Hernias 2-15%	• Volvulo <5%
• Ent. de Crohn 5-7%	• Otros 5-7%

Clasificación → a) Obstrucción alta del intestino delgado; b) Obstrucción baja del intestino delgado; y c) Obstrucción del intestino grueso.

Cuadro clínico {

• Alta → Dolor abdominal tipo cólico brusco, vómitos de contenido biliar, distensión epigástrica, alcalosis/hipertemia, hipoclorea.
• Baja → Dolor abdominal tipo cólico irradioso, vómitos tardíos, distensión generalizada, acidosis metabólica.

Diagnóstico {

- Hemoconcentración → Deshidratación
- Leucocitosis ← Compromiso vascular, peritonitis
- Amilasa sérica → Afectación isquémica de asas
- Radiografía de abdomen (decarbato sup/no producción) → Signo de pila de monedas
- TAC o RMN

Manejo {

- Clínico → Manejo conservador
 - Establecer vías venosas
 - Sonda nasogástrica
 - No mantener en manejo no operatorio por más de 12-24 hrs
- Quirúrgico → Signos principales, Laparotomía exploratoria
 - Obstrucción completa con fístulo y leucocitosis
 - Taquicardia
 - Acidosis metabólica
 - Dolor continuo
 - Peritonitis

Ileón mecánico
y metabólico

Definición → Detención del tránsito del contenido intestinal

- Clasificación
- Paralítico
 - Perilagos de la mucosa intestinal
 - Etiología → Peritonitis, apendicitis, pancreatitis, colecistitis
 - Postoperatorio
 - Retroperitoneal
 - Transplantes hidroeléctricos
 - Mecánico
 - Obstrucción luminal → Litiasis biliar, parásitos, impactación fecal
 - Lesión parietal
 - Compresión extrínseca
 - Complicaciones

Manifestaciones clínicas → Distensión abdominal, timpanismo, meteorismo, vómitos alimentarios biliosos, fecaloides, constipación, dolor tipo cólico dependiente de la causa, peritonismo.

EF → Distensión abdominal, inspección de hernias y cicatrices abdominales, tumores abdominales, signos de deshidratación, clapote intestinal

- Pruebas diagnósticas
- Laboratorio → Amilasa, leucocitos, hematócrito, K, Mg, P, Ca, azúcares, urenia.
 - Gabinete → Rx de tizas (pila de monedas), TAC abdominal, colonoscopia, tránsito del intestino, ecografía

Perforación intestinal

Definición → Complicación temida de la obstrucción intestinal, que resulta en sepsis y peritonitis

- Causas → Vómitos violentos, causas iatrógenas, ingestión de material corrosivo
- Clínica → Dolor lancinante o subesternal bajo; irradia a cuello, dorso y hombro izquierdo; taquipnea, disnea, dolor pleurítico, disfagia y odinofagia.
- Dx → Rx de tórax (enfisema mediastínico)
- Tx → Reposición de líquidos, exploración quirúrgica

- Causas → Úlcera péptica, ingestión de material corrosivo
- Clínica → Dolor epigástrico de intensidad variable; dolor súbito, intenso, grave; irradia a todo el abdomen; defensa muscular y signos de peritonitis.
- Dx → Rx de tórax, TAC, neumogastrografía.
- Tx → Quirúrgico, reposición de líquidos, sonda nasogástrica, antibioticoterapia

- Causas → Enf. de Crohn, isquemia crónica, diverticulitis, traumatismo, dehiscencias de suturas, sondas, postcirugía.
- Dx → Rx de tórax, TAC.
- Tx → Quirúrgico

- Causas → Obstrucción, divertitis, cavernoma, isquemia, radioterapia, trauma, iatrógenas, espontáneo
- Clínica
 - Dolor abdominal → Intenso, localizado, repentino, inmovilidad
 - Hipovolemia y sepsis → Fiebre, taquicardia, oliguria
 - Exploración → Dolor a la palpación, sensibilidad de rebote, vientre en tabla
- Diagnóstico: BAI, QS, Rx, ecografía, TAC, neumogastrografía
- Tratamiento → Fluidoterapia intravenosa, sonda nasogástrica, antibioticoterapia, sonda vesical, cirugía

Hernias abdominales

Definición → Patología frecuente que consiste en la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal.

- Clasificación
- Inguinales → El saco hernario discurre por el conducto inguinal, por encima del ligamento inguinal. (indirectos o laterales, directos o mediales)
 - Umbilicales → Distensión del anillo umbilical
 - Crurales → Son más frecuentes en mujeres. Por debajo del ligamento inguinal, por el anillo crural o femoral, en el triángulo de Scarpa.
 - Epigástricas → Línea media, a través de la línea alba, desde la apófisis xifoides al ombligo.
 - Spiegel o anterolaterales
 - Incisionales o evitricionares → Deshiscencia de suturas o debilidad en la pared tras una cirugía abdominal.

Diagnóstico → Presenta poca clínica, si hay sintomatología, descartar patología quirúrgica

- Historia clínica
- Exploración abdominal

Manifestaciones clínicas → Tumorción dura, dolorosa, aumento de tamaño, enrojecimiento de la piel, equimosis, flegmón e incluso fistulación en estadios avanzados. Sintomatología general → Vómitos, oclusión intestinal, dolor, distensión abdominal, afectación del estado general, shock

Tratamiento → Quirúrgico → Reducción.

Trombosis
mesentérica

Definición → Obstrucción en una arteria corta el flujo sanguíneo a una porción del intestino. Ocurre cuando los arterias estrechas o bloqueadas restringen el flujo sanguíneo al intestino delgado.

- Mecanismos fisiopatológicos
- Embolia arterial
 - Trombosis arterial
 - Isquemia mesentérica no oclusiva
 - Trombosis venosa

- Manifestaciones clínicas
- Característica distintiva, es el dolor abdominal grave cuya intensidad es desproporcionada con el grado de dolor a la palpación en examen.
 - El dolor se percibe con carácter de cólico y es más intenso en la parte media del abdomen.
 - Las manifestaciones incluyen a menudo asociado con diarrea sanguinolenta, como consecuencia de desprendimiento a la mucosa por isquemia
 - Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, heces con sangre, hipotensión, acidosis, fiebre, leucocitosis altas, peritonitis, distensión abdominal, melena.

- Diagnóstico
- El análisis laboratorio completo puede revelar hemoconcentración y leucocitosis
 - Se desarrolla acidosis metabólica por el metabolismo anaerobio
 - El incremento de las concentraciones de lactato, la hipopotasemia puede ocurrir en etapas avanzadas de la isquemia mesentérica.
 - El diagnóstico definitivo → Arteriografía mesentérica

- Tratamiento
- Soluciones endovenosas para mejorar el volumen sanguíneo.
 - Antibióticos de amplio espectro
 - Heparina sódica 5.000 a 10.000 unidades c/4 hrs.
 - Vasodilatadores
 - Sonda nasogástrica y vesical

Trauma de abdomen

- Definición** → Lesión física en la región del abdomen que puede afectar órganos y úlceras de esa región así como comprometer estructuras adyacentes. Tal lesión puede ser penetrante o cerrada, siendo esta última la más frecuente.
- Clasificación**
- **Abierto** → Es cuando existe solución de continuidad en la pared abdominal, producida por elementos cortantes o transfixiantes, como en las heridas por arma blanca o heridas por arma de fuego.
 - **Cerrado** → Se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal. Responsable de mortalidad importantes.
 - **Penetrante** → Los signos de este incluyen: dolor abdominal, distensión o rigidez abdominal, y moretones de la pared externa del abdomen.
 - **No penetrante** → El agente que lo produce es de superficie roma o plana, tipo barra de timón, puño, etc.
- Estructuras afectadas**
- Penetra la cavidad peritoneal, pudiendo ser
 - **Simples**: Sin lesión de víscera hueca o maciza.
 - **Complicada**: Con lesión de la víscera.
 - Puede afectar de manera
 - **Simples**: Sin lesiones intraabdominales.
 - **Complicadas**: Con lesiones intraabdominales de víscera hueca y/o maciza.
 - **Órganos más afectados**: Bazo, riñón, hígado, intestino delgado, duodeno, colon, páncreas.
- Laboratorios** → Orina (hematuria), pte (descartar embarazo), amilasa (sospecha de perforación/intestino), grupo sanguíneo y rH.
- Grabinete** → • Ureterografía
• Rx abdominal de pie y decúbito lateral → Aire extraluminal → Laprotomía inmediata.
• Rx columna cervical lateral, AP de tórax y pelvis.