



CLINICA QUIRURGICA.

**MAPAS CONCEPTULES DELOS TEMAS DE LA
TERCERA UNIDAD.**

DR. ROMEO ANTONIO MOLINA.

RONALDO DARINEL ZAVALA VILLALOBOS.

QUINTO SEMESTRE Gpo A

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de Noviembre del 2024.

MANEJO DE LA VIA AEREA Y VENTILACIÓN MECANICA

ALTERACIÓN DE LA VIA AEREA

INADECUADA VENTILACIÓN

- . Alteración del estado de conciencia
- . Ostrubción de la via aérea
- . Hipo ventilación alveolar

- . via aerea despejada
- . via aerea obstruida
- . via aerea nomantenida

VIA AEREA NO ALTERADA

Valorar la oxigenación y ventilación

NO

Valoración para intubación

no requiere

observar

si requiere

intubar

SI

candidato a NIPPV

no

intubar

VIA AEREA ALTERADA

intubar

maniobras iniciales

- . Inclinación cefálica con elevación mandibular
- . Tracción mandibular

- Ventilación bolsa- mascara VBM
- . forma inicial de ventilación
- . via aerea patente
- . cello adecuado en posición C,
- . ventilación apropiada

DSPOSITIVOS DE AYUDA

CANULA OROFARINGEA (guedell)

En pacientes inconsistentes

CANULA NASOFARINGEA

En pacientes consistentes e inconsistentes

SHOCK

NO HEMORRAGICO

CARDIOGENICO

La disfunción miocárdica puede ser causada por contusión miocárdica cerrada, taponamiento cardíaco, por embolia aérea o, muy raras veces, por un infarto cardíaco.

El estado de shock puede ser secundario a un infarto cardíaco en un paciente de edad avanzada o pacientes intoxicados por cocaína

TAPONAMIENTO CARDIACO

es más comúnmente identificado en un paciente con un trauma torácico penetrante,

Neumotórax a Tensión:

Se desarrolla cuando entra aire al espacio pleural, pero un mecanismo de válvula impide su salida.

NEUROGENICO

El cuadro clásico consiste en hipotensión sin taquicardia o hipotensión sin vasoconstricción cutánea.

los pacientes con sospecha o confirmación de shock neurogénico deben ser tratados inicialmente como hipovolémicos.

SÉPTICO

Subtopic 1

El shock séptico puede ocurrir en pacientes con trauma abdominal penetrante con contaminación de la cavidad peritoneal por contenido intestinal.

Los pacientes en shock séptico temprano pueden tener volumen circulatorio normal, taquicardia moderada, piel caliente y rosada,

HEMORRAGICO

La hemorragia es la causa más común de shock en el paciente traumatizado POR SANGRADO

GRADOS

1

Hemorragia Grado I: <15% de Pérdida del Volumen Sanguíneo

Corresponde al estado de un individuo que ha donado una unidad de sangre.

2

Hemorragia Grado II: 15% a 30% de Pérdida del Volumen Sanguíneo

Es una hemorragia no complicada

Requiere de reanimación con cristaloides.

3

Hemorragia Grado III: 31% a 40% de Pérdida del Volumen Sanguíneo

Es una hemorragia complicada

Administración de cristaloides + reposición de sangre.

4

Hemorragia Grado IV: >40% de Pérdida del Volumen Sanguíneo

Evento pre-terminal, puede llevar a la muerte del paciente e min

Transfusión de sangre es necesaria..

MANEJO

ACCESO VASCULAR

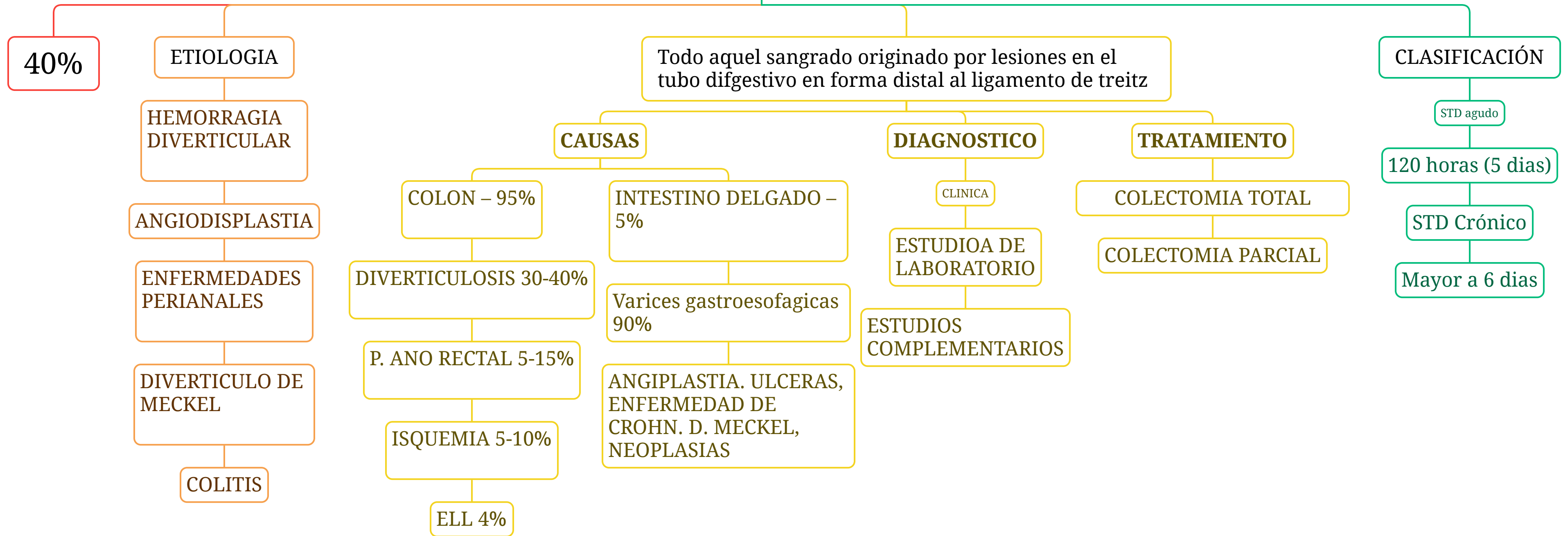
TRATAMIENTO INICIAL CON LIQUIDOS

RESTITUCIÓN DE SANGRE

PREVENCIÓN DE HIPOTERMIA

Revalorización de la respuesta del paciente y prevención de complicaciones

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma proximal al ligamento de treitz

CAUSAS

80% NO VARICOSAS

U. PEPTICA 30-40%

gastritis/Duodenitis 20%

Esofagitis 5-10%

D.mallory weiss 5-10%

tumores 2%

20% VARICOSAS

Varices gastroesofagicas 90%

Gastropatia HTP 5%

varices aisladas menor del 5%

TRATAMIENTO

INESTABILIDAD HEMODINAMICA A PESAR DE REANIMACION VIGUOSA (TRANSFUSION DE >6 UNIDADES)

IMPOSIBILIDAD DE DETENER LA HEMORRAGIA CON LAS TECNICAS ENDOSCOPICAS

RECIDIVA DE LA HEMORRAGIA TRAS LA ESTABILIZACION INICIAL

SHOCK ASOCIADO A HEMORRAGIA RECURRENTE

ESCALAS

Rockall

Blatchford

Frrest

COLELITIASIS

Existencia de cálculos dentro de la vesícula biliar.

FACTORES DE RIESGO

Ser mujer
Tener sobrepeso u obesidad
Tener edad avanzada
Tener antecedentes familiares de cálculos biliares
Seguir una dieta occidental
Bajar o subir de peso rápidamente
Tomar píldoras combinadas o terapia hormonal
Tener diabetes

CLINICA

Dolor en la parte superior derecha o media del abdomen durante al menos 30 minutos. El dolor puede ser constante o de tipo cólico. Puede ser agudo o sordo.

Dolor en la parte superior derecha o central del abdomen, que puede ser constante o cólico, agudo o sordo
Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda
Sensibilidad en el abdomen al tacto
Náuseas y vómitos
Fiebre
Diarrea
Ictericia
Falta de apetito

DIAGNOSTICO

ESTUDIOS DE IMAGEN

Ecografía abdominal

es el método más común

Tomografía computarizada abdominal

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Gammagrafía de la vesícula biliar con radionúclidos

Ultrasonido endoscópico

Imágenes por resonancia magnética (IRM)

PRUEBAS DE LABORATORIO

No hay pruebas de laboratorio específicas para diagnosticar coleditiasis, pero sí hay otras pruebas que pueden ayudar a identificarla

TRATAMIENTO

QUIRURGICO

COLECISTITIS GRADO I
COLECISTECTOMIA TEMPRANA LAPAROSCOPICA (PRIMERA ELECCION)

COLECISTITIS GRADO II SIN INFLAMACIÓN GRAVE
COLECISTECTOMIA TEMPRANA LAPAROSCOPICA (PRIMERA ELECCIÓN)

COLECISTITIS GRADO II CON INFLAMACION GRAVE
DRENAJE PERCUTANEO O QUIRURGICO, POSTERIOR COLECISTECTOMIA UNA VEZ DISMINUIDA LA INFLAMACIÓN

COLECISTITIS GRADO III
MANEJO DE LA FALLA ORGANICA;
DRENAJE DE LA VESICULA;
COLECISTECTOMIA AL MEJORAR CONDICIONES DEL PACIENTE

Colecistectomía temprana: 1-7 días posterior a episodio agudo
Colecistectomía tardía 2-3 meses posterior a episodio agudo

FARMACOLOGICO

LAPAROSCOPIA TEMPRANA

COLECISTECTOMIA

COLECISTITIS

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos (90%) en menor frecuencia por barro biliar

FACTORES DE RIESGO

Mayor de 40 años
Sexo femenino
Embarazo
Anticonceptivos orales
Obesidad
Dislipidemia
Enfermedad inflamatoria intestinal y hepática

CLINICA

1.- DOLOR O RESISTENCIA EN HIPOCONDRIO DERECHO

MURPHY +

NAUSEA O VOMITO

EL DIAGNOSTICO SE REALIZA CON 1 SIGNO O SINTOMA SISTEMICO + 1 SIGNO O SINTOMA LOCAL + ESTUDIO DE IMAGEN POSITIVO

DIAGNOSTICO

98% SENSIBILIDAD PARA COLELITIASIS (ELECCIÓN)

ENGROSAMIENTO DE PARED >5MM

ALARGAMIENTO VESICULAR >8 X 4 CM

LIQUIDO PERIVESICULAR

OTROS: LITO INCARCERADO, IMAGEN DOBLE RIEL, ECOS INTRAMURALES, SOMBRA ACUSTICA, MURPHY POR USG

PRUEBAS DE LABORATORIO

BHC: LEUCOCITOSI

QS: CREATININA Y BUM

HEMATOCULTIVO

EN CASO DE FIEBRE PARA MEJORAR SELECCIÓN ANTIBIOTICA

TRATAMIENTO

QUIRURGICO

COLECISTITIS GRADO I
COLECISTECTOMIA TEMPRANA
LAPAROSCOPICA (PRIMERA ELECCION)

COLECISTITIS GRADO II SIN INFLAMACIÓN GRAVE
COLECISTECTOMIA TEMPRANA
LAPAROSCOPICA (PRIMERA ELECCIÓN)

COLECISTITIS GRADO II CON INFLAMACION GRAVE
DRENAJE PERCUTANEO O QUIRURGICO,
POSTERIOR COLECISTECTOMIA UNA VEZ DISMINUIDA LA INFLAMACIÓN

COLECISTITIS GRADO III
MANEJO DE LA FALLA ORGANICA; DRENAJE DE LA VESICULA; COLECISTECTOMIA AL MEJORAR CONDICIONES DEL PACIENTE

Colecistectomía temprana: 1-7 días posterior a episodio agudo
Colecistectomía tardía 2-3 meses posterior a episodio agudo

FARMACOLOGICO

AINE: DICLOFENACO

ANTIBIOTICO: CEFA/METRO

CIRUGIA: LAPAROSCOPICA