



Francisco Javier Pérez López

DR. Suarez Martínez Romeo

“Diagramas”

Materia: Urgencias medicas

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 8° semestre

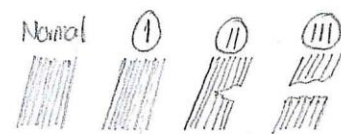
Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de noviembre del 2023

"TRAUMA: FRACTURAS, ESGUINSES, LUXACIONES"

Esguinces

Hiper extensión del ligamento

Tobillo
Cervical



CLINICA.

- Limitación del Movimiento
- Equimosis
- Edema
- Dolor

MANEJO

Procesos agudos - Frío.

Procesos crónicos - Caliente.

• Frío

• Antiinflamatorio y Analgesia

⇒ Reposo 2-4 sem.

• Inmovilidad.

• Vendaje

Luxación

Separación de 2 extremos de los huesos en el lugar donde se encuentran

CLINICA

- Perdida funcional
- Dolor
- Deformidad

en una articulación.

+ Frecuente

→ Glenohumeral

→ Luxación del hombro anterior

→ Luxación de cadera.

→ Dx: Rx

→ Reducción de la luxación.

Fractura

Perdida de la continuidad del hueso.

CLINICA

- Dolor
- Limitación de movimiento
- Crepitaciones
- Deformidad
- Edema

→ Dx: Rx

MANEJO:

Conservador x 4 sem

↳ Fisuras

↳ Transversas no desplazadas

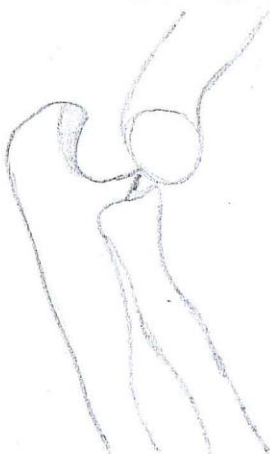
↳ Dx: Fx en + de 2 partes

↳ Desplazadas

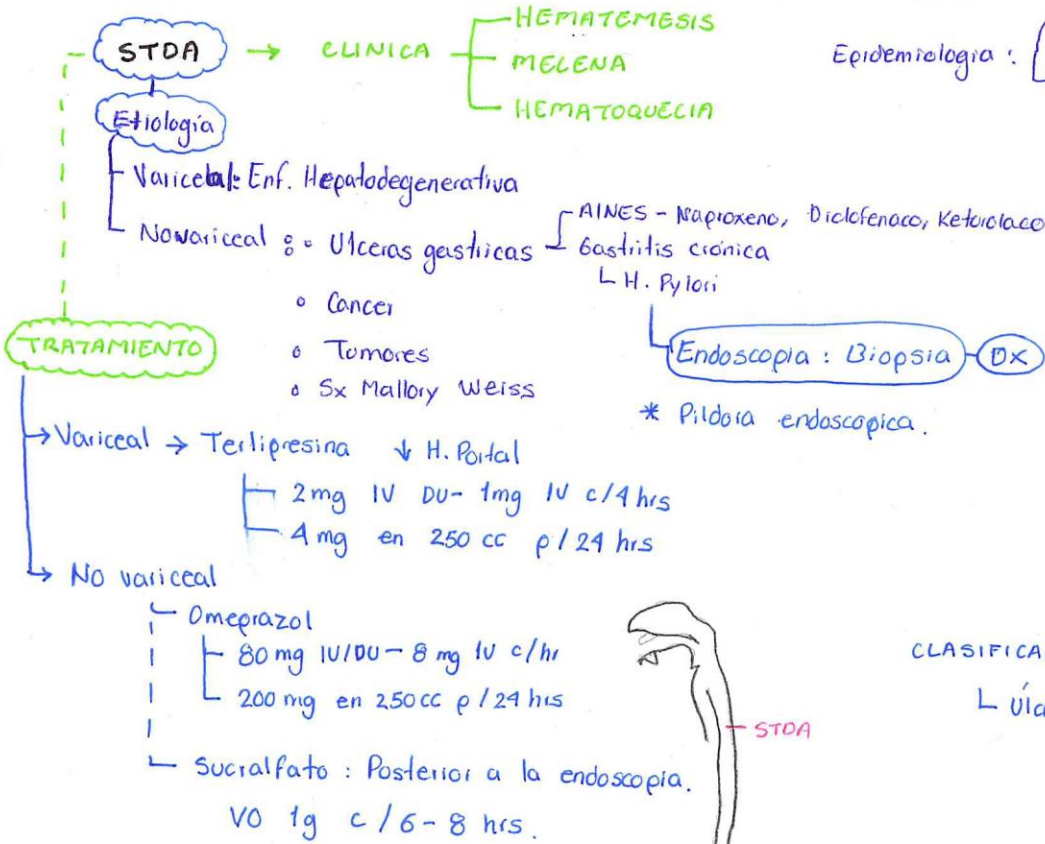
↳ Expuestas

↳ ✓ Inmovilizar articulaciones + proximas.

CLASIFICACIÓN DE GUSTILLO Y ANDERSON



"SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO Y BAJO"



Epidemiología:

- Chiapas: Varices
- México: Ulceras

LABORATORIOS

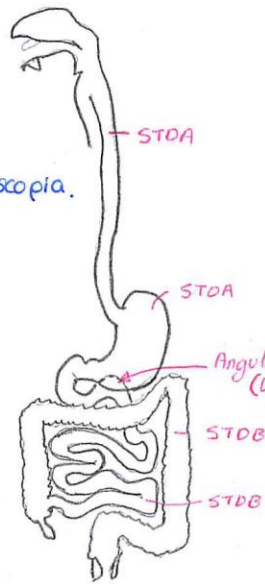
- BHC
- QSC
- Tiempo
- Geo Rh
- PFh
- USG
- L Hígado y Vras. biliares.

* Signos Vitales

DATOS DE CHOQUE

CLASIFICACIÓN DE FORRESTER

Úlceras gástricas.



PUNTO ANATOMICO

Valoración por M.I.

STDB → CLINICA

- RECTORRAGIA
- HEMATOQUECIA

ETIOLOGIA

- Hemorroides
- Divertículos
- Infecciones (Salmonela y Parasitarias)
- Cron / CUCI
- Cáncer

Dx

Colonoscopia.

+

BHC

QSC

Tiempo

Geo Rh

PFh

USG

L Hígado y B. biliares

CHOQUE

I] Líquidos

III] Transfuciones

TRATAMIENTO

Tratar la causa que lo está ocasionando

Cirugía

Ayuno

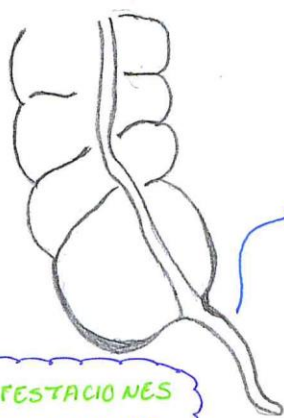
Reposición

⇒ MOT. INTESTINAL → Metoclopramida IV 10mg/8 hrs

(STDA y STDB).

APENDICITIS AGUDA

Es una inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda, crónica o reactiva.



Loc retrocecal + Frecuente (65%).

↳ Epidemiología: ° Patología Qx + Frec.

° El 10% de las probables apendicitis son IVUs.

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Dolor abdominal difuso
- Migración del dolor a FID.
- Hiperalgesia cutánea
- Signo de irritación peritoneal
- Migración del dolor.

↳ Exploración:

- Signo de McBurney
- Signo de Blumberg (Rebote)
- Signo de Psoas
- Signo de Rousing (Espejo)

ETIOLOGIA

60% - Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos. En general causa + Frec.

30% Fecalito o apendicolito. En adulto causa principal.

4% Cuerpo extraño

1% Tumores apendiculares (Carcinoid)

⇒ Fases:

▪ Fase 1 o Congestiva: Dolor visceral
Obstrucción de luz de apéndice

▪ Fase 2 o Supurativa: Dolor somático
Obstrucción linfática y venosa.

▪ Fase 3 o gangrenosa: Fiebre
↓ Flujo arterial con Isquemia

▪ Fase 4 o perforación: Signo de rebote.
Perforación.

DIAGNOSTICO

Prueba de embarazo.

USG (Pediátricos) embarazo.

TAC (Adultos Mayores).

• Escala de Alvarado

0-4 • Negativo

5-6 • Posible apendicitis (BH).

7-8 • Probable apendicitis

9-10 • Apendicitis

TRATAMIENTO

• Antibiótico: Cefalosporina 1o 2o generación + Metronidazol

↳ Cefazolina (1-2gr IV) + metronidazol (500mg IV) DU Profilaxis.

• Analgésico: Paracetamol

✓ Elección: Apendicectomía laparoscópica

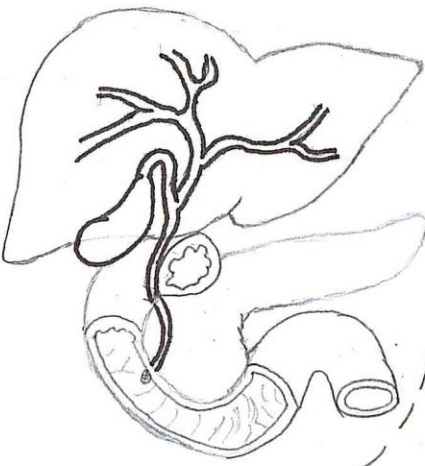
↳ < 5 años y Adulto Mayor - Apendicectomía abierta.

COMPLICACIONES

↳ Infección de la herida quirúrgica

↳ Perforación > Frec en infancia y ancianos.

PATOLOGÍAS DE LA VÍA BILIAR



⇒ Colecistitis crónica litiasica agudizada.
 ↳ Episodios previos de colecistitis aguda + litas en vesicula + colecistitis aguda al momento. (Colecistoquimeticos)
 ↳ Dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocandrio

Signo de Murphy derecho.

↓
 Criterios Tokyo

↳ (Dx): USG = Datos de agudización

↳ Edema de las paredes
 ↳ ↑ Volumen

HIDROCOLECISTO: CCL + Agua → USG → Datos de agudización + contenido líquido.
 Picolecisto: CCL + PUS → USG → = HIDRO + Datos de Respuesta Sistemica (Leucocitosis, Fiebre).

⇒ COLEDOCOLITIASIS: Presencia de cálculos en los conductos biliares, procedentes de la vesícula biliar o de los mismos conductos (Bilirrubinato cálcico).

↳ Cálculos Secundarios: Formados en vesícula.
 ↳ Cálculos primarios: Formados en coledoco.

↳ USG: Vias biliares: coledoco >6mm + Litos
 ↳ Detección: colangio-resonancia

↳ MC - Dolor similar a cólico biliar
 ↳ Coluria y acolia
 ↳ Ictericia en mucosas BT > 2.5 mg/d.L.

⇒ Diagnóstico: Gold Standard: CPRE Dx y Tx

↳ B indirecta (Obstruccion)	↳ Presencia de imagen +
↳ Fosfatasa alcalina ↑	↳ Colecoco dilatado > 6m
↳ Tp ligeramente prolongado	↳ Pancreatitis biliar
↳ PFH	↳ Ictericia.

↳ (Tx) CPRE o colecistectomia x laparoscopia.

⇒ COLANGITIS: Infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna postq, tumores.

↓
 CLINICA

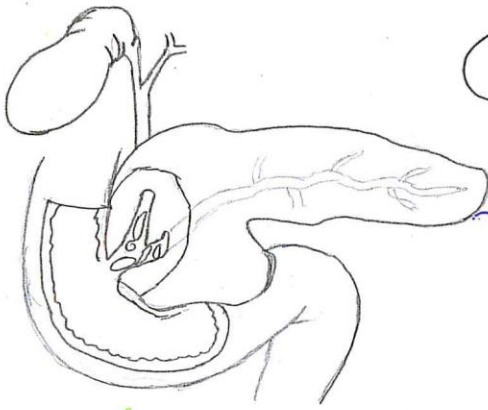
Triada Charcot
 ↳ Fiebre
 ↳ Dolor abdominal
 ↳ Ictericia
 +
 ↳ Alteración conciencia
 ↳ Datos de choque

Pentada Reynolds
 70% Mortalidad.

↳ (Dx) USG Hígado vias biliares
 ↳ Colangio-resonancia
 ↳ CPRE - Dx y Tx

↳ (Tx)
 + Cefalosporina de 3º-4º gen (Ceftriaxona o cefepime)
 + Metronidazol

↳ Dx - Descompresión temprana + Antibiótico.
 1. Esfinterectomia por CPRE URGENTE.
 2. Drenaje biliar transhepatico.



PANCREATITIS

Inflamación aguda del páncreas que puede causar complicaciones sistémicas y lo locales, así como disfunción o falla orgánica.

ETIOLOGÍA

- Calculos biliares 28-66%
- Alcohol 16-41%
- Post CPRE 1-10%
- Hipertriglicéidemia 1-8%
- Medicamentos 2-5%

CLÍNICA

- Dolor agudo en epigastrio
 - ↳ En Hemicinturón
- Náuseas y Vomitos
- Distensión abdominal
- Ictericia

Diagnóstico

- ↳ BHC
- ↳ QSC
- ↳ Tiempos / Gpo Rh
- ↳ PFH
- ↳ AMILASA / LIPASA
- ↳ ES / CA
- ↳ USG (Causa Biliar)
- ↳ TAC (Después de 48 horas)
- ↳ GAS ↑

CLÍNICO

IMAGEN - Cx de Walthazar

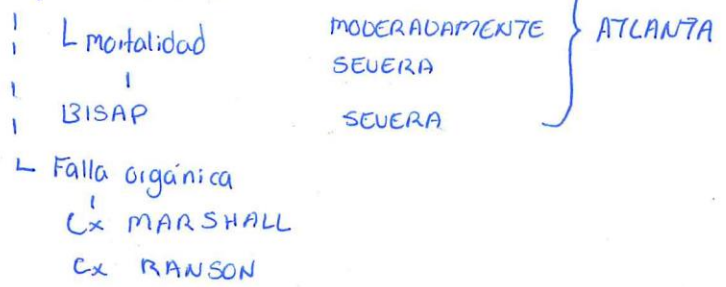
Bioquímico: Lipasa 3 veces > al límite normal 300.

TRATAMIENTO

- ✓ Rehidratación hidrica → Hartmann
 - 5-10 ml / Kg / h
 - * Bolus Inicial 20ml / Kg 1º 30 min.
 - ↳ En caso de ↓ volumen.
- ✓ Analgesia (Opiodes)
- ✓ Metoclopromida 10 mg / 8 hrs VI
- ✓ IBP



CLASIFICACIÓN:



OGLUSIÓN INTESTINAL

↳ Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

Etiología

Obstrucción alta

- Adherencias/Bridas ← + Frecc.
- Hernias
- Íleo paralítico

Obstrucción baja

- Volvulo
- Cáncer colorectal
- Bzoar

↳ 82% afecta al ID.

CLÍNICA

- Dolor abdominal cólico, difuso o periumbilical.
- Dificultad para canalizar gases y evacuar.
- Distensión abdominal
- ↓ Peristalsis
- Emesis de contenido fecal.

DIAGNÓSTICO

↳ Rx de abdomen.

- Niveles hidroaéreos
- Distensión de asas intestinales
- Ausencia de gas en ampolla rectal
- Signo en pila de monedas
- Signo grano café (Volvulus).

↳ Estandar de Oro: TAC con contraste

- ⇒
- BHC
 - QSC
 - Gpo y Rh
 - Tiempos
 - ES / Ca
 - USG
 - DHL y Lactato

TRATAMIENTO

↳ 1. Inicial (conservador)

- ↳ Sonda Nasogástrica (Levine) x 48-72 hrs
- ↳ Ayuno
- ↳ Cóquidos intravenosos
- ↳ Control de Líquido con Sonda Foley.

↳ 2. Definitivo. LAPE y reducción de obstrucción íleo.

* **Contraindicado los procinéticos.**

PERFORACIÓN INTESTINAL

Una lesión de cualquier tamaño en la mucosa intestinal (edema, perforación, isquemia).

ETIOLOGIA

- Causa traumática
 - Proyectoil de arma de fuego
 - Punzocortantes
 - Trauma cerrado abdomen

No traumática

- Infección
- Tumores
- Plevia Isquemia
- Crohn
- Cuerpos extraños.

CLINICA

- Datos de irritación peritoneal
- Abdomen en madera
- Distensión abdominal
- ↓ Peristalsis
- Emesis (Contenido fecal).
- SIRS: ↑ FC, ↑ FR, Fiebre, >38°C

Dx.

Rx: Radiopacidad
Aire subdiafragmatico

BHC
QSC
Tiempos
ES
Grupo Rh



TRATAMIENTO

- Hidratación
- ↓ Fiebre
- Antibiotico
- Analgesico
- SF (Manejo de Líquidos).



COMPLICACIÓN

- + CHOQUE SÉPTICO
- + CHOQUE HIPOVOLEMICO.



ILEO MECANICO Y METABOLICO

Dificultad del tránsito del contenido intestinal a través del tracto digestivo de manera completa debido a una causa intrínseca o extrínseca.

Ileo mecánico

ETIOLOGIA

- Adherencias / Bridas
- Hernias
- Neoplasia, Gohn, CUCI
- Polipos
- Parasitos



◦ Bxínico.

- Distensión local
- Ruido Metálico
- Dolor tipo cólico (Mesogastrio)
- Vómito bilioso o Fecaloide
- Ausencia de depositas

◦ Rx:

- Signo de Pila de monedas
- Dilatación asas intestinales
- Niveles Hidroaereos

Ileo paralítico

ETIOLOGIA

- PostQx
- Peritonitis
- Alt. Metabólicas
- Hipercalemia e hipocalemia
- Embolia arterial, Trombosis.



◦ CLINICO:

- Distensión generalizada
- Ausencia de peristalsis
- Dolor no intenso no tipo cólico

◦ Rx:

- Dilatación de asas
- Gas ampolla rectal
- Niveles hidroaereos

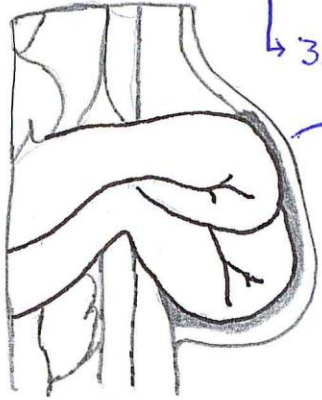
TRATAMIENTO

- ✓ Dieta absoluta
- ✓ Reposición hidroelectrolítica
- ✓ SNG
- ✓ Control de Uresis
- ✓ Antibioterapia.
- ✓ Tx Qx : Depende de la causa mecánica.

HERNIAS COMPLICADAS

↳ Defecto de la continuidad de la estructura músculo-aponeurótica de la pared abdominal que permite la salida o protusión de elementos. Constituidas por:

1. Anillo herniario: Delimita el defecto
2. Saco herniario: Bolsa de peritoneo parietal por la que pasan los órganos al protruir.
3. Componente herniario: contenido abdominal que protruye.



TIPOS

- Reducibles: Se puede reintroducir a su localización normal.
- Incoercible: Vuelve a salir inmediatamente después de reducirse.
- Incarcerada: No se puede reducir, dolorosa y blanda.
- Extranguada: Presenta compromiso vascular, dolorosa, atensión y de coloración violácea.

UBICACIÓN

- Epigástrica
- Incisional / Ventral
- Inguinal
- Umbilical
- Spigel
- Crural / Femoral.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor abdominal
- Dificultad para gases y evacuar
- Vómitos
- ↓ Peristalsis

— Extranguada:

- ↳ Datos de irritación peritoneal
- ↳ Cambios de coloración en la Piel.

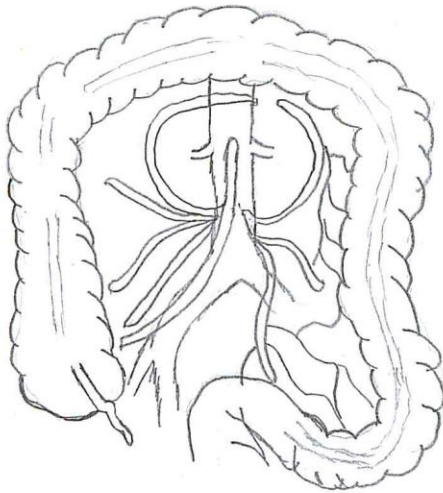
DIAGNÓSTICO

- USG
- BHC
- Tiempos
- Placas de abdomen — datos de oclusión intestinal.
- QS
- Grupo Rh
- Electrolito



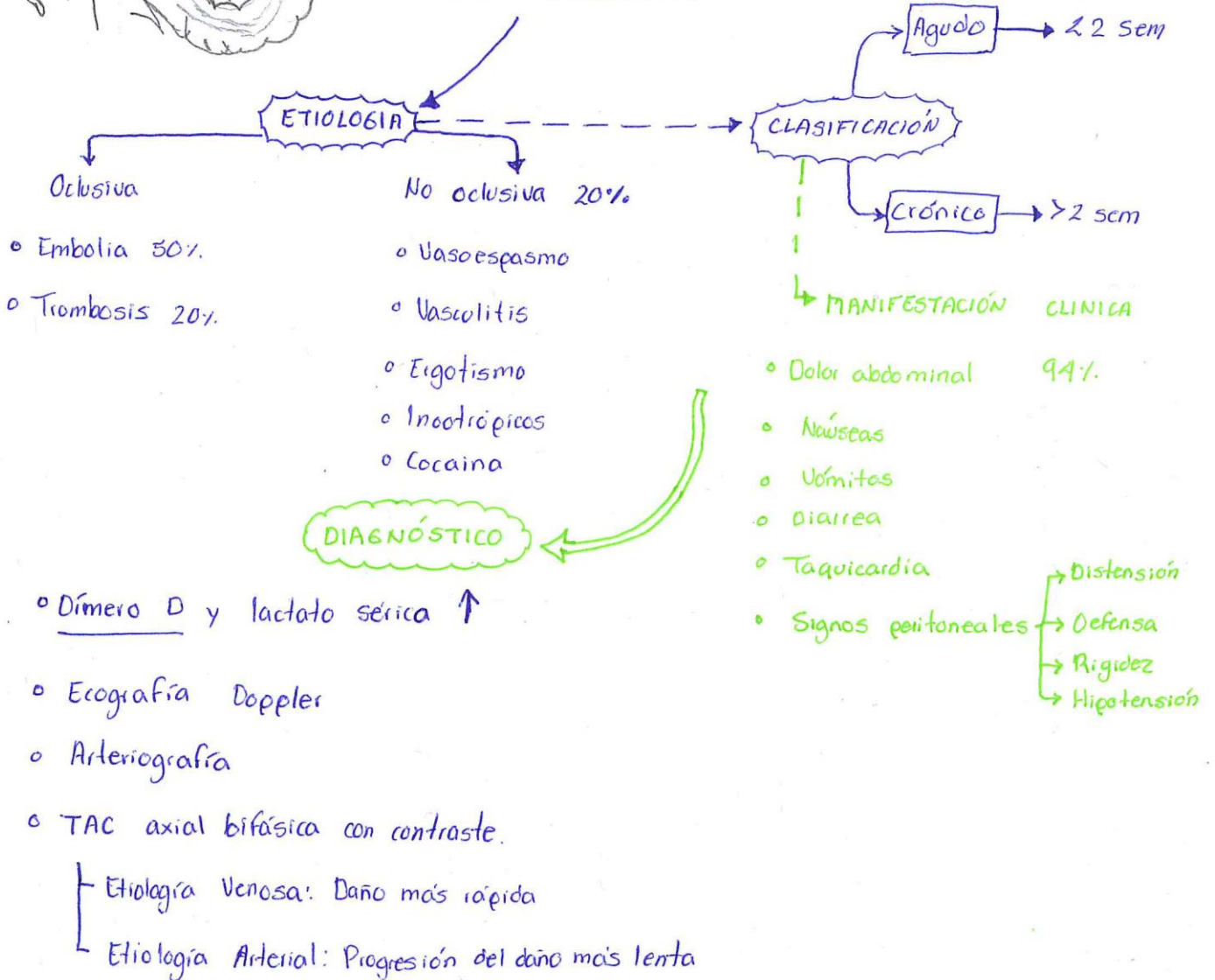
- Canalizar
- Ayuno
- Hidratación
- Analgésico
- SNG y SF

⇒ Valoración por Cirugía.



TROMBOSIS MESENERICA

Es un estado súbito de hipoperfusión en el que el aporte circulatorio es insuficiente para los requerimientos metabólicos y energéticos intestinales como resultado de la oclusión, el vasoespasmo o la reducción de la circulación mesentérica.



Tratamiento

- ✓ Revascularización de la circulación esplénica.
 - Revascularización anterógrada / Retrograda.
 - Revascularización aislada del vaso.
 - Revascularización multivaso.

TRAUMA DE ABDOMEN

Acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal.

MECANISMO DE LESIÓN:

Trauma cerrado

◦ Golpe directo: Deformidad de órganos, ruptura, hemorragia y peritonitis.

- Volante
- Bicicleta
- Puertas

Asociadas a dispositivos de sujeción.

- Cinturón
- Arnés hombros
- Bolsa de Aire.

→ Afecta a: Bazo 40-55%.

| Hígado 35-45%.

| ID 5-15%.

↳ 15% Hematoma retroperitoneales.

Rx de Abdomen

↳ AP y lateral

◦ Estudio FAST



◦ LAPAROTOMIA DE URGENCIA

◦ Depende de estado.

◦ Evaluación y manejo conservador.

TRAUMA Penetrante

→ Herida por Arma de Fuego

→ Herida por arma blanca

Trayectoria
Onda Expansiva
Fragmentación.

↳ Afecta a: ID 50%.

IB 40%.

Hígado 30%.

Vascularidad de Abdomen 25%.

Explosión

↳ Penetrante y Contuso

↳ Lesión asociada: TCE

Trauma de torax.

HISTORIA CLINICA

Importante para valoración.

- Acc. Vehicular

- Velocidad
- Impacto (lat. frontal).
- Bolsa de aire
- Pasajeros

- Carda de altura

- Altura

- Trauma penetrante

- Tipo de arma
- Momento de lesión
- # Heridas

- Explosión

- Distancia
- Espacio cerrado, abierto

↳ Inspección: Totalmente desnudo

- Auscultación: Ruidos intest.
- Palpación: Irritación
- Percusión

◦ BH

◦ QSC

◦ Grupo Rh

◦ ES

◦ Tiempos.