

Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

José Carlos Cruz Camacho.

Dr. Romeo Antonio Molina Román

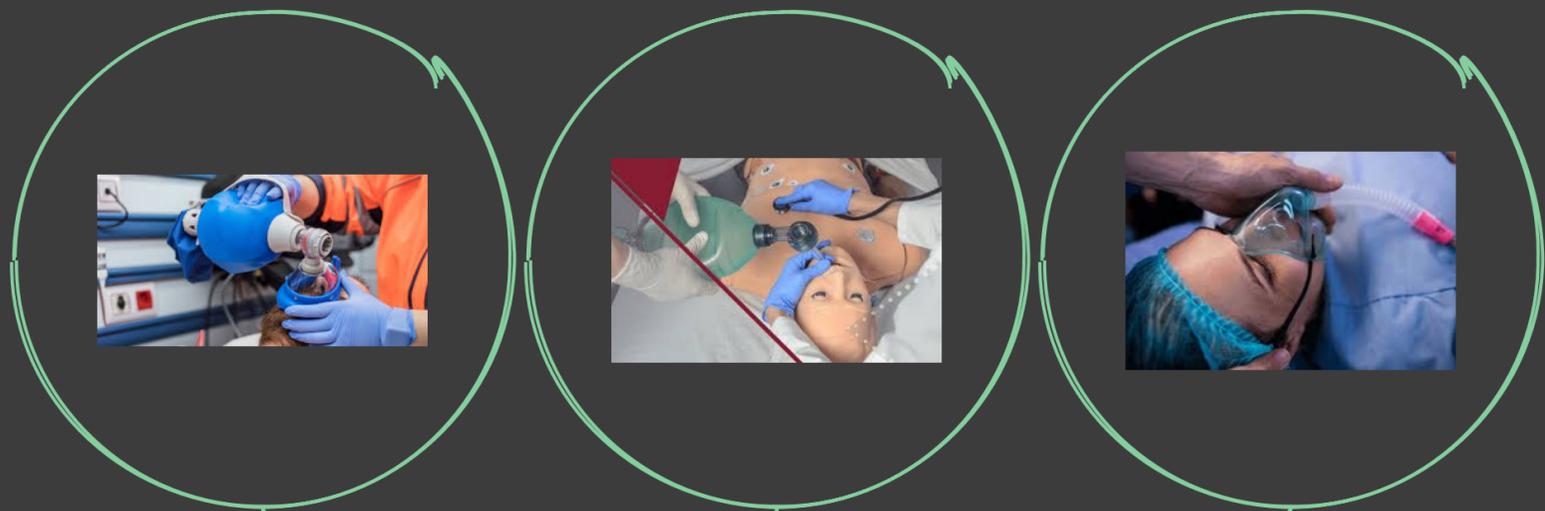
“Clínica Quirúrgica”.

MAPAS CONCEPTUALES

Grado: 5to Grupo: “A”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez a 07/11/2024



VÍA AÉREA DEFINITIVA COMO UN TUBO COLOCADO EN LA TRAQUEA CON EL BALÓN INFLADO POR DEBAJO DE LAS CUERDAS VOCALES, EL TUBO CONECTADO A UN DISPOSITIVO DE VENTILACION ASISTIDA ENRIQUECIDA CON OXIGENO

MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

"HABLA" CONFIRMACIÓN MOMENTANEA

FALTA DE RESPUESTA O UNA RESPUESTA INAPROPIADA

PUEDE SER REPENTINO, COMPLETO, INSIDIOSO Y PARCIAL

OBJETIVO:

Mantener una vía aérea abierta y prevenir la obstrucción.

EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA

Escalas (Mallampati, LEMON)

Signos de obstrucción (estridor, cianosis, dificultad respiratoria).

Evaluación rápida (ver, escuchar, sentir).

TÉCNICAS DE APERTURA DE VÍA AÉREA

Maniobra de elevación de mentón.

Maniobra frente-mentón.

DISPOSITIVOS BÁSICOS: CANULAS (OROFARÍNGEA Y NASOFARÍNGEA).

Ventilación
 Objetivo: Asegurar el intercambio de gases.
 Técnicas de Ventilación:
 Ventilación boca a boca.
 Ventilación con bolsa-mascarilla.
 Ventilación con dispositivos avanzados (ventiladores mecánicos).

Dispositivos Avanzados:
 Mascarilla laríngea.
 Tubo endotraqueal.
 Cricotiroidotomía (en situaciones extremas).

Complicaciones:
 Hipoventilación o hiperventilación.
 Barotrauma.

Parámetros Básicos:
 Frecuencia respiratoria.
 Volumen corriente.
 FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno).

SHOCK

Estado crítico de hipoperfusión tisular debido a una pérdida importante de volumen sanguíneo, que conduce a un déficit de oxígeno en los tejidos y puede resultar en falla multiorgánica.

Etiología

- Trauma
- Heridas penetrantes
- Traumatismo cerrado

Sangrado no traumático

- Hemorragia digestiva (ulceras, várices esofágicas)
- Sangrado ginecológico (ruptura de embarazo ectópico, hemorragia posparto)
- Aneurisma roto (aorta abdominal, cerebral)

Otras causas

- Coagulopatias (trastornos de la coagulación)
- Procedimientos quirúrgicos complicados

Fisiopatología

- Pérdida de volumen sanguíneo → Hipovolemia
- Disminución del retorno venoso al corazón → Menor volumen sistólico
- Disminución del gasto cardíaco → Menor perfusión tisular

Mecanismos compensatorios

- Activación del sistema nervioso simpático → Vasoconstricción periférica, taquicardia
- Liberación de hormonas (angiotensina, aldosterona, ADH) → Retención de agua y sodio

Fase de descompensación

- Hipotensión progresiva
- Acidosis metabólica
- Falla multiorgánica (riñones, hígado, corazón, cerebro)

Clasificación según Gravedad

- Clase I: Pérdida menor al 15% (sin síntomas significativos)
- Clase II: Pérdida entre 15-30% (taquicardia, ansiedad)
- Clase III: Pérdida entre 30-40% (hipotensión, taquicardia severa, confusión)
- Clase IV: Pérdida mayor al 40% (shock irreversible, pérdida de conciencia)

Manifestaciones Clínicas

Signos vitales

- Taquicardia
- Hipotensión

Síntomas

- Mareos, confusión
- Piel fría y sudorosa
- Palidez, cianosis en extremidades
- Oliguria
- taquipnea

Diagnóstico

- Historia clínica (antecedentes de trauma, síntomas actuales)
- Examen físico (signos vitales, palidez, cianosis)

Estudios de laboratorio

- Hemograma (recuento de hematies, hemoglobina, hematocrito)
- Gases arteriales (pH, lactato, bicarbonato)
- Coagulación (TP, TTPa, fibrinógeno)

Estudios de imagen

- Ecografía (FAST en trauma)
- Tomografía (si está disponible y el paciente es estable)

Tratamiento

Reposición de volumen

- Cristaloídes (solución salina, Ringer lactato)
- Coloídes (plasma, albúmina) - uso limitado
- Transfusión de hemoderivados (concentrados de hematies, plaquetas, plasma fresco congelado)

Control del origen del sangrado

- Presión directa y vendajes compresivos
- Cirugía de emergencia (en caso de trauma abdominal o torácico)
- Embolización (en hemorragia no traumática)

Farmacoterapia

- Vasopresores (en caso de no responder a fluidos)
- Ácido tranexámico (antifibrinolítico)

Complicaciones

- Falla multiorgánica (shock prolongado sin tratamiento adecuado)
- Coagulopatía por consumo (DIC - coagulación intravascular diseminada)
- Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)
- Acidosis metabólica grave

sangrado de tubo digestivo alto (TDA) y tubo digestivo bajo (TDB):

DEFINICIÓN

Pérdida de sangre en cualquier segmento del tracto gastrointestinal.

Alto: Desde esófago hasta el ángulo de Treitz (parte superior del tubo digestivo).

Bajo: Desde el ángulo de Treitz hasta el ano.

Etiología

Factores comunes: Infección, úlceras, inflamación, cáncer, trauma.

Sangrado de Tubo Digestivo Alto (TDA)

Etiología

Úlceras pépticas (60-70%): Erosiones en el estómago o duodeno.
Várices esofágicas: Dilatación de venas por hipertensión portal.

Gastritis erosiva: Inflamación de la mucosa gástrica.
Síndrome de Mallory-Weiss: Desgarro de la mucosa esofágica.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Hematemesis: Vómito con sangre fresca o en posos de café.
Melena: Heces negras y malolientes.
Síntomas de anemia: Palidez, fatiga, taquicardia.

Diagnóstico:

Endoscopia: Estudio de elección para visualizar el sitio de sangrado.
Hemograma: Para evaluar anemia.

Pruebas de coagulación: Para valorar el riesgo de hemorragia.
Tomografía: En casos donde la endoscopia no es concluyente.

TRATAMIENTO

Endoscopia terapéutica: Ligadura, escleroterapia, electrocoagulación.
Inhibidores de bomba de protones (IBP): Para reducir la acidez gástrica.

Tratamiento farmacológico: Terlipresina o somatostatina para várices esofágicas.
Cirugía: En casos refractarios.

Sangrado de Tubo Digestivo Bajo (TDB)

Etiología

Diverticulosis

Enfermedades inflamatorias intestinales: Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn.

Manifestaciones clínicas:

Dolor abdominal: En caso de inflamación o isquemia.

Diagnóstico

Colonoscopia: Visualización directa del colon.

Angiografía: Para localizar sangrados arteriales.

Tomografía computarizada (TAC): Utilizada en casos difíciles de localizar.

Hemograma y pruebas de coagulación: Para evaluar gravedad y etiología.

Tratamiento:

Medidas iniciales: Reposición de líquidos, estabilización.

Endoscopia terapéutica: Ligadura, electrocoagulación en sangrados activos.

Tratamiento farmacológico: En enfermedades inflamatorias.

Cirugía: En sangrados masivos o en casos de cáncer colorrectal.

Tratamiento de hemorroides: Ligadura con banda elástica, escleroterapia.

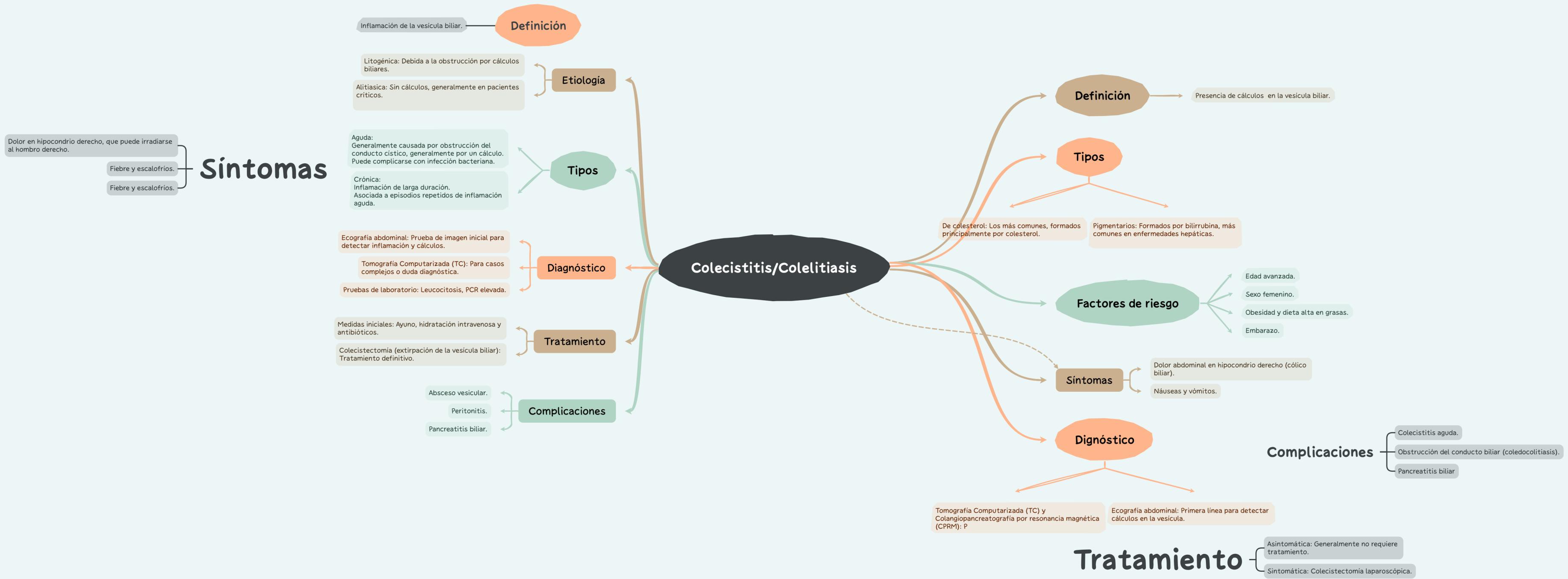
Angiodisplasia: Malformación de los vasos sanguíneos en el intestino.

Hematochezia: Presencia de sangre roja brillante en las heces.

Cáncer colorrectal: Tumores malignos en colon o recto.

Hemorroides: Dilatación de las venas del recto o el ano.

Anemia: Síntomas como fatiga y debilidad, en casos crónicos.



Sintomas

- Dolor en hipocondrio derecho, que puede irradiarse al hombro derecho.
- Fiebre y escalofríos.
- Fiebre y escalofríos.

Colecistitis/Coelitis

Definición

Inflamación de la vesícula biliar.

Etiología

Litogénica: Debida a la obstrucción por cálculos biliares.
Alitiasica: Sin cálculos, generalmente en pacientes críticos.

Tipos

Aguda: Generalmente causada por obstrucción del conducto cístico, generalmente por un cálculo. Puede complicarse con infección bacteriana.
Crónica: Inflamación de larga duración. Asociada a episodios repetidos de inflamación aguda.

Diagnóstico

Ecografía abdominal: Prueba de imagen inicial para detectar inflamación y cálculos.
Tomografía Computarizada (TC): Para casos complejos o duda diagnóstica.
Pruebas de laboratorio: Leucocitosis, PCR elevada.

Tratamiento

Medidas iniciales: Ayuno, hidratación intravenosa y antibióticos.
Colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar): Tratamiento definitivo.

Complicaciones

Absceso vesicular.
Peritonitis.
Pancreatitis biliar.

Definición

Presencia de cálculos en la vesícula biliar.

Tipos

De colesterol: Los más comunes, formados principalmente por colesterol.
Pigmentarios: Formados por bilirrubina, más comunes en enfermedades hepáticas.

Factores de riesgo

Edad avanzada.
Sexo femenino.
Obesidad y dieta alta en grasas.
Embarazo.

Síntomas

Dolor abdominal en hipocondrio derecho (cólico biliar).
Náuseas y vómitos.

Dignóstico

Tomografía Computarizada (TC) y Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM): P
Ecografía abdominal: Primera línea para detectar cálculos en la vesícula.

Tratamiento

Asintomática: Generalmente no requiere tratamiento.
Sintomática: Colecistectomía laparoscópica.

Complicaciones

Colecistitis aguda.
Obstrucción del conducto biliar (coledocolitiasis).
Pancreatitis biliar