

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina Humana

Nombre del alumno: Yamili Lisbeth Jiménez Arguello.

Nombre del docente: Dr. Romeo Suarez Martínez.

Nombre del trabajo: Resúmenes.

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Urgencias médicas.

Grado: 8° Grupo: B.

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo del 2024.

Fracturas

Una fractura puede definirse como la interrupción de la continuidad de una placa fibrosa, ósea y/o cartilaginosa. Siendo importante, siempre valorar el daño al tejido blando circundante, ya que esto puede tener mayor relevancia clínica que la misma fractura; como podría ser la afectación de un vaso o un nervio.

Las fracturas se pueden presentar como consecuencia de un traumatismo directo, siendo de intensidad superior a la que el hueso sano puede soportar o más frecuentemente las del traumatismo indirecto, en donde la fuerza es transmitida a través de una o varias articulaciones hasta llegar al sitio de fractura.

Clasificación de las fracturas:

Por el mecanismo de lesión, ya sea por trauma directo o trauma indirecto.

*** Relación con el estado de la piel**

Fracturas cerradas: cuando la piel no ha sufrido daño, no existe comunicación entre la fractura y el exterior. Se valoran mediante la clasificación de Tscharny y Ostern.

Fracturas abiertas: cuando la piel ha sufrido daño, existiendo una herida que deja el tejido óseo al exterior. Existe una clasificación de Gustilo y Anderson.

*** Según el trazo de la fractura**

Transversales: el trazo de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.

Longitudinales: el trazo de fractura sigue el mismo eje longitudinal del hueso.

Oblicua: el trazo de fractura tiene un ángulo entre 30° y 45° , con relación al eje longitudinal del hueso.

En abanico de mariposa: se presenta cuando dos trazos de fracturas oblicuas confluyen, formando un ángulo entre sí, para delimitar un tercer fragmento de forma triangular.

--	--	--	--	--	--

DÍA	MES	AÑO

Multifragmentada: cuando existen varios trazos de fractura, dando lugar a más de tres fragmentos, siendo estos reductibles y contables.

Cominutas: cuando existen múltiples trazos de fractura, generando la formación de numerosos fragmentos óseos.

Paciente pediátrico

Debido a que cuentan con un periostio más grueso:

Fractura en tallo verde (incompleta): en donde el hueso se puede presentar incurvado, observándose en su parte convexa un trazo de fractura el cual no llega a abarcar la totalidad del espesor del tejido óseo.

Fractura de toros o en rodete: se trata de una fractura a consecuencia de un mecanismo de aplastamiento, dándose la compresión a lo largo del hueso el cual impacta el hueso metafisario y abomba su cortical.

Según su localización: siendo esta la forma más común de clasificar a las fracturas, debemos recordar que los huesos largos se dividen en tres zonas: la epifisis o zona articular, metafisis y diafisis.

Epifisarios: si afectan la superficie articular y no se ve afectada por el trazo se nombrarán extraarticulares.

Metafisarios: Pueden afectar a las metafisis superior o inferior del hueso.

Diafisarios: Pueden afectar a los tercios superiores, medio o inferior.

Fisaria: Cuando la fractura se produce en un niño e involucra al cartilago de crecimiento, para la cual existe una clasificación que los agrupa llamada Salter y Harris.

Luxaciones

Una luxación se define como la pérdida del contacto normalmente existente entre dos superficies articulares. Con excepción de las lesiones de la articulación acromioclavicular y de las luxaciones inveteradas (aquellas que han pasado desapercibidas durante tiempo), todas las luxaciones requieren reducción urgente, si bien en ocasiones su tratamiento definitivo puede realizarse de forma programada. La urgencia viene condicionada tanto por la amenaza que para las partes blandas suele suponer la presión que ejercen los elementos desplazados, como por la necesidad de ocupar cuanto antes la articulación para no perder el "derecho de espacio"; en determinadas localizaciones (cabeza femoral) la aparición de complicaciones isquémicas es, además, menor cuanto antes se reduce la luxación.

Lesiones de la articulación acromioclavicular

Acromion: La articulación acromioclavicular presenta como engrasamiento de su cápsula los ligamentos acromioclaviculares. Estos ligamentos son responsables de la estabilidad horizontal de la clavícula con respecto a la escápula.

Coracoides: Los ligamentos coracoclaviculares conoide y trapezoide anclan la cara inferior del extremo distal de la clavícula a los coracoides.

Luxación escapulo-humeral

Luxación anterior

Es la forma más frecuente de luxación de hombro y la más habitual del organismo. Esta lesión se observará frecuentemente en los adultos jóvenes, generalmente, ésta se originará a consecuencia de una rotación externa forzada del hombro junto con un movimiento de extensión del hombro.

Luxación posterior, inferior y superior

Luxación posterior: el paciente presenta el brazo en aproximación y rotación interna y, radiológicamente, la imagen es muy poco llamativa.

Luxación inferior: es poco frecuente, y el brazo se encuentra en separación de unos 30° , en rotación interna y acortado, o en separación de hasta 160° , denominándose luxación erecta.

Luxación superior: es muy poco común, y se asocia a fracturas de clavícula, acromión o luxaciones acromioclaviculares.

Luxación recidivante

El hombro inestable se caracteriza generalmente por episodios de luxación con traumatismo o movimientos bruscos (al nadar, durante el sueño, al ir a lanzar un balón, etc).

Para decir que estamos hablando de una luxación recidivante, el individuo tiene que haber presentado más de dos luxaciones del mismo hombro.

Existen dos grandes tipos de luxaciones recidivantes de hombro: traumática y atraumática.

Luxación inveterada

Es el caso de una luxación poco perceptible en un primer momento y no se reduce, comienza a producirse cambios en la articulación (opacificación de la masa por tejido fibroso, erosión de retículos corac, elongación y contractura capsulares), que dificultan la reducción y la estabilidad articular a medida que pasa el tiempo.

Esguince

Un esguince es un estiramiento o desgarró de los ligamentos, las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones.

La ubicación más común de un esguince es el tobillo.

La diferencia entre un esguince y una distensión es que el primero lesiona los bandos de tejido que conectan dos huesos, mientras que la segunda implica una lesión de un músculo o de la banda de tejido que une un músculo a un hueso.

Cuadro clínico

Los signos y síntomas varían, dependiendo de la gravedad de la lesión y pueden incluir:

Dolor

Hinchazón

Hematomas

Capacidad limitada para mover la articulación afectada

Escuchar o sentir en la articulación en el momento de la lesión.

Causas

Un esguince se produce cuando se extiende demasiado o se desgarran ligamento mientras se flexiona una articulación.

Tobillo: caminar o hacer ejercicio en una superficie desnivelada, y caer torpemente de un salto.

Rodilla: girar durante una actividad atlética.

Muñeca: caer sobre una mano extendida

Pulgár: daño durante la práctica de equi o sobrecargar al practicar deportes de raquet.

--	--	--	--

DÍA	MES	AÑO

Factores de riesgo

Condiciones ambientales: las superficies resbaladizas o desniveladas pueden hacerle más propenso a las lesiones.

Fatiga: los músculos cansados tienen menos probabilidades de proporcionar un buen soporte para las articulaciones.

Equipo inadecuado: el calzado u otro equipo deportivo que no calza bien o que está mal mantenido puede contribuir al riesgo de sufrir un esguince.

Hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva (HD) consiste en la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo. Se trata de una enfermedad frecuente en los servicios de urgencias y potencialmente grave.

Clinicamente, puede manifestarse de las siguientes formas:

Hematemesis: vómitos de sangre roja o parcialmente digerida ("en posos de café").

Melenas: heces negras, pastosas y malolientes, resultado de la digestión de la sangre a través del tubo digestivo.

Rectorragia: sangre roja o coágulos frescos no mezclados con las heces.

Hematoquecia: sangre roja oscura, roja-vinosa, mezclada con heces.

Según localización se clasifica:

Hemorragia digestiva alta (HDA): origen proximal al ángulo de Treitz, manifestándose como hematemesis, melenas o rectorragia si se trata de una HDA masiva.

Hemorragia digestiva baja (HDB): origen distal al ángulo de Treitz, manifestándose como rectorragia, hematoquecia o melenas si existe un tránsito lento.

Hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO): manifestaciones externas de sangrado sin lograr encontrarse origen del mismo, a pesar de realización de pruebas diagnósticas pertinentes.

Etiología de la hemorragia digestiva alta

HDA no varicosa (80-90%)

Úlcera gastroduodenal (causa más frecuente, 30-60%)

Lesiones agudas de la mucosa gástrica

Síndrome de Mallory-Weiss

Lesiones vasculares (Dieulafoy)

Esofagitis péptica

Erosiones de la hernia de hiato

Fístula aortoentérica

HDA secundaria a varices esofagogástricas

Diagnóstico

Una correcta anamnesis puede ayudar a filiar el origen de la hemorragia.

Asimismo, una adecuada exploración física, nos puede aportar información sobre la etiología del cuadro.

Pruebas complementarias

Análítica: hemograma, bioquímica con urea, perfil hepático, lactato, coagulación y pruebas cruzadas.

EKG: para descartar cardiopatía isquémica (angor hemodinámico).

Radiografía de tórax y abdomen: para descartar perforación (neumoperitoneo).

Endoscopia digestiva alta (EDA): permite el diagnóstico del origen del sangrado en el 95% de las ocasiones, realizar terapéutica cuando es preciso y establecer pronóstico y la probabilidad de resangrado.

Angio-TC: presenta una sensibilidad cercana al 100% en la HDA masiva.

Hemorragia digestiva alta no varicosa

Aunque en función de la historia del paciente pueden sospecharse diversas etiologías, dado que la causa más frecuente de este cuadro es la úlcera péptica.

DIA	MES	AÑO

Conoce factores predisponentes

Consumo de AINE (especialmente asociados a toma de antiagregantes, anticoagulantes o corticoides), edad superior a 60 años, infección por *Helicobacter pylori*, estrés elevado o presencia de gastrinoma.

Tratamiento

Tratamiento médico

La administración de inhibidores de la bomba de protones (IBP) previo al tratamiento endoscópico reduce la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de tratamiento endoscópico.

Tratamiento endoscópico

Hemorragia digestiva baja

DÍA	MES	AÑO

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como la pérdida de sangre por el tubo digestivo, con origen distal al ángulo de Treitz.

Se designa hemorragia digestiva baja a la que tiene su origen en el colón.

Presentación:

- * Rectorragia: pérdida de sangre roja fresca a través del ano.
- * Hematoquecia: pérdida de sangre de aspecto rojo vino.
- * Melenas: heces negras (sangre digerida).

Epidemiología:

Actualmente se estima una incidencia entre 20-33 casos cada 100.000 habitantes y año, y supone entre 20-25% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva.

Etiología

- * Aproximadamente un 80% de las HDB tienen origen de colón.
- * La causa principal en todas las edades es la enfermedad anorrectal.
- * En pacientes >50 años es la hemorragia diverticular.
- * Colitis isquémica, angioidisplasias, o neoplasias.

Estabilización hemodinámica

Lo primero que debemos hacer ante pacientes que presentan HDB es valorar su estado hemodinámico y gravedad.

Descartar el origen alto de la hemorragia

Dado que el 10-15% de las HDB son de origen alto, debemos descartar dicho origen siempre que exista inestabilidad hemodinámica, urea elevada con creatinina normal en la analítica.

Anamnesis y exploración física tras la estabilización

Tras una adecuada resucitación hemodinámica, si es necesario, se debe realizar una cuidadosa anamnesis y exploración.

Pruebas diagnósticas

Colonoscopia

Angio-TC

Arteriografía mesentérica selectiva

Laparotomía urgente ± endoscopia intraoperatoria

Tratamiento transfusional

* Paciente inestable o sintomático.

No hay restricción en la política transfusional. Se debe transfundir para reponer la pérdida.

DÍA	MES	AÑO

Apendicitis~

Apendicitis aguda

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acúmulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

Apendicitis simple

Apéndice inflamado, en ausencia de gangrena, perforación o absceso periapendicular.

Cuadro clínico

Dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (C10), después del inicio del dolor puede existir náuseas y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones). Puede haber fiebre de 38°C o más. El dolor se incrementa al caminar y al toser.

Exploración física

Se encuentran datos de irritación peritoneal (hiper sensibilidad en cuadrante inferior derecho (C10), defensa y rigidez muscular involuntaria, punto de McBurney, signo de Rovsing, signo de Psoas, signo del Obturador, signo de Summer, signo de Von Blumberg, signo de falopercusión, signo de Murphy).

De las manifestaciones clínicas y de laboratorio, las que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis

(manifestaciones cardinales) son:

- * Dolor característico (migración de la región periumbilical al C10 o localización inicial en C10).
- * Manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en C10, rebote positivo en C10, defensa y rigidez de músculos abdominales).
- * Datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos).

La enfermedad puede empezar en una forma atípica e insidiosa, con dolor constante poco intenso y temperatura normal, con ligera elevación e incluso hipotermia. Frecuentemente el dolor se presenta en forma generalizada de larga duración (más de tres días), distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales, existe parálisis intestinal con meteorismo, siendo este uno de los síntomas más frecuentes, puede hacer pensar en obstrucción intestinal; se puede palpar una masa en cuadrante inferior derecho del abdomen, escasa o nula defensa abdominal.

Patologías de la vía biliar

Las enfermedades de las vías biliares obstruyen o bloquean el flujo de los jugos digestivos (bilis) producidos en el hígado que descomponen los alimentos que comemos.

La obstrucción ocurre en las vías biliares, o los conductos que dirigen la bilis desde el hígado, la vesícula biliar y el páncreas al intestino delgado. Esto hace que las toxinas se acumulen y dañen el hígado.

Piedras en la vesícula biliar que desembocan en las vías biliares son la causa más común de un bloqueo.

Otras incluyen el cáncer de las vías biliares (llamado colangiocarcinoma) o cicatrización por infecciones, cirugía o inflamación.

Trastornos congénitos del desarrollo biliar:

Enfermedad hepática que está presente al nacer (congénita) debido a malformaciones o defectos en las vías biliares. Estos incluyen la atresia biliar y la enfermedad fibropoliquística.

Cirrosis biliar primaria:

Inflamación y destrucción de los conductos biliares que provoca una cicatrización irreversible del hígado (llamada cirrosis). Es más común en mujeres y se asocia con enfermedades autoinmunitarias (sistema inmunitario hiperactivo que ataca por error a las células sanas).

Colangitis esclerosante primaria:

Inflamación de las paredes de los conductos biliares (llamada colangitis) que provoca endurecimiento (llamado esclerosis) y

estrechamiento. Se asocia con infecciones bacterianas y es común en hombres con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Pruebas

Diagnóstico por imágenes avanzado

Ecografía abdominal

Tomografía axial computarizada (TAC)

Imágenes por resonancia magnética (IRM)

Biopsia

Colangiografía

Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP)

Ultrasonido endoscópico

Análisis de laboratorio.

Tratamientos

Técnicas de radiología intervencionista

Tratamiento para tratar la causa de la obstrucción biliar, como infecciones, inflamación o trastornos autoinmunitarios.

DÍA	MES	AÑO

Colecistitis Crónica litiásica agudizada

La colecistitis crónica es la inflamación aguda de la vesícula biliar, provocada en el 90% de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito.

Etiología y epidemiología

En la mayoría de los pacientes la causa es litiasis biliar. Los dos factores que determinan la progresión de la enfermedad:

* El grado de la obstrucción.

* La duración de la obstrucción.

Si la obstrucción es parcial y de corta duración, solo se experimentará cólico biliar. En cambio, si esta obstrucción es completa y duradera, se produce un aumento en la presión intravesicular, asociada a la irritación de la mucosa, activación de la respuesta inflamatoria aguda y la disminución del flujo vascular de la pared secundaria a la distensión. Solo la mitad de los pacientes presenta una sobreinfección de la bilis, por lo que se cree que tiene un papel secundario.

La colecistitis aguda es una de las causas principales de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general, cerca de 3-10% de todos los pacientes con dolor abdominal.

Factores de riesgo

* Edad

* Sexo femenino

* Obesidad

- * Nutrición parenteral (PT)
- * Pérdida de peso
- * Disminución de HDL
- * Aumento de triglicéridos
- * Embarazo
- * Anticonceptivos.

Factores protectores

- * Ácido ascórbico
- * Consumo de café
- * Proteínas vegetales
- * Grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas.

Cuadro clínico

Suele ser asintomático. El síntoma principal es el dolor abdominal agudo constante en el hipocóndrio derecho, de duración mayor de 5 horas, normalmente irradiado a la espalda, y que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómitos y fiebre de entre 37.5 y 39°C.

Diagnóstico

Interrogatorio, exploración física, estudios de laboratorio y métodos de imagen.

Tratamiento

El manejo de la colecistitis aguda requiere de ingreso hospitalario, reposo en cama, dieta absoluta, fluidoterapia, antibióticoterapia y analgesia; además, se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que como efecto colateral pueden alterar la historia natural de la enfermedad, además de aliviar el dolor. La colecistectomía es el tratamiento de elección (20% de los pacientes que presentan un cuadro agudo biliar que se resuelve espontáneamente, vuelven a presentarlo).

Pancreatitis

Inflamación del páncreas por la acción de enzimas pancreáticas activadas en respuesta a muy diversos desencadenantes.

Clasificación

Leve:

Absencia de complicaciones, existiendo edema de la glándula.

Grave:

Presentan complicaciones locales o sistémicas.

Etiología

* Colelitiasis y el alcohol.

* Otros: Procesos infecciosos (virus, parásitos), fármacos, etc.

* Idiopáticas.

Manifestaciones clínicas

La PA es un trastorno frecuente cuyo diagnóstico depende de los datos clínicos.

Dolor abdominal (95%): punzante, continuo, localizado en epigastrio y/o hipocóndrico, frecuentemente irradiado en cinturón a la espalda o ser difuso. Mejora en posición sentada.

Náuseas y vómitos (80%)

Exploración física

* Hipotensión, taquicardia, taquipnea, febrícula.

* Distensión abdominal, ruidos abdominales disminuidos o abolidos.

* Ictericia. Equimosis. Eritema nodoso.

Complicaciones

Complicaciones locales (a medio-largo plazo)

Pseudoquistes pancreáticos.

Absceso pancreático.

Complicaciones sistémicas

- Pulmonares
- Cardiovasculares
- Gastrointestinales
- Renales
- Hematológicas
- Metabólicas
- Neurológicas.

Pruebas complementarias

- Hemograma
- Bioquímica
- Coagulación
- GAB: hipoxia arterial.
- Rx simple de abdomen
- Rx tórax
- Ecografía
- TAC.
- ECG

Tratamiento

- Los objetivos son reposo pancreático, estabilización hemodinámica, aliviar el dolor y corrección metabólica.
- Dieta absoluta.
- Reposición hidro-electrolítica.
- Analgesia.
- Sonda nasogástrica
- Inhibidores de la secreción ácida.
- Antieméticos
- Antibióticos

Obstrucción intestinal

DÍA MES AÑO

Se entiende por obstrucción intestinal la detención completa y persistente de heces y gases en algún segmento intestinal.

Se llama pseudoostrucción a una anomalía crónica de la función sin causa anatómica.

Según la localización de la obstrucción

Obstrucción de intestino delgado.

Obstrucción de intestino grueso.

Según la patogenia se distinguen dos tipos

Simple: existe solamente obstrucción de la luz intestinal con acúmulo de gas y líquido.

Estrangulada: compresión vascular y gangrena intestinal.

Obstrucción
mecánica
(Cíleo mecánico)

Estado fisiopatológico potencialmente reversible debido a motilidad inefectiva, no propulsora, sin que exista obstáculo al tránsito intestinal.

Obstrucción
funcional
(Cíleo paralítico)

Etiología

El 80% de las causas de obstrucción intestinal en el adulto lo constituyen:

* Adherencias o bridas por intervenciones quirúrgicas previas.

* Hernias

* Tumores intestinales (sobre todo Ca. colonrectales).

* Diverticulitis.

Cuadro clínico

* Dolor abdominal tipo cólico intermitente

- * Pérdida del apetito.
- * Estreñimiento
- * Vómitos
- * Incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases.
- * Inflamación del abdomen.

Factores de riesgo

- * Cirugía abdominal o pélvica que con frecuencia causa adherencias, una obstrucción intestinal común.
- * La enfermedad de Crohn que provoca que se engrosen las paredes del intestino, lo que estrecha el pasaje.
- * Cáncer de abdomen.

Diagnóstico

- Examen físico
- Radiografía
- Tomografía computarizada (TAC)
- Ecografía
- Enema baritado o con aire

Tratamiento

- El tratamiento para una obstrucción intestinal depende de la causa del trastorno, pero generalmente requiere la internación en el hospital.
- * Tratamiento de la intubación
 - * Tratamiento para la obstrucción parcial
 - * Tratamiento de una obstrucción total
 - * Tratamiento de la pseudoobstrucción

Perforación intestinal

DÍA	MES	AÑO

La perforación es un orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo. Este problema puede presentarse en el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar.

Causas

Apendicitis

Cáncer

Enfermedad de Crohn

Diverticulitis

Enfermedad de la vesícula biliar

Enfermedad de úlcera péptica

Colitis ulcerativa

Bloqueo intestinal

Agentes de quimioterapia

Aumento de la presión en el esófago.

Ingestión de sustancias cáusticas.

Cuadro clínico

Dolor abdominal intenso

Escalofríos

Fiebre

Náuseas

Vómitos

Asfixia

Diagnóstico

Radiografía de tórax o del abdomen puede mostrar la presencia de aire en la cavidad abdominal.

Esto se llama de aire libre y es signo de una ruptura. Si el esófago sufre una perforación, se puede ver el aire en el mediastino.

Una tomografía computarizada (TC) del abdomen a menudo muestra la localización de dicha perforación.

El conteo de glóbulos blancos con frecuencia es superior a lo normal.

Tratamiento

El tratamiento casi siempre implica cirugía para reparar el orificio.

* Algunas veces, se debe extirpar una pequeña parte del intestino. Una parte del intestino se saca a través de abertura (estoma) hecha en la pared abdominal. Esto se llama colostomía o ileostomía.

* También se puede necesitar un drenaje del abdomen u otro órgano.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Ileo mecánico

Clinica

- * Dolor abdominal (retortijones) difuso. Si el dolor se transforma en continuo y localizado sugiere estrangulación o perforación. Constante e intenso en caso de compromiso vascular.
- * Vómitos (puede orientar sobre el nivel de la obstrucción).
 - Clavos: Obstrucción pilórica
 - Biliosos: obstrucción alta de delgado
 - Fecaloideos: obstrucción baja de delgado y/o colon.
- * Ausencia de emisión de heces y gases.
- * Oclusión alta.
- * Oclusión baja.

Exploración física

- * Afectación por dolor
- * Signos de deshidratación
- * Inspección: cicatrices previas, distensión abdominal.
- * Palpación: dolor a la palpación.
- * Percusión: timpanismo.
- * Auscultación: antes de las 24-48h.
- * Tacto rectal normal, salvo fecaloma
- * Localización: hernia inguinal proximal.

Análisis y radiología

- * Dilatación de asas de intestino delgado con valvulas conivuentes ("imagen en pila de moneda") hasta el lugar de la obstrucción, rellenas de gas y/o líquido.
- * Niveles hidroaéreos en configuración de escalas en Rx en bipedestación.
- * Falta o disminución de gas en colon y en ampolla rectal.

--	--	--	--	--	--

DÍA	MES	AÑO

Ecografía abdominal

Solo está indicada ante sospecha de masa abdominal o de patología biliar como causa de la obstrucción.

Enema opaco

Ante sospecha de obstrucción de colon.

Tratamiento

Interconsulta a cirugía.

→ Dieta absoluta.

→ Reposición hidroelectrolítica iv.

→ Colocación de sonda nasogástrica.

Íleo paralítico

DÍA | MES | AÑO

Clinica

- * Clínica del proceso de base íleo.
- * Dolor abdominal no cólico.
- * Sensación de distensión abdominal.
- * Náuseas y vómitos leves.

Exploración

- * Fiebre no impresionante a pesar del gran dolor.
- * Datos cutáneos que orientan la etiología.
- * Inspección: distensión abdominal franca.
- * Palpación: dolor difuso sin signos de irritación.
- * Percusión: timpanismo.
- * Auscultación: disminución o ausencia de ruidos intestinales.
- * Tacto rectal: normal.

Pruebas complementarias

* Análisis:

- Hemograma
- Bioquímica sérica.
- Coagulación.

* Radiología:

- Abdomen simple
- Abdomen en bipedestación
- Decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal

[Empty rounded rectangular box]

DIA	MES	AÑO

Tratamiento

Tratamiento de la causa subyacente del íleo: tratamiento antibiótico en procesos neumónicos.

Tratamiento propio del íleo:

- Dieta absoluta
- Reposición hidroelectrolítica iv.
- Colocar sonda nasogástrica
- Observación durante 24-48h.

Hernias

DÍA	MES	AÑO

Las hernias son un problema frecuente. Produce una protuberancia localizada en el abdomen o la ingle.

Una hernia aparece cuando hay una debilidad o agujero en el peritoneo, la pared muscular que generalmente mantiene los órganos abdominales en su lugar.

Este defecto en el peritoneo permite que los órganos y tejidos penetren o se hernien, lo que produce una protuberancia o bulto.

El bulto puede desaparecer cuando la persona se acuesta, y, algunas veces, puede regresar a su posición original, debajo de la piel.

Tipos.

Ingle

Una hernia femoral crea una protuberancia justo debajo de la ingle. Una hernia inguinal es más frecuente en hombres. Es una protuberancia en la ingle que puede llegar hasta el escroto.

Parte superior del estómago

Una hernia hiatal o de hiato aparece cuando la parte superior del estómago sale de la cavidad abdominal hacia la torácica a través de una abertura en el diafragma.

Ombigo

Un bulto en esta región se produce debido a una hernia umbilical o periumbilical.

Cicatriz quirúrgica

Una cirugía abdominal anterior puede provocar una hernia incisional a través de la cicatriz.

Cuadro clínico

- * Dolor
- * Náuseas
- * Vómitos
- * Edema
- * Bulto no se regresa a su posición normal.

Tratamiento

- * Cirugía abierta
- * Operación laparoscópica.

Datos clave:

- Las hernias umbilicales concenones en los bebés.
- No suele doler.
- La obesidad es un factor de riesgo.
- El diagnóstico de una hernia umbilical se puede confirmar mediante un examen físico.

Trombosis mesentérica

DÍA	MES	AÑO

La trombosis venosa mesentérica (TVM) es un coágulo de sangre en una o más de las venas mayores que drenan sangre desde el intestino. La vena mesentérica superior está más frecuentemente involucrada.

Causas

- * Apendicitis
- * Cáncer de abdomen
- * Diverticulitis
- * Enfermedad hepática con cirrosis
- * Presión arterial alta en los vasos sanguíneos del hígado.
- * Cirugía abdominal o trauma.
- * Pankreatitis
- * Trastornos inflamatorios de los intestinos.
- * Insuficiencia cardíaca
- * Deficiencia de la proteína C3
- * Policitemia
- * Trombocitemia.

Cuadro clínico

- * Dolor abdominal
- * Distensión
- * Estreñimiento
- * Diarrea con sangre
- * Fiebre
- * Shock séptico
- * Sangrado gastrointestinal bajo
- * Vómitos
- * Neúrosis.

--

DÍA	MES	AÑO

Pruebas y exámenes

- Tomografía computarizada
- Angiografía
- RM del abdomen.
- Ultrasonido del abdomen

Tratamiento

Si se presentan signos y síntomas de una infección seria llamada peritonitis, se realiza una cirugía para extirpar la parte dañada del intestino.

→ Se utilizan anticoagulantes para el tratamiento de la TUM.

Trauma abdominal

DÍA	MES	AÑO

El abdomen puede ser lesionado en muchos tipos de traumatismos; la lesión puede limitarse al abdomen o estar acompañada de graves traumas.

Clasificación de acuerdo a la estructura dañada:

- Pared abdominal
- De órganos sólidos (hígado, bazo, páncreas, riñones).
- Visceras huecas (estómago, intestino delgado, colon).
- Vasos.

Clasificación de acuerdo a su mecanismo de lesión:

- Cerrado
- Penetrante

Complicaciones

- * Ruptura de hematoma
- * Absceso intraabdominal
- * Obstrucción intestinal o íleo
- * Fugas biliares y/o bilomas
- * Síndrome abdominal

Cuadro clínico

- Dolor abdominal.
- El dolor de una lesión esplénica a veces se irradia hacia el hombro izquierdo. El dolor de una pequeña perforación intestinal es mínimo.

[Empty box for patient name]

DÍA	MES	AÑO

Diagnóstico de los traumatismos abdominales

- * Evaluación clínica
- * TC o ecografía

Tratamiento

- * Laparotomía para el control de hemorragia, reparación de órgano, o ambos.
- * Embolización arterial.