

Ricardo Alonso Guillen Narváez

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Mapa

Clínica quirúrgica

Quinto semestre

PASIÓN POR EDUCAR

“A”

Colecistitis y colelitiasis

Fx de riesgo

- >40 años
- Femenino 2:1
- Embarazo
- Anticonceptivos orales
- Obesidad
- Dislipidemia
- EII -Enfermedad hepaticas

Clinica

Dolor



FOTO 12. SIGNO DE MURPHY

Murphy +

Náuseas o vómito

Complicación

- Coledocolitiasis
- Sx mirizzi
- Ictericia

Definición

Colecistitis: Inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar

Colelitiasis: Es la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar

Etiología

Mixtos más frecuentes

- Colesterol 80%
- Pigmentarios (hemolisis)

Fisiopatología

- Saturación y precipitación
- Formación de calculos
- Colecistoquineticos e infección

Tratamiento

Ácidos biliares orales

- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido quenodeoxicólico

No quirurgico

Px con litiasis única

No calcificada Litotricia

Diametros de 20-30 mm

Diclofenaco 75 mg IM Evitar el progreso

1 antibiótico Colecistitis grado 1

Doble antibiótico Colecistitis grado 2 Antibiótico

Doble antibiotico Colecistitis grado 3

Quirurgico

Colecistectomía temprana laparoscopica Colecistitis grado 1

Colecistectomía temprana laparoscopica Sin inflamación grave

Drenaje percutaneo o quirurgico Colecistitis grado 2

Colecistectomía cuando haya cedido la inflamación Con inflamación grave

Manejo de la falla organica Colecistitis grado 3

Drenaje de la vesicula

Colecistectomía al mejorar las condiciones del px

1-7 días posterior a episodio agudo Colicestectomía temprana

2-3 meses posterior a episodio agudo Colicestectomía tardía

Tipos

Colecistitis Aguda	
Cirugía	
CRITERIOS DE TOKIO	
Sensibilidad: 85% Especificidad: 85%	
A	SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL
1.	Signo de Murphy
2.	Masa, dolor o defensa en hipocóndrio derecho.
B	SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA.
1.	Fiebre.
2.	PCR elevada.
3.	Recuento de glóbulos blancos elevados
C	HALLAZGO IMAGENOLÓGICO CARACTERÍSTICO DE COLECISTITIS AGUDA.
Engrosamiento de pared >4mm, agrandamiento de vesícula biliar >8cm (largura) y >3cm (anchura), cálculos biliares presentes. Sensibilidad: 90%	
Diagnóstico SOSPECHOSO Un ítem de A + un ítem de B.	
Diagnóstico DEFINITIVO Un ítem de A + un ítem de B + un ítem de C.	

Diagnóstico

Necesario

- 1 sintoma o signo sistémico
- 1 sintoma o signo local
- Estudio de imagen positivo

USG

De elección

- Engrosamiento de pared >5 mm
- Alargamiento vesicular >8 X4 CM
- Líquido perivesicular

Otros:

- Litio incarcerated
- Imagen doble riel
- Ecos intramurales
- Sombra acustica

Laboratorios

- BHC Leucocitosis
- QS Creatinina
- BUN
- Hemocultivo En caso de fiebre



Epidemiología

10-20% dela población tiene calculos biliares

30% Manifestara colicisititis aguda



1er motivo de consulta

Cirugía electiva más frecuente en el servicio de cirugía en México

Manejo de la vía aérea y ventilación

Reconocimiento del problema

- El compromiso puede ser
 - Repentino
 - Completo
 - Insidioso
 - Parcial
- Signo sutil pero temprano
 - Taquipnea
- Hablar con el px y estimular la respuesta verbal
 - Respuesta positiva
 - Indica vía aérea permeable
 - Ventilación intacta
 - Perfusión cerebral suficiente
 - Falta de respuesta
 - Nivel alterado de conciencia
 - Vía definitiva

Vía aérea definitiva

- Tubo colocado en la tráquea con el balón inflado por debajo de las cuerdas vocales
 - El tubo esta conectado aun dispositivo de ventilación asistida
 - Enriquecida con oxígeno
 - Aspiración después de vomitar
 - Peligro

Trauma maxilofacial

- Fracturas y luxaciones
 - Afectan nasofaringe y orofaringe
 - Hemorragia
 - Edema
 - Aumento de secreciones
 - Dientes sueltos
- Cuidado y agresivo manejo de la vía aérea
- Fractura en mandíbula
 - Obstrucción si el px esta en posición supina
 - Pérdida del soporte estructural

Manejo de la vía aérea

- Valoración de la permeabilidad y suficiencia ventilatoria
 - Rápida
 - Precisa
- Medición de CO2
 - Mejorar la oxigenación
 - Reducir riesgos de compromiso ventilatorio
- Oximetría

Vías aéreas definitivas

- Tubo orotraqueal
- Tubo nasotraqueal
- Vía aérea quirúrgica
- Cricotiroidotomía traqueostomía

Criterios para establecer vía aérea definitiva

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

Técnicas de mantenimiento de la vía aérea

- Elevación del mentón
- Tracción mandibular
- Vía aérea nasofaríngea
- Vía aérea orofaríngea

Trauma de cuello

- Desplazamiento y obstrucción de vías aéreas
 - Urgente vía aérea quirúrgica
- Ruptura de laringe o tráquea
 - Vía aérea definitiva

Trauma laríngeo

- Triada clásica
 - Ronquera
 - Enfisema subcutáneo
 - Fractura palpable
- Obstrucción completa de la vía aérea
 - Intubación endoscópica flexible
 - Realizar con prontitud
 - En caso de fallo
 - Realizar traqueostomía de emergencia
 - Reparación quirúrgica

Signos objetivos de la vía aérea

- Observar al px
 - Agitado
 - Obnubilado
 - Hipoxia
 - Hipercapnia
 - Cianosis
 - Signo tardío de hipoxia
- Auscular al px
 - Ronquera
 - Obstrucción laríngea
 - Disfonía
 - Gorgoteo
 - Estridor
- Evaluar el entorno del px
 - Hipopxicos
 - Px abusivos
 - Beligerantes
 - No suponer intoxicación

Ventilación

- Cuando realizar
 - Alteración de la mecánica respiratoria por depresión del SNC
 - Traumas directos sobre el tórax
 - Px adultos o con enfer. preexistentes
 - Lesiones intracraneanas
 - Lesiones de la médula espinal
- Signos de una ventilación inadecuada
 - Asimetría en los movimientos de tórax
 - Amplitud de la expansión torácica
 - Entrada de aire en ambos lados del tórax
 - Baja saturación
 - Hipoperfusión
 - Shock

Predecir el manejo de una vía aérea difícil

- Factores
 - Lesiones de la columna cervical
 - Artritis severa de la columna cervical
 - Trauma maxilofacial
 - Apertura limitada de la boca
 - Obesidad
 - Variaciones anatómicas
 - Retrignatia
 - Sobremordida
 - Cuello corto
 - Px pediátricos
- Look
 - Identificar causas de intubación difícil
- Evaluación LEMON
 - Look
 - 3 dedos de distancia entre los dientes incisivos del px
 - 3 dedos del hueso hioides y el mentón
 - 2 dedos de la muesca tiroidea y piso de la boca
 - Evaluar regla 3-3-2
 - Obstrucción
 - Neck (movilidad del cuello)
 - Visualización de la hipofaringe
 - Mallampati
 - I
 - II
 - III
 - IV
 - Obstrucción
 - Cualquier afección que pueda causar obstrucción
 - Vital para la intubación exitosa

SHOCK

1er paso en el manejo = reconocer la presencia de SHOCK.

2do paso = Identificar la causa probable.

Definición de Shock: anomalía del sistema circulatorio que produce una perfusión inadecuada a los órganos y una oxigenación tisular igualmente inadecuada.

*La mayoría de los px en estado de shock tienen hipovolemia.

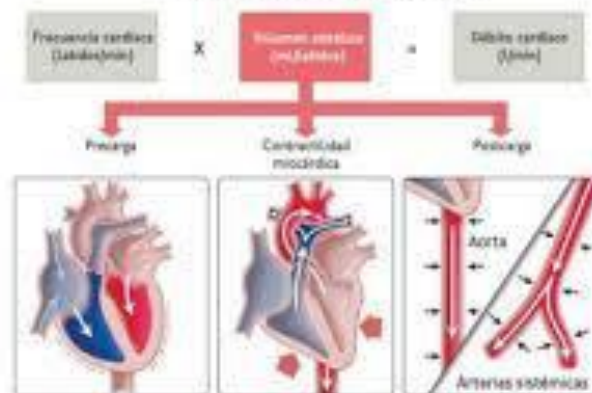
Taponamiento cardíaco = puede producir shock obstructivo ya que la sangre en el saco pericárdico inhibe la contractilidad del miocardio y el gasto cardíaco.

Shock neurogénico = resultado de una lesión extensa de la médula espinal cervical o torácica alta causada por una pérdida del tono simpático y subsecuente vasodilatación.

- hemorragia es la causa más común de shock en el px con trauma

Fisiopatología del Shock

- Gasto cardíaco = volumen de sangre que el corazón bombea por minuto
 - $FC \times$ volumen sistólico
 - volumen sistólico = determinado por la precarga, contractilidad miocárdica y postcarga



Qué determina la precarga y el volumen del retorno venoso al lado izquierdo y derecho del corazón =

- capacitancia venosa
- estado de la volemia

- diferencia entre la presión venosa sistémica media y la presión de la aurícula derecha

Precarga: volumen de sangre que distiende el ventrículo al final de la diástole.

Postcarga: resistencia vascular periférica. Es la que el VI debe vencer para hacer circular la sangre.

Método más efectivo de la restitución de GC adecuado, perfusión tisular etc = controlar la fuente de la hemorragia, así se restaura el retorno venoso.

*El control definitivo de la hemorragia y el restablecimiento del volumen circulante adecuado son los objetivos en el tratamiento del shock hemorrágico

RECONOCIMIENTO DEL ESTADO DE SHOCK

Shock circulatorio profundo se reconoce por:

- colapso hemodinámico + perfusión inadecuada de la piel, riñones y SNC

Sospechar de shock en todo px que esté frío y con taquicardia.

Taquicardia:

- >160 lpm en infante
- 140 lpm en niño de edad preescolar
- 120 lpm en edad escolar y pubertad
- 100 lpm en adultos

Clasificación de Shock:

- Hipovolémico: hemorrágico y no hemorrágico
- Cardiogénico: obstructivo y no obstructivo
- Distributivo: anafiláctico, cardiogénico y séptico

Otra clasificación:

- hemorrágico
- no hemorrágico: cardiogénico, taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, shock neurogénico, shock séptico

Las potenciales fuentes de pérdida sanguínea son—tórax, abdomen, pelvis, retroperitoneo, extremidades y sangrado externo.

Shock cardiogénico:

la disfunción miocárdica puede ser causada por:

- contusión miocárdica cerrada
- taponamiento cardíaco
- embolia aérea
- IAM

Taponamiento cardíaco: asociado a síntomas cardíacos

- común en px con trauma torácico penetrante.

