



Odalís Guadalupe García López

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Tema: Patologías quirúrgicas

Materia: Clínica quirúrgica

Quinto semestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre de 2024

Manejo de la Via Aerea y la Ventilacion

1. Introduccion

- Importancia de asegurar una via aerea permeable
- Signos de obstruccion y necesidad de intervencion

2. Evaluacion de la Via Aerea

- Inspeccion visual inicial
- Evaluacion primaria y secundaria
- Signos de obstruccion total y parcial

3. Via Aerea y Manejo en Pacientes de Trauma

- Indicaciones para intervencion inmediata
- Procedimientos para asegurar la via aerea
 - Maniobras manuales: elevacion de menton, traccion mandibular
 - Uso de dispositivos: canulas orofaringeas y nasofaringeas

4. Tecnicas de Ventilacion

- Ventilacion con bolsa-mascarilla
- Ventilacion en pacientes con trauma craneoencefalico
- Evaluacion de la efectividad de la ventilacion

5. Intubacion Endotraqueal

- Indicaciones para la intubacion
- Tecnicas de intubacion
 - Intubacion con laringoscopio
 - Intubacion con fibrobroncoscopio en casos complejos
- Confirmacion de la ubicacion correcta del tubo endotraqueal
 - Auscultacion
 - Monitoreo de CO2 exhalado

6. Vias Aereas Alternativas

- Mascarilla laringea
- Dispositivos supragloticos
- Cricotirotomia: indicaciones y procedimiento
- Traqueotomia en casos de acceso prolongado

7. Manejo de la Via Aerea Dificil

- Identificacion de factores de riesgo
- Estrategias de manejo
 - Tecnicas avanzadas: intubacion despierto, uso de guias y estiletes
- Protocolo en caso de fallo en la via aerea

8. Consideraciones Especiales en la Via Aerea

- Via aerea en pacientes pediátricos
- Via aerea en pacientes con trauma facial
- Via aerea en pacientes con quemaduras de via aerea

9. Monitoreo y Cuidado Posterior de la Via Aerea

- Monitoreo de la oxigenacion y ventilacion continua
- Complicaciones comunes y su manejo
 - Lesiones en las vias respiratorias
 - Neumotorax por ventilacion mecanica

10. Resumen y Recomendaciones Finales

- Repaso de los conceptos clave
- Importancia de la evaluacion continua y adaptacion del tratamiento
- Recomendaciones para la practica clinica en manejo de la via aerea

SOCK

Objetivos

- Definición**
 - Anormalidad del sistema circulatorio
 - Produce — Perfüción inadecuada a los órganos y una oxigenación tisular igualmente inadecuada
- Primer paso** — Reconocer su presencia
- Segundo paso**
 - Identificar la causa
 - Elegir el tratamiento adecuado

Fisiología cardiaca

- Gasto cardiaco**
 - Volumen de sangre bombeado por minuto
 - Cálculo — Frecuencia cardiaca x Volumen sistólico
- Volumen Sistólico**
 - Precarga**
 - Volumen de retorno venoso.
 - Gradiente de presión (presión venosa sistémica media - presión aurícula derecha).
 - Contractilidad miocárdica**
 - Fuerza de contracción del músculo cardiaco.
 - Ley de Starling — A > longitud de fibras al final de la diástole, > fuerza de contracción.
 - Postcarga** — Resistencia vascular periférica.
- Sistema venoso**
 - Actúa como reservorio.
 - Componentes del volumen venoso**
 - Volumen que no afecta a la presión venosa sistémica media.
 - Contribuye a la presión venosa sistémica media y mantiene el flujo venoso (aprox. 70% del volumen total).
- Relación Volumen - Presión Venosa**
 - Relación Volumen - Presión Venosa
 - Pérdida de sangre — Disminución del volumen venoso → Reducción del gradiente de presión → Menor retorno venoso.

Reconocimiento del estado de SHOCK

- Shock circulatorio profundo**
 - Colapso hemodinámico con perfusión insuficiente en piel, riñones y sistema nervioso central
 - Reconocimiento — Se evidencia por taquicardia y vasoconstricción cutánea.
- Evaluación inicial en shock**
 - Asegurar la vía aérea y ventilación.
 - Evaluación del estado circulatorio
 - Manifiestaciones tempranas: Taquicardia y vasoconstricción cutánea.
 - Atención en — Frecuencia y tipo de pulso . Frecuencia respiratoria . Perfüción cutánea . Presión de pulso (diferencia entre presión sistólica y diastólica).
- Signos Tempranos en Adultos**
 - Taquicardia y vasoconstricción cutánea como respuesta típica a la pérdida de volumen.
 - Pacientes fríos y taquicárdicos se consideran en shock hasta prueba en contra
 - En adultos mayores, la respuesta puede ser atenuada por — Uso de betabloqueantes. Marcapasos. Capacidad cardiaca limitada para responder a catecolaminas
- Indicadores de severidad**
 - Presión de pulso estrecha — Sugerente de pérdida significativa de sangre y mecanismos compensatorios activos
 - Hematocrito y hemoglobina — Un valor bajo sugiere pérdida masiva de sangre o anemia preexistente
- Monitoreo del Estado de Shock** — Déficit de base y niveles de lactato
 - Útiles para evaluar la presencia y severidad del shock.
 - Mediciones seriadas ayudan a monitorear la respuesta al tratamiento.

Diferencia clínica de la etiología SHOCK

- Shock Hemorrágico**
 - Causa principal de shock tras una lesión es la hemorragia.
 - Hipovolemia**
 - Presente en casi todos los pacientes con lesiones múltiples.
 - Identificar casos con causas distintas de hipovolemia. — Taponamiento cardiaco. Neumotórax a tensión. Lesión de la médula espinal. Traumatismo cardiaco contuso.
 - Tratamiento inicial** — Asumir hipovolemia y tratar como tal si hay signos de shock.
 - Enfoque en shock hemorrágico**
 - Identificar y detener la hemorragia de inmediato.
 - Evaluación rápida de posibles fuentes de sangrado
- Shock No Hemorrágico**
 - Categorías**
 - Shock Cardiogénico
 - Taponamiento Cardiaco
 - Neumotórax a Tensión
 - Shock Neurogénico
 - Shock Séptico
 - Reposición de volumen** — Puede mejorar transitoriamente la mayoría de los estados de shock no hemorrágico, a pesar de no haber pérdida de sangre

Shock Hemorrágico

- Respuesta a la Pérdida de Sangre**
 - Cambios en líquidos — Entre los compartimentos del cuerpo, especialmente en el extracelular
 - Lesiones de tejidos blandos — Pueden causar salida de líquidos hacia el espacio extracelular, incluso si no son severos.
- Consideraciones fisiológicas**
 - Cambios entre compartimentos — La pérdida de sangre y los cambios en los líquidos deben ser considerados en conjunto.
 - Shock severo y prolongado — Evaluar los efectos fisiopatológicos relacionados.
 - Reanimación y reperfusión
- La clasificación fisiológica de la hemorragia**
 - Hemorragia Grado I**
 - Equivalente a la donación de una unidad de sangre
 - Pérdida sanguínea aproximada — <15%
 - Hemorragia Grado II**
 - Hemorragia no complicada.
 - Requiere reanimación con cristaloides.
 - Pérdida sanguínea aproximada — 15-30%
 - Hemorragia Grado III**
 - Hemorragia complicada.
 - Necesita administración de cristaloides y posiblemente reposición de sangre.
 - Pérdida sanguínea aproximada — 31-40%
 - Hemorragia Grado IV**
 - Puede llevar a la muerte en minutos sin intervención agresiva.
 - La transfusión de sangre es necesaria.
 - Pérdida sanguínea aproximada — >40%

Manejo inicial de Shock

- Simultaneidad**
 - El diagnóstico y tratamiento deben realizarse casi al mismo tiempo.
 - Enfoque inicial** — Tratar al paciente traumatizado como si tuviera shock hemorrágico, a menos que se identifique otra causa clara.
 - Principio básico del manejo** — Detener la hemorragia . Reemplazar la pérdida de volumen .
- Examen físico en trauma**
 - Objetivo** — Diagnóstico inmediato de lesiones que ponen en peligro la vida.
 - Evaluación ABCDE**
 - A : Vía aérea
 - B : Respiración
 - C : Circulación (Circulación)
 - D : Déficit neurológico (Discapacidad)
 - E : Exposición
 - Monitoreo Continuo**
 - Registros basales : Importantes para evaluar la respuesta al tratamiento.
 - Medición repetitiva — Signos vitales. Diuresis. Nivel de conciencia.

Tratamiento inicial con líquidos

- Control de hemorragia** — La infusión de grandes volúmenes de líquidos y sangre no reemplaza el control definitivo de la hemorragia.
- Evaluación de la respuesta**
 - Evaluar — Perfüción de órganos. Oxigenación tisular.
 - Decisiones terapéuticas y diagnósticas según la respuesta del paciente.
- Administración Inicial**
 - Bocadillo inicial — Solución electrolítica isotónica tibia
 - Dosis: — Adultos : 1 litro. Pediátricos (< 40 kg) : 20 ml/kg.
- Dificultad de predicción** — La cantidad de líquidos y sangre necesarios es difícil de predecir.

Restitución de sangre

- Decisión de Transfusión** — Basada en la respuesta del paciente a la reanimación inicial.
- Tipos de pacientes**
 - Respondedores transitorios
 - No respondedores .
- Manejo en fases iniciales** — Requisitos
 - Paquetes de glóbulos rojos .
 - Plasma
 - Placas

SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO

Clasificación

- STD Agudo: 120 hrs, 5 días
- STD Crónico: > 6 días

Epidemiología

- Aumenta continuamente con la edad
- Afecta más a hombres

Consideraciones clínicas

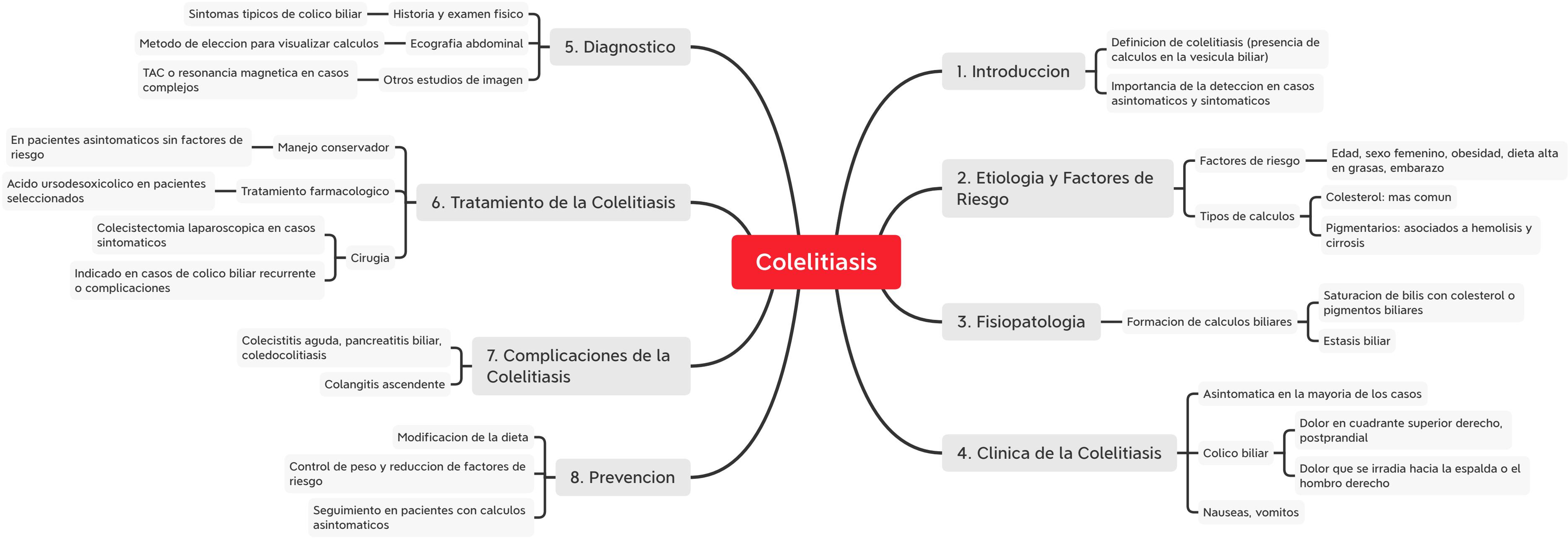
- Hematemesis**
 - Vomito con sangre "Brillante"
 - Reciente o en curso
 - Daño en esófago, estomago o duodeno
- Posos de café**
 - Vomito con sangre "Oscura"
 - Sangre parcialmente digerida
- Hematoquecia**
 - Heces con sangre "Brillante"
 - Sangrado reciente
 - Foco colónico distal
- Melena**
 - Heces "Alquitrán"
 - Sangrado por bacterias intestinales
 - Hrs después del sangrado

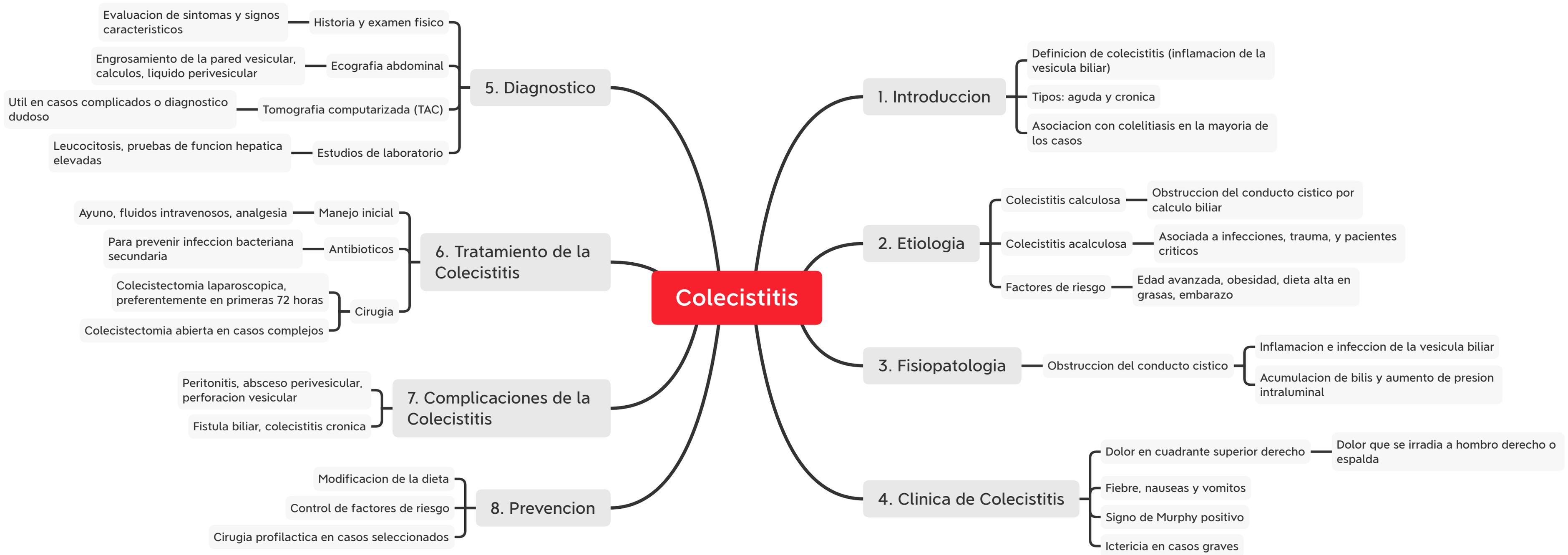
TUBO DIGESTIVO ALTO

- Definición**
 - Es todo aquel sangrado originado por lesiones en tubo digestivo de forma proximal al ligamento de TREITZ
 - Representa un 80 %
 - Diagnóstico en 24 hrs
- Causas**
 - Varicosas "20 %"
 - Reduce estancia y el uso de transfusión
 - Varices gastroesofagicas
 - Gastropatía HTP
 - Varices aisladas
 - No varicosas "80 %"
 - Úlcera péptica
 - Sangrado abundante
 - Numerosas erosiones
 - Gastritis "Estres"
 - Sangrado crónico
 - Inflamación por exposición a HCL
 - Causas infecciosas STD grave
 - Esofagitis
 - Malformaciones vasculares
 - < a 6 cm
 - L. Dieulafoy
 - Desgarros de mucosa y submucosa
 - Periodos de arcadas / vómitos intensos
 - D. Mallory- Weiss
 - STD <
 - Autolimitarse en < 48 hrs
 - Fistula Aortoenterica
 - Comunicación: Aorta abdominal - tercera parte del duodeno.
 - Genera: STD grave - Exanguinante
 - Manejo: Endoscopio + Angiotac o Angio resonancia
- Indicaciones para cirugía**
 - Inestabilidad hemodinamica
 - La hemorragia no se detiene con las técnicas endoscópicas
 - Recidiva de la hemorragia
 - Shock por hemorragia progresiva

TUBO DIGESTIVO BAJO

- Definición**
 - Sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de TREITZ
 - Sangrado entre el intestino y el ano
- Epidemiología**
 - Tasa de mortalidad del 2-4%
 - Prevalencia > 20-80 años
- Etiología**
 - Hemorragia diverticular
 - Angiodisplasias
 - Enfermedades perianales
 - Diverticulo de Meckel
 - Colitis
- Causas**
 - Colon- 95%
 - Diverticulosis
 - P. ano rectal
 - Isquemia
 - Neoplasias
 - EII
 - Intestino Delgado- 5%
 - Angiodisplasias
 - Úlceras
 - Enfermedad de Crohn
 - Neoplasias
- Diagnóstico**
 - Clínica
 - Estudios de laboratorio
 - Glóbulos rojos marcados con TC99
 - Angiografía
 - Tomografía
 - Estudios con Video Capsulas
 - Estudios complementarios
- Tratamiento**
 - Colectomía total: Extirpar todo el intestino grueso, desde el ileon hasta el recto
 - Colectomía parcial: Consiste en extirpar parte del colon, pero no el recto





Colecistitis

1. Introducción

- Definición de colecistitis (inflamación de la vesícula biliar)
- Tipos: aguda y crónica
- Asociación con colelitiasis en la mayoría de los casos

2. Etiología

- Colecistitis calculosa
 - Obstrucción del conducto cístico por cálculo biliar
- Colecistitis acalculosa
 - Asociada a infecciones, trauma, y pacientes críticos
- Factores de riesgo
 - Edad avanzada, obesidad, dieta alta en grasas, embarazo

3. Fisiopatología

- Obstrucción del conducto cístico
 - Inflamación e infección de la vesícula biliar
 - Acumulación de bilis y aumento de presión intraluminal

4. Clínica de Colecistitis

- Dolor en cuadrante superior derecho
 - Dolor que se irradia a hombro derecho o espalda
- Fiebre, náuseas y vómitos
- Signo de Murphy positivo
- Ictericia en casos graves

5. Diagnóstico

- Historia y examen físico
 - Evaluación de síntomas y signos característicos
- Ecografía abdominal
 - Engrosamiento de la pared vesicular, cálculos, líquido perivesicular
- Tomografía computarizada (TAC)
 - Util en casos complicados o diagnóstico dudoso
- Estudios de laboratorio
 - Leucocitosis, pruebas de función hepática elevadas

6. Tratamiento de la Colecistitis

- Manejo inicial
 - Ayuno, fluidos intravenosos, analgesia
- Antibióticos
 - Para prevenir infección bacteriana secundaria
- Cirugía
 - Colecistectomía laparoscópica, preferentemente en primeras 72 horas
 - Colecistectomía abierta en casos complejos

7. Complicaciones de la Colecistitis

- Peritonitis, absceso perivesicular, perforación vesicular
- Fístula biliar, colecistitis crónica

8. Prevención

- Modificación de la dieta
- Control de factores de riesgo
- Cirugía profiláctica en casos seleccionados