



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN



Citlali Anayanci Palacios Coutiño

Dr. Romeo Antonio Molina

Clínicas quirúrgicas

3era unidad

5to semestre grupo A

Manejo de vía aérea y ventilación

Reconocimiento del problema:

- el compromiso de la vía aérea puede ser repentino, completo
- un paciente que “habla” confirmación momentánea
- evaluación mas temprana es “hablar con el paciente”
- falta de respuesta o respuesta inapropiada

Vía aérea definitiva: Se define como un tubo colocado en la tráquea con el balón inflado por debajo de las cuerdas vocales, el tubo conectado a un dispositivo de ventilación asistida enriquecida con oxígeno

Traumas faciales: hemorragias, edema, aumento de secreciones, dientes sueltos y pérdida del soporte estructural de la vía aérea.

Trauma del cuello: desplazamiento de la vía aérea, obstrucción de la vía aérea y control quirúrgico de vía aérea y de posible hemorragia.

Trauma laríngeo: ronquera, enfisema subcutáneo y fractura palpable.

Signos objetivos de la vía aérea: observar al paciente, auscultar al paciente y evaluar el entorno del paciente.

Intubación asistida por medicamentos:

- Plan en caso de falla
- Administrar ventilación con PP
- Preoxigene al paciente al 100%
- Aplique presión sobre el cartilago cricoides
- Administración de fármaco de inducción (etomidato 0.3 mg/kg)
- Administre 1-2 mg/kg de succinilcolina por vía IV

El paciente se relaja:

- Intubar al paciente por la vía orotraqueal
- Infle el balón y confirme la ubicación del tubo
- Libre la presión cricoidea
- Ventile al paciente

Predecir el manejo de una vía aérea difícil:

- Lesión externa
- Investigue la regla 3-3-2
- Mallampati
- Obstrucción
- No movilizar el cuello

Técnicas de mantenimiento de la vía aérea:

- Maniobra de elevación del mentón
- Maniobra de tracción mandibular
- Vía aérea nasofaríngea
- Vía aérea orofaríngea

Vías aéreas definitivas:

- Tubo orotraqueal
- Tubo nasotraqueal
- Vía aérea quirúrgica (cricotiroidotomía y traqueostomía)

Criterios para establecer vía aérea definitiva:

- Incapacidad para vía aérea permeable
- Incapacidad para mantener oxigenación
- Obnubilación (hipoperfusión cerebral)
- Obnubilación (lesión encefálica) Glasgow <8

SHOCK

Fisiopatología:

El gasto cardiaco se define como el volumen de sangre que el corazón bombea por minuto.
El volumen sistólico clásicamente está determinado por la precarga, la contractilidad miocárdica y la poscarga.

Volumen de sangre: que permanecería en este circuito de capacitancia si la presión del sistema fuera cero.

Volumen venoso: contribuye a la presión venosa sistémica media. Aproximadamente el 70% del volumen sanguíneo total está localizado en el circuito venoso

Fisiopatología de pérdida de sangre: Las respuestas circulatorias tempranas a la pérdida de sangre son compensatorias e incluyen la vasoconstricción progresiva de la circulación cutánea; la taquicardia es la señal circulatoria medible más temprana del estado de shock.

El método más efectivo de restitución de un gasto cardiaco adecuado, la perfusión final de los órganos y la oxigenación de los tejidos es restaurar el retorno venoso a la normalidad localizando y deteniendo la fuente de la hemorragia.

El taponamiento cardiaco es más comúnmente identificado en un paciente con un trauma torácico penetrante, pero también puede darse en los traumas torácicos contusos.

Las lesiones intracraneales aisladas no causan shock a menos que este comprometido el tronco cerebral

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

La hemorragia se define como pérdida aguda del volumen de sangre circulante. Si bien la variación es considerable, el volumen sanguíneo de un adulto normal es aproximadamente el 7% de su peso corporal.

- Hemorragia Grado I: <15% de Pérdida del Volumen Sanguíneo
- Hemorragia Grado II: 15% a 30% de Pérdida del Volumen Sanguíneo
- Hemorragia Grado III: 31% a 40% de Pérdida del Volumen Sanguíneo
- Hemorragia Grado IV: >40% de Pérdida del Volumen Sanguíneo

El principio básico del manejo es detener la hemorragia y reemplazar la pérdida de volumen.

Administre, al inicio, un bolo de solución electrolítica isotónica tibia. La dosis habitual es 1 litro en adultos y 20 ml/kg de peso en pacientes pediátricos que pesen menos de 40 kilogramos.

La falta de respuesta a la administración de cristaloides y de sangre en el departamento de urgencias indica la necesidad de una intervención definitiva inmediata (por ejemplo, cirugía o angiembolización) para controlar una hemorragia exanguinante.

Reconocimiento de shock: Cualquier paciente lesionado que este frío y con taquicardia debe considerarse en estado de shock hasta que se demuestre lo contrario.
La pérdida masiva de sangre puede producir solo una disminución mínima en la concentración inicial de hematocrito o hemoglobina.

Reconocimiento de shock: Cualquier paciente lesionado que este frío y con taquicardia debe considerarse en estado de shock hasta que se demuestre lo contrario.
La pérdida masiva de sangre puede producir solo una disminución mínima en la concentración inicial de hematocrito o hemoglobina.

La hemorragia es la causa más común del estado de shock luego de una lesión, y virtualmente todos los pacientes con lesiones múltiples tienen un componente de hipovolemia.

La categoría de shock no hemorrágico incluye el shock cardiogénico, el taponamiento cardiaco, el neumotórax a tensión, el shock neurogénico y el shock séptico.

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

Sangrado de tubo digestivo alto

DEFINICIÓN: todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma proximal al ligamento de treitz

- Representa el 80%
- Dx en 24 horas reduce estancia y necesidad de transfusión

- Representa el 80%
- Dx en 24 horas reduce estancia y necesidad de transfusión

Causas de sangrado: (NO varicosas) 80%

- U. péptica 30-40%
- Gastritis/ duodenitis 20%
- Esofagitis 5-10%
- D. Mallory Weiss 5-10%
- Tumores 2%

Causas de sangrado: (varicosas) 20%

- Varices gastroesofágicas 90%
- Gastropatía HTP 5%
- Varices aisladas <5%

Fistula aortoenterica

- comunicación aorta abdominal – 3era parte del duodeno
- sospecha: std centinela – aneurisma abdominal – masa de abdomen pulsátil
- genera std grave – exanguinante
- manejo endoscópico + Angiotac o angio resonancia

Indicaciones para cirugía:

- Inestabilidad hemodinámica a pesar de reanimación vigorosa (transfusión de >6 unidades)
- Imposibilidad de detener la hemorragia con las técnicas endoscópicas
- Recidiva de la hemorragia tras la estabilización inicial
- Shock asociado a hemorragia recurrente

Gastritis “estrés”

- numerosas erosiones superficiales pangástricas
- paciente en estado crítico - < incidencia
- sangran abundantemente
- manejo con ibp y manejo endoscópico

Esofagitis

- inflamación por exposición repetida a hcl
- sangrado crónico
- causas infecciosas (inm-comp) std grave

L. dieulafoy

- malformaciones vasculares curva menor < 6cm
- puede generar std grave
- manejo endoscópico resuelve 80-100% casos

D. Mallory – Weiss

- desgarros mucosa y submucosa – uge
- posterior a periodo de arcadas/ vómitos intensos
- std menor- suele autolimitarse en < 48 hrs
- sospecha clínica – confirma con endoscopia
- antieméticos + ibp ò tx endoscópico

Sangrado de tubo digestivo bajo

DEFINICIÓN:

- por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de treitz
- es decir, entre el intestino delgado y el ano.

- Tasa de mortalidad del 2-4%
- Prevalencia >20-80 años

Etiología:

- Hemorragia diverticular
- Angiodisplasias
- Enfermedades perianales
- Divertículo de Meckel
- colitis

Causas de sangrado de tubo digestivo bajo (colon) 95%

- Diverticulosis 30-40%
- P. ano rectal 5-15%
- Isquemia 5-10%
- Neoplasias 5-10%
- EII 4%

Causas de sangrado de tubo digestivo bajo (intestino delgado) 5%

- Angiodisplasias
- Ulceras
- Enfermedad de Crohn
- D. Meckel
- neoplasias

Divertículo de Meckel:

- es un padecimiento congénito
- por lo general es hallazgo en autopsias
- se localiza con mayor frecuencia en el intestino delgado
- más frecuente en niños que en adultos
- cuadro clínico variado que puede confundirse con apendicitis
- obstrucción, inflamación abdominal y peritonitis

Colitis:

- colitis infecciosa es causada principalmente por:
- amibiasis
- disentería
- tuberculosis
- clínicamente se asocia a dolor abdominal tipo cólico y diarrea de características sanguinolentas.

Diagnostico:

- Estudios de laboratorio
- Clínica
- Estudios complementarios

Estudios de laboratorios:

- Glóbulos rojos marcados con TC99
- Angiografía
- Tomografía
- Estudio con video capsulas

Tratamiento:

- Colectomía total
- Colectomía parcial

Hemorragia diverticular #1

- presenta 15% pacientes con diverticulosis
- más 75% casos cesan espontáneamente
- divertículos derechos sangran con mayor frecuencia
- angiografía embolización será el último recurso

Angiodisplasias:

- malformaciones arteriovenosas – dilatación progresiva
- mayor incidencia en > 50 años
- características de std crónico
- diagnóstico por colonoscopia

Enfermedades perianales:

- se encuentran principalmente
- a) hemorroides b) fistulas perianales
- cuando las hemorroides sangran por lo general no producen dolor
- es una lesión en el canal anal y con mayor frecuencia se origina durante la defecación
- principales manifestaciones son dolor, comezón y rectorragia

Colecistitis y colelitiasis

COLICO BILIAR: Dolor opresivo postingesta localizado en el hipocondrio derecho de etiología biliar

COLELITIASIS: Presencia de litos en la vesícula biliar

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

COLEDOCOLITIASIS: Presencia de litos dentro de la vía biliar.

COLANGITIS: Inflamación de la vía biliar secundaria a infección (más frecuente)

Etiología:

- Mixtos + frecuentes
- Colesterol 80%
- Pigmentarios (hemolisis)

- Saturación y precipitación
- Formación de los cálculos
- Colecistoquinéticos e infección

Pruebas de laboratorio

- BHC: leucocitosis con aumento en leucocitos
- QS: creatinina, BUN
- Hemocultivo: en caso de fiebre para mejorar selección antibiótica

Importante sobre la CCL:

- NO CONFUNDIR COLELITIASIS CON COLECISTITIS AGUDA
- LAS COLELITIASIS ASINTOMÁTICAS (HALLAZGO POR USG) NO SE TRATAN
- TRATAR EN CASO DE:
 - ❖ CALCULO >2.5 CM
 - ❖ VESICULA EN PORCELANA
 - ❖ ANEMIA FALCIFORME
 - ❖ CIRUGIA DE LA OBESIDAD
 - ❖ COLECISTITIS AGUDA
- VALORAR CIRUGIA ELECTIVA EN PACIENTE CON COLICO BILIAR

Tratamiento:

- AINE: diclofenaco
- ANTIBIOTICO: CEFA/ METRO
- CIRUGIA: laparoscópica

Epidemiología:

- 10-20% de la población tiene cálculos biliares
- 30% presentara colecistitis aguda (principal complicación)
- Principal motivo de consulta y cirugía electiva mas frecuente

Factores de riesgo:

- Edad >40 años
- Sexo femenino 2:1
- Embarazo
- Anticonceptivos orales
- Obesidad
- Dislipidemia
- Enfermedad inflamatoria intestinal y hepáticas

Clínica colecistitis no complicada:

- Dolor o resistencia en hipocondrio derecho
- Murphy +
- Nausea o vomito

El diagnostico se realiza con 1 signo o síntoma sistémico + 1 signo o síntoma local + estudio de imagen positivo

Diagnóstico: USG

- 98% sensibilidad para colelitiasis (elección)
- Engrosamiento de pared >5 mm
- Alargamiento vesicular > 8 X 4cm
- Líquido perivesicular