



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Juan Bernardo Hernández López

Docente: Dr Romeo Suárez Martínez

Nombre del trabajo: Resúmenes de unidad

Materia: Urgencias médicas

Grado: 8°

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024.

Principales Tipos de Fracturas, Esguinces y Luxaciones

Una fractura es una interrupción de la Continuidad Ósea o Cartilaginosa.

Principales tipos de fractura. (según la edad)

- En RN la fractura de clavícula
- En niños la fractura de brazo: Las fracturas de antebrazo, cúbito y el radio y las fracturas de muñecas.

Clasificación

- Gwathlo y Anderson.

- Grado 1
- Grado 2
- Grado 3

- Fractura clavicular

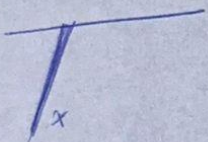
- Húmero

- Femur

- Radio

- Tibia

| Grado | Descripción | Antibioticoterapia |
|-----------|--|--|
| Grado I | Baja energía, fractura "de dentro a fuera", <1 cm, mínima contaminación | Penicilina G sódica Cristalina IV 100,000U/kg/dosis c/6hrs |
| Grado II | Moderada contaminación y destrucción de tejidos blandos, >1 cm | + Amikacina IV 15mg/kg/día en 2 dosis c/12 hrs |
| Grado III | III.A: Posible la cobertura de todo el hueso expuesto con partes blandas (cierre primario) | Penicilina G sódica Cristalina IV + Amikacina IV + Metronidazol 7.5mg/kg/dosis c/8 hrs |
| | III.B: Cobertura insuficiente, es necesario recurrir a procedimientos especiales (colgajos o injertos) | |
| | III.C: Lesión vascular asociada | |



- RICE y PRICE

- Inmovilización con férula o yeso

- Reducción abierta y fijación interna

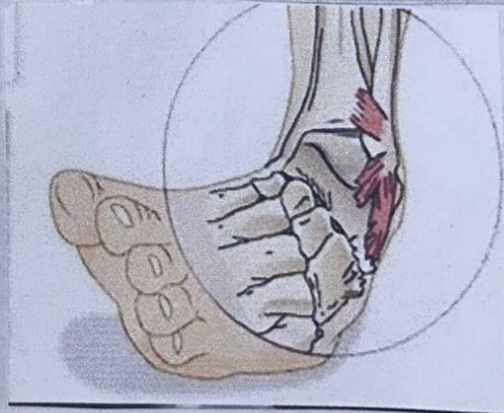
- Reducción abierta y fijación externa

R I C E

Reposo Hielo Compresión elevación

Esguince

- Son desgarras de los ligamentos y las torceduras son desgarras de las miocitas.
- Los desgarras (roturas) también pueden ocurrir en los tendones



Clasificación

- 1er grado: Mínimo (fibras se estiran pero siguen intactas)
- 2do grado: parcial (algunas o casi todas se rompen)
- 3er grado: Completa (Todos las fibras se rompen)

FR

- Práctica de deportes
- Superficies irregulares
- Lesiones de tobillo
- Estado físico deficiente

Lesión de tendones

- Grado Completo - Incompleto



Luxación

- Separación completa de los 2 huesos que conforman una articulación. La subluxación es la separación parcial.

Causas

- Generalmente son causadas por un impacto súbito a la articulación
- Por lo general se presenta después de un golpe, una caída u otro traumatismo

Síntomas

- Entumecimiento o parestesias
- Dolor intenso
- Movimiento limitado
- Hematoma
- Edema
- Visiblemente fuera de lugar
- Reducción
- Inmovilización
- Cirugía
- Rehabilitación



Hemorragia Digestiva Alta.

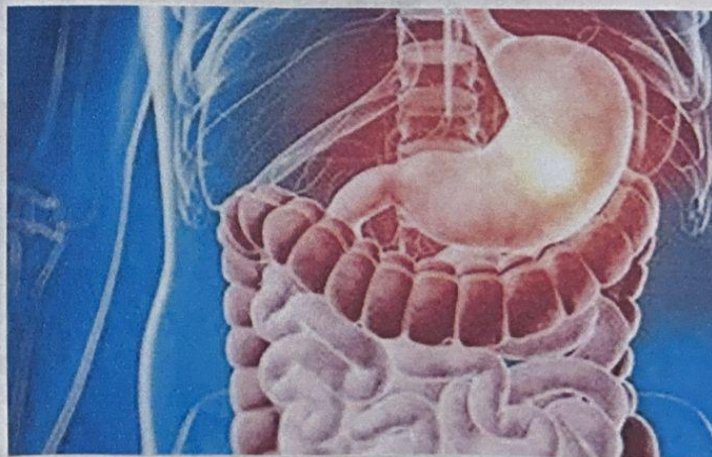
- Pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo.
- Enf. frecuente en los servicios de urgencias
 - Clínicamente encontramos
 - Hematemesis
 - Melenas
 - Reclonaggio
 - Hematoquecia
 - Hemorragia digestiva a.
 - Hemorragia digestiva b.
 - Hemorragia digestiva de origen oscuro.



- No toda emisión de sangre «ab» por la boca indica inudablemente que el origen se encuentra en el tubo digestivo
- Debe realizarse una endoscopia digestiva alta
- Se recomienda no colocar una SNG ante la sospecha de una HDA
- Se recomienda utilizar Glasgow para decidir realizar una endoscopia urgente
- para confirmar la existencia de una HD es aconsejable realizar un tacto rectal
- Melenas indica habitualmente un origen alto

Conocer.

- Monitorizar los signos vitales, especialmente la frecuencia cardiaca, FR, PA
- Inestabilidad hemodinámica
- Un buen indicador es el llamado índice de shock se debe \div la FC entre la PAS, Mayor 1 se dice inestable.



Resucitación Hemodinámica.

Monitorización continua

Vías venosas periféricas gruesas

- Adm. de oxígeno en gafas nasales
- Reposición de la volemia / cristaloideos

El objetivo es mantener PAS > 90 mmHg

3 escenarios.

- Px inestable o sintomático: sin restricción en la política transfusional
- Transfundir para reponer la pérdida / cristaloideos
- Tomar en cuenta el uso de UCI
- Uso de IOT / maniobra de protección de vía aérea.

▶ Px estable con necesidad de transfusión.

- Se recomienda no transfundir \rightarrow Salvo que la hemoglobina se encuentre de ≤ 8 g/dl

▶ Px estable sin necesidad de Transfusión

- Aportar hierro / i.v. en px con hemoglobina ≤ 10 mg/dl

Etiología.

HDA no varicosa (80-90%)

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

- Lesiones agudas de mucosa gástrica

- Síndrome de Mallory weiss

- Lesiones vasculares

- Esofagitis péptica

- Erosiones de la hembra de hígato

- Fístula aortoenterica

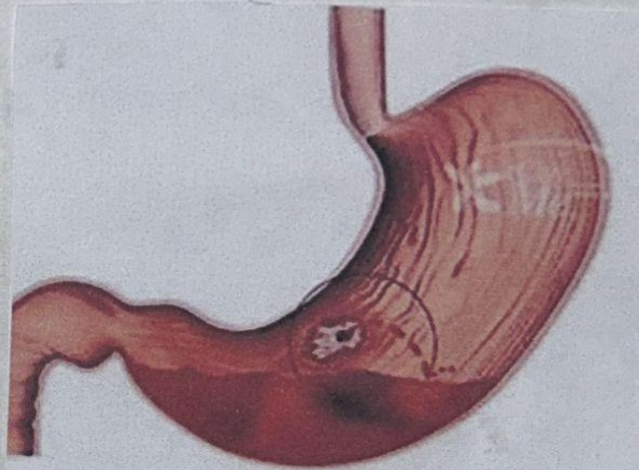


Dx

- Correcta anamnesis puede ayudar para conocer el origen de hemorragia.
- Adecuada exploración física.
- Analítica: Hemograma, bioquímica con urea, perfil hepático, lactato, coagulación y pruebas cruzadas
- ECG: Descartar cardiopatías
- Radiografía de tórax y abdomen: Perforación
- Endoscopia DA: Origen del sangrado
- Angio-TC: Sensibilidad cercano al 100% en la HDA masiva.

Tx

- Adm. de inhibidores de la bomba de protones
- Nunca retrasar EDA
- Mantener perfusión de IBP durante 72 hrs / Forrest 1a, 11a, 11b dieta absoluta.
- Uso de omeprazol.
- Px con estudios de alto riesgo indicado al ingreso
- Px con comorbilidades y sin anemia importante con úlcera de bajo riesgo
- ▶ **Endoscópico**: doble terapéutica
- ▶ **Quirúrgico**: Hemorragia masiva /residiva
- ▶ **Secundario a varices esofágicas.**
 - vasoconstricción esplénica que reduzca el flujo venoso portal
 - Fármacos utilizados:
 - Somatostatina: bolos de 250 µg i.v (control de hemorragia) + perfusión de 500 µg/h (6mg/12 hrs) durante 5 días



Hemorragia digestiva baja

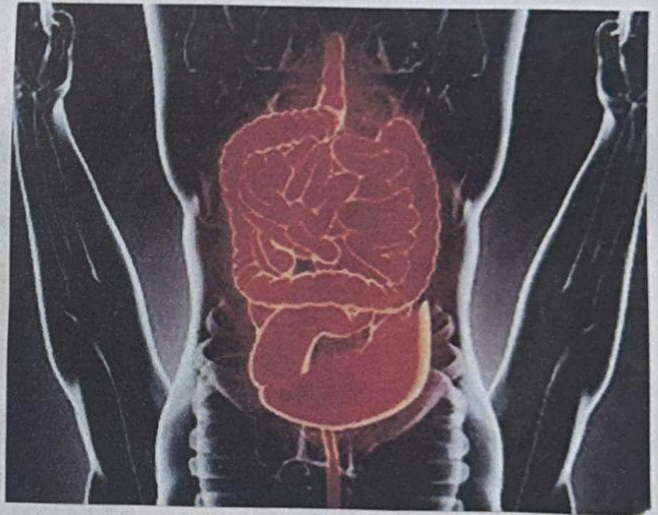
- pérdida de sangre por el tubo digestivo, con Origen distal al ángulo de Treitz.
- A la hora de inicial del paciente en Urg. es más práctica la clasificación tradicional.
 - Rectorragia: Pérdida de sangre roja fresca
 - Hematococia: " " de aspecto rojo vinoso
 - Melena: Sangre digerida.

- Etiología

- Aproximadamente un 80% de las HDB
- Causa principal enf. anorrectal (hemorroides y fisura anal)
- Px < 50 años es la enf. inflamatoria intestinal.

- Atención al px

- Estabilización hemodinámica / Gravedad
- Verificar índice de shock
- Escala Oakland ≤ 8 (menor)
- (> 8 hemorragia mayor)
- Canalizar 2 vías periféricas de grueso calibre
- Monitorización PA, FC, FR
- Pruebas cruzadas
- Reposición de volumen / cristaloides
- Estabilización y reorientación



- Anamnesis y exploración física tras la estabilización

Anamnesis

- Forma de presentación
- Comorbilidades de interés
- Ant. de tx endoscópico
- Tx farmacológicas
- Síntomas acompañantes.

- Exploración física.

- Cardio pulmonar
- Abdominal
- Cuidadosa inspección anal
- Buscar la presencia de masas o visceromegalias.
- Signos de peritonismo
- Px anticoagulado
- Signos leve, moderado / grave.

- Abordaje de antiagregante y anticoagulante

- Tanto en los casos de HDB se recomienda individualizar en cada caso

GASTROENTEROLOGÍA - HEMORRAGIA DIGESTIVA

PIREOLIAZ
UNIVERSIDAD DE VALLECAJALPA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Se define hemorragia digestiva alta (HDA) al sangrado proximal al ángulo de Treitz: esófago, estómago y duodeno

| Diagnóstico | Características clínicas |
|---|---|
| Úlcera péptica (42%) Varices gastroesofágicas (16%) Esófago (13%) Tumores (7%) Angiodisplasias (5%) Mallory Weiss (4%) Divertículo (2%) | Hematemesis: "sangre que se vomita", con o sin contenido alimentario. Puede haber coágulos. Melena: "sangre digerido", con heces blandas, negras brillantes, pastosas y mucilinosas. Vómitos porraceos: O en bota de café. Son restos hemáticos oscuros. Indican sangrado activo. Otros: Se asocia a signos de hipovolemia y anemia aguda. |

Clasificación etiológica

| | |
|-----------------|--|
| HDA variceal | más mortales, como varices gastroesofágicas |
| HDA no variceal | más frecuentes, como úlcera péptica o gastroduodenal; duodenal más común en adultos; y gástricas; más sangrantes, en ancianos, se asocia a AINE. |

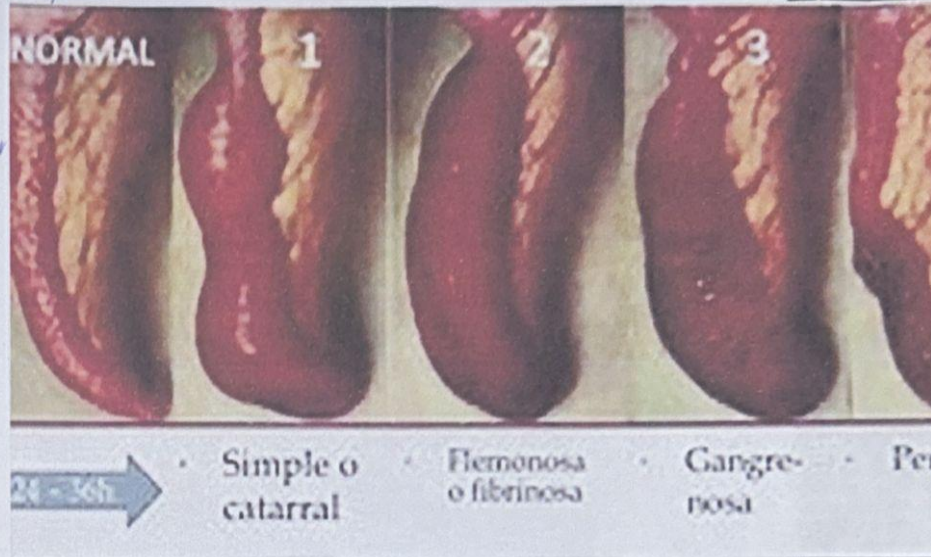


Apendicitis

Definición: Inflamación del apéndice cecal o vermiforme que comienza con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

Fisiopatología

- Obstrucción de luz apendicular por
 - + Hiperplasia linfoidal
 - + Fecalito
 - + Cuerpo extraño
 - + Tumores
 - + Helminfos



- * La obstrucción de la luz apendicular causa distensión del tejido con una proliferación bacteriana aumentada
- * Existe un aumento de la presión intraluminal que condiciona a un proceso de inflamación, isquemia y en casos graves necrosis del tejido.

- * La necrosis del tejido esta mediado por la obstrucción del flujo venoso linfático, que reduce el flujo arterial dando lugar a la necrosis, con perforación del tejido y dando paso a la complicación más común y mortal que es la peritonitis.



Etiología:

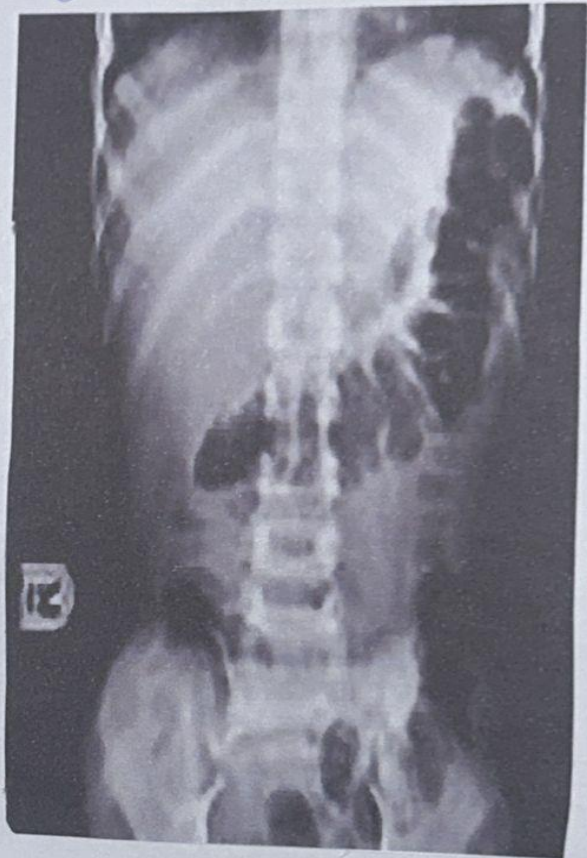
- * Fecalitos
- * Hiperplasia del tejido linfoide
- * Cuerpos extraños
 - Fibras vegetales
 - Semillas
- * Restos de bario de estudios radiológicos previos
- * Helmintos
- * Tumores

Factores de riesgo

- * Edad (20 y 30 años)
- * Sexo masculino
- * Antecedente familiar
- * Raza Caucásica
- * Inmuno comprometido
- * Dieta pobre en fibra.

Clinica.

- * Náuseas y vomito
- * pérdida del apetito.
- * Fiebre
- * Constipación o diarrea
- * Dolor en hiliaca derecha
- * Dolor periumbilical
- * posición antalgica
- * Abdomen de madera
- * Dolor Característico con migración de la región periumbilical a C/D
- * Triada de Murphy
 - Dolor abdominal
 - Fiebre
 - Náuseas y vomito.



Clasificación

a) Según conducta.

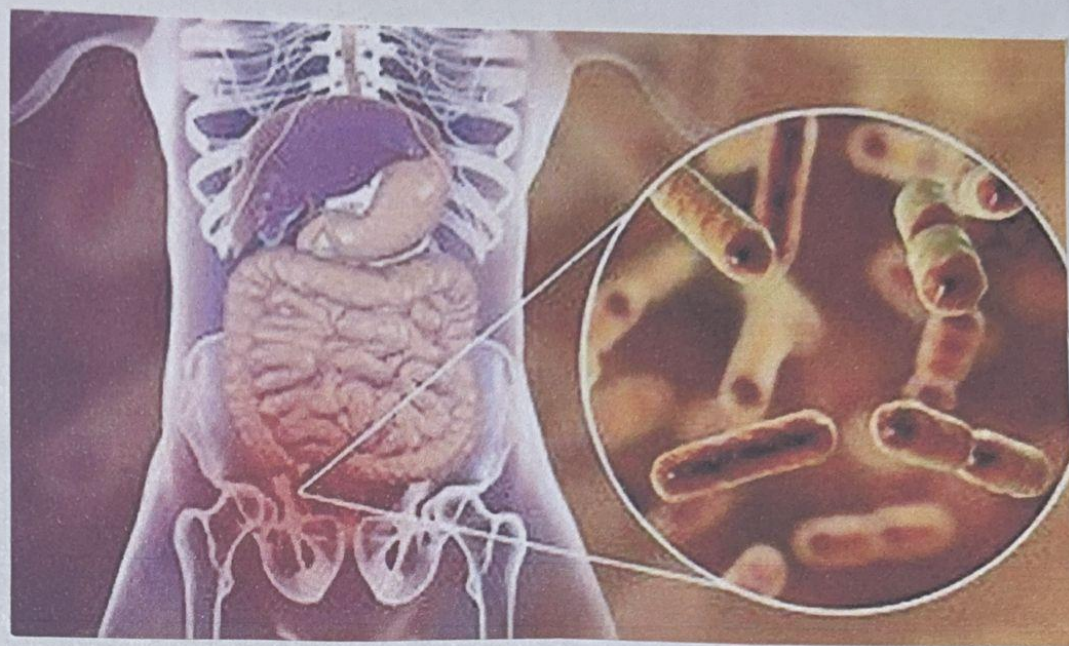
- Quirúrgico
- No quirúrgico

b) Según Origen

- Infeccioso
- Inflamatorio
- Obstruivo
- Vascular
- Hemorrágico

c) Según causa

- Traumático
- No traumático.



- Método dx

- Anamnesis + EF + sig y sint.

* puntos

- Mc Burney
- Morris
- Lanz

* Signos

- Somet
- Blumberg
- Mussy
- Aarón
- Rovsing
- psoas
- Obturador

* Maniobras

- * Klein
- * Alders
- * Talo percusión
- * TAC
- * Ultrasonido
- * BH
- * EGO

* Radiografía de abdomen.



Patología V. Biliar

Vesícula Biliar

- Órgano Oval alargado adyacente a la fisiona interlobul
- Su función básica es la de almacenar y concentrar bilis Secretada por el hígado a través de los conductos hepático y cístico hasta ser requerida para el proceso de la digestión.
- Forma de pera 3cm x 7cm - Almacenamiento de bilis
- Ubicada en fosa inferior del lóbulo derecho del hígado.
- Inervación por arteria cística - Inervación simpática y parasimpática.

- Las principales enfermedades de la vesícula biliar son: Colecistitis ó la calculosis.
- Otras: pólipos y Adenomatosis

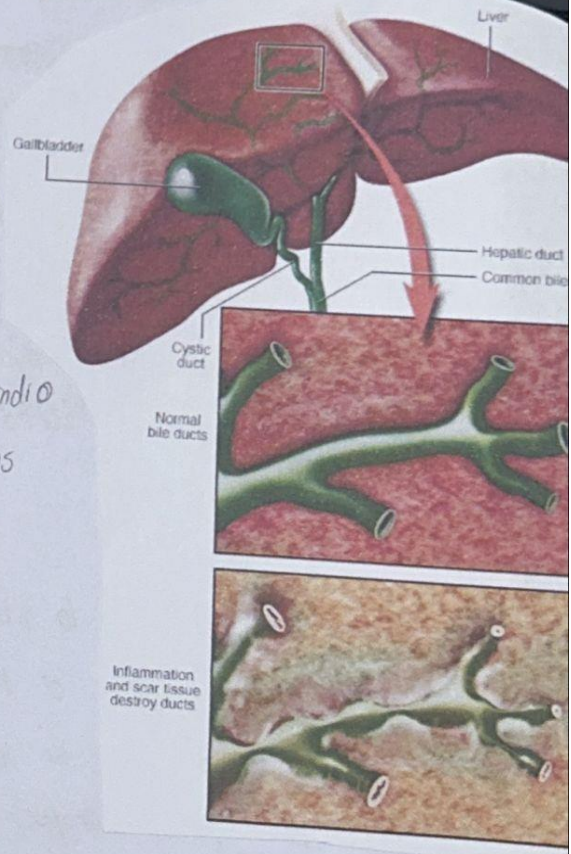
Factores de Riesgo

■ Modificables

- Obesidad - Resis. Insulina
- DM - Baja bruxa de peso en obesos mórbidos
- Vida sedentaria - HDL ↓
- Hipertiglicidemia - Drogas hipolipemiantes
- Dieta. (clofibrato).

■ No modificables

- Edad
- Sexo femenino
- Ancestro Amerindio
- Factores Genéticos



Colecistitis.

- Inflamación e irritación repentina de v.B que se produce cuando la bilis se queda atrapada en la vesícula
- Secundario al bloqueo del conducto cístico
- Puede ser producto de enfermedades como VIH, DM, tumores, lo que provocan inflamación.

Hallazgos ecográficos contribuyen al dx.

- Colelitiasis
- Engrosamiento de la pared v.B.
- ↑ del tamaño de la v.B.
- líquido pericolecístico
- Cálculo impactado en cuello de vesícula
- Dolor rocal a presión directa

Defensa muscular involun. → Agudo → Murphy

LABORATORIO

- Hemograma
 - Leucocitosis y Desviación izquierda
- Elevación moderada de amilasa sérica (< 1.000 U/L).
- Hasta un 25% de los casos de colecistitis "aguda" presentan ictericia durante su evolución
 - Coledocolitiasis asociada
 - Compresión del colédoco por un cálculo vesicular grande enclavado en el bacinete
 - Colestasia por endotoxinas bacterianas.

Colelitiasis

- Formación de cálculos en las vías biliares, principalmente en la vesícula.
- Acrecencias de materias sólidas que pueden ser pequeñas como gránulos de arcilla o tan grandes que ocupen la vesícula.
- El síntoma más frecuente es un dolor agudo localizado en el hipocóndrio derecho o en epigastrio que se prolonga durante 6 hrs y que finaliza cuando el cálculo se desimpacta del cuello de la vesícula.

Cólico biliar

- Síntoma principal de la litiasis
- Cálculo obstruye alguno de los puntos críticos del sistema biliar.
- Hipertensión brusca de la vesícula o vía biliar.
- se cree que aparecen después de comidas abundantes ricas en grasas

Coledocolitiasis

- Aproximadamente 5-10% en px con litiasis vesicular, coexisten cálculos en vía biliar

- Presenta: dolor, ictericia, coluria, fiebre
- La migración silenciosa de cálculos de la vesícula al colédoco y de allí al duodeno, fenómeno relativamente común.

Colangitis

- Enclavamiento de un cálculo coledociano en la ampolla
- Infección que asciende por vía biliar
- Urgencia médico - Quirúrgico
- Tríada de Charcot

Dx

- Ecografía abdominal
- Colangiografía
- Radiografía de abdomen simple

Tx

Colecistitis Aguda: Quirúrgico +

Antibiótico terapia

Coledocolitiasis

- Extracción
- ERCP y colecistectomía.

Colangitis Aguda

- Soporte General - Antibiótico Endovenoso - Drenaje

Tx

COLEDOCOLITIASIS

LABORATORIO

- ✓ Colestasia y elevación transitoria de TS que pueden llegar a valores de 500 U/L o más.
- ✓ A su vez, todo paciente con dolor abdominal tipo cólico biliar asociado a elevación transitoria (3-5 días) de TS, con o sin hiperbilirrubinemia, primera posibilidad diagnóstica obstrucción parcial de vía biliar.