

Brenda Nataly Galindo Villarreal

Romeo Suarez Martínez

**Nombre del trabajo: resúmenes 3ra
unidad**

PASIÓN POR EDUCAR

Urgencias Medicas

Grado: 8vo Semestre

Grupo: "B"

Carrera: Medicina Humana

ESGUINCES Y LUXACIONES

DIA MES AÑO

FRACTURAS

FRACTURAS

Concepto:

Una fractura puede definirse como la interrupción de la continuidad, de una placa ósea, ósea 1/0 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 de traumatismo indirecto, en donde la fuerza es transmitida a través de una o varias articulaciones hasta llegar al sitio de fractura.

Ejemplo:

Tenemos fracturas secundarias a caídas de gran altura en bipedestación siendo una fractura de calcáneo un ejemplo pura fractura de trauma directo, y las fracturas en el confluente toro columbar un ejemplo de fracturas de trauma indirecto.

Hay que recordar las fracturas patológicas, como aquellas que aparecen como consecuencia de un hueso patológicamente alterado por procesos generales (osteogénesis imperfecta, osteomalacia, osteoporosis, paget, etc.) o locales (neoplasias lesiones pseudo tumorales, etc.). La osteoporosis es actualmente la causa subyacente más frecuente en las fracturas patológicas, especialmente en mujeres posmenopausadas. Las fracturas por fatiga o estrés se deben a exigencias mecánicas cíclicas inversas (movimientos repetitivos) o a

Norma

fuerzas de compresión repetidas, pueden afectar

DÍA MES AÑO

a hueso patológico (como las zonas de Looser-Milkman en la osteomalacia), o sano. La más conocida y frecuente es la fractura del pedúnculo o de cuello del segundo metatarsiano.

Clinicamente: Las fracturas pueden ocasionar dolor, tumefacción, deformidad e impotencia funcional. Siempre es conveniente explorar la función neurovascular distal a la fractura.

El diagnóstico se confirma mediante: Radiografía simple en al menos dos proyecciones (generalmente anteroposterior y lateral).

Clasificación de las fracturas:

De acuerdo 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 Tscherny y Gosselin.
- 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 que se verá posteriormente a detalle.

° 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.
- Oblicuas: el trazo de fractura tiene un ángulo entre 30° y 90° con relación al eje longitudinal del hueso.

- En ala de mariposa: se presenta cuando dos

DÍA MES AÑO

trazos de fracturas oblicuas confluyen, formando un ángulo entre sí, para delimitar un tercer fragmento de forma triangular.

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

- Conminutas: cuando existen múltiples trazos de fracturas generando la formación de numerosos fragmentos óseos, siendo incontables o no reductibles.

En el paciente pediátrico debido a que cuentan con un periostio más grueso, se pueden presentar lo que se conoce como:

- 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 de espesor del tejido óseo.

- Fracturas de toros o en rodete: se trata de una fractura generalmente a consecuencia de un mecanismo de aplastamiento, dándose la compresión a lo largo del hueso el cual impacta el hueso metafisario (zona de mayor porosidad) 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 anatómicamente en tres zonas: la epifisis o zona articular, metafisis y diafisis.

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

- Metafisarias: Pueden afectar a la metafisis superior o inferior del hueso.

- Diafisarias: Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.

LUXACIONES

DÍA MES AÑO

Principios Generales:

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 supone 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

- **Acromión:** La articulación acromioclavicular presenta como engrosamiento de su cápsula los ligamentos acromioclaviculares. Estos ligamentos son responsables de la estabilidad horizontal de la clavícula con respecto a la escápula: su lesión completa permite el desplazamiento del extremo distal de la clavícula en sentido anteroposterior.
- **Coracoides:** Los ligamentos coracoclaviculares - conoide y trapezoides unen la cara inferior del extremo distal de la clavícula a la coracoides. Son responsables de la estabilidad vertical de la clavícula con respecto de la escápula: su lesión completa permite que la escápula descendiendo arrastrada por el peso de la extremidad superior.

Manifestaciones Clínicas:

Dolor agudo referido a una hernia, conocida o no que puede acompañarse de náuseas, vómitos y distensión abdominal.

Diagnóstico:

Datos analíticos como la hiperamilasemia o el aumento de creatinofosforasa (CPK) son excepcionales aun en presencia de isquemia.

Más frecuente: leucocitosis, alteraciones en la coagulación y aumento de proteína C reactiva (PCR) o del lactato.

Pruebas complementarias:

- Ecografía de la pared abdominal
- TC.

Tx:

Cirugía

HERNIAS

DÍA MES AÑO

Protusión de un saco de peritoneo a través de la capa musculoponeurotica, de la pared abdominal, especialmente en zonas de la pared no cubiertas por musculatura estriada: línea media, inguinal, crural, cicatrices de incisiones previas, etc.

En función de la localización de la protusión, podemos diferenciar entre hernia epigástrica, umbilical, de Spiegel, crural e inguinal. Siendo estas dos últimas las más frecuentes.

Se presentan típicamente como tumores duros de localización variable:

Las estructuras más frecuentemente herniadas suelen ser epiplón, intestino delgado y cecón.

Las hernias internas, más infrecuentes, son responsables de menos 1% de los cuadros de obstrucción del intestino delgado.

Clasificación

Hernia epigástrica: situada en la línea media, por encima del ombligo

Hernia umbilical

Hernia de Spiegel

Hernia inguinal

Hernia inguinal directa/indirecta.

Hernia femoral o crural.

Complicaciones:

Hernia reductible

Hernia incarcerada o irreductible

Hernia estrangulada.

Inicial: Rx AP de abdomen (niveles hidroaéres)

DÍA MES AÑO

- Imagen en pila de monedas.
- Gold estándar: TAC con contraste hidrosoluble - clínico
- Inicial: SNG O Levine → Tratamiento
- Elección: Lapc
- Perforación o necrosis intestinal → complicación

Examen físico:

- Distensión abdominal
- Inspección de hernias y cicatrices abdominales
- Tumoración abdominal
- Clapoteo intestinal
- Signo de deshidratación
- RHA: Absente "silencio abdominal" (I. paralítico)
- Frecuencia "Ruidos de lucha" (I. Mecánico).

Exámenes complementarios:

- Rx de abdomen (acostado y parado).
- Tc de abdomen
- Colonoscopia o rx de colon por cecema
- Transito de intestino
- Ecografía.

Laboratorio:

- Aumento de amilasa (pancreatitis), aumento de leucocitos (peritonitis), disminución de hematocrito (hemorragias internas), <K, <Mg, P<, >Ca, acidosis urémica.

PERFORACION INTESTINAL

Complicación temida de la destrucción intestinal, que a menudo resulta en sepsis y peritonitis.

Clinica

Dolor lancinante o subeste bajo

Irradia dolor al cuello, dorso y hombro izquierdo

Taquipnea, disnea, dolor pleurítico

Lesión iatrogenica → dolor intenso, fiebre y taquicardia después del procedimiento.

Distasia y oclnotasia en primeras <18 hrs.

Diagnóstico

Rx de tórax, enfisema mediastínico y derrame y derrame pleural izquierdo.

No se debe hacer endoscopia

Tx:

Reposición del equilibrio hidroelectrolítico si fuera necesario.

Ingreso urgente y exploración

ILEO METABOLICO

Se da por

Obstrucción a nivel intestinal por causas intrínsecas o extrínsecas.

Adherencias (la más frecuente), hernias y tumores.

Apendicitis y divertículos

Signos y Síntomas:

Nauseas, vómitos, dolor abdominal cíclico, ruidos metálicos de lucha, timpanismo y distensión abdominal

Complicaciones:

Si no se recibe atención médica de urgencia, la oclusión intestinal puede generar complicaciones que pongan en peligro la vida, tales como:

- Necrosis: Las partes del intestino afectadas pueden dejar de recibir flujo sanguíneo, lo que ocasiona la muerte del tejido, así como posibles rupturas que provoquen infecciones.
- Peritonitis: Es una infección abdominal de extrema gravedad que requiere tx quirúrgico urgente.

Pueden ser: Extraluminales
Parietales
Intraluminales

Estudios de Imagen:

- Asas centrales
- Asas > 3 cm
- Válvulas conivalentes visibles
- Collar de perlas
- Niveles hidroaéreos.

Tratamiento

Medidas Iniciales:

- Restitución de las pérdidas electrolíticas
- Corrección del equilibrio ácido-base
- Descompresión intestinal por sonda
- Control de biliasis
- Antibiótico terapia.

OCLUSIÓN

DIA MES AÑO

intestinal

Perforación

Se trata de una obstrucción parcial o total en el intestino grueso o en el delgado que impide el paso de alimentos o líquidos, por lo que requiere tratamiento oportuno para evitar complicaciones graves como la necrosis de los segmentos intestinales afectados.

El origen de la oclusión intestinal puede deberse a la formación de adherencias o tejidos cicatriciales producto de procedimientos quirúrgicos, hernias, cáncer, vólvulo intestinal, la ingesta de algunos fármacos o por padecimientos inflamatorios como la diverticulitis o la enfermedad de Crohn.

FISIOLOGÍA:

Retención del tránsito intestinal → Acúmulo de contenido intestinal + aumento del peristaltismo.

• Alteraciones hidroelectrolíticas

• Sobrecrecimiento y translocación bacteriana → Distensión abdominal + parálisis intestinal

• Sepsis y perforación

Signos y Síntomas:

- Cólicos abdominales de moderados a intensos
- Inapetencia
- Estreñimiento en bloques totales • ↑ Temp.
- Diarrea en bloques parciales
- Endurecimiento abdominal
- Náuseas, vómitos
- Gases intestinales atorados
- Abdomen inflamado