



**Nombre del alumno: Jacqueline
Domínguez Arellano**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo
Suarez Martínez**

**Nombre del trabajo: flujogramas
urgencias Unidad III**

Materia: urgencias

Grado: 8°

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de noviembre de 2023

Fractura

Esguince Luxación

Luxación

Alguno de los huesos que conforma la articulación sale de su lugar.

Tipos

- Abiertas: la piel está desgarrada
- Cerradas: la piel no está desgarrada

Tratamiento

- Colocar su articulación en su lugar
- Férula y vendajes entrecruzados
- Descanso

Fractura

Ruptura de un hueso o bien a la discontinuidad del tejido óseo (fisura).

Tipos

- Cerrada o abierta
- Incompleta: Talo Verde
- Simple
- Compuña
- Completa
- Lineal, oblicua, espiral, deo, cominuta
- Impactada
- Por avulsión

Tratamiento

- Evitar movilización
- Exploración (sig. vitales, valorar pulso distales para descartar hemorragias)
- Ex abierta aplicar apósitos estériles

Esguince

Ruptura o distensión de un ligamento.

Tipos

- Grado 1: los ligamentos se estiran levemente
- Grado 2: Ligamentos parcialmente desgarrados
- Grado 3: Ligamentos totalmente desgarrados

Tratamiento

- Mantener área en reposo
- Colocar hielo 5/20 min
- Comprimir la lesión con vendajes
- Elevar la zona dañada.

Sangrado del tubo digestivo

STDA:

Esofago

- + Hematemesis
- + Melena
- + Hematoquecia

Variceal = Enf. Hepatodegenerativa
(Alcoholismo crónico)

No variceal =
 - Ulceras gástricas
 - Cáncer / tumores
 - SX de Mallory Weiss

AINES

Gastritis crónica

H. Pylori

→ Punto anatómico

Ligamento de Treitz

STDB:

- + Rectorragia
- + Hematoquecia

Intestino delgado
Intestino grueso

Hemorroides
Divertículos
Infecciones
Cron / CUCI
Cáncer

(Salmonela, Paratuberculosis)

Diagnóstico

STDA

Endoscopia → Biopsia = Presencia de H. Pylori

*Pildora endoscópica

- BH
- QS
- Tiempos
- Grupo Rh
- PFH
- USG → Hígado y vías biliares

STDB

Colonoscopia

- BH
- QS
- Tiempos
- Grupo Rh
- PFH
- USG → Hígado y vías biliares

Sangrado del tubo digestivo

Tratamiento

medicina interna

STD A:
AYUNO

* Signos vitales

→ Datos de choque

Variceal =

Terlipresina - ↓ hipertensión portal
2 mg IV DU - 1 mg IV $\frac{1}{4}$ hrs.
4 mg en 250 cc p/24 hrs

G₁ = Sin cambios

G₂ = FC ↑ TA Normal

G₃ = FC ↑ TA ↓

G₄ = FC ↓ TA ↓
Transfusiones
No audible

No variceal =

Omeprazol

Antibióticos
quinolona o
Beta lactámico

80 mg IV DU

8 mg IV q/ hora

→ 200 mg omeprazol

en 250 cc p/24 hrs.

Restablecer la mucosa

Sucralfato * Posterior a la endoscopia

Cirugía

STD B:

Tratar la causa

Ayuno

metoclopramida

10 mg IV q/8 hrs.

Appendicitis

Inflamación del apéndice cecal o veriforme que inicia con obstrucción de la luz apendicular y trae como consecuencia aumento de la luz intraluminal.

Epidemiología

- Considerada la urgencia quirúrgica más común
- Edad común de presentación: 15-35 años
- Mayor incidencia en niños: 6-10 años

Etiología

- Adultos: fecalito o apendicolito: 30%
- Niños: hiperplasia de folículos linfoides: 60%
- Cuerpo extraño

Cuadro clínico

- Inicial: dolor abdominal agudo, tipo cólico localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 hrs. migra a CID, puede existir náuseas y vómito, fiebre de 38, el dolor se incrementa al caminar o toser.

Diagnóstico

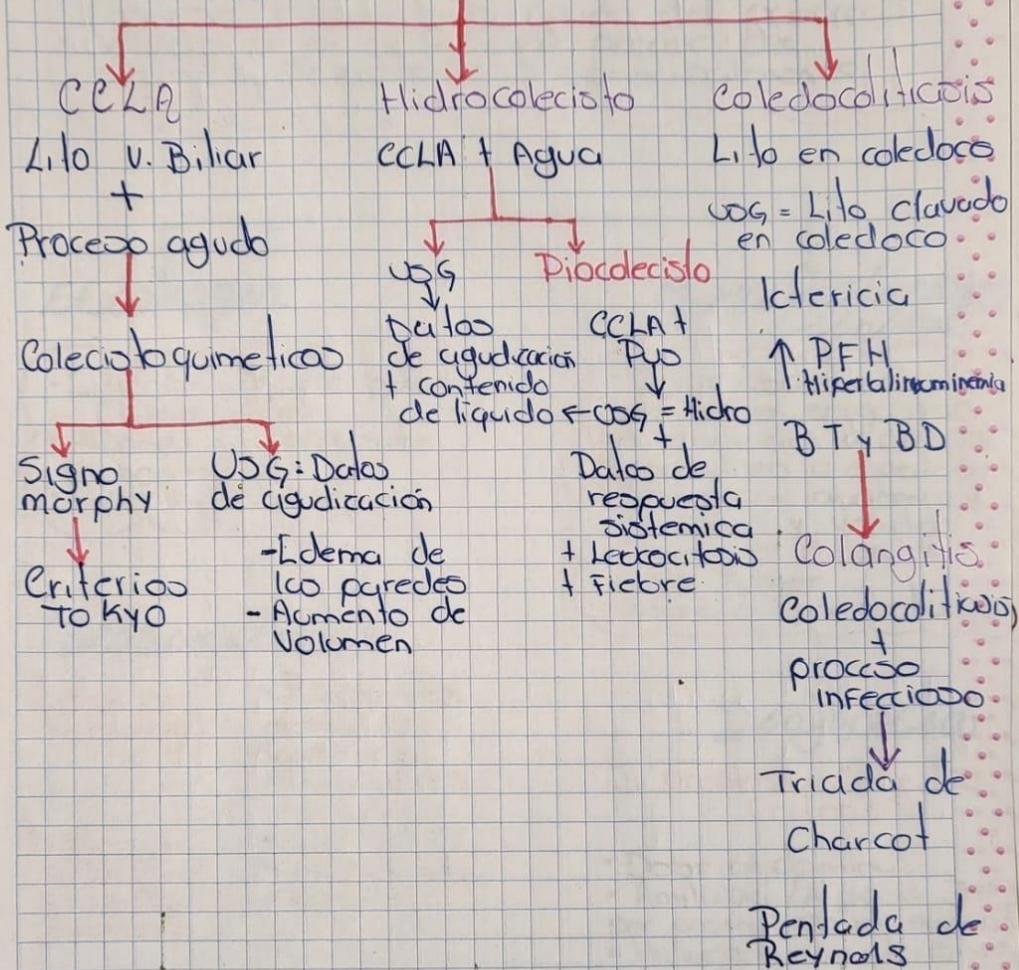
- Clínico + Escala de Alvarado
- USG 86% de sensibilidad
- Gold Standard: TAC
- Neonato: USG o TAC
- Niños: USG / TAC
- Embarazo: USG < 20 SSG, TAC > 20 SSG

Tratamiento

- Elección: apendicetomía laparoscópica
- Niños: 5 años abierta, 5 años: cirugía laparoscópica
- Adulto mayor con comorbilidad: cirugía abierta
- Adulto mayor sin comorbilidad: cirugía abierta / laparoscópica

Profilaxis: cefoxitina 2gr IV / cefazolina 1-2 gr IV
metronidazol 500 mg IV

Colecistitis crónica litiasica



Pancreatitis

Proceso inflamatorio agudo del páncreas debido a la activación precoz de enzimas pancreáticas (principalmente **tripsina**).

Etiología

- Litiasis y Biliar (frecuente)
- Alcohol (frecuente en hombres)
- Hipertrigliceridemia

Manifestaciones Clínicas

- Dolor abdominal intenso en epigastrio con irradiación a ambos hipocostrios o espalda
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos
- Signo de Cullen y Grey Turner
- Ictericia (por obstrucción)

Clasificación

Según su morfología

- Pancreatitis edematosa - Intersticial
- Pancreatitis necrótica

Según su gravedad (Criterios de Atlanta)

- Leve (75%)
- Moderada
- Graves

Diagnóstico

Si presenta 2 de los criterios:

- Dolor abdominal
- Amilasa / Lipasa $\geq 3 \times$ por encima de lo normal
- Hallazgos característicos en una prueba de imagen (Ecografía y/o Tomografía)

Tratamiento

- Hidratación intensa (Ringer lactato)
- Analgesia (opiáceos)
- Antibióticos (carbapenémicos, quinolonas o metronidazol)
- Dieta (Baja en grasas)

Oclusión Intestinal

La oclusión Intestinal, es la ausencia del tránsito intestinal (parcial o completa), secundaria a una obstrucción verdadera (mecánica o funcional (ileo)). Puede limitarse al Intestino delgado o grueso, ser simple o completa. Se puede clasificar según su evolución, aguda o crónica.

Causas

- Tumores
- Volvulas
- Bzoar
- Hemias
- * Bridas / Adherencias

Síntomas

- Dolor abdominal
- Dificultad p/ canalizar gases y evacuar
- Distensión abdominal
- Peristaltis ↓

Diagnóstico

- Rx de abdomen
 - Niveles Hidroaéreas
 - Distensión de asas intestinales
 - Ausencia de gas en ampulla rectal.
 - Signo de pila de monedas
 - Signo de grano de café (volvulos)
- Laboratoriales
 - Bh
 - Tiempos
 - Grupo y Rh
 - Q5
 - Electrolitos / Ca

Tratamiento

- * Ayuno
- * Hidratación
- * Sin medicamentos
- * Colocar SNG
- * Control de líquidos (solución fisiológica)

Perforación Intestinal.

Es una complicación donde se produce la liberación del contenido intestinal a la cavidad peritoneal produciendo Peritonitis.

Causas

- Traumáticas
 - Proyectoil por arma de fuego
 - Punco cortante
 - Trauma cerrado de abdomen
 - Cuerpos extraños
- No traumáticas
 - Infecciones
 - Tumores
 - Pevia isquémica
 - Crohn

Diagnóstico

- Radiografía del tórax (aire)
- Tomografía computarizada (localización)
- Endoscopia superior o colonoscopia (area)

Complicaciones

- + Choque hipovolémico
- + Choque séptico

Síntomas

- Datos de irritación peritoneal
- Abdomen de madera
- Distensión
- Peristaltis disminuida
- Emesis
- SIRS = $\begin{matrix} \uparrow \\ \text{FC} \\ \uparrow \\ \text{FR} \end{matrix}$ Fiebre ≥ 38

Tratamiento

- + Cirugía
- + Líquidos y antibióticos intravenosos

Isquemia mesentérica

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.

Clasificación

- **Oclusiva:** Embolia; Trombosis
- **No oclusiva:** Vasoespasmo; Vasculitis; Ergotismo; Inotrópicos; cocaína.
- **Procesos fisiológicos asociados:** Embolismo arterial (50%); Trombosis arterial (20%); patológicos no oclusivos (20%); Trombosis venosa mesentérica (10%).

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Taquicardia
- Signos peritoneales
 - Distensión
 - Defensa
 - Rigidez
 - Hipotensión

Diagnósticos

- Leucocitosis, acidosis metabólica, dímero D y lactato sérico ELEVADOS
- El fósforo y procalcitonina
- Ecografía Doppler
- Arteriografía
- TAC bifásica con contraste

Tratamiento

- * Revascularización de la circulación esplénica
- * El tx quirúrgico considera la revascularización de los vasos mesentéricos con estenosis y oclusión.