



**Nombre del alumno: Rashel Citlali
Rincón Galindo**

**Nombre del profesor: Romeo Molina
Román**

**Nombre del trabajo: Mapas
conceptuales**

Materia: Clínica Quirúrgica

Grado: 5to

Grupo: B

Comitan de Domínguez chiapas a 11 de octubre 2024.



COLECISTITIS Y COLELITIASIS

COLECISTITIS

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada

Clinica:

- Dolor en hp
- Murphy
- Náuseas
- Vómito

Criterios tokio

COLELITIASIS

Presencia de litos en la vesícula biliar

ETIOLOGIA

Saturación y precipitación

Mixtos frecuentes

Formación de los cálculos

Colesterol (80%)

Pigmentarios

EPIDEMIOLOGIA

10 a 20% de la población tiene cálculos biliares

30% de la población presenta colecistitis aguda

FACTORES DE RIESGO

- Mayor de 40 años
- Mujeres
- Embarazo
- Anticonceptivos

DIAGNÓSTICO

- USG
- BHC
- QSC
- Hemocultivo

TRATAMIENTO

No quirúrgico

- Antibióticos
- Ácido ursodexilico

Quirúrgico

- Colecistectomía
- Laparoscopia (primera elección)
- Drenaje percutáneo

SHOCK

Afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente.

SHOCK HEMORRAGICO

La hemorragia es la causa más común de shock en el paciente traumatizado.

Clasificación

- Grado 1
- Grado 2
- Grado 3
- Grado 4

TIPOS

- Shock cardiogenico
- Shock séptico
- Neumotorax tensión
- Taponamiento cardiaco

EVALUACION DEL PACIENTE

Manejo de shock

Identificar la causa del problema

EXAMEN FISICO

ABCDE

- déficit neurologico
- desvestir paciente

TRATAMIENTO

Un bolo de solución electrolítica isotónica tibia. La dosis habitual es 1 litro en adultos y 20 ml/kg de peso en pacientes pediátricos que pesen menos de 40 kilogramos

MANEJO DE VIA AEREA Y VENTILACIÓN

Tubo colocado en la tráquea con el balón inflado por debajo de las cuerdas vocales

TRAUMAS

Maxilofacial

- Edema
- Aumento de secreciones
- Hemorragia
- Dientes frágiles

Laríngeo

- Ronquera
- Enfisema
- Fractura palpable

VENTILACIÓN

- Pulso
- Oximetría
- Medicación con CO2

Cuello

- Desplazamiento de la vía aérea
- Obstrucción y control quirúrgico

MANEJO

- Asimetría
- Ventilación
- Entrafía de aire
- Pímetro

Predecir el manejo

Mallampati

Lesiones externas

SIGNOS

Auscultar paciente

- Disfonía
- Gorgoreo
- Estridor

SIGNOS

Evaluación de su entorno

- Evaluar el estado del paciente
- Vivienda

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

CLASIFICACIÓN

STD Agudo

120 horas a 5 días

STD Crónico

Más de 6 días

TRACTO DIGESTIVO

Bajo

50%

Alto

40%

Oscuro

10%

EPIDEMIOLOGIA

Riesgo de 83-1000,000 HBTS

Afecta más a hombres que a mujeres

CLINICA

- Posos de café
- Hematemesis
- Hematquecia
- Melena

STD ALTO

Sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo de forma proximal al ligamento de TREITZ

CAUSAS

- No es varicosa
- Úlcera péptica
- Gastritis
- Esofagitis

RIESGO

- Escala de blatchford
- Forest

NO VARICOSAS

- Estrés
- Esofagitis

