



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**MATERIA:**

**Urgencias Medicas**

**“Flujogramas”**

**DOCENTE: Dr. Romeo Suarez Martínez**

**PRESENTA: Heydi Antonia Coutiño Zea**

**GRADO Y GRUPO: 8 -“B”**

**LUGAR Y FECHA:**

**COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 01 DE JUNIO DE 2023.**

# FRACTURAS

- Clavícula
- Codo
- Muñeco
- Tobillo

Frecuente en Interrupción de la continuidad ósea  
 o/o cartilaginosa → Traumatismo

## Clasificación

Abierta

Tensar el doppler para observar obstrucción

Utilizar una TAC

Guatillo Anterior

73 hrs sin antibiótico eleva el riesgo de infección

Cerrado

Clasificación de Tachene

## Tipos

Transverso

Espiral

Tallo verde

Oblicua

Segmentaria

Cominuta

## Datos de importancia

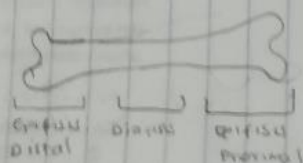
- Eumor
- Color
- Dolor
- Edema
- Pérdida de la función
- Crepitaciones

## Diagnóstico

- Radiografía
- TAC
- Escala de AO
- Escala de Mess
- Puntos importantes
  - Limpieza
  - Tamaño de la herida
  - compromiso de vasos sanguíneos

## Tratamiento

- control del dolor
  - Uso apropiado de fármacos
- Inmovilización de 4-6 sem.
- Abierta: limpiar, antibiótico
- Cerrada: a Monje conservar dependiendo el tipo de fractura.



# ESGUINCE

Por inversión forzado del pie

90% se produce en el ligamento lateral externo

Es momentáneo

Frecuente en

- Tobillo
- Cadera
- Muñeco
- Pulgar

Se produce por mecanismo de alta fuerza que hace que se desplace y regrese provocando una hiperextensión.

## Clasificación

Según la gravedad de la lesión

Grado I

Grado II

Grado III

Lleve distensión de ligamentos. Poco dolor, inflamación leve y hematoma

Recuperación de 2 a 3 días

Ruptura parcial de ligamentos. Dolor y hematoma

Recuperación de 3 a 6 sem.

Ruptura total del ligamento. Dolor intenso y hematoma considerable

Recuperación aprox. 8 sem.

## Datos de importancia

- Dolor intenso
- inflamación
- Pérdida de la función
- Hematoma

## Diagnóstico

- Examen físico
- Radiografía
- Resonancia
- TAC
- Ecografía

## Tratamiento

- Reposo
- Hielo: aplicar de 10-15 min de 3-4 veces al día
- Compresión: opositos, vendajes
- Rehabilitación
- RICE

# LUXACIÓN

↓  
 Cuando un hueso se ha desplazado de su articulación

## Datos de importancia

- Rubor
- Calor
- Edema
- Dolor
- Pérdida de la función
- Deformidad

## Clasificación

- Luxación parcial o subluxación
- Luxaciones traumáticas
- Luxaciones complejas
- Luxaciones patológicas
- Luxaciones congénitas
- Luxaciones residuales

## Frecuente en:

- Hombro
- Cadera
- Tobillo
- Codo
- Espalda

## Diagnóstico

- Historia y examen físico
- Rx
- RM

## Tratamiento

- Frío → Aplicar hielo en la zona afectada
- Elevación → Px acortado
- Inmovilización dependiendo del grado
- Medicamentos → AINES
- Reeducación
  - ① Inmovilización
  - ② Analgesia

# Sangrado del tubo digestivo alto y bajo

↓  
 Pérdida de sangre procedente del aparato digestivo

## Clasificación

### Hemorragia del tubo digestivo alto

- Secundaria a hipertensión portal → Varices esofágicas, varices ectópicas, gastropatía de la HTP
- NO secundaria a hipertensión portal → Úlcera péptica, Sv de Mallory Weiss, Heria de hiato, esofagitis.

### Valoración

- Estabilizar hemodinámicamente al px
- Localizar el origen del sangrado

### Clasificación

- Leve → Volemia < 10%
- Moderada → Volemia 10-25%
- Grave → Volemia 25-35%
- Masiva → Volemia 35-50%

### Diagnóstico

- Hemograma, coagulación, Rx de tórax, Rx simple de abdomen, Doppler, ECG, gastroscopia

### Tratamiento

- Antisecretoras, IBP, somatostatina, vasopresina, ligadura endoscópica.

### Hemorragia del tubo digestivo bajo

- Neoplasia, alteraciones vasculares, divertículos colónicos, fisura anal, lesiones de hipertensión portal, hemorroides internas y externas, divertículo de Meckel, enf. isquémica intestinal, enf. inflamatoria intestinal

### Presentación

- Pérdidas crónicas
- Hemorragia aguda
  - Moderada
  - Severa.

### Síntomas

↓  
 Hematemesis, melena, vómito en posos de café, hematoquecia, choque, Rectorragia

# APENDICITIS

Síndrome clínico que engloba todo dolor abdominal de importancia reciente, siendo este un síntoma de rápido y preciso pues requiere de un tratamiento quirúrgico urgente.

**Dolor Visceral** Se origina en las vísceras abdominales, que están inervadas por fibras nerviosas autónomas y responden a sensaciones de distensión y contracción muscular, no a cortes, roturas ni irritación local. Está mal localizado y tiende a percibirse en zonas correspondientes al origen embrionario de la estructura afectada.

**Dolor Somático** Se origina en el peritoneo parietal, que está inervado por nervios somáticos y responde a una irritación debida a procesos mecánicos, químicos u otros procesos inflamatorios. Es agudo y bien localizado.

**Dolor Reflejado** Se percibe lejos de su origen y se debe a la convergencia de fibras nerviosas en la médula espinal.

## CLASIFICACIÓN DE CHRISTMANN

- Síndrome de abdomen agudo:
- Inflamatorio
  - Oclusivo
  - Isquémico
  - Perforativo
  - Hemorrágico

## ETIOLOGÍA QUIRÚRGICA

- Peritoneal**
  - Abscesos
  - Traumatismo
- Abdominal**
  - Colicistitis aguda
  - Apandicitis aguda
  - Diverticulitis
  - Perforación de víscera hueca
  - Rotura de víscera maciza
  - Obstrucción intestinal mecánica
- Retroperitoneales**
  - Desecación aórtica
  - Hemorragia retroperitoneal
- Torácicas**
  - Neumotórax
  - Rotura esofágica
- Vasculares**
  - Isquemia mesentérica
  - Rotura vascular
  - Hernia estrangulada
- Genitourinarios**
  - Embarazo ectópico
  - Torsión de quiste ovarico
  - Perforación uterina
  - Rotura vesical

## APENDICITIS

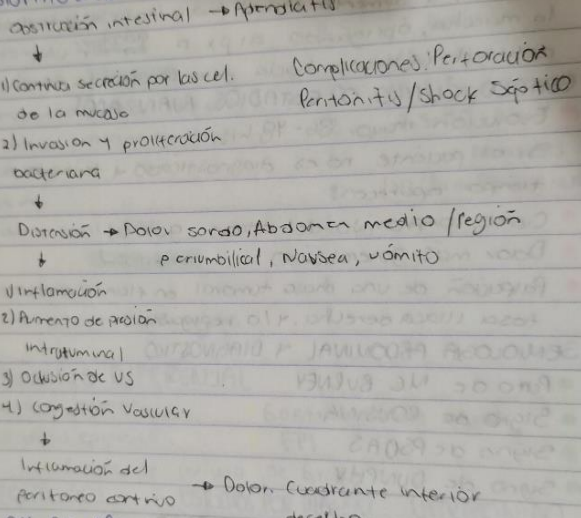
Se presenta cuando el apéndice resulta obstruido o inflamado.

La inflamación del apéndice resulta de una obstrucción de su luz, ya sea por:

- Material fecal espesado (fecalito)
- Hiperplasia linfóide
- Cuerpo extraño
- Parásito
- Tumor carcinóide
- Yersinia
- Salmonella
- Shigella
- Virus de la papera
- Adenovirus
- Actinomicos
- E. COLI (80%)

- Hiperplasia linfóide
- Fecalito
- Cuerpo extraño
- Parásito
- Tumor carcinóide

## FISIOPATOLOGÍA



Complicaciones: Perforación Peritonitis / Shock Séptico

## TIPOS DE APENDICITIS

- Náusea / cólico
- Inflamación: Macroscópicamente normal
- Purulenta
- Estado purulento
- Flemosa
- Ulceración mucosa
- Gangrenosa
- Necrosis y perforación

## CUADRO CLÍNICO INICIAL

- Evolución no mayor de 24 hrs
- Inapetencia

Dolor periumbilical y luego en fosa iliaca derecha.

- Náuseas y/o vómito
- Estado sub febril y luego hipertermia  $37.5^{\circ} - 38.5^{\circ}$
- El dolor suele ser continuo, de intensidad creciente, a veces irradiado hacia hipogastrio o zona lumbar derecha, y aumenta con el movimiento y dificulta la marcha, obligando al px a adoptar una actitud inclinada hacia delante y a la derecha.

## CUADRO CLÍNICO O ESTADIOS AVANZADOS

- Evolución mayor 36-48 hrs.
- Si el paciente no es diagnosticado y tratado a tiempo ¿quiere?
  - Estado comprometido del estado general
  - Dolor más generalizado
  - Palpación de una masa tumoral en flanco derecho o fosa iliaca derecha y/o hipogastrio

## SEMIOLOGÍA ABDOMINAL Y DIAGNÓSTICO

- Punto de Mc BUENY
- Signo de ROUSING
- Signo de PSGAS
- Signo de DUNPHY

## ESCALA DE ALVARADO

Parámetros	Manifestaciones	Valor	Dx
Síntomas	Náusea del dolor	1	Dx 0-4 puntos poco probable 5-6 puntos sugestivo 7-8 Probable 9-10 Muy probable (Todo de apendicitis)
	Anorexia	1	
	Náuseas / Vómito	1	
Signos	Dolor en fosa iliaca derecha	2	
	Rebote	1	
	Fiebre	1	
Laboratorios	Leucocitosis	1	
	Desviación a la izquierda	2	

## ESCALA DE RIPASA

Síntomas		
Dolor en fosa iliaca derecha	1	0.5
Nauseas / vómito	1	0.5
Dolor migratorio	1	
Anorexia	1	
Síntomas < 48h.	1	
Síntomas > 48h.	1	0.5
Signos		
Hipersensibilidad en fosa iliaca de r.	1	
Resistencia muscular voluntaria	2	
Blumberg	1	
Rovsing	2	
Síndrome teñil < 39°C	1	
Laboratorio		
Leucocitosis	1	
Examen general de orina negativo	1	

• Anticodón  
 < 5: Improbable  
 5-7: Baja probabilidad  
 7.5-11.5: Alta  
 Probabilidad  
 > 12: Dx de Apendicitis aguda

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Aneurisma mesentérica
- Gastroenteritis aguda
- Apendicitis epiloica
- EPI
- Ruptura de folículo de Graf

### LABORATORIOS

- ↑ de Glóbulos blancos
- Leucocitosis
- Orina normal
- ↑ Proteína C reactiva
- ↑ eritrosedimentación

### ESTUDIOS POR IMAGEN

- TAC
- Ecografía

### ULTRASONIDO

Estructura tubular, con fondo ciego en fosa iliaca derecha, no compresible calibre  $\geq 7$  mm

## TRATAMIENTO

- Elección de apendicetomía con previa profilaxis antimicrobiana (cefalosporina + Metronidazol) **IMPORTANTE**
- Apendicetomía laparoscópica

# Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada

## EPIDEMIOLOGIA

Los dos factores de los que determinan la progresión de la enfermedad son:

1. El grado de la obstrucción.
2. La duración de la obstrucción.

## FACTORES PROTECTORES

- o Acido ascórbico
- o Consumo de café
- o Proteínas vegetales
- o Grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas

## TRATAMIENTO

- o Reposo
- o Dieta
- o Fluidoterapia
- o Antibióticoterapia
- o Analgesia
- o AINE + Efecto colateral, puede alterar la historia natural de la enf. aparte de quitar dolor
- o Colecistectomía

Episodios previos de colecistitis aguda + litias enf. vesícula + colecistitis aguda al momento.

## CUADRO CLINICO

- o Asintomáticos
- o Dolor abdominal agudo constante en el hipocondrio derecho > 5 hrs de duración irradiado a la espalda
- o Náuseas
- o Vómito
- o Fiebre 37.5 y 39°C
- o Signo de Murphy +

\*Alimentación colecistelictiva

- o Cuadros agudos
- aguacate
- Huevo
- leche
- chocolate
- café
- Brandy (con gas)

## FACTORES DE RIESGO

- o Edad
- o Sexo femenino
- o Obesidad
- o Nutrición parenteral
- o Pérdida de peso
- o Descenso de HDL
- o Aumento de triglicérido
- o Embarazo
- o Anticonceptivos

## DIAGNOSTICO

- o Interrogatorio
- o EF BH
- o Ultrasonido pre y post prandial
- o Pruebas de funcionamiento hepático

## Dx Diferencial

- o Úlcera péptica perforada
- o Apendicitis aguda
- o Obstrucción intestinal
- o Colico renal
- o Hepatitis aguda
- o Herpes Zoster

## Complicación

- o Vesícula palpable
- o Escalofríos
- o Inestabilidad hemodinámica
- o Taquicardia
- o Taquipnea

Quinolonas  
cefalosporinas  
metamizol  
omeprazol  
ketorolaco  
betametasona  
metoprolol

TORIO  
Murphy  
Amilasa  
Lipasa  
Bilirrubina  
Haptoc

LOVE yourself

# Colelitiasis

## DEFINICION

Existencia de cálculos dentro de la vesícula biliar

## EPIDEMIOLOGIA

- o Alta prevalencia en > 60 años
- o Obesos
- o uso de anticonceptivos orales
- Mayor frecuencia:
  - Colecistitis crónica litiásica 75.2%
  - Colecistolitiasis (consecuencia de la primera)
  - Colecistitis aguda litiásica 1.8%

## FACTORES DE RIESGO

- o Poco frecuente en < 20 años
- o Pico máximo > 50
- o Alta prevalencia en mujeres
- o ceftriaxona
- o Bezafibrato
- o Diabetes mellitus
- o Indios
- o chilenos
- o Mexicanos

## TRATAMIENTO

- o Cálculos < 10 mm de ácido ursodeoxicólico 7mg/kg/día
- o más de 6 meses o mayor tiempo

## CUADRO CLINICO

- o Asintomático
- o Dolor (se irradia a la espalda en región escapular y hombro derecho, casi siempre después de la ingestión de alimentos ricos en grasas)
- o Intensa 2 a 3 hrs después de comer.
- o Vómito de forma intensa, dispepsia vesicular, eructos, distensión abdominal, ardores, flatulencia, intolerancia alimentaria)
- o Murphy +
- o Ictericia leve o intensa
- o Fiebre con o sin escorbeto

## PRUEBAS DE LABORATORIO

- o Perfil hepático
- o Tiempo de protrombina

## PRUEBAS DE IMAGEN

- o Ultrasonografía abdominal
- o TAC y RM
- o Rx simple de abdomen

LOVE yourself

20% de casos compuesto por sales de calcio, bilirrubinato, carbonato, palmitato y fosfato de calcio

## Pigmentarios

TORIO

# Colangitis

Infección local de conducto

Ante hábito coledocolitiasis → Ictericia de por

Triada  
↓  
Choque  
↓  
Hemiparesis  
↓  
Triada

Infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna postquirúrgica y con menor frecuencia por: Tumores de la vía biliar, pancreatitis crónica, pseudquistes pancreáticos, divertículo duodenal o infección por paracitid.

Ostrucción de la vía biliar

Tx → Fluoroquinolonas  
clotrimazol 3ra y 4ta generación

Vías de entrada de la infección con:

- vía porta
- vía linfática o sistémica
- A través de los arterias hepáticas

Complicaciones

- Sepsis
- Choque séptico
- Obstrucción intrabiliar

## Clinica

- Se caracteriza por la triada de Charcot → Pentada de Reynolds
  - Ictericia
  - Dolor en hipocostado derecho
  - Fiebre intermitente
- Presentan leucocitosis y hemocultivo generalmente positivo, siendo **E. coli** el microorganismo más frecuente
- Anterapio más frecuente: **Bacteroides fragilis**

## Diagnostico

Consenso de TOKIO en 2018  
Criterios ABC.

- Fiebre
  - Ictericia
  - Evidencia de resp. inflam.
  - Pruebas de función hepática alteradas
- PCR  
→  $ES > 12$   
engrosamiento de la pared  $> 4$

## Tratamiento

- Estabilización hemodinámica del px
  - Antibióticos
  - Drenaje de la vía biliar
- coledocostomía por CPRE

# PANCREATITIS

\* Escala de RANSON

- \* APACHE + Grado
- \* BISAP + Riego
- \* BALTHAZAR + Gravedad
- \* Clasificación - ATLANTA
- \* De acuerdo a la gravedad leve - Marshall
- moderada
- grave

Es la inflamación del páncreas. Esto se presenta cuando las enzimas dañan al páncreas, lo que causa inflamación.

- Pancreatitis metabólica

- Hallazgos radiológicos
- Dolor en Pleura
- Necrosis pancreática

**Aguda:** Aparece repentinamente y dura algunos días → con tratamiento

## Sintomatología:

Dolor abdominal, vómito, náuseas, taquicardia, distensión abdominal, fiebre, ascitis, hipotensión, ictericia, diarrea

Qx - [Tumor del páncreas]

**Etiología:** La causa más frecuente tanto en pancreatitis aguda como crónica son: cálculos biliares, consumo excesivo de alcohol, trastornos genéticos del páncreas, niveles elevados de triglicéridos, medicamentos.

## Diagnostico:

Historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio (análisis de sangre y heces), Pruebas de imagen (TAC, ecografía abdominal, ecografía endoscópica, RMN), prueba de estimulación pancreática.

## Tratamiento:

Hospitalización → Hidratación vía endovenosa, administración de analgésicos y antibióticos, dieta baja en grasa, cirugía (extracción de tejido pancreático muerto o infectado, extirpación de la vesícula biliar, extracción de los cálculos del páncreas), suplemento de vitaminas y minerales, Tx para diabetes.

**Recomendación:** evitar el consumo de alcohol, alimentos ricos en grasa, no fumar, beber más líquidos.

**Crónica:** Aparece a lo largo de muchos años puede empeorar con el tiempo y causar daños duraderos.

## Sintomatología

dolor abdominal intenso y constante, pérdida de peso, esteatorrea, diabetes, ictericia, vómito, ascitis, diarrea.

# ••• Oclusión Intestinal •••

## Causa

- Adherencias intestinales
- Hernias
- Cáncer de colon
- Enfermedad intestinal inflamatoria
- Diverticulitis
- Heces retentadas

## Factores de riesgo

- Cáncer de colon
- La enfermedad de Crohn
- Cirugía abdominal o pélvica que con frecuencia puede causar adherencias

Se trata de una obstrucción parcial o total en el intestino grueso o en el delgado que impide el paso de alimentos o líquidos.

Origen de oclusión intestinal puede deberse a la formación de adherencias o tejido cicatricial, productos de procedimientos quirúrgicos, hernias, cáncer, volvulo intestinal.

Interrupción de tránsito intestinal

- Mecánica u orgánica
- Funcional o dinámica
- Dolor abdominal tipo cólico
- Estreñimiento
- Vómitos

Complicaciones como: Neurosis, peritonitis.

## Diagnóstico

- Interrogatorio
- Tacto rectal
- Es signo de abdomen
- Enema con contraste hepatobiliar
- Endoscopia
- Test de lab: Hemograma, equilibrio ácido base, electroлитos
- Primer síntoma
  - Tumor primario intestinal
  - Hernia
  - Ileo paralítico

## Tratamiento

- Aspiración digestiva mediante SNG
- Hidratación
- Reposición electrolítica
- Antibioterapia profiláctica de amplio espectro,

# Perforación Intestinal

Es un orificio que se desarrolla a través de toda la pared del estómago, el intestino delgado, el intestino grueso o la vesícula biliar y es una urgencia médica.

Conduce a la filtración o escape de los contenidos intestinales hacia la cavidad abdominal, ocasionando una inflamación llamada peritonitis

En los ancianos es más frecuente y letal

Su mortalidad en la población es de 10%, en contraste con la población geriátrica que se incrementa en 30%

## Manifestaciones Clínicas

El cuadro clínico se caracteriza en su inicio por:

- Dolor abdominal agudo y severo.
- Como también por taquicardia y taquipnea.
- Posteriormente el paciente el paciente puede presentar hipotensión y fiebre.
- En ancianos: confusión, inquietud motora, distensión abdominal o una caída.

## Síntomas

Dolor abdominal intenso

- Escalofríos
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Asfíxia

## Causas

- Apéndice
- Diverticulitis
- Enf. ulcerativa
- Cálculos de la vesícula
- Infección de la vesícula biliar
- Enf. de Crohn
- Ex abdominal
- Diagnóstico
- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada

## Estudios

Complementarios  
Cortes de glóbulos blancos

Diagnóstico diferencial

- Pancreatitis aguda
- Rotura del páncreas
- Peritonitis
- Úlcera gástrica

Tratamiento  
Cirugía

- Colostomía
- Ileo tomía
- temporal
- Antibioterapia



# Ileo mecánico y metabólico

## Definición

→ Obstrucción a nivel intestinal por causas intrínsecas o extrínsecas  
 → Parálisis de las concentraciones intestinales por disminución en la peristalsis.

## Etiología

- Bridas
- Adherencias
- Volvulos
- Torción mesentérica
- ↑ de ácidos
- Alt. hidroelectrolíticas
- Qx previas
- Hipokalemia
- Antic. de estreñimiento

## Clínico

- Tránsito intestinal (obstrucción funcional)
- Dolor generalizado
- Distensión abdominal
- Dificultad de emisión de gases
- Dificultad para evacuar
- Hemesis

## Diagnostico

- Antecedentes
- Factores de riesgo
- Estudios complementarios

Para identificar la etiología

## Imagen

- Rx
- Niveles hidroaéreos
- Pila de monedas
- Dilatación de asas intestinales

## Laboratorio

- Qs
- Electroлитos sericos
- Bt
- Tiempos de coagulación, grupo y Rh

## Tratamiento

- Reposición de líquidos
  - Sonda nasogastrica
  - Vigilar uresis → Sonda Foley
  - Analgesia → Solo en patologías de vías biliares
- ↳ Después de la valoración

# HERNIAS COMPLICADAS

Es una protusión o salida al exterior de una porción de tejido (generalmente de intestino o grasa abdominal), a través de un orificio natural o de una zona de debilidad muscular en la parte inferior del abdomen o en el ingle.

## Hernia posicional

- Inguinal
- Umbilical
- Epigástrica
- Femoral
- Periumbilical

## Estudios

- Maniobra de Valsalva
- Golstandar → USG
- Placa → Datos de distensión

## Presentación →

- Asintomática
- Dolor
- Hernia complicada (Encarcerada)
- ↳ Que no puede regresar
- Dolor
- Náuseas
- Vómito (gástrico/fecaloides)
- Digitopresión
- Datos de resp. inflamatoria (cajes)
- No puede evacuar

## Estrangulada

Compromiso intestinal visceral  
 Vasos sanguíneos atrapados  
 Coloración en la piel marmoreo

## Tratamiento

- Quirúrgico: Encarcerada Estrangulada
  - Ayuno
  - Líquidos
  - Controlar el dolor
  - Sonda Foley
- ↳ Puede convertirse a una estrangulada.

# TROMBOSIS MESENTERICAS

Obstrucción de un vaso sanguíneo que irriga los intestinos

- |  |                        |                               |
|--|------------------------|-------------------------------|
| <b>FACTORES DE RIESGO</b>                              | <b>ESTUDIOS</b>        | <b>TRATAMIENTO</b>            |
| • Edad   | • AS                   | • Quirúrgico<br>↳ Laparotomía |
| • Fibrilación auricular                                | • BH                   | • Ayuno                       |
| • Fumador  | • Tipo de coagulación  | • Solución + J                |
| • Obesidad   | • Enzimas pancreáticas | • Analgésico                  |
| • Hipertensión   | • Tiempo y grupo       | • SNG                         |
| • Antecedentes de un hueso largo (Fémur)               |                        |                               |
| • Antecedentes de estar mucho tiempo postrado en cama. |                        |                               |

## BIOMARCADORES

- Dímero D
- Electrocardiograma.

## DATOS CLINICOS

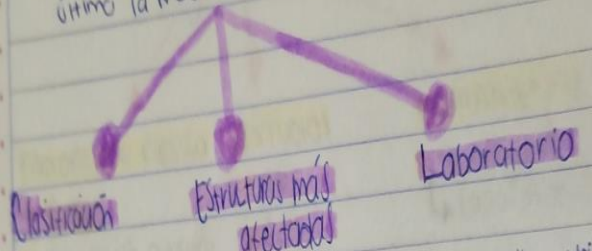
- Datos de irritación
- Dolor
- Datos de inflamación sistémica
- Sepsis / choque

## IMAGEN

- TAG → Angiotac
- Gasometría
- Lactato / Proceso de choque

# Trauma de abdomen

Lesión física en la región del abdomen que puede afectar órganos y vísceras de esa región así como comprometer estructuras adyacentes. Tal lesión puede ser penetrante o cerrada, siendo esto último la más frecuente.



- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Clasificación</b>   | <b>Estructuras más afectadas</b>   | <b>Laboratorio</b>   |
| <b>Aberto:</b> Es cuando existe solución de continuidad en la pared abdominal, producida por elementos cortantes o trunzante | • Penetra la cavidad peritoneal, pulmón                                  | Orina → Hematuria<br>PIE → descartar embarazo  |
| <b>Cerrado:</b> Se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal.                               | • <b>Simple:</b> sin lesión de víscera hueca o mazo                      | Amilasa → elevada<br>↳ sospecha de perforación/intacto intestinal  |
| <b>Responsable de mortalidad importantes</b>   | • <b>Complicadas:</b> con lesión en la víscera                           | Grupo sanguíneo y RH   |
| <b>Principales:</b> los signos de este incluyen: dolor abdominal, mareos de la pared el torso del abdomen                    | <b>Organos más afectados</b>   | <b>Gabinete:</b>   |
| <b>No penetrante:</b> el agente que lo produce es de superficie sólida plana, tipo cuerpo de fricción, puño, etc.            | - Bazo<br>- Riñón<br>- Hígado  | ureterografía<br>Radiografía<br>↳ Abdominal de pie y de cubito lateral<br>↳ Aire extra luminal<br>↳ laparotomía inmediata. |
|  | <b>Puede afectar de manera:</b>  |  |
|  | • Simple: si lesión intrabdominal  |  |
|  | • Complicadas: con lesiones intrabdominales de víscera hueca y/o masita. |  |