PASIÓN POR EDUCAR

Diego Alejandro Flores Ruiz

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Actividad

Clínica quirúrgica

Quinto B

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de noviembre del 2024.

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

- El compromiso de la vía aérea puede ser repentino,completo, insidioso y parcial
- Un paciente que "habla" confirmación momentánea
- Evaluación más temprana es "hablar con el paciente"
- Falta de respuesta o una respuesta inapropiada

ASEGURARSE QUE EL
ESTÉ FUNCIONAL Y D

VÍA AÉREA DEFINITIVA

SE DEFINE COMO UN TUBO COLOCADO EN LA TRAQUEA CON EL BALÓN INFLADO POR DEBAJO DE LAS CUERDAS VOCALES

EL TUBO CONECTADO A UN DISPOSITIVO DE VENTILACION ASISTIDA ENRIQUECIDA CON OXIGENO

PELIGRO LATENTE

ASPIRACIÓN DESPUÉS DE VOMITAR

Prevención

- EQUIPO DE ASPIRACIÓN ISPONIBLE
- ESTE PREPARADO PARA ROTAR AL PACIENTE DE FORMA LATERAL CUANDO ESTÉ INDICADO MIENTRAS RESTRINGE EL MOVIMIENTO ESPINAL CERVICAL

TRAUMA MAXILOFACIAL

TRAUMAS FACIALES

- HEMORRAGIAS
- EDEMA
- AUMENTO DE SECRECIONES
- DIENTES SUELTOS
- PÉRDIDA DEL SOPORTE ESTRUCTURAL DE LA VÍA AÉREA

DESPLAZAMIENTO DE LA VÍA AÉREA

TRAUMA DEL CUELLO

- OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA
- CONTROL QUIRURGICO DE VÍA AÉREA Y DE POSIBLE HEMORRAGIA

TRAUMA LARÍNGEO

- RONQUERA
- ENFISEMA SUBCUTÁNEO
- FRACTURA PALPABLE

INTUBACIÓN ENDOSCOPICA FLEXIBLE

TRAQUEOSTOMÍA DE EMERGENCIA

OBSERVAR AL PACIENTE

AGITADO = HIPOXIA
OBNUBILADO = HIPERCAPNIA
CIANOSIS = SIGNO TARDÍO DE HIPOXIA

AUSCULTAR AL PACIENTE

RONQUERA O DISFONÍA = OBSTRUCCION LARINGEA
GORGOTEO
ESTRIDOR

Manejo de la vía aérea
y
ventilación

SIGNOS OBJETIVOS DE LA VÍA AÉREA

- EVALUAR ENTORNO DEL PACIENTE
  - PACIENTES ABUSIVOS O BELIGERANTES PUEDEN EN REALIDAD ESTAR HIPOXICOS
    - NO PRESUPONGA INTOXICACIÓN
- RESPIRACIÓN/ VENTILACION
  - · Alteración de la mecánica respiratoria por depresión del SNC.
    · Los traumatismos directos sobre el tórax.
    · Pacientes edulto o con enfermedades pulmonares preexistentes.
    · Las lesiones intracraneanas.
    · Lesiones de la médula espinal.
    - · Asimetría en los movimientos del tórax.
      .Amplitud de la expansión torácica
      · La entrada de aire en ambos lados del tórax.
      · El oxímetro de pulso.
- MANEJO DE LA RESPIRACIÓN
  - La valoración de la permeabilidad de la vía aérea y la suficiencia ventilatoria debe ser realizarse de manera rápida y precisa.

EVALUACIÓN LEMON PARA INTUBACIÓN DIFÍCIL

- LESIÓN EXTERNA
- INVESTIGUE LA REGLA 3-3-2
- MALLAMPATI
- OBSTRUCCIÓN

PREDECIR EL MANEJO DE UNA VÍA AÉREA DIFICIL

NO MOVILIZAR EL CUELLO

EVALUACIÓN LEMON PARA INTUBACIÓN DIFÍCIL

Clasificaciones de Mallampati.

- Clase l: paladar blando, úvula, fauces, pilares completamente visibles;
- Clase ll: paladar blando, úvula, fauces parcialmente visibles
- Clase lll: paladar blando,base de la úvula visible;
- Clase IV: solamente el paladar duro es visible.

MANIOBRA

TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA

- DE ELEVACIÓN DEL MENTÓN
- MANIOBRA DE TRACCIÓN MANDIBULAR
- VÍA AÉREA NASOFARINGEA
- VÍA AÉREA OROFARIÍNGEA

VÍAS AÉREAS DEFINITIVAS

- TUBO OROTRAQUEAL
- TUBO NASOTRAQUEAL
- VÍA AÉREA QUIRURGICA
  - CRICOTIROIDOTOMÍA
  - TRAQUEOSTOMÍA

CRITERIOS PARA ESTABLECER VÍA AÉREA DEFINITIVA

- INCAPACIDAD PARA VIA AEREA PERMEABLE
- INCAPACIDAD PARA MANTENER OXIGENACION
- OBNUBILACIÓN (HIPOPERFUSION CEREBRAL)
- OBNUBILACION (LESION ENCEFALICA) GLASGOW < 8

INTUBACIÓN ASISTIDA POR MEDICAMENTOS

- PLAN EN CASO DE FALLA
- ADMINISTRAR VENTILACION CON PP
- PREOXIGENE AL PACIENTE AL 100%
- APLIQUE PRESION SOBRE EL CARTILAGO CRICOIDES
- ADM FARMACO DE INDUCCIÓN (ETOMIDATO 0.3 MG/KG)
- ADMINISTRE 1-2 MG/KG DE SUCCINILCOLINA POR VIA IV

EL PACIENTE SE RELAJA...

- INTUBAR AL PACIENTE POR LA VIA OROTTRAQUEAL
- INFLE EL BALÓN Y CONFIRME LA UBICACIÓN DEL TUBO
- LIBERE LA PRESION CRICOIDEA
- VENTILE AL PACIENTE

CLASIFICACIÓN

- STD AGUDO
  - 120 horas
    5 días
- STD CRÓNICO
  - > 6 días
- STD ALTO
  - 50%
- STD BAJO
  - 40%
- STD OSCURO
  - 10%

EPIDEMIOLOGIA

- RIESGO DE 83-100 X 100,000 HBTS
- AUMENTA SIGNIFICATIVAMENTE CON LA EDAD

AFECTA + HOMBRES QUE MUJERES

CONSIDERACIONES CLINICAS

HEMATEMESIS

- VOMITO DE SANGRE ROJA BRILLANTE
- SANGRADO RECIENTE O EN CURSO
- SUGIERE DAÑO EN ESOFAGO, ESTOMAGO O DUODENO.

POSOS DE CAFÉ

- VOMITO DE SANGRE OSCURA
- SANGRADO SUB AGUDO
- SANGRE PARCIALMENTE DIGERIDA

HEMATOQUECIA

- HECES CON SANGRE ROJA BRILLANTE
- PUEDE O NO ESTAR RELACIONADA CON HECES
- SUGIERE FOCO COLONICO DISTAL
- SUGIERE UN SANGRADO RECIENTE

LAS

MELENA

- HECES COLOR ALQUITRÁN
- SANGRE DEGRADA POR LAS BACTERIAS INTESTINALES
- APARECE POSTERIOR A 50-100 ML SANGRADO
- SE PRESENTA HORAS DESPUES DEL SANGRADO

DEFINICIÓN

TODO AQUEL SANGRADO ORIGINADO POR LESIONES EN EL TUBO DIGESTIVO EN FORMA PROXIMAL AL LIGAMENTO DE TREITZ

REPRESENTAN EL 80%

DX EN 24 HRS REDUCE ESTANCIA Y NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN

CAUSAS DE SANGRADO DE TDA

- HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS
  - NO VARICOSAS – 80%
    - VARICOSAS – 20%
  - U. PEPTICA 30-40%
    - VARICES GASTROESFOFAGICAS 90%
  - GASTRITIS/ DUODENITIS 20%
    - GASTROPATIA HTP 5%
  - ESOFAGITIS 5-10%
    - VARICES AISLADAS <5%
  - D. MALLORY WEISS 5-10%
  - TUMORES 2%

SANGRADO
DIGEST

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO: ALTO

STDA: CAUSAS NO VARICOSAS

ULCERA PEPTICA

Número 1

GASTRITIS “ESTRÉS”

- NUMEROSAS EROSIONES SUPERFICIALES PANGASTRICAS
- PACIENTE EN ESTADO CRITICO - < INCIDENCIA
- SANGRAN ABUNDANTEMENTE
- MANEJO CON IBP Y MANEJO ENDOSCOPICO

ESOFAGITIS

- INFLAMACION POR EXPOSICION REPETIDA A HCL
- SANGRADO CRÓNICO
- CAUSAS INFECCIOSAS (INM- COMP) STD GRAVE

L. DIEULAFOY

- MALFORMACIONES VASCULARES CURV MENOR < 6CM
- PUEDE GENERAR STD GRAVE
- MANEJO ENDOSCOPICO RESUELVE 80-100% CASOS

IBP

MANEJO ENDOSCOPICO

DE TUBO
TIVO

D. MALLORY-WEISS

- DESGARROS MUCOSA Y SUB MUCOSA – UGE
- POSTERIOR A PERIODO DE ARCADAS/ VOMITOS INTENSOS
- STD MENOR- SUELE AUTOLIMITARSE EN < 48 HRS
- SOSPECHA CLINICA – CONFIRMA CON ENDOSCOPIA
- ANTIEMETICOS + IBP Ò TX ENDOSCOPICO

FISTULA AORTOENTERICA

- COMUNICACIÓN AORTA ABDOMINAL – 3ERA PARTE DEL DUODENO
- SOSPECHA: STD CENTINELA – ANEURISMA ABDOMINAL – MASA DE ABDOMEN PULSATIL
- GENERA STD GRAVE – EXANGUINANTE
- MANEJO ENDOSCOPICO + ANGIOTAC O ANGIO RESONANCIA

FORREST I (IA y IB):

hemorragia activa

se debe estabilizar y realizar tratamiento endoscópico inicial, si fracasa se debe consultar al cirujano (6,5% de las hemorragias persistentes o recidivas terminan en cirugía).

Prese

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

- FORREST II (IA, IB y IIC):
  - hemorragia reciente
    - requiere hospitalización por lo menos 72 horas (60 - 76% de las recidivas ocurre dentro de las primeras 72 horas).
- FORREST III (III):
  - corresponde exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso
    - sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración Iniciar vía oral tras realización de endoscopia y dar alta a domicilio.

INESTABILIDAD HEMODINAMICA A PESAR DE REANIMACION VIGUROSA(TRANSFUSION DE >6 UNIDADES)

- INDICACIONES PARA CIRUGIA
  - IMPOSIBILIDAD DE DETENER LA HEMORRAGIA CON LAS TECNICAS ENDOSCOPICAS
  - RECIDIVA DE LA HEMORRAGIA TRAS LA ESTABILIZACION INICIAL
  - SHOCK ASOCIADO A HEMORRAGIA RECURRENTE

- DEFINICIÓN
  - TODO AQUEL SANGRADO ORIGIN
    LESIONES EN EL TUBO DIGESTIVO
    DISTAL AL LIGAMENTO DE TREITZ
    - ES DECIR ENTRE EL INTESTINO DEL
      ANO.

TASA DE MORTALIDAD DEL 2-4%

PREVALENCIA > 20-80 AÑOS

ETIOLOGIA

- HEMORRAGIA DIVERTICULAR
- ANGIODISPLASIAS
- ENFERMEDADES PERIANALES
- DIVERTICULO DE MECKEL
- COLITIS

ADO POR
EN FORMA

LGADO Y EL

SANGRADO T BAJO

CAUSAS DE ST

HEMORRAGIAS DIGESTI

COLON – 95%

INTESTINO DELGADO – 5%

DIVERTICULOSIS 30-40%

ANGIODISPLASIAS

- MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS – DILATACION PROGRESIVA
- MAYOR INCIDENCIA EN > 50 AÑOS
- CARACTERISTICAS DE STD CRÓNICO
- DIAGNOSTICO POR COLONOSCOPIA

P. ANO RECTAL 5-15%

ULCERAS

ISQUEMIA 5-10%

ENFERMEDAD DE CROHN

TUBO DIGESTIVO

DB

VAS BAJAS

NEOPLASIAS 5-10%

D. 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 CLINICO VARIADO QUE PUEDE CONFUNDIRSE CON APENDICITIS
- OBSTRUCCION, INFLAMACION ABDOMINAL Y PERITONITIS

EII 4%

NEOPLASIAS

HEMORRAGIA DIVERTICULAR

- PRESENTA 15% PACIENTES CON DIVERTICULOSIS
- MÁS 75% CASOS CESAN ESPONTANEAMENTE
- DIVERTICULOS DERECHOS SANGRAN CON MAYOR FRECUENCIA
- ANGIOGRAFIA EMBOLIZACIÓN SERÁ EL ULTIMO RECURSO

- DIAGNÓSTICO
  - CLINICA
  - ESTUDIOS DE LABORATORIO
    - GLOBULOS ROJOS MARCADOS CON TC99
    - ANGIOGRAFIA
    - TOMOGRAFIA
    - ESTUDIO CON VIDEO CAPSULAS
  - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- TRATAMIENTO QUIRURGICO
  - COLECTOMIA TOTAL
  - COLECTOMIA PARCIAL

Colecistitis y colelitiasis

Definición

- COLICO BILIAR:
  - Dolor opresivo postingesta localizado en el hipocondrio derecho de etiología biliar
- COLELITIASIS:
  - Presencia de litos en las vesicula biliar
- COLECISTITIS:
  - Inflamación de la vesicula biliar ocasionada por litos (90%) en menor frecuencia por barro biliar
- COLEDOCOLITIASIS:
  - Presencia de litos dentro de la via biliar .
- COLANGITIS:
  - Inflamación de la via biliar secundaria a infección (más frecuente)

ETIOLOGIA

- MIXTOS + FRECUENTES
- COLESTEROL (80%)
- PIGMENTARIOS (HEMOLISIS)
- SATURACION Y PRECIPITACIÓN
  - FORMACION DE LOS CALCULOS
    - COLECISTOQUINETICOS E INFECCION

EPIDEMIOLOGIA

- 10-20% DE LA POBLACIÓN TIENE CALCULOS BILIARES
- 30% PRESENTARÁ COLECISTITIS AGUDA (PRINCIPAL COMPLICACIÓN)
- PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA Y CIRUGIA ELECTIVA MÁS FRECUENTE EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN MÉXICO

FACTORES DE RIESGO

- EDAD >40 AÑOS
- SEXO FEMENINO 2:1
- EMBARAZO
- ANTICONCEPTIVOS ORALES
- OBESIDAD
- DISLIPIDEMIA
- ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y HEPATICAS

CLÍNICA: COLECISTITIS NO COMPLICADA

- DOLOR O RESISTENCIA EN HIPOCONDRIO DERECHO
- MURPHY +
- NAUSEA O VOMITO
- EL DIAGNOSTICO SE REALIZA CON 1 SIGNO O SINTOMA SISTEMICO + 1 SIGNO O SINTOMA LOCAL + ESTUDIO DE IMAGEN POSITIVO
  - • NO ES HABITUAL LA ICTERICIA, SI SE PRESENTA HAY QUE PENSAR EN UNA COMPLICACIÓN (COLEDOCOLITIASIS O SX MIRIZZI)

DIAGNOSTICO: USG

- 98% SENSIBILIDAD PARA COLELITIASIS (ELECCIÓN)
- ENGROSAMIENTO DE PARED >5MM
- ALARGAMIENTO VESICULAR >8 X 4 CM
- LIQUIDO PERIVESICULAR
- OTROS
  - LITO INCARCERADO, IMAGEN DOBLE RIEL, ECOS INTRAMURALES, SOMBRA ACUSTICA, MURPHY POR USG

PRUEBAS DE LABORATORIO

- BHC
  - LEUCOCITOSIS CON AUMENTO EN LEUCOCITOS
- QS
  - CREATININA BUN
- HEMOCULTIVO
  - EN CASO DE FIEBRE PARA MEJORAR SELECCIÓN ANTIBIOTICA

IMPORTANTE SOBRE LA CCL

- • NO CONFUNDIR COLELITIASIS CON COLECISTITIS AGUDA
- • LAS COLELITIASIS ASINTOMATICAS (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 NO QUIRURGICO

- Para la disolución de los cálculos biliares en pacientes en situaciones especiales
  - el tratamiento de elección es con ácidos biliares orales como:

    Ácido ursodesoxicolico
    Ácido quenodeoxicolico
    - Por un periodo de 1 a 2 años
- Indicaciones para realizar litotricia:
  - • Pacientes con litiasis única
    • No calcificada
    • Con diámetros de 20 a 30 mm
- En presencia de cólicos biliares y para evitar el progreso de la colecistitis aguda se recomienda una dosis de 75 mg de diclofenaco (intra-múscular)
  - MEPERIDINA SI COLECISTITIS Y DOLOR SEVERO
- El tratamiento con antibiótico se indicará usando como premisa la gravedad de la colecistitis:
  - • Colecistitis grado 1 ...... un antibiótico
    • Colecistitis grado 2......doble antibiótico
    • Colecistitis grado 3.... doble antibiótico
    - Agregar metronidazol cuando se detecta o se sospecha presencia de anaerobios

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- • COLECISTITIS GRADO I
  - COLECISTECTOMIA TEMPRANA LAPAROSCOPICA (PRIMERA ELECCION)
- • COLECISTITIS GRADO II SIN INFLAMACIÓN GRAVE
  - COLECISTECTOMIA TEMPRANA LAPAROSCOPICA (PRIMERA ELECCIÓN)
- • COLECISTITIS GRADO II CON INFLAMACION GRAVE
  - DRENAJE PERCUTANEO O QUIRURGICO, POSTERIOR COLECISTECTOMIA UNA VEZ DISMINUIDA LA INFLAMACIÓN
- COLECISTITIS GRADO III
  - MANEJO DE LA FALLA ORGANICA; DRENAJE DE LA VESICULA; COLECISTECTOMIA AL MEJORAR CONDICIONES DEL PACIENTE
- -Colecistectomía temprana: 1-7 días posterior a episodio agudo
  -Colecistectomía tardía 2-3 meses posterior a episodio agudo

COLEDOCOLITIASIS

- DEFINICION
  - PRESENCIA DE CALCULOS EN EL COLEDOCO
- EPIDEMIOLOGIA
  - % DE LOS PACIENTES CIN COLELITIASIS TIENEN COLEDOCOLITIASIS
- CLINICA
  - ASINTOMATICOS 80% COLICO BILIAR, ICTERICIA OBSTRUCTIVA, PANCREATITIS, COLANGITIS
- NOTA
  - Ante un paciente colecistectometizado con ictericia o colangitis, SIEMPRE sospechar en coledocolitiasis residual
- DX:
  - USG, COLANGIO-RM, CPRE PFH
    - Sospechar ante datos clínicos y alteraciones analiticas o dilatacion biliar >8mm
- TRATAMIENTO:
  - CPRE CON ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA

COLANGITIS

- DEFINICIÓN:
  - INFECCION DE LA VIA BILIAR SECUNDARIA LA MAYORIA DE LAS VECES A COLEDOCOLITIASIS, ESTENOSIS POSTQUIRUGICA, TUMORES (ASOCIADA A E. COLI EN CULTIVOS)
- CLINICA
  - TRIADA DE CHARCOT: FIEBRE INTERMITENTE, ICTERICIA, DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO
    - COLANGITIS AGUDA SUPURATIVA: PENTADA DE REYNOLDS: TRIADA DE CHARCOT + SHOCK Y OBNUBILACION
- TRATAMIENTO:
  - ANTIBIOTICOS Y CPRE
    - • SI NO MEJORA: CIRUGIA DESCOMPRESIVA URGENTE

SHOCK

DEFINICIÓN

- es la incapacidad para proporcionar una perfusión suficiente de sangre oxigenada y sustratos a los tejidos para satisfacer las demandas metabólicas.

TIPOS DE SHOCK

Shock hipovolémico

- La hipovolemia aguda es la causa más frecuente de shock en la infancia.
  - Se produce por una pérdida de líquidos del espacio intravascular secundaria a una ingesta inadecuada o a pérdidas excesivas
    - vómitos y diarrea, pérdida de sangre, síndromes de fuga capilar o pérdidas renales
      - Si el shock hipovolémico no se trata, el aumento de la frecuencia cardiaca puede alterar el flujo sanguíneo coronario y el llenado ventricular
- CLÍNICA
  - actividad simpático-suprarrenal (taquicardia, vasoconstricción)
    - signos de deshidratación (sequedad de las mucosas, oliguria)
      - pérdida de sangre (palidez)
        - Tema principal 1

Shock distributivo

- Las anomalías de la distribución del flujo sanguíneo pueden producir profundas alteraciones de la perfusión tisular
  - incluso en presencia de un gasto cardíaco normal o elevado.
    - Esta mala distribución del flujo suele deberse a anomalías del tono vascular.
      - El shock séptico es el tipo de shock distributivo más frecuente en los niños.
        - Otras causas son la anafilaxia, las lesiones neurológicas y algunos fármacos.
- CLÍNICA
  - temperatura superior a 38°C o inferior a 36°C, frecuencia cardiaca superior a 90 latidos/min o más de dos desviaciones estándar por encima de lo normal para la edad, taquipnea, más de 12.000 leucocitos/mm3 o menos de 4.000 leucocitos/mm3, o más de un 10% de formas inmaduras.
    - tienen taquicardia y alteraciones de la perfusión periférica.
      - En estadios precoces, cuando la liberación de citocinas produce vasodilatación, los pulsos pueden ser saltones y mantenerse la función de los órganos vitales
        - A medida que la enfermedad avanza sin tratamiento:
          - extremidades se enfrían y adquieren un aspecto moteado con un retraso del tiempo de llenado capilar
            - En esta fase, el paciente tiene hipotensión y vasoconstricción.
              - Si el shock distributivo se debe a sepsis:
                - el paciente suele tener fiebre, letargo, petequias o púrpura, y puede presentar un foco de infección identificable.

Shock cardiogénico

- se produce por una anomalía de la función miocárdica y se manifiesta como una disminución de la contractilidad miocárdica y del gasto cardíaco, con mala perfusión tisular.
  - Los mecanismos de compensación pueden contribuir a que el shock aumente por la mayor disminución de la función cardíaca.
    - La taquicardia puede alterar el flujo sanguíneo coronario, lo que disminuye el aporte de oxígeno al miocardio.
      - El aumento del volumen sanguíneo central ocasionado por la retención de agua y sodio, y por el vaciamiento incompleto de los ventrículos durante la sístole
        - produce un aumento de volumen y de presión en el ventrículo izquierdo, lo que altera el flujo sanguíneo subendocárdico.
          - Cuando los mecanismos de compensación se superan, en el ventrículo izquierdo insuficiente aumentan el volumen y la presión telediastólicos ventriculares
            - lo que incrementa la presión auricular izquierda, con el consiguiente edema pulmonar.
- CLÍNICA
  - insuficiencia cardiaca
    - taquicardia y taquipnea
      - El hígado a menudo está aumentado de tamaño
        - suele haber ritmo de galope
          - puede observarse distensión de la vena yugular.
            - Como existe un flujo sanguíneo renal inadecuado se retienen agua y sodio
              - lo que provoca oliguria y edema periférico.

Shock obstructivo

- se debe a una obstrucción mecánica del flujo de salida ventricular.
  - Entre sus causas se encuentran las lesiones congénitas:
    - como la coartación de la aorta, el cayado aórtico interrumpido y la estenosis valvular aórtica grave, además de ciertas afecciones adquiridas
      - Cuando un recién nacido presenta un shock, deben considerarse las posibles lesiones obstructivas.
- CLÍNICA
  - aumenta la frecuencia cardiaca y altera el volumen sistólico
    - Existe una reducción de la tensión diferencial
      - un retraso del llenado capilar.
        - hígado está aumentado de tamaño
          - puede ser evidente una distensión venosa yugular.

Shock disociativo

- se refiere a las situaciones en que, con una perfusión tisular normal
  - las células no son capaces de utilizar el oxígeno porque la hemoglobina tiene una afinidad anómala por él, lo que impide su liberación a los tejidos.
- CLÍNICA
  - incapacidad para proporcionar oxígeno a los tejidos.
    - taquicardia, taquipnea, alteraciones del estado mental y, por último, colapso cardiovascular

Diagnóstico

- requiere una reanimación inmediata antes de realizar las pruebas de laboratorio o los estudios
  - determinación basal de la gasometría arterial y del nivel de lactato sanguíneo para valorar la alteración de la oxigenación tisular
    - La medición de la saturación de oxígeno en sangre venosa mixta
      - hemograma completo
        - determinación de los electrólitos
          - shock distributivo se les deben realizar cultivos víricos y bacterianos para identificar la causa de la infección.
            - shock cardiogénico u obstructivo, un ecocardiograma
              - Tema principal 1

Tratamiento

- requiere la monitorización mediante gasometría arterial para determinar la oxigenación, la ventilación (CO2) y la acidosis, así como una valoración frecuente de los electrólitos séricos, el calcio, el magnesio, el fósforo y el nitrógeno ureico en sangre (BUN).

TRATAMIENTO INICIAL

1. Evaluación rápida: Evaluar la condición del paciente, incluyendo signos vitales y nivel de conciencia.
2. Llamada a emergencias: Llamar a servicios de emergencia si es necesario.
3. Posición: Colocar al paciente en posición supina (boca arriba) con las piernas elevadas a 45 grados.

TRATAMIENTO DE SOPORTE

1. Oxígeno: Administrar oxígeno si es necesario.
2. Fluidoterapia: Administrar líquidos intravenosos para reemplazar la pérdida de volumen sanguíneo.
3. Monitorización: Monitorizar signos vitales y nivel de conciencia.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

1. Shock hipovolémico: Administrar líquidos intravenosos y transfusiones de sangre si es necesario.
2. Shock cardiogénico: Administrar medicamentos para mejorar la función cardiaca y controlar la frecuencia cardiaca.
3. Shock séptico: Administrar antibióticos y tratamiento de soporte.
4. Shock anafiláctico: Administrar epinefrina y tratamiento de soporte.

INTERVENCIONES ADICIONALES

1. Control de hemorragia: Controlar la hemorragia si es la causa del shock.
2. Tratamiento de la causa subyacente: Tratar la causa subyacente del shock, como una infección o una lesión.
3. Cuidados intensivos: Proporcionar cuidados intensivos si es necesario.

MEDICAMENTOS

1. Vasopresores: Medicamentos que aumentan la presión arterial.
2. Inotrópicos: Medicamentos que mejoran la función cardiaca.
3. Antibióticos: Medicamentos que combaten las infecciones.
4. Antihistamínicos: Medicamentos que tratan la reacción alérgica.

CUIDADOS POSTERIORES

1. Monitorización continua: Monitorizar signos vitales y nivel de conciencia.
2. Tratamiento de soporte: Continuar con el tratamiento de soporte.
3. Evaluación de la causa subyacente: Evaluar y tratar la causa subyacente del shock.