



**Jorge Morales Rodríguez**

**Dr. Romeo Antonio Molina Román**

**Patología Quirúrgicas**

**Clínica Quirúrgica**

**Quinto Semestre.**

**"A"**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre del 2024**



# MANEJO DE LA VIA ÁREA Y VENTILACIÓN

## RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

EL COMPROMISO DE LA VIA AEREA PUEDE SER REPENTINO  
EVALUACIÓN MÁS TEMPRANA ES "HABLAR CON EL PACIENTE"  
PACIENTE QUE "HABLA" CONFIRMACIÓN MOMENTANEA  
FALTA DE RESPUESTA

## VÍA AÉREA DEFINITIVA

Tubo colocado en la tráquea Con el Balón inflado por debajo de las cuerdas vocales Conectado A un dispositivo de Ventilación Asistida enriquecida con oxígeno

## TRAUMA MAXILOFACIAL

Traumas faciales  
Edema  
Hemorragias  
Aumento de secreciones  
Dientes sueltos

## TRAUMA DEL CUELLO

Desplazamiento y obstrucción de la vía aérea Control Quirúrgico

## TRAUMA LARÍNGEO

Ronquera  
Enfisema Subcutáneo  
Fractura palpable

## SIGNOS OBJETIVOS DE LA VÍA AÉREA

Observar el paciente  
Auscultarlo  
Evaluar el entorno del paciente

## PREDECIR EL MANEJO DE UNA VÍA AÉREA

Lesión externa  
Regla de los 3-3-2  
Mallampa  
No Movilizar el cudjddjjj

## TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA

Maniobras de Elevación del mentón  
Tracción mandibular  
Vía aérea Nasofaríngea  
Orofaringea

## VÍAS AÉREAS DEFINITIVAS

Tubo Orotraqueal  
Nasotraqueal  
Vía aérea quirúrgica Cricotiroidotomía  
Traqueostomía

## CRITERIOS PARA ESTABLECER VÍA AÉREA DEFINITIVA

Incapacidad Para vía aérea permeable  
Para mantener oxigenación

# SHOCK

## EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

### Reconocimiento del Estado de Shock

Paciente lesionado que esté frío

Taquicárdico

### Diferenciación Clínica de la etiología de Shock

#### Descripción

La hemorragia es la causa más común del estado de shock luego de una lesión

Las potenciales fuentes de pérdida sanguínea:

Tórax

Abdomen

Pelvis

Extremidades

Retroperitoneo

### Shock No Hemorrágico

Shock Cardiogénico

Taponamiento Cardíaco

Neumotórax a Tensión

Shock Neurogénico

Shock Séptico

### Shock Hemorrágico

#### Hemorragia

Causa más común de shock en el paciente traumatizado

Es una pérdida aguda del volumen de sangre circulante

#### Clasificación

Grado 1 Individuo que ha donado una unidad de sangre.

Grado 2 Hemorragia no complicada

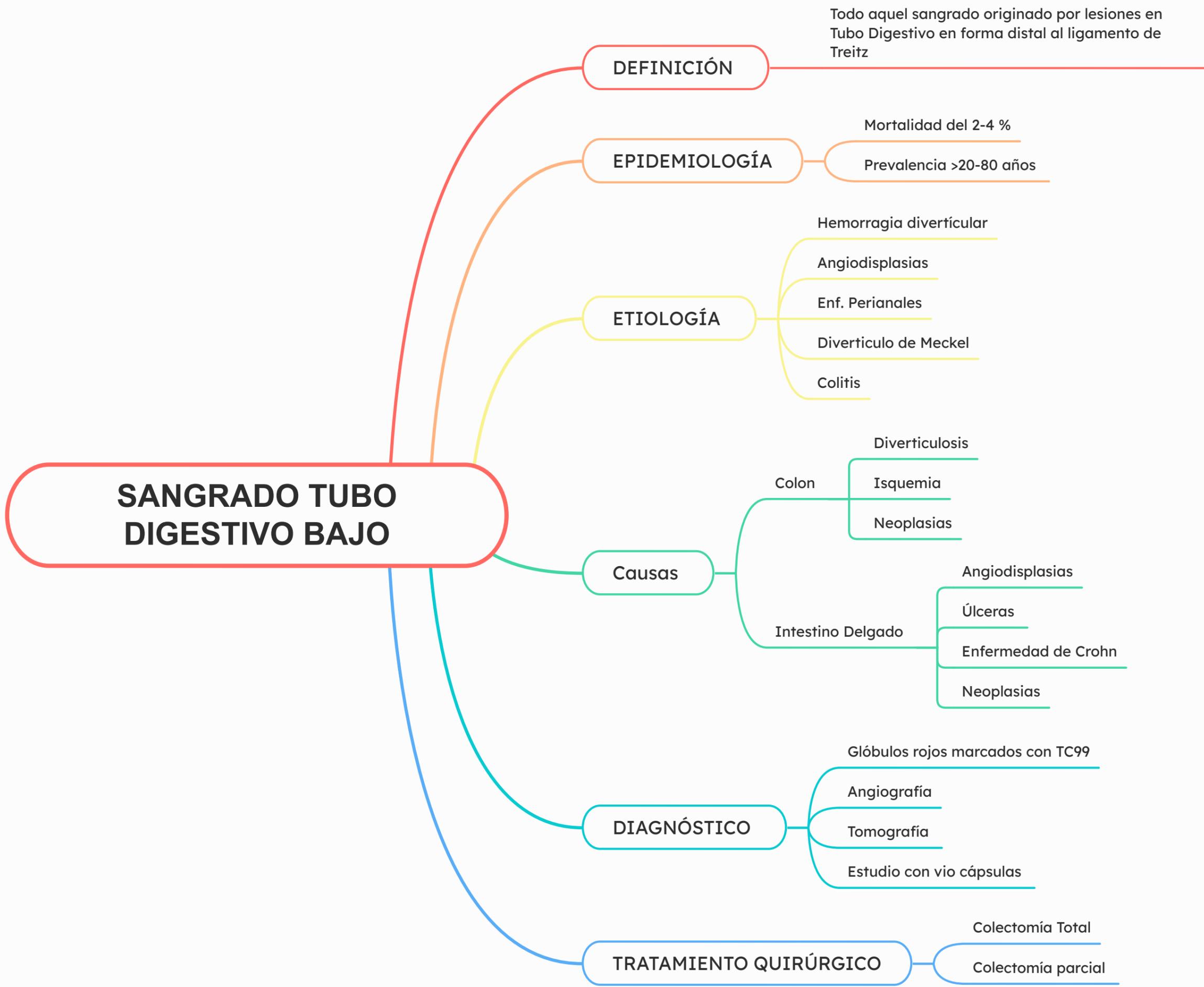
Reanimación con cristaloides.

Grado 3 Hemorragia complicada

Administración de cristaloides + reposición de sangre.

Grado 4 Evento preterminal Subtópico

Transfusión de sangre es necesaria



# SANGRADO TUBO DIGESTIVO BAJO

## DEFINICIÓN

Todo aquel sangrado originado por lesiones en Tubo Digestivo en forma distal al ligamento de Treitz

## EPIDEMIOLOGÍA

Mortalidad del 2-4 %  
Prevalencia >20-80 años

## ETIOLOGÍA

- Hemorragia diverticular
- Angiodisplasias
- Enf. Perianales
- Diverticulo de Meckel
- Colitis

## Causas

- Colon
  - Diverticulosis
  - Isquemia
  - Neoplasias
- Intestino Delgado
  - Angiodisplasias
  - Úlceras
  - Enfermedad de Crohn
  - Neoplasias

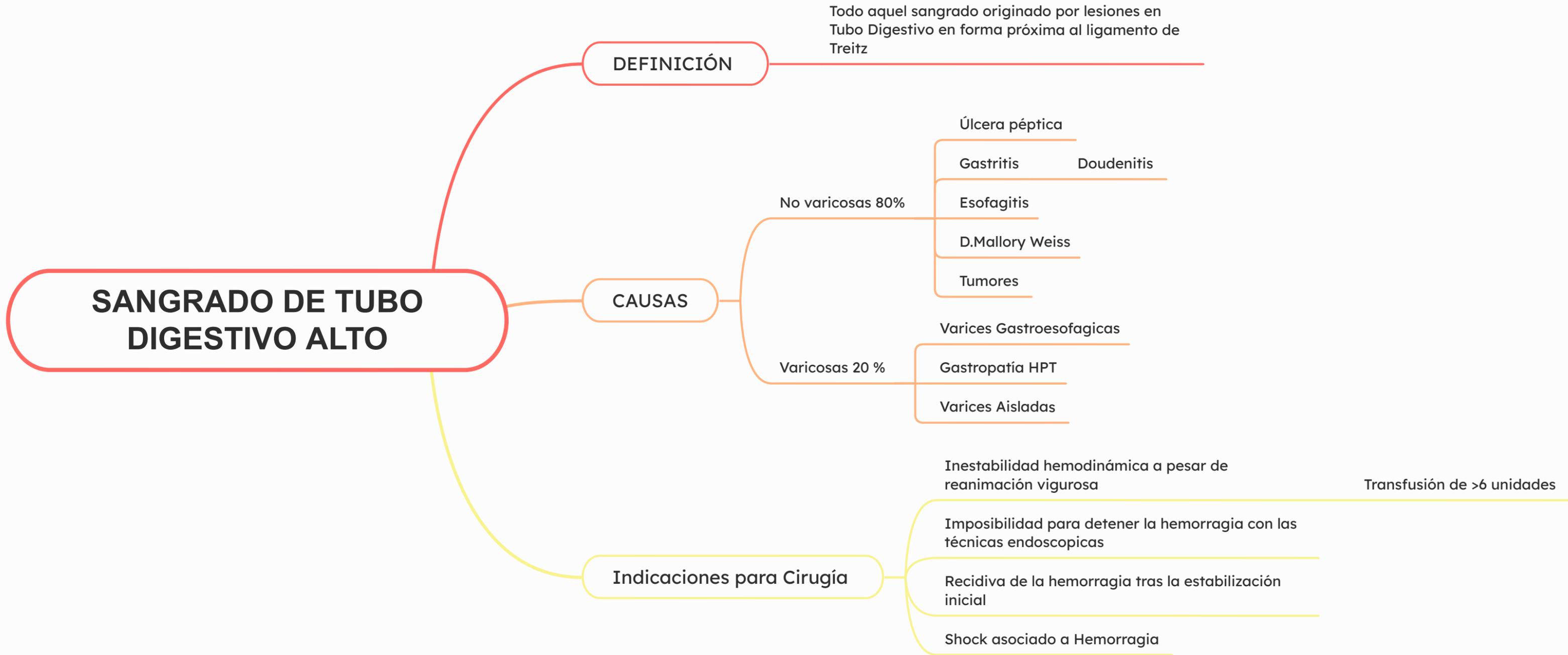
## DIAGNÓSTICO

- Glóbulos rojos marcados con TC99
- Angiografía
- Tomografía
- Estudio con vido cápsulas

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Colectomía Total
- Colectomía parcial





# COLESISTITIS Y COLELITIASIS

## DEFINICIÓN

**COLELITIASIS:** Presencia de litos en las vesícula biliar  
**COLECISTITIS:** Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos

## ETIOLOGÍA

Mixtos + frecuentes  
Colesterol  
Pigmentarios

## EPIDEMIOLOGÍA

10-20 % de la población tiene cálculos biliares  
30 % presentarán colesistitis aguda  
Principal motivo de consulta y cirugía más frecuente

## FACTORES DE RIESGO

Edad <40 años  
Sexo femenino 2:1  
Embarazo  
Anticonceptivos orales  
Obesidad  
Dislipidemia  
Enf. Intestinal inflamatoria y Hepática

## CLÍNICA

Dolor o resistencia en Hipocondrio derecho  
Signo de Murphy positivo  
Nausea  
Vomitos  
Icteria  
Complicación a una Coledocolitiasis  
SX de Mirizzi

## DIAGNÓSTICO

BHC Leucocitosis  
QS Creatinina  
BUN  
Hemocultivo En caso de fiebre  
Imagen Doble Riel  
ECOS Intramurales  
USG Sombra acústica  
Signo de Murphy

## TRATAMIENTO

**Médico**  
De elección es con ácidos biliares orales como: Ácido Ursodesoxicólico  
Ácido Quenodeoxicólico  
Por un periodo de 1 a 2 años  
Para evitar la progresión de la Colecistitis Aguda Una dosis de 75 mg de diclofenaco intramuscular

**Antibióticos**  
Colecistitis  
Grado 1 Cefazolin  
Grado 2 Metronidazole  
Grado 3 Vancomicina  
En caso de alergia B-Lactamicos

**Quirúrgico**  
Colecistitis  
Grado 1 Colecistectomía temprana Laparoscopica  
Grado 2 Sin inflamación grave Colecistectomía temprana Laparoscopica  
Con inflamación grave Drenaje percutaneo  
Grado 3 Drenaje vesicular  
Colecistectomía