



Nombre del Alumno: Ailyn Yamili Antonio Gómez

Nombre del tema: mapas conceptuales

Parcial: 3°

Nombre de la Materia: clínica quirúrgica

Nombre del profesor: Romeo Antonio Molina Román

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

Semestre: 5to

Comitán de Domínguez, Chiapas a 07 de noviembre de 2024

Manejo de la via aerea respiratoria

perfusion

mantener una perfusion de oxigeno adecuada en los organos, evitar hipoxia e hipercapnia, todo paciente de trauma recibe oxigeno y medicion de oximetria.

equipo

debe estar preprado para manejo de via difiicil. capacidda para reconocer compromiso de via respiratoria. preparacion para succion. precaucion y estabilizacion de columna cervical. evitar tubos nasales en fracturas faciales, ojo morado, sangrado nasal.

evaluacion de 10 segundos

MIRE, ESCUCHE, TOQUE: 1- Toque al paciente 2- Hable con el paciente 3- Trate de obtener una respuesta verbal

si hay pase de aire positivo

Busque taquipnea, ronquera, agitacion, sonidos anormales, tráquea en posición medial, enfisema subcutáneo, fractura palpable. *Registre movimientos torácicos, frecuencia respiratoria, saturación de Oxígeno, ruidos respiratorios

L I M O N

LESION CERVICALES BUSQUEDA

INVESTIGAR CON LA REGLA DEL 3-3-2

Mallampati clasificacion hipo faringe

Obstruccion de via aerea buscar dificultad

Movilidad del cuello

intubacion

tomar escala de Glasgow

oxigenacion de alto flujo antes y despues de cada intento

Intubación de Secuencia Rápida

Requiere habilidad para utilizar fármacos: Anestesiólogo, enfermero anestesista, etc. *no se debe paralizar al paciente sin la seguridad de una sedación adecuada. *Intubación con paciente despierto: doloroso pero necesario. RIESGO-BENEFICIO

Adjuntos de via respiratoria

Tener conocimiento de adjuntos para vía aérea *Dispositivos extra glóticos: utilizados en entorno pre hospitalario en caso de laringoscopia fallida. *Dan tiempo de ventaja para oxigenar al paciente hasta colocar vía aérea definitiv

GOLD ESTANDAR

Tubo endotraqueal con balón inflado. (no usar en niños pequeños=tubo sin balón)

Via aerea quirurgica

En obstrucción de vías aéreas superiores por traumatismo masivo o cuerpo extraño. *Fracaso de intubación *Se realiza Cricotirotomía o Traqueostomía

Cricotirotomia

Técnica de corto tiempo de uso, utilizada para obtener acceso de emergencia por una incisión a través de la piel y membrana cricotiroides.

TECNICA

1. Prepare todo el material necesario 2. Coloque al paciente en posición supina, con el cuello en posición neutral

Para orientación, localizar la muesca del cartilago tiroides, espacio cricotiroides y horquilla supra esternal. 4. Prepare el área quirúrgica, y coloque anestesia si el paciente está consiente

Estabilice el cartilago tiroides con una mano y mantenga hasta que la tráquea sea intubada. 6. Realizar una incisión vertical con un bisturí, de 1 cm a través de la piel para acceder a la membrana cricotiroides. Atravesar esta membrana mediante una incisión longitudinal.

Ampliar el orificio insertando el mango del bisturí en la herida y rotándolo 90 grados o usando un clamp. 8. Insertar un tubo de traqueostomía o tubo endotraqueal de 6 o 7 mm de diámetro interno.

11. Determinar si la ventilación es efectiva (mediante auscultación bilateral y observación del movimiento del tórax). 12. No se debe intentar retirar el tubo de traqueostomía o endotraqueal en ambiente pre hospitalario.

indicaciones

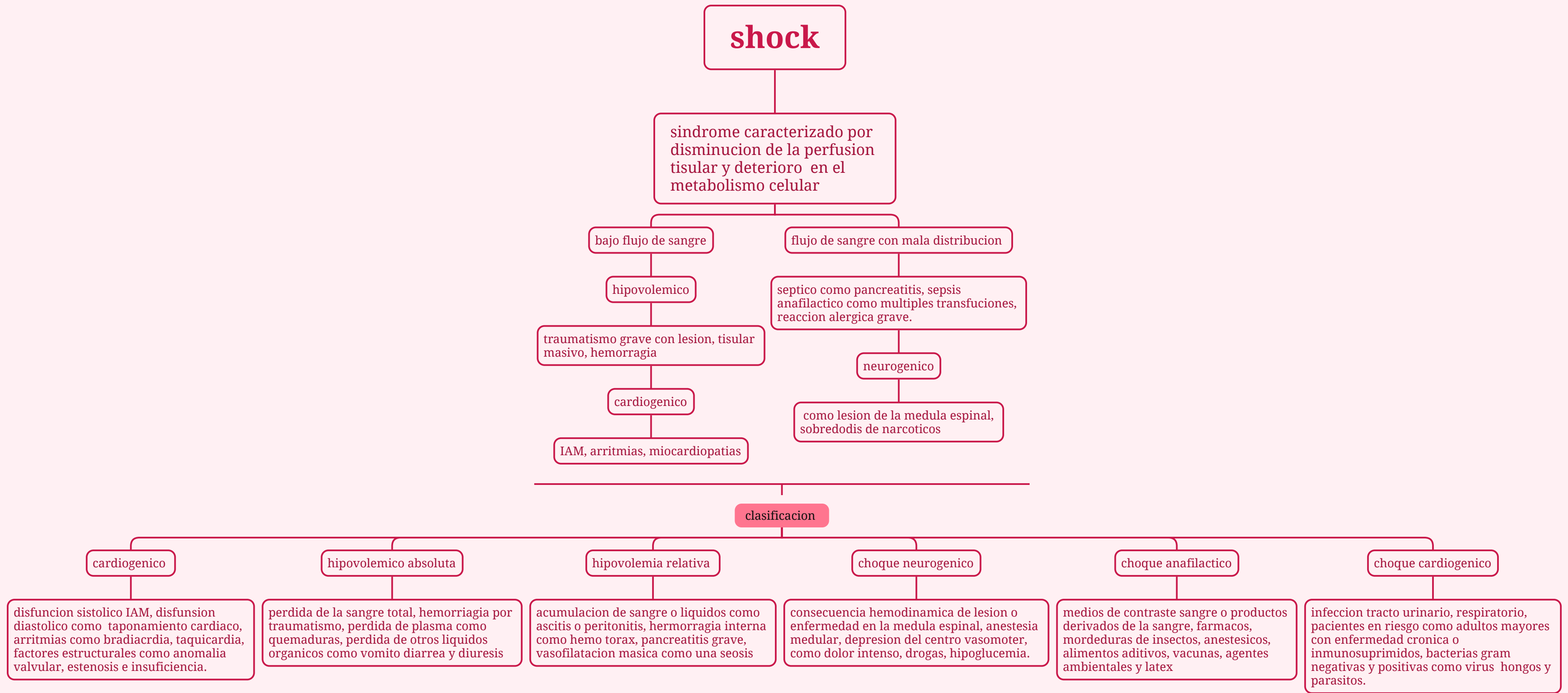
Imposibilidad de intubación - Imposibilidad de ventilación - Lesiones faciales o nasales graves (que no permiten la intubación oral o nasal) - Trauma medio facial masivo - Posible traumatismo de la médula cervical que impida una adecuada ventilación - Anafilaxia - Lesiones por inhalación de productos químicos

contraindicaciones

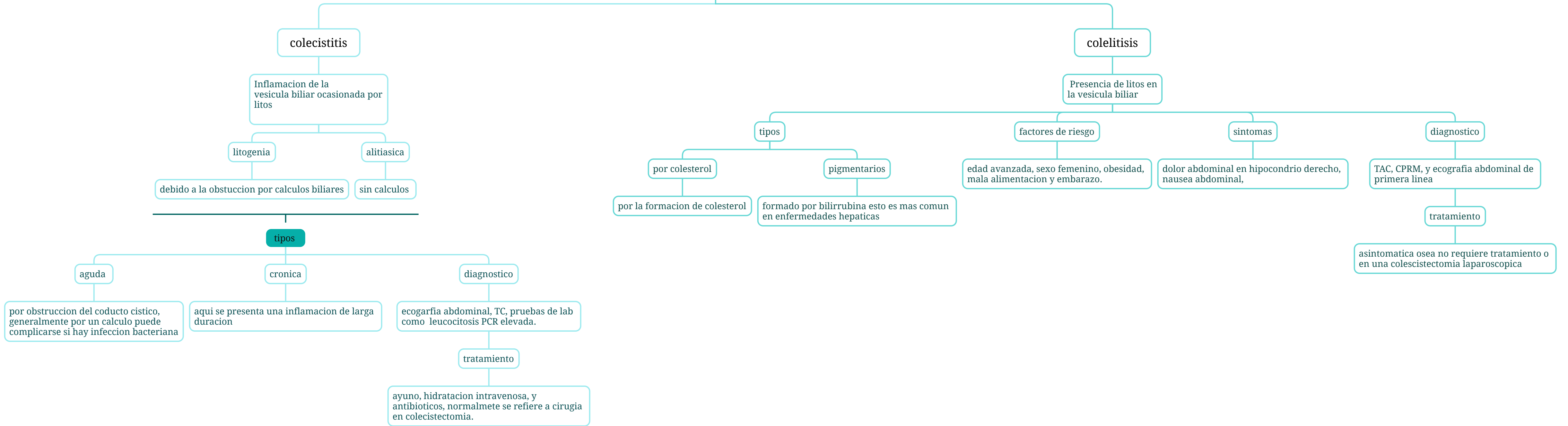
Imposibilidad para identificar la membrana cricotiroides - Anormalidad anatómica subyacente (tumor) - Transección traqueal - Patología laringea aguda por infección o traumatismo - Niños pequeños menores de 10 años (en estos casos un catéter sobre aguja 12-14 G puede ser más segur

complicaciones

Hemorragia Enfisema subcutáneo Neumomediastino Neumotórax



colescistitis y colelitiasis



sangrado del tubo digestivo alto Y bajo

Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo proximal al ligamento de la treitz

etiologia

infecciones, ulceras, cancer o traumas , erosiones en estomago o duodeno, varices esofagicas.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es un problema común que se estima que ocurre en 80 a 150 de cada 100,000 personas cada año.

manifestaciones clinicas

hematemesis, melena, palides, fatiga, taquicardia

diagnostico

endoscopiia es un estudio que nos permite visualizar el sitio de sangrado y hemograma.

tratamiento

el farmacologico con terliprestina o somatostatina para varices esofagicas, inhibidores de la bomba de protones IBP

sangrado de tubo digestivo bajo

es un sangrado que se produce en cualquier parte del tubo digestivo distal al ángulo de Treitz.

etiologia

Hemorragia diverticular
Angiodisplasias
Enfermedades perianales
Colitis

causas

Colon 95% (diverticulosis)
Intestino delgado 5% (angioplastias)

clinica

hematoquecia, dolor abdominal, anemia

diagnostico

colonoscopia, angiografia, TAC, hemograma y pruebas de coagulacion

tratamiento

de primera instancia reposicion de liquidos, endoscopia terapeutica con ligadura,