

Traumatología

Una fractura es la rotura de un hueso. La mayoría de las fracturas se debe a una única aplicación de una fuerza significativa sobre un hueso normal.

Además de las fracturas, las lesiones musculoesqueléticas incluyen:

- Luxaciones y subluxaciones.
- Esguinces de ligamentos, distensiones musculares y lesiones tendinosas.

Fisiopatología

Las fracturas pueden ser:

- **Abierta:** la piel suprayacente se altera y el hueso roto está en comunicación con el medio ambiente a través de una herida cutánea.
- **Cerrada:** la piel suprayacente está intacta.

Las fracturas patológicas ocurren cuando una fuerza leve o mínima fractura una zona de hueso debilitado por un trastorno (por ejemplo: osteoporosis, cáncer, infección, quistes óseos).

Las fracturas por estrés son el resultado de la aplicación repetitiva de fuerza moderada, como puede ocurrir en corredores de larga distancia.

Clasificación

Las distintas maneras entre las que se presenta una fractura son:

- Fractura sin desplazamiento, donde la alineación de los fragmentos no se pierde.
- Fractura con desplazamiento, en la que los huesos sufren desviación.
- Fractura cominuta, donde los huesos se parten en más de tres pedazos.
- Fractura abierta, en la que el hueso es capaz de romper la piel.
- Fractura cerrada, la cual es opuesta a la anterior, ya que el hueso no rompe la piel.
- Fractura en tallo verde, en la cual el hueso se dobla, pero no se quiebra por completo.

Las más comunes son:

causas

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| - Clavícula | * Caídas desde altura |
| - Brazo, muñeca y mano | * Golpe directo |
| - Tibia y perone | * Accidentes de auto |
| - Fémur | * Fuerzas repetitivas |
| - Radio | |

Síntomas

- Dolor
- Impotencia funcional
- Deformidad
- Hematoma
- Fiebre
- Entumecimiento
- Ruptura de la piel

Diagnóstico

Se realiza con un examen físico y exámenes de diagnóstico. Durante el examen, el médico obtiene una historia médica y cuestiona el cómo se produjo la lesión.

Los procedimientos de diagnóstico pueden incluir:

- **Radiografías:** examen de diagnóstico que se utiliza para evaluar la curva y medirla.
- **Resonancia magnética:** se realiza para descartar cualquier anomalía relacionada con la médula espinal y nervios



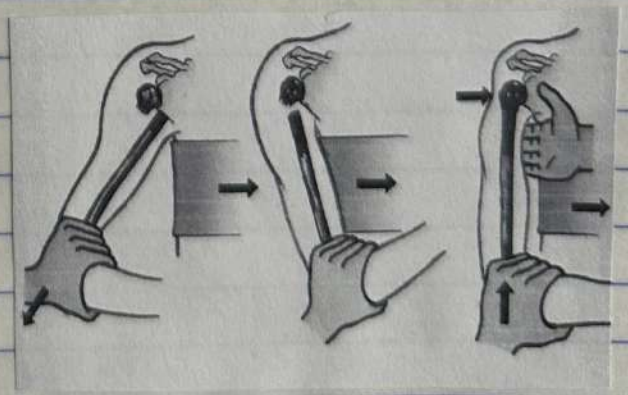
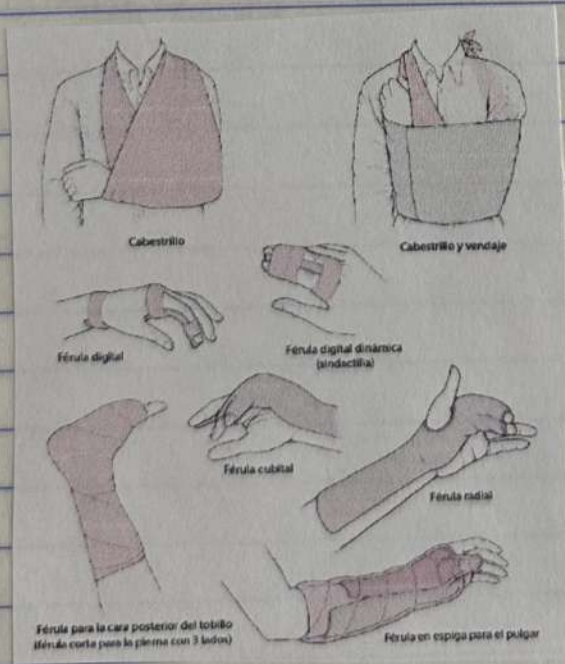
Tratamiento

Las tres opciones principales para el tratamiento:

1- Inmovilización con férula

2- Reducción abierta y fijación interna. Requiere una intervención quirúrgica para reparar la fractura. con frecuencia se utilizan varillas de metal, tornillos o placas para reparar el hueso, los cuales se mantienen fijos, debajo de la piel.

3- Reducción abierta y fijación externa. Requiere una operación quirúrgica para reparar la fractura y la colocación de un aparato para fijación externa del miembro fracturado. Por lo general, esta técnica se aplica a las fracturas complejas.



Esguinces

Es un estiramiento o desgarro de los ligamentos, las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones. La más común es en tobillo.

Se producen a menudo al caminar o realizar ejercicio sobre una superficie desnivelada.

El tratamiento incluye: reposo, hielo, compresión y elevación.

Luxación

Es una separación de dos extremos de los huesos en el lugar donde se encuentran en una articulación.

Puede ser difícil diferenciar entre un hueso luxado y un hueso fracturado.

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

La subluxación de la cabeza del radio (codo de ninera) es una luxación parcial común en niños que empiezan a caminar.



Urgencias Digestivas

Hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Puede ser alta o baja.

Sangrado de tubo digestivo alto

Suele manifestar por hematemesis y/o melena. La presencia de hematemesis generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces, también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de 5 horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en las heces mientras la sangre que ha permanecido por 20 horas es, por lo general melénica.

Etiología

Entre las causas se incluyen:

Úlcera péptica. Esta es la causa más frecuente de sangrado del tracto gastrointestinal alto.

Desgarros en el recubrimiento del tubo que conecta al esófago. conocidos como desgarros de Mallory - Weiss. Puede causar sangrado abundante. Es común en consumidores de alcohol.

Esofagitis. La causa más frecuente es la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Gastropatía hipertensiva portal. Esta enfermedad repercute principalmente en personas con una enfermedad hepática grave.

Hernia de hiato. Deriva en un sangrado.

Síntomas

- Hematemesis
- Heces negras y pegajosas
- Sangrado rectal

Complicaciones

- Anemia
- Choque
- Muerte

Diagnóstico

Una correcta anamnesis puede ayudar a filiar el origen de la hemorragia. Pruebas complementarias incluyen:

- Analítica
- ECG
- Rx de tórax y abdomen
- Endoscopia digestiva alta
- Angio - TC

Tratamiento

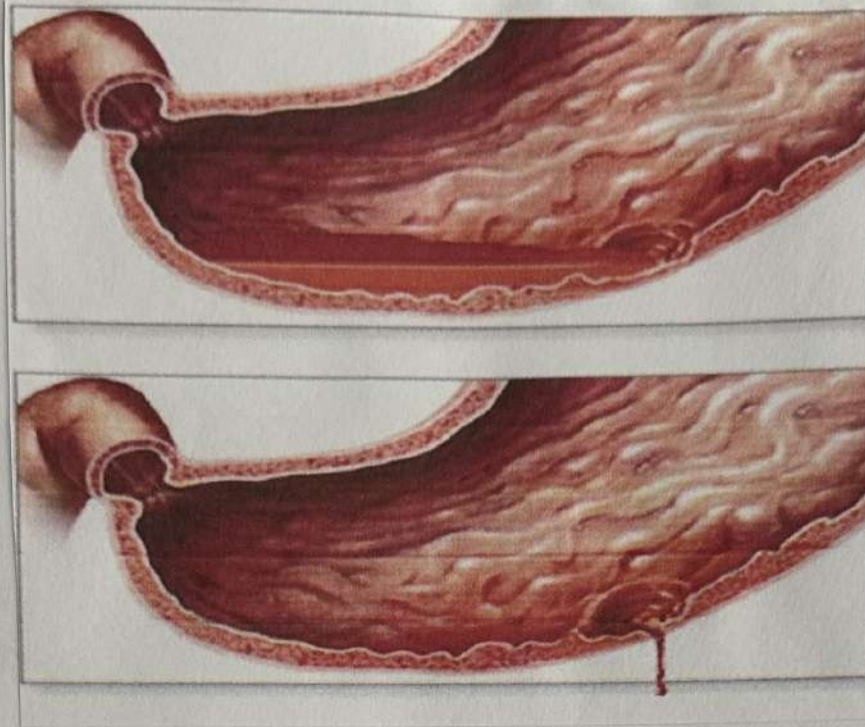
La administración de inhibidores de la bomba de protones previo al tratamiento endoscópico reduce la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de tratamiento endoscópico. Sin embargo, nunca deben retrasar la EDA.

Se recomienda administración inicial de bolo intravenoso de 80 mg de IBP, seguido de una perfusión continua a 8 mg/h. Debe mantenerse la perfusión continua de IBP durante 72 horas en aquellos pacientes con estadios de Forrest Ia, Ib, IIa, IIb estadios, así como dieta absoluta 24 horas.

Forrest	Descripción	Recidiva
Ia	Sangrado a chorro ("en jet")	85-90 %
Ib	Sangrado en babeo o en sábana	50-55 %
IIa	Vaso visible	25-30 %
IIb	Coágulo adherido	10-20 %
IIc	Mancha roja/negra, punto de hematina	7-10 %
III	Fondo fibrinado	3-5 %

Sangrado de tubo digestivo bajo

Se define como la pérdida de sangre por el tubo digestivo de origen distal al ángulo de Treitz. Afecta generalmente a individuos de edad avanzada y a menudo comorbilidades graves.



Etiología

- Aproximadamente un 80 % de las HDB tienen origen en colon.
- La causa principal en todas las edades es la enfermedad anorrectal.
- En pacientes < 50 años las causas más frecuentes de HDB grave es la enfermedad inflamatoria intestinal.
- En pacientes > 50 años la causa más frecuente es la hemorragia diverticular.
- Otras causas pueden ser colitis isquémica, angiodisplasias o neoplasias.

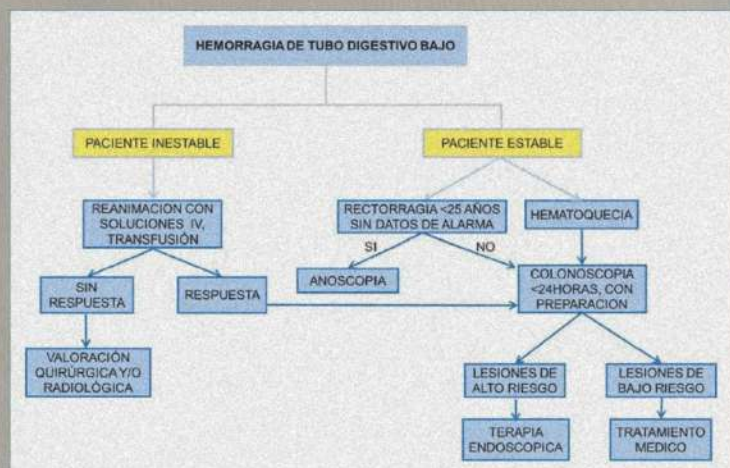
Signos y Síntomas

- Rectorragia
- Hematoquecia
- Melena
- Anemia

Tratamiento

Es necesario diferenciar 3 escenarios en el paciente:

- Paciente inestable o sintomático. En este caso, no hay restricción en la política transfusional. Se debe transfundir para reponer la pérdida. En estos casos, se recomienda administración conjunta de cristaloideos y concentrados de hemates hasta lograr la estabilización.
- Paciente estable con necesidad de transfusión. Un concentrado de hemates aumenta el hematocrito aproximadamente un 3% y la hemoglobina 1g/dl. Ante pacientes jóvenes, que no presentan comorbilidades graves ni sintomatología asociada a la anemia, se emplea el umbral de hemoglobina de 7 mg/dl para transfundir hemates con objetivo de transfusión entre 7 y 9 mg/dl.
- Paciente estable sin necesidad de transfusión. Se debe aportar hierro. Nuestra recomendación es el uso de hierro intravenoso en pacientes con hemoglobina menor de 10 mg/dl y, en el caso de alta del paciente, con hierro oral.



Apéndice

La apendicitis es una inflamación del apéndice, causa dolor en la parte inferior derecha del abdomen. Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y se desplaza. A medida que empeora la inflamación, suele aumentar el dolor de la apendicitis y, con el tiempo, se agrava.

Etiología

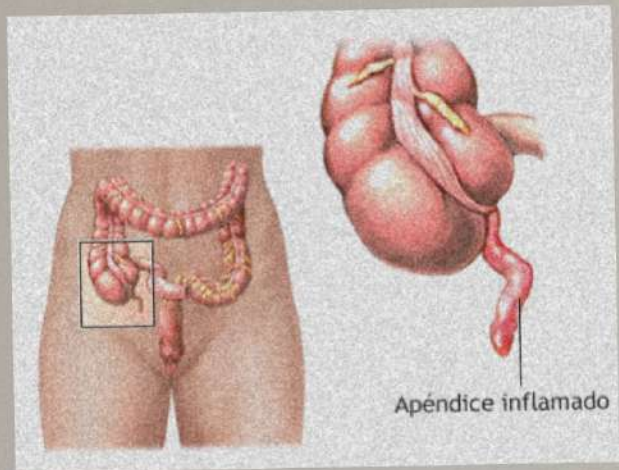
- Obstrucción
 - Fecalito
 - Tejido linfóide
 - Semillas
 - Parásitos

Factores de riesgo

- Sexo masculino
- Caucásico
- Meses de verano
- Edad < 30 años (69 % de los casos), Pico 10-14 años en varones, 15-19 años en mujeres

Síntomas

- Dolor repentino que comienza en el lado derecho en la parte inferior del abdomen
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Fiebre baja
- Estreñimiento o diarrea
- Hinchazón abdominal
- Anorexia



Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, complementado a menudo con una TAC o una ecografía.

- Exploración física
- Análisis de sangre
- Estudios por imágenes

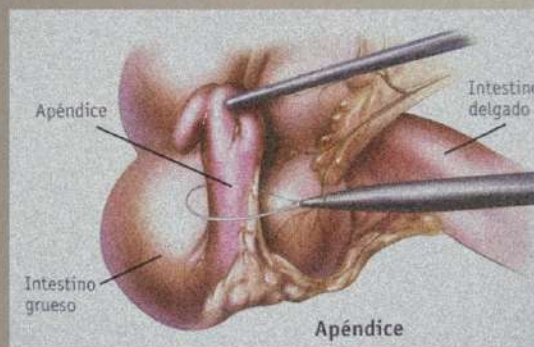
APENDICITIS AGUDA ESCALA DE ALVARADO

Síntomas	Migración de dolor	1
	Anorexia	1
	Náusea y vómito	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote	1
	Fiebre	1
Laboratorios	Leucocitosis	2
	Neutrofilia	1
TOTAL		10

Tratamiento

La mayoría de las veces, un cirujano extirpará el apéndice tan pronto como se realice el diagnóstico.

Si una tomografía computarizada muestra un absceso, lo pueden tratar primero con antibióticos.



Patologías de la vía biliar

Colecistitis crónica litiasica agudizada

Es la inflamación aguda de la vesícula biliar, provocada en el 90 % de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito. La vesícula obstruida se distiende y su pared sufre una inflamación química que se manifiesta como edema y engrosamiento.

Etiología

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

1. El grado de la obstrucción
2. La duración de la obstrucción

Si la obstrucción es parcial y de corta duración, solo se experimentará cólico biliar. En cambio, si la 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.

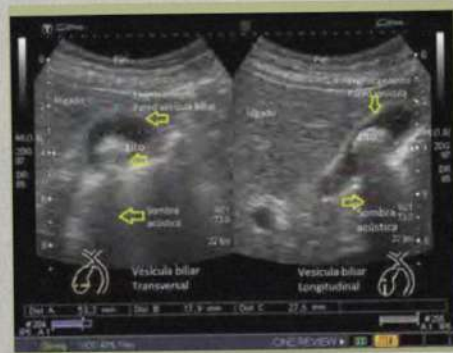
Factores de riesgo

- Edad
- Sexo femenino
- obesidad
- Pérdida de peso
- Nutrición Parental
- Descenso de HDL
- Aumento de triglicéridos



Diagnóstico

Se integra con el interrogatorio, la exploración física, la exploración generalizada, los estudios de laboratorio y los métodos de imagen. De éstos, el ultrasonido es la prueba no invasiva de primera elección.



Tratamiento

El manejo requiere ingreso hospitalario, reposo en cama, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioterapia 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.

Hidrocolecisto

es una complicación de la obstrucción del cístico por un cálculo. vesícula biliar sobredistendida por una sustancia mucosa incolora, secretada por las glándulas del cuello, es una distensión anormal de la vesícula biliar secundaria a una infección intraluminal

Etiología

Puede deberse a una obstrucción del conducto cístico o puede asociarse con diabetes mellitus, colangitis esclerosante primaria, leptospirosis y drogas.

Síntomas

- Hipersensibilidad.
- Dolor en hipocondrio derecho.
- Síndrome febril con escalofríos,
- Náuseas
- Vómitos
- Masa palpable

Tratamiento

Es quirúrgico y consiste en colecistectomía, lavado quirúrgico y drenaje, e incluso en la reparación de las complicaciones si presenta.

Colelitiasis

Es la formación de cálculos en las vías biliares, principalmente en la vesícula, son acreencias de materias sólidas que pueden ser pequeñas como granos de arcilla, o tan grandes que ocupen toda la vesícula.

Epidemiología

Se encuentran hasta en el 10% de la población, y la mayoría son asintomáticos, solo el 2% se vuelve sintomático.

Síntomas

El síntoma más frecuente es un dolor agudo localizado en el hipocondrio derecho o en epigastrio que se prolonga durante 6 horas y que finaliza cuando el cálculo se desimpacta del cuello de la vesícula o pasa completamente a través del conducto cístico.

Coledocolitiasis

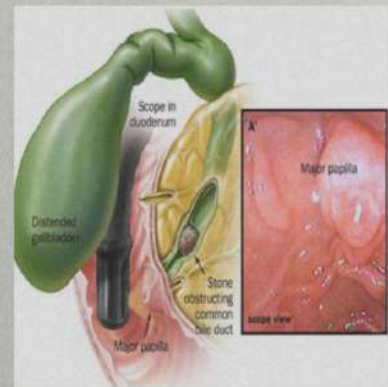
- En aproximadamente 5 a 10% de los pacientes con litiasis vesicular sintomática, coexisten cálculos en la vía biliar
- Presenta: dolor, ictericia, coluria, fiebre
- La existencia de ictericia asociada a dolor abdominal tipo colico biliar, siempre pensar en obstrucción de la vía biliar.

COLEDOCOLITIASIS

La migración silenciosa de cálculos de la vesícula al colédoco, y de allí al duodeno, es un fenómeno relativamente común.

Se han encontrado cálculos biliares en las deposiciones de pacientes con colelitiasis asintomática.

No es infrecuente que la exploración radiológica o quirúrgica de la vía biliar en un enfermo con un cuadro típico de coledocolitiasis no demuestre los cálculos, porque éstos ya pasaron al tubo digestivo.



Colangitis

- Enclavamiento de un cálculo coledociano en la ampolla
- Infección que asciende por la vía biliar
- Urgencia médico - quirúrgico
- Triada de Charcot (dolor en hipocondrio derecho, ictericia, fiebre)

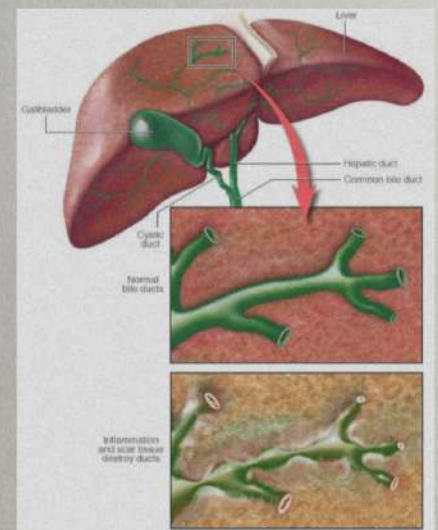
Diagnostico

- Ecografía abdominal
- Colangiografía
- Radiografía de abdomen simple

Tratamiento

QUIRÚRGICO + ANTIBIOTERAPIA

- Cefalosporinas de 2º o 3º G/
fluoroquinolonas + metronidazol
- Colectomía laparoscópica precoz:
48-96 horas



Pancreatitis

Definición

Inflamación 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: Presentan complicaciones locales o sistémicas

Etiología

- A. La colelitiasis y el alcohol: Son las más frecuentes
- B. Otros: Procesos infecciosos (virus, infecciosos, Parásitos), fármacos, traumatismos, hiperlipidemias tipo I, IV y V, enfermedades autoinmunes, hiperparatiroidismo, isquemia, anomalías ductales Pancreáticas y obstrucción mecánica al flujo Pancreático por cáncer

C. Idiopáticas

Manifestaciones clínicas

- A. Dolor abdominal (95%)
- B. Náuseas y vómitos (80%)



- Distensión abdominal
- Estreñimiento
- Fiebre
- Ictericia

Clasificación



CRITERIOS DE RANSON
(ESCALA DE PREDICCIÓN DE PANCREATITIS AGUDA)
(ALCOHÓLICA vs BILIAR)

0 HORAS

		ALCOHÓLICA	BILIAR
L	Leucocitos	> 16,000/mm ³	> 18,000/mm ³
L	LDH	> 350 U/L	> 400 U/L
E	Edad	> 55 años	> 70 años
G	Glucosa	> 200 mg/dl	> 220 mg/dl
AS	AST	> 250 U/L	> 250 U/L

48 HORAS

		ALCOHÓLICA	BILIAR
L	Lípidos (triglicéridos)	> 6,000 mg/dl	> 4,000 mg/dl
D	Deficit de base	> 4 mEq/L	> 5 mEq/L
C	Cálculo (bilirrubina)	< 8 mg/dl	< 8 mg/dl
H	Hematocrito (caída)	> 10% de caída	> 10% de caída
A	Azúcar (amilasa)	> 5 mg/dl	> 2 mg/dl
O	O ₂ (presión)	< 60 mmHg	-

CRITERIOS RANSON
0-2 puntos: pancreatitis LEVE.
3-5 puntos: pancreatitis GRAVE.

TIP Los "CRITERIOS DE RANSON" son predictores de severidad de una probable Pancreatitis Aguda, corroborada por laboratorio.

Métodos diagnósticos

- Amilasa
- Lipasa
- TCC
- RM
- USG abdominal

Tratamiento

T. de soporte: administración de solución cristalóide a razón de 5-10 ml/kg/h

Analgesia: se recomienda el uso de meperidina frente a morfina

Soporte nutricional

Antibióterapia: ceftriaxona (1-2 g/h) o en caso de alergia a beta-lactámicos, aztreonam (1 g/8h).

Obstrucción Intestinal

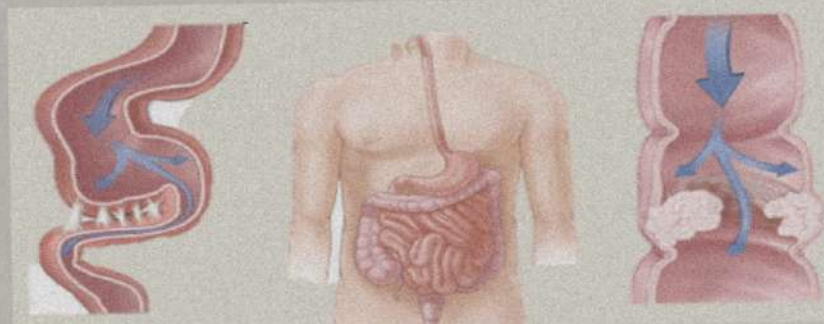
Es un cuadro clínico producido por la dificultad de tránsito del contenido intestinal a través del tracto digestivo de manera completa, debido a una causa intrínseca o extrínseca al propio intestino. Cuando no sea completa, se denominará suboclusión intestinal.

Fisiopatología

- Enfermedad frecuente de consulta al servicio de urgencias, representa el 1-3 % de los dolores abdominales y un 20 % de los ingresos en el servicio de cirugía general.
- Es potencialmente grave, ya que puede dar lugar a isquemia y perforaciones

Etiología

- Causa mecánica
- Denominándose íleo mecánico u obstructivo
- Existe un obstáculo que impide el paso del contenido intestinal
- Causa motora o funcional
- Denominándose seudooclusión intestinal, íleo paralítico o adinámico
- Alteración en la motilidad intestinal impidiendo una adecuada acción propulsora del contenido intestinal



Factores de riesgo

- Cirugía abdominal Previa
- Hernias
- Pacientes de tercera edad
- Hábitos dietéticos deficientes en cantidad y calidad
- Consumo biliar
- Sedentarismo

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vómitos
- Ausencia de ventoseo y deposición

Clasificación

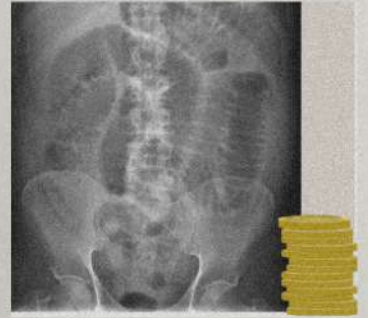
Origen	<ul style="list-style-type: none">• Mecánica• No mecánica
Inicio	<ul style="list-style-type: none">• Agudo• Crónico
Extensión	<ul style="list-style-type: none">• Parcial• Completa
Localización	<ul style="list-style-type: none">• Intestino delgado alto o bajo• Intestino grueso
Efectos sobre el intestino	<ul style="list-style-type: none">• Simple• Estrangulado• Asa cerrada

Métodos diagnósticos

- Anamnesis y exploración física
- Clínica
- Pruebas complementarias (hemograma, gasometría venosa, bioquímica sanguínea)
- Pruebas de imagen (Radiografía de abdomen)

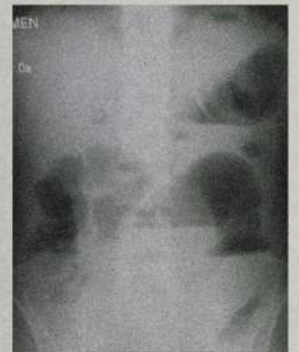
Obstrucción a nivel intestino delgado

- Dilatación de asas de intestino delgado
- Patrón en Pilas de monedas
- Niveles hidroaéreos
- Ausencia de gas distal a la obstrucción



Obstrucción a nivel de colon

- Dilatación del marco colónico hasta la obstrucción
- Segmento más dilatado es el ciego
- Ciego > de 10 cm o colon > 8 cm



Tratamiento

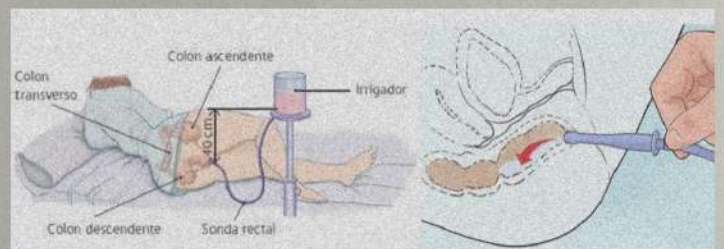
- Dieta absoluta
- Reposición hidroelectrolítica
- Sonda nasogástrica
- Metoclopramida
- Control de diuresis
- Antibioticoterapia empírica

1. Amoxicilina-clavulánico 2-0, 2 g / 6-8 h i.v
2. Piperacilina-tazobactam 4-0,5 g / 8 h i.v
3. Shock séptico, considerar adición de amikacina 20 mg/kg/día

Vólvulo de Sigma



Fecaloma



Perforación Intestinal

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, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto o vesícula biliar.

Es una indicación de cirugía urgente, Constituyendo entre el 1-16 % de las intervenciones quirúrgicas.

Aunque puede verse enmascarados en pacientes en tratamiento con corticoides.

Causas

- Apendicitis
- Cáncer
- Enfermedad de Crohn
- Diverticulitis
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Úlcera Péptica
- Colitis ulcerativa
- Bloqueo intestinal



Síntomas

La Perforación del intestino o de otros órganos causa que los contenidos intestinales se filtren al abdomen.

Los Síntomas Pueden incluir:

- Dolor abdominal intenso
- Escalofríos
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Asfixia

Diagnóstico

Una radiografía de tórax o abdomen puede mostrar la presencia de aire en la cavidad abdominal.

Una tomografía computarizada muestra la localización de perforación

Tratamiento

Siempre implica cirugía:

- Algunas veces, se debe extirpar una pequeña parte del intestino.
- Colostomía o ileostomía

Íleo mecánico / metabólico

Se refiere a la detención mecánica de algún segmento del tracto gastro intestinal.

Su frecuencia se ha estimado en un 15 % de los cuadros de consulta con dolor abdominal en servicios de urgencias.

Etiología

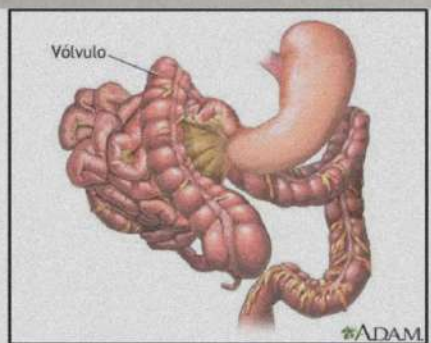
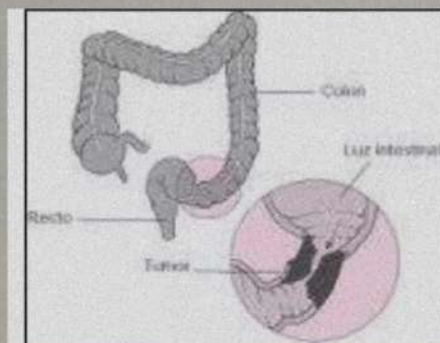
Las más frecuentes formas de clasificación dividen las causas en benignas y malignas, mientras que otra forma es según el segmento gastrointestinal comprometido.

Causas de íleo mecánico de intestino delgado
Bridas y adherencias (más frecuente)
Hernias
Enfermedad de Crohn
Íleo biliar
Cuerpos extraños
Intususcepción

Causas de íleo mecánico de colon
Cáncer colorrectal (más frecuente)
Enfermedad diverticular
Vólvulos
Enfermedades inflamatorias intestinales
Hernias
Cuerpos extraños
Fecaloma

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Pacientes institucionalizados
- Embarazo
- Habitar en zonas de altura



Síntomas

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal y cólicos
- Gases
- Halitosis
- Estreñimiento
- Diarrea
- Vómitos

Diagnóstico

Se basa en los hallazgos radiológicos y la impresión clínica.

Tratamiento

- Dieta absoluta
- Reposición hidroeléctrica IV
- Colocación de sonda nasogástrica

→ En caso de fecaloma: fragmentación digital y extracción manual y/o enemas.

→ En caso de hernias inguinales: reducción solo si han transcurrido menos de 6-8 h y no existe enrojecimiento cutáneo en vecindad

Hernias

Se definen como la protrusión de algunos órganos, o parte de ellos, contenidos en la cavidad abdominal, a través de defectos de la pared, conservándose la integridad del peritoneo y de la piel que, para alojar dichas vísceras, se distienden formando el saco herniario.

Etiología

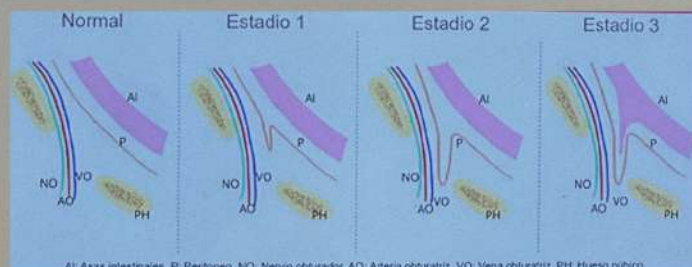
1- Congénitas

- Intestino delgado
- Cólon
- EPIPLÓN
- Vejiga

2- Adquiridas

Clasificación

- 1- Distensión del anillo umbilical, Presión intraabdominal
- 2- Defecto de la Pared abdominal secundario a incisión quirúrgica
- 3- A través de la línea, entre el borde lateral del músculo recto anterior del abdomen y la inserción aponeurotica del oblicuo externo, interno y transversa.
- 4- En la línea media, a través de la línea alba, desde la apófisis xifoideas al ombligo.
- 5- Salen del abdomen por debajo del ligamento inguinal, a través del anillo crural o femoral, en el triángulo de Scarpa



Conceptos relacionados

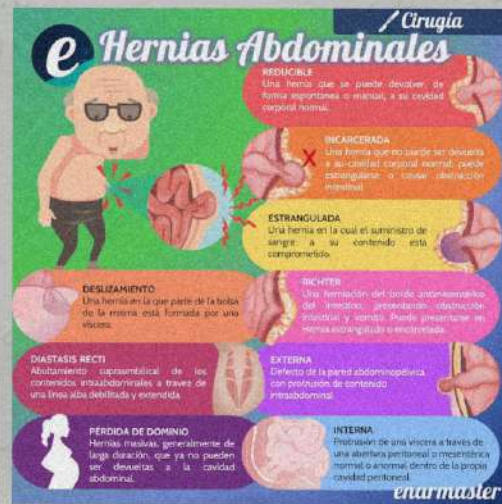
H. reducible; Regresa a la cavidad abdominal fácilmente

H. Incarcerada: No regresa a la cavidad, no puede ser reducida.
necrosis

H. estrangulada: ocurre compromiso vascular, isquemia

Diagnostico

- Historia clínica
- Exploración física
- Hemograma
- Bioquímica y coagulación
- Rx de tórax y abdomen
- EKG
- Ecografía, TC, RMN



Exploración física

- En decubito supino o bipedestación pidiendo al Px que realice maniobras de Valsalva

Tratamiento

Para H. incarcerada y/o estrangulada es cirugía urgente

Reducción de hernia incarcerada como alternativa a cirugía urgente, siempre y cuando no haya sospecha de estrangulación

Trombosis Mesentérica

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

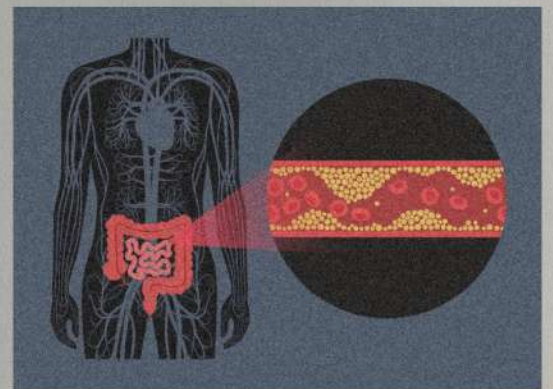
Hay dos de tales venas a través de las cuales la sangre sale del intestino. Esta afección interrumpe el riego sanguíneo al intestino y puede ocasionar daño intestinal.

Muchas de las enfermedades provocan:

- Apendicitis
- Cáncer del abdomen
- Diverticulitis
- Enfermedad hepática con cirrosis
- Pancreatitis
- Cirugía abdominal o trauma
- Policitemia vera

Síntomas

- Dolor abdominal
- Distensión
- Estreñimiento
- Hematoquecia
- Fiebre
- Shock séptico
- Sangrado gastrointestinal bajo
- Vómitos y náuseas



Diagnóstico

Una tomografía computarizada es el principal examen empleado para diagnosticar.

Otros exámenes:

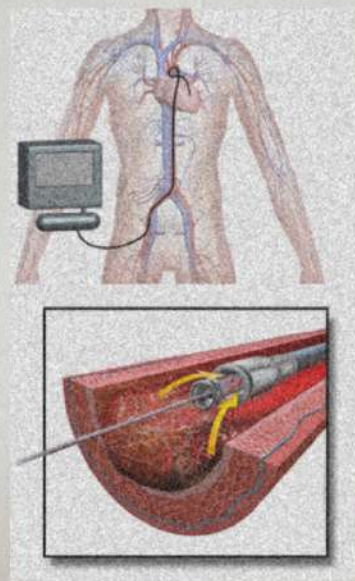
- Angiografía
- Rm del abdomen
- Ultrasonido de abdomen

Tratamiento

Se utilizan anticoagulantes para el tratamiento cuando no hay ningún sangrado que se relacione.

En algunos casos, se puede infundir directamente el medicamento dentro del coágulo para disolverlo. Este procedimiento se denomina trombólisis.

Con menos frecuencia, el coágulo se extrae con un tipo de cirugía llamada trombectomía.



Trauma de abdomen

Se denomina cuando este comportamiento orgánico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal, sean éstos de pared o de contenido o de ambos a la vez.

Causas

La alta incidencia del TA, está favorecida por los accidentes en el tránsito automotor, los accidentes de aviación, las guerras, la delincuencia en las ciudades, exacerbada por el alcohol y las drogas, los competitivos y violentos, la mecanización del agro y de las industrias.

Mecanismos

- Forma directa
- con puntapie
- objeto punzocortante
- Arma de fuego
- Forma indirecta
- caídas de altura

Mecanismo	Tiempo	Órgano blanco	Órgano
Trauma Cerrado	• Contusión • Aplastamiento • Desgarro • Desarteriación	1.- Bazo 2.- Hígado 3.- Intestino delgado	
Trauma penetrante	• Arma blanca (cuchillo, navaja)	1.- Hígado 2.- Intestino delgado 3.- Diafragma	
	• Arma de fuego (fusil)	1.- Intestino delgado 2.- Hígado	

Tipos

- Traumatismo cerrado: denominado contusión, se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la Pared abdominal. El agente que lo produce es de superficie plana.
- Traumatismo abierto: denominado herida, es cuando existe solución de continuidad en la Pared abdominal, producida por elementos cortantes o transfixiantes.

Probables lesiones de estructuras específicas

Abdomen anterior: Yeyuno, íleon, colon, hígado, bazo, mesenterio y estómago

Toracoabdominal: diafragma, órganos torácicos y abdominales

Lumbar: riñones, uréteres, páncreas, duodeno, grandes vasos abdominales, cara posterior de colon ascendente y descendente

Pélvica: recto, vejiga, uréteres distales, uretra, órganos genitales, arterias y venas ilíacas.

Diagnóstico

- Ultrasonido de abdomen
- Tomografía computarizada
- Laparoscopia diagnóstica

Tratamiento

