



# **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

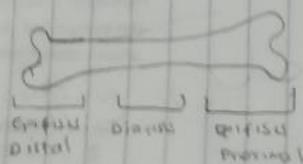
- Eumor
- Color
- Dolor
- Edema
- Pérdida de la función
- Crepitaciones

## 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

Ruptura parcial de ligamentos. Dolor y hematoma

Ruptura total del ligamento. Dolor intenso y hematoma considerable

Recuperación de 3 a 6 sem.

Recuperación aprox. 8 sem.

Recuperación de 2 a 3 días

## 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 adecuado
- Inmovilización dependiendo del grado
- Medicamentosos → 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 torax, 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**
  - Apéndice
  - Traumatismo
- Abdominal**
  - Colicistitis aguda
  - Apendicitis aguda
  - Diverticulitis
  - Perforación de víscera hueca
  - Rotura de víscera maciza
  - Obstrucción intestinal mecánica
- Retroperitoneales**
  - Deseción aórtica
  - Hemorragia retroperitoneal
- Torácicas**
  - Neumotórax
  - Rotura esofágica
- Vasculares**
  - Isquemia mesentérica
  - Rotura vascular
  - Hernia estrangulada
- Genitourinarias**
  - Embarazo ectópico
  - Torsión de quiste ovarico
  - Perforación uterina
  - Rotura vesical

## APENDICITIS

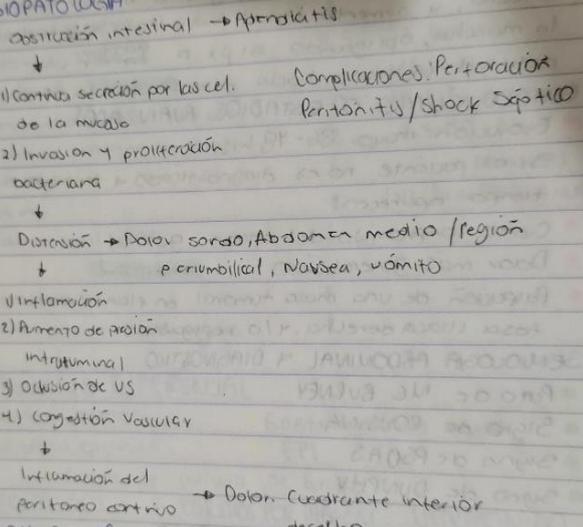
Se presenta cuando el apéndice resulta obstruido o inflamado.

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



## 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 invariable 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	Negación del dolor	1	0-4 Puntos poco probable 5-6 Puntos Sugerido 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	1	

## 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 Ácido 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 CLÍNICO

- 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 +

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

\* Alimentación colecistelictiva

- o Cuadros agudos
- aguacate
- huevo
- leche
- chocolate
- café
- bebidas 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

## DIAGNÓSTICO

- o Interrogatorio
- o EF BH
- o Ultrasonido pre y postprandial
- 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 Quimiones (cava, saponina)
- o metemiso
- o omeprazol
- o ketorolaco
- o Estileno
- o Metoprolol

LOVE yourself



Amilasa Lipasa

bilirrubina

# Colelitiasis

## DEFINICIÓN

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 (conservación de la primera)
- Colecistitis aguda litiásica 1.8%

## COMPOSICIÓN DE CÁLCULOS

- o 80% constituido por colesterol
- Más frecuente

- o 20% de casos compuesto por sales de calcio, bilirrubinato, carbonato, palmitato

## 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

## Pigmentarios

## CUADRO CLÍNICO

- 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



# 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  
azitromicina 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

## Clínica

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

## Diagnóstico

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
- Modo grave

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

- Pancreatitis metabólica

Hallazgos radiológicos  
Derrame pleural  
Necrosis pancreática

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

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

**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.

**Diagnóstico:** 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 hepatizable
- 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

- Apendicitis
- 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 ingie.

## 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 marmórea

## 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

- | FACTORES DE RIESGO   | ESTUDIOS  | TRATAMIENTO   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Edad</li> <li>Fibrilación auricular</li> <li>Fumador</li> <li>Obesidad</li> <li>Hipertensión</li> <li>Antecedentes de un hueso largo (Fémur)</li> <li>Antecedentes de estar mucho tiempo postrado en cama.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>AS</li> <li>BH</li> <li>Tiempo de coagulación</li> <li>Enzimas pancreáticas</li> <li>Tiempo y grupo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Quirúrgico</li> <li>Laparotomía</li> <li>Ayuno</li> <li>Soluciones</li> <li>Analgesico</li> <li>SNG</li> </ul> |

## BIOMARCADORES

- Dímero D
- Electrocardiograma.

## DATOS CLINICOS

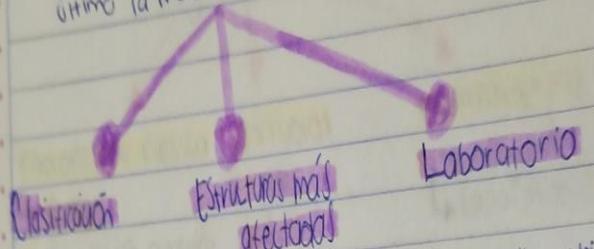
- Datos de irritación
- Dolor
- Datos de inflamación sistémica
- Sepsis / choque

## IMAGEN

- TAC → 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.



- | Clasificación  | Estructuras más afectadas  | Laboratorio  |
|--|--|--|
| <p><b>Aberto:</b> Es cuando existe solución de continuidad en la pared abdominal, producida por elementos cortantes o trunzante.</p> <p><b>Cerrado:</b> Se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal.</p> <p><b>Responsable de morbilidad importantes</b></p> <p><b>Penetrante:</b> los signos de este incluyen: dolor abdominal, y mareos de la pared el torso del abdomen</p> <p><b>No penetrante:</b> el agente que lo produce es de superficie sin la plena, tipología de tímpano, puño, etc.</p> | <p>penetra la cavidad peritoneal, pulmón</p> <p><b>Ser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Simple: sin lesión de víscera hueca o muelo</li> <li>o Complicadas: con lesión en la víscera</li> </ul> <p><b>Organos más afectados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bazo</li> <li>- Riñón</li> <li>- Hígado</li> </ul> <p>Puede afectar de manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Simple: si lesión intrabdominal</li> <li>o Complicadas: con lesiones intrabdominales</li> </ul> <p>lesiones intrabdominales de víscera hueca y/o masita.</p> | <p>Orina → Hematuria<br/>PIE → descartar embarazo</p> <p>Amilasa → elevados<br/>↳ sospecha de perforación/intacto intestinal</p> <p>Grupo sanguíneo y RH</p> <p><b>Gabinete:</b></p> <p>ureterografía<br/>Radiografía<br/>↳ Abdominal de pie y de cubito lateral<br/>↳ Aire extra luminal<br/>↳ laparotomía inmediata.</p> |