

Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

César Samuel Morales Ordóñez.

Dr. Romeo Antonio Roman Molina.

“PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS”.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

Grado: 5

Grupo: “A”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de Noviembre del 2024

"MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN"

Identificación del Problema

Hablar con el Paciente.
compromiso de vía aérea puede ser repentina.

Evaluación Temprana.
Si el paciente habla y mantiene la conversación.
descartamos problemas Orofaringeos.

Vía Aérea Definitiva

Tubo colocado en Tráquea aunado al Balón Insuflado por debajo de las cuerdas Vocales, el cual es conectado a un dispositivo de Ventilación asistida(con O2).

PREDECIR EL MANEJO DE VÍA AÉREA.
Lesión externa. Escala de Mallampati Regla de 3-3-2

TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO DE VÍA AÉREA
Tracción Mandibular y Elevación del Mentón en Zona Orofaringea o Nasofaringea

CRITERIOS PARA UN MANEJO DEFINITIVO DE VÍA AÉREA.
No puede Mantener la Oxigenación. Cavity Oral no Permeable.

Tubo Orotraqueal o Nasotraqueal

Vía Aérea Quirúrgica
Cricotiroidotomía. Traqueotomía.

Causa que hacen un difícil manejo

Trauma maxilofacial.
Puede haber:
Edema, Hemorragia, Secreciones y Piezas dentales sueltas.

Trauma de Cuello.
Desplazamiento y Obstrucción de vía aérea.

Trauma Laringeo.
Enfisema Subcutáneo y Fractura palpable.

Signos Objetivos de la vía aérea.

Observar al Paciente. Auscultación Cardiopulmonar. Evaluar el entorno del Paciente.

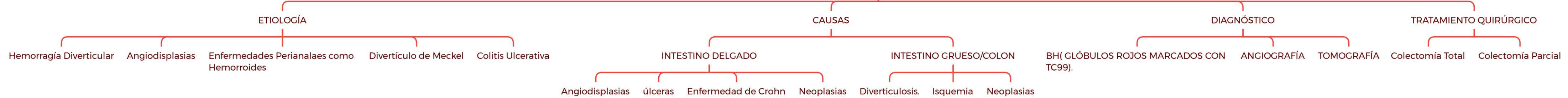
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

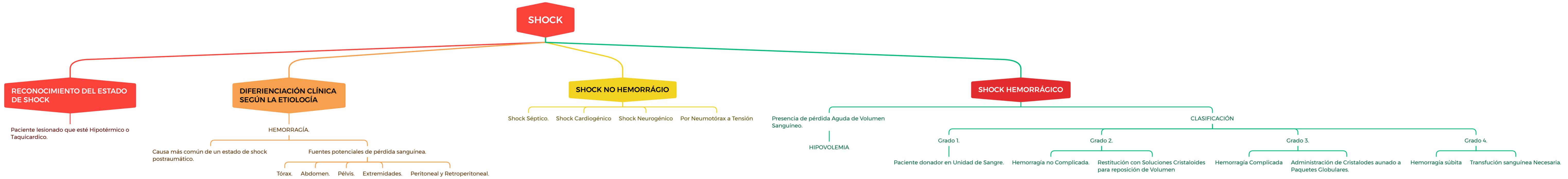
Todo aquel Sangrado por Lesiones en el Tubo Digestivo de froma Próxima al Ligamento de Treitz.



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Todo aquel Sangrado por Lesiones en el Tubo Digestivo de froma Distal al Ligamento de Treitz.





COLECISTITIS Y COLELITIASIS

DEFINICIÓN

- COLECISTITIS**
Inflamación propia de vesícula Biliar ocasionada por cálculos Biliares
- COLELITIASIS**
Presencia de Litos/cálculos en la Vesícula Biliar

ETIOLOGÍA

- Colesterol LDL en un 80%
- Hemolisis/Pigmentarios
- Mixtos Ocasionalmente

FACTORES DE RIESGO

- > de 40 años.
 - Obesidad.
 - Dislipidemias
 - Enfermedad Inflamatoria Intestinal o Enf. Hepáticas
- Femenino 2:1
 - Embarazo
 - Anticonceptivos Orales

FISIOPATOGÍA

- Inflamación y precipitación de las Vías Biliares aunado a un aumento de la Presión Intrahepática por los Cálculos Biliares
- Colecistoquinéticos e Infección.

EPIDEMIOLOGÍA

- 10-20 % de la Población total Presentan Litos Biliares.
- 30 % manifiesta Colecistitis Aguda
- Primer Motivo de consulta por el Dolor en Hipocondrio derecho + Emesis recurrentes
- > Prevalencia de Cirugía en el servicio de Urgencias.

CLÍNICA

- Dolor en Hipocondrio derecho + Emesis
- Signo de Murphy (++)

COMPLICACIONES

- Ictericia
- Coledocolitiasis
- Síndrome de Mirizzi

DIAGNÓSTICO

- valoración clínica por medio de los criterios de TOKIO
- USG
- LABORATORIOS

signo sistémico o Signo Local

- Engrosamiento de la Pared de la vesícula > 5mm.
- Alargamiento Vesicular > 8 cm.
- Presencia de Líquido perivesicular.

Estudio de Imagen positivo

- leucocitosis (++)
- BUN
- Creatinina

LABORATORIOS

- Biométrica Hemática
- Química Sanguínea(3)
- HEMOCULTIVO

- ácidos biliares orales
 - ácido ursodesoxicólico
 - ácido quenodeoxicólico
- Litotricina
 - litiasis única
 - diámetros entre 20-30 mm
- evitar el Progreso
 - diclofenaco 75 mg I.M en caso de dolor agudo
 - Antibióticoterapia en los 3 grados

TRATAMIENTO

- Grado 1
 - Colecistectomía laparoscópica Temprana
- Grado 2
 - Sin Inflamación Grave
 - Colecistectomía Laparoscópica Temprana
 - Con Inflamación Grave
 - Drenaje Percutáneo o Quirúrgico
 - Colecistectomía
- Grado 3
 - Manejo de falla orgánica
 - drenaje de la Vesícula Biliar
 - Colecistectomía al notar mejoría en el paciente
- Colecistectomía Temprana (1-7 días posterior al episodio agudo)
 - colecistectomía Tardía(2-3 meses posterior al episodio agudo).