

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

URGENCIAS

Tema:

“Urgencias”

Docente:

Dr. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

Alumno: Oswaldo Morales Julián

8- “B”

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 02/06/2023.

Fracturas

Oswaldo Morales Julian
8-B

Es una interrupción de la continuidad ósea o cartilaginosa. consecuencia de un traumatismo

Clasificación

Cerradas

No existe comunicación entre el hueso y el exterior del cuerpo

Puede clasificarse según la intensidad de la lesión de los partes blandas mediante la clasificación **Tscherny y Oestern**

Abiertas

El hueso atraviesa la piel o existe una herida profunda que deja ver el hueso o través de la piel

clasificación de **Gustilo-Anderson**

Tipos de Fracturas

Fractura Transversal

El trazo se produce en línea recta o través del hueso

Fractura oblicua

- Rotura del hueso en forma inclinada, causada por traumatismos directos
- Sin desplazamiento
- Con desplazamiento

Fractura Segmentaria

- Un segmento óseo se queda completamente aislado de los extremos
- Causado por trauma de alta energía

Fractura en Espiral

consecuencia de lesiones por torsión y el trazo va en espiral alrededor del hueso

Fractura en tula verde

Fractura incompleta del hueso

Fractura inestable

Deformación plástica del hueso

Fractura Cominuta

Fractura con múltiples fragmentos.

Manifestaciones

Diagnostico

Tratamiento

Con el uso de:
Fiebras vendajes envasados,
Tracción cutánea, etc.

Tratamiento
conservador

- Abstinencia terapéutica / reposo
- Sindactilización
- Fiebras
- Tracción cutánea
- Tracción esquelética

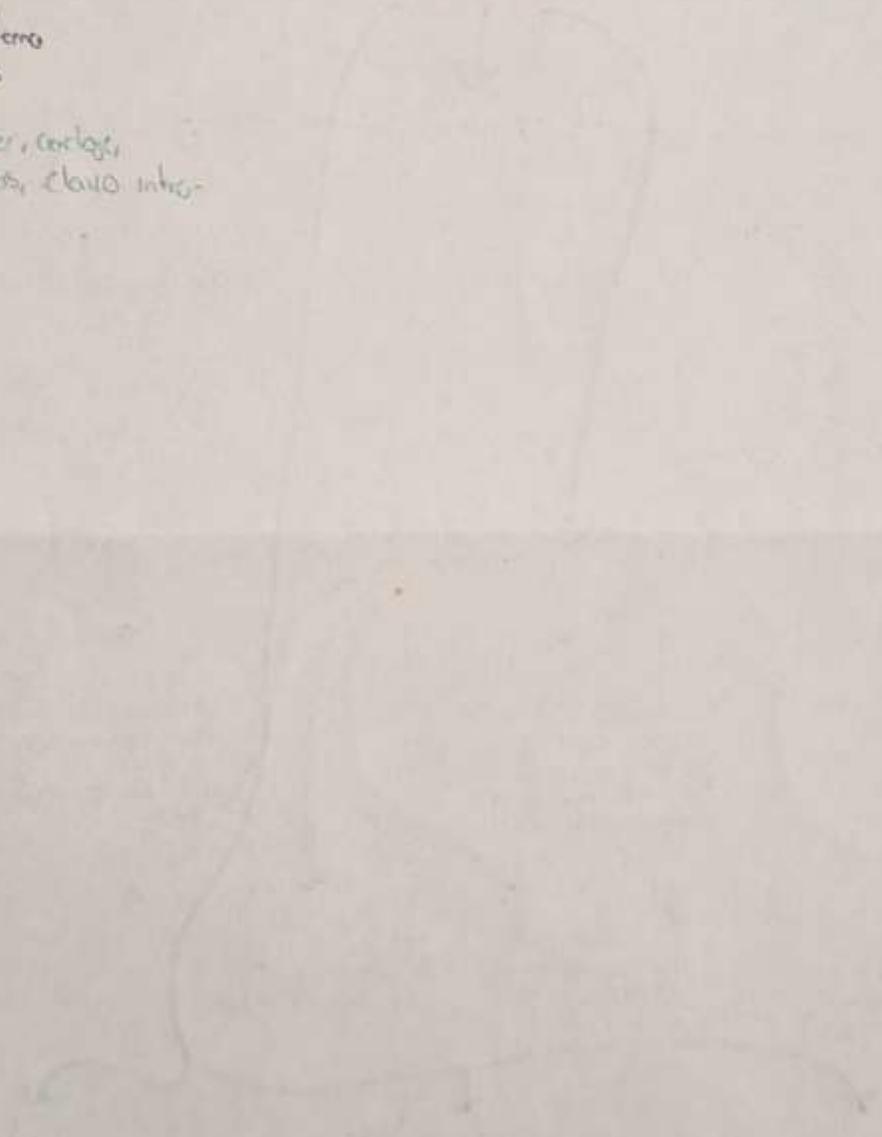
Tratamiento
quirúrgico

Fijación
Externa

Se componen de tornillos largos que
se anclan al hueso en varios
puntos fuera del foco de la fractura

Fijación Interna
osteosintesis

Alfileros de Kirschner, cerclajes,
Tornillos y placas, clavo intramedular



Sangrado de tubo digestivo alto-bajo

Es la pérdida de sangre en el tubo digestivo. Esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido.

Escala utilizada para clasificar las características de las úlceras según su actividad de sangrado.
Escala de Forrest

Según su origen se puede clasificar:

- STDA: Se origina en el esófago, estómago y duodeno
- STDB: las que se originan en el resto del intestino delgado y en el colon.

STDA: Etiología: Úlceras gástricas, duodenales, úlceras esofágicas y gástricas, Síndrome de Mallory-Weiss, esofagitis por reflujo, Hipertensión portal

STDB: Etiología: Divertículos colónicos, lesiones perianales como Hemorroides, fístulas o fisuras, angiodisplasia de colon, tumores, Isquemia intestinal, infecciones.

Manifestaciones clínicas

STDA:

- Melena: heces negras alquitranadas
- Hematemesis

STDB: Hematoquecia: la eliminación de sangre visceral por el recto.

- Hematoquecia

Signos de alarma:

- Sincope
- Hipotensión
- Palidez
- Sudoración
- Taquicardia

Tratamiento de vómitos Esofágicos

- Ligaduras
- Terlipresina
- Metoprolol
- Laxantes
- Antibióticos
- Protonix

Hemorragia digestiva alta no variceosa

- Fibroscopico: IBP: Omeprazol; bolo de 80mg seguidas de perfusión de 8mg/h en CINA al 0.9%
- Esofagoscopio: Úlceras con riesgo de Forrest IIc-III: IBP durante 72hrs
y bolos de IBP de 40mg/12hrs
Úlcera con riesgo de Forrest IIc-III: dieta oral con IBP: Omeprazol 20mg/24hrs

Patología de la vía biliar

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada por principalmente por cálculos (litos) y con menos frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estos está presente y la colelitiasis es la presencia de de litos (cálculos) en la vesícula biliar.

Factores de riesgo

- **Edad:** Más frecuente a partir de los 40 años, cerca del 20% de los adultos
- **Sexo:** Femenino
- Embarazo
- Anticonceptivos orales y terapia hormonal
- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Cirrosis hepática

Diagnóstico

- Colecistitis y colelitiasis no complicadas:

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en CSD
- Náuseas, vómitos

Colelitiasis Aguda

Inflamación de la vesícula biliar generalmente debido a una obstrucción del conducto sistero por un cálculo

Complicaciones más frecuentes

- >95% de colecistitis aguda
- Enzimas inflamatorias

Epidemiología

Se presenta en el 5-20% de los pacientes con colelitiasis. La colelitiasis aguda se presenta con mayor frecuencia en mayores de 40 años, siendo más frecuente en mujeres en una relación de 2:1 en comparación con hombres.

Colelitiasis Aguda complicada:

- Vesícula palpable
- Fiebre mayor a 39°C
- Calafríos
- Inestabilidad hemodinámica

"Signos y síntomas"

- Dolor tipo cólico biliar
- Vómitos frecuentes
- Signos de infección

Escala de Tokio:

• Signos de inflamación local

Signo de Murphy

Masa, dolor o defensa

• Signos de inflamación sistémica

- Fiebre

- PCR

- Proteína

- Recuento de GB elevado

+ Hallazgos imagenológicos característicos de colecistitis aguda.

Tratamiento:

Hospitalización, líquidos por vía intravenosa y analgésicos

Colecistomía

- Para la disolución de cálculos

• Ácido ursodesoxicólico

• Ácido quencloxicólico

> Durante 2 años

Pancreatitis

Definición:

La pancreatitis aguda (PA) se define como una inflamación aguda del páncreas por la acción de enzimas pancreáticas activadas en respuesta a muy diversos desencadenantes.

Clasificación:

- A. Leves: Ausencia de complicaciones, existiendo edema de la glándula
- B. Graves: Presenta complicaciones locales o sistémicas.

Manifestaciones Clínicas:

El dolor abdominal es el síntoma principal en la PA, y la mayoría de los pacientes lo describen como de inicio súbito, localizado en el epigastrio e irradiado a ambos hipocóndrios "en cinturón", constante e intenso. El cuadro suele acompañarse con náusea y vómitos.

El tinte equimótico en los flancos (Signo de Grey-Turner) o en la región periumbilical (Signo de Cullen) es poco frecuente y se produce por aparición de efusión hemorrágica desde áreas de necrosis; Indica mal pronóstico.

Diagnóstico

Diagnóstico con la presencia de al menos 2 de los siguientes signos:

- ▷ Dolor abdominal compatible con PA
- ▷ Amilasa y/o lipasa sérica aumentadas al menos 3 veces por encima del límite superior de la normalidad
- ▷ Hallazgos de radiológicos característicos.

Pruebas de laboratorio

En el diagnóstico de la PA, la Amilasa sérica comienza a elevarse en los primeros horas

Etiología

- A. Golelitiasis y el alcohol: Son los más frecuentes
- B. Otras: Procesos infecciosos (virus, parositos), formicos, traumatismo, hiperlipidemias, isquemias, devoluti tipo I, II, y III
- C. Calculos biliares

Escala de riesgo:

Escala de Pomson:

A las 24 horas

Edad	55
Leucocitos	$16000/mm^3$
Glucemia	$>200mg$
LDH	$>3500U/L$
AST	$>250U/L$

La presencia de 1-3 criterios representa pancreatitis leve, la mortalidad aumenta de forma significativa con 4 o más criterios ($\approx 40\%$ con ≥ 6 criterios)

Tratamiento:

- Hidratación agresiva y precoz, administrar sol. cristaloides a razón de 5-10 ml/kg/h a todos los pacientes con PA salvo contraindicaciones

Analgésico Control de dolor con analgésicos de primer escalón como el metemazol, además administrar analgésico más potentes si se precisa, como los opioides

Valoración por cirugía

Es la ~~oclusión~~ ~~completa~~ ~~de cualquier tramo~~ del intestino que ocurre cuando el flujo del contenido intestinal se interrumpe o se ve afectado por una causa mecánica

- Neoplasias - Volvulo
- Adhesiones - Otros
- Hernias
- Enfermedad de Crohn

Causas

Definición

Diagnostico

- Anafílica - Hemoconcentración
- Leucocitos - Anemia - Síncopa

- Rx de abdomen
- TAC o Rmn

Obstrucción Intestinal

Clasificación

Obstrucción alta del intestino delgado, Obstrucción baja del intestino delgado, Obstrucción del intestino grueso

Manejo clínico:

- Estimar el grado de deshidratación y el dolor abdominal
- Determinar el sitio en el que se sospeche la obstrucción y el grado
- Evaluación si es posible hacer manejo bx

Tratamiento

Manejo conservador:

- Establecer vías venosas
- Sonda nasogástrica para decomprimir el tubo digestivo

Cuadro Clínico

Altos

Dolor abdominal, vómitos profusos, distensión epigástrica, RHA ↓ en adhecciones, hiperolemia, hipocloroemia

Bajas

Dolor abdominal tipo colico, vómito tardío, distensión generalizada ↓ en adhecciones, ↑ de tocos, acidosis, hiperleucemia

Manejo Quirúrgico

Signos principales que indican la exploración quirúrgica

- Obstrucción completa con fiebre y leucocitosis
- Taquicardia
- Acidosis metabólica
- Dolor continuo
- Peritonitis

Laparotomía Exploratoria

Perforación Intestinal

Definición: [Es una complicación tardía de obstrucción intestinal, que a menudo resulta en sepsis y peritonitis con una tasa de mortalidad que alcanza el 30-50%]

Causas: [General: Traumatismo, cuerpo extraño
Esofago: Vómitos violentos, causas iatrogénicas, ingestión de material corrosivo
Estómago o duodeno: Enfermedad ulcerosa péptica
Intestino: Isquemia crónica, Crohn, diverticulitis, cuerpos extraños, adherencias, hemias
Colon: Obstrucción intestinal, diverticulitis, carcinoma, isquemia]

Esofagia

Manifestaciones clínicas [• Dolor lancinante o substernal bajo irradiado dolor al cuello, dorso y hombro izquierdo
Taquipnea, disnea, dolor pleurítico
• Disfagia y odinofagia en los primeros 48hrs]

Diagnóstico [Rx de tórax: Enfisema mediastínico y derrame pleural izquierdo con o sin neumotórax
Contrastado: Endoscopia]

Tratamiento [Reposición del equilibrio hidroelectrolítico si fuera necesario
Ingreso urgente y exploración quirúrgica]

Gastroenterología

Manifestaciones clínicas [Dolor epigástrico de intensidad variable día y noche, dolor súbito intenso y grave, paulatinamente se extiende a todo el abdomen, signo de irritación peritoneal]

Diagnóstico [Rx de tórax: Neumoperitoneo
TAC, administrar gastrografía o neumogastrografía en caso de no encontrar nada]

Apendicitis

Definición:

Es la inflamación aguda del apéndice vermiforme, que suele provocar dolor abdominal, anorexia y dolor a la palpación. Más del 5% de la población presentará apendicitis en algún momento.

Signos y Síntomas:

Clásicos: Dolor epigástrico o periumbilical, seguido por náuseas, vómitos, y anorexia breve. Después de horas el dolor se desplaza hacia el cuadrante inferior derecho.

Diagnóstico:

- Evaluación clínica
- TC abdominal
- Ecografía

Estudios de Gabinete

- Leucocitosis con neutrofilia
- Aumento de la proteína C
- TAC
- Ecografía

Signos:

- Signo de obturador
- Signo de Psoas
- Signo de McBurney
- S. de Rousing

Tipos:

- Mucosa / catarral
- Flemosa
- Purulenta
- Gangrenosa

Tratamiento:

Apendicectomía laparoscópica

Etiología

Se considera que la apendicitis se debe a la obstrucción de la luz apendicular, en general por hiperplasia linfóide pero, en ocasiones por fecalitos, cuerpos extraños o incluso, helmintos.

Signos clásicos

- Dolor a la palpación y a la descompresión en el cuadrante inferior derecho (Punto de McBurney)
- Hipertermia leve de 37.7 a 38.3°C

Alumno:
Oswaldo Morales Julian
8-B

Se define como la lesión originada a nivel intestinal y visceral a consecuencia de una hipoperfusión súbita a nivel local o sistémico del eje arterial o venoso

Trombosis Mesentérica

Definición

Factores de riesgo

Edad avanzada, aterosclerosis, estados de bajo gasto, fibrilación auricular, enfermedad valvular cardíaca, cirugías abd. recientes

Manifestaciones

Dolor abdominal, de predominio periumbilical, súbito en los embolios y en los trombosos arteriales; puede acompañarse de náuseas, vómitos, diarrea, rectorragia

Estudios de laboratorio

Hemograma (SH) leucocitosis, hematócrito elevado, coagulación gasométrica (acidosis metabólica)
Bioquímica: lactato deshidrogenasa (LDH) y creatinina elevada

Estudios de gabinete

radiografía de abdomen
Dilatación de asas, edema de pared.
Tomografía axial computarizada (TAC) muestra de elección, para el diagnóstico
Angiografía: Mayor sensibilidad y especificidad que la TAC

Tratamiento Médico

Corticoides

- Control de líquidos, de tensión arterial, frecuencia cardíaca, Temp.
- Administrar antibióticos: Metformina
- Analgésicos
- Colocar sonda vesical
- Tratamiento endovascular: se usa en pacientes con cuadros de corta evolución
- Laparotomías

Clasificación

IMA (25% de los casos)

Isquemia mesentérica crónica

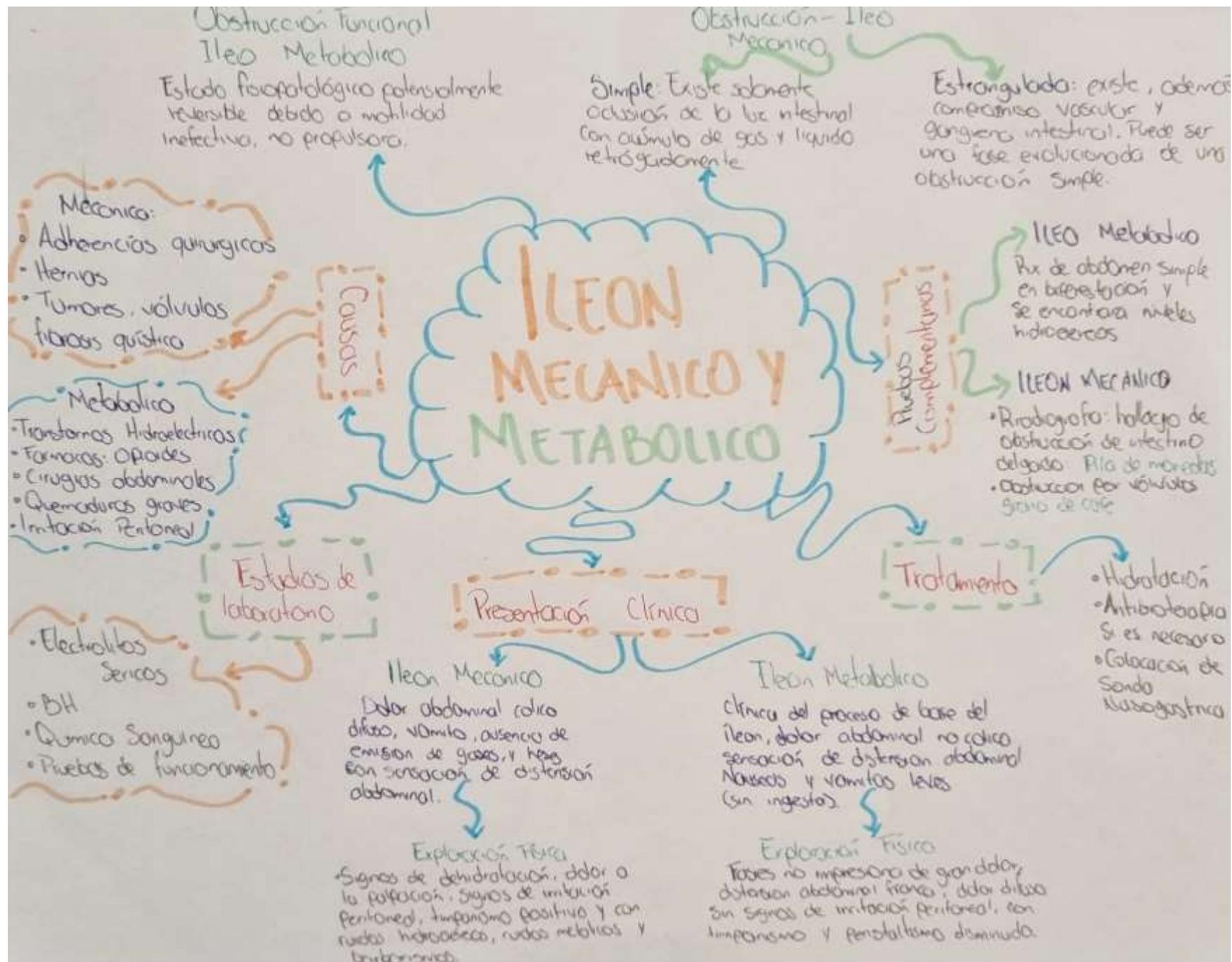
Colitis isquémica (CI) (forma más frecuente 70%)

Tipos

Isquemia mesentérica aguda por embolo arterial. Representa el 50% de los casos siendo la más frecuente en la Arteria mesentérica superior (AMS)

Isquemia Mesentérica aguda por trombosos arterial. Frecuente en AMS representando el 15-25% en pacientes con enfermedad aterosclerótica avanzada

IMA por isquemia no oclusiva. Incluye al 20-30% y se suele dar en pacientes de edad avanzada y arteriopatías



Historia clínica:
Dolor, antecedentes herniarios y sintomatología.

- Exploración abdominal
- Ultrasonido
- BH
- OS

- Cirugía de hernia, la intervención consiste en realizar una reparación de la hernia a través de puntos de sutura.
- Laparoscopia

Las hernias abdominales son una patología frecuente y complicada que pueden derivarse de ellas pueden poner en peligro la vida. Se define como la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos de la pared abdominal.

Diagnóstico

Definición

Hernias Complicadas

Tratamiento

Por lo clínico

Clasificación

H. reductibles. Se reintroducen con facilidad en la cavidad. Son blandas, depresibles.

H. incarceradas: Son todas las hernias que no pueden ser reducidas.

H. Estranguladas: Son tumores duros irreductibles y muy dolorosos. Se acompañan de riesgo de necrosis.

H. Inguinales (H.I)

El saco herniario discurre por el conducto inguinal, por encima del ligamento inguinal:

H.I. Indirectas o laterales: las más frecuentes. Van por dentro del cordón inguinal, por afuera de los vasos epigástricos.

H.I. directa o mediales: cuando el contenido protruye medial a los vasos epigástricos.

H. Umbilicales

Por distensión del anillo umbilical. Son frecuentes en aumentos del perímetro abdominal (obesos, ascitis, embarazadas).

H. Epigástricas

Es la línea media a través de la línea alba, desde la ombligo xifoides al ombligo.

H. Crurales

Son las más frecuentes en mujeres. Por debajo del ligamento inguinal por el anillo crural o femoral.

H. de Spiegel

a través de la línea entre el borde externo del recto anterior del abdomen.

H. Incisionales

Son las que se producen por dehiscencia de suturas.

Abierto
Es cuando existe solución de continuidad en la pared abdominal, producido por elementos cortantes.

Cerrado
Se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared del abdomen.

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.

Clasificación

Trauma de Abdomen

Estructuras más afectadas

Penetra la cavidad Peritoneal:

- Simples: sin lesión de vísceras hueco
- Complicadas: con lesión en víscera

Organos más afectados:

- Bazo
- Riñón
- Hígado

Afecciones de mano:

- Simple: sin lesiones intrabdominales
- Complicadas: con lesión intrabdominal de víscera hueca.

Estudios de Laboratorio

- Biometría Hemática
- OS
- Grupo sanguíneo y RH
- EGA → Hematúria
- Amilasa

Estudios de Gabinete

- Ureterografía
- Radiografía: Abdominal de PIE y de cubito lateral Aire extraluminal o aire libre subdiafragmático
- Placa de columna, cervicales lateral AP, de torax y pelvis

Definición

Lesión física en la región del abdomen que puede afectar órganos y vasos de esta región, así como comprometer estructuras adyacentes. Estas lesiones pueden ser penetrantes o cerrados, siendo el último más frecuente.