



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dr. Romeo Antonio Molina Román

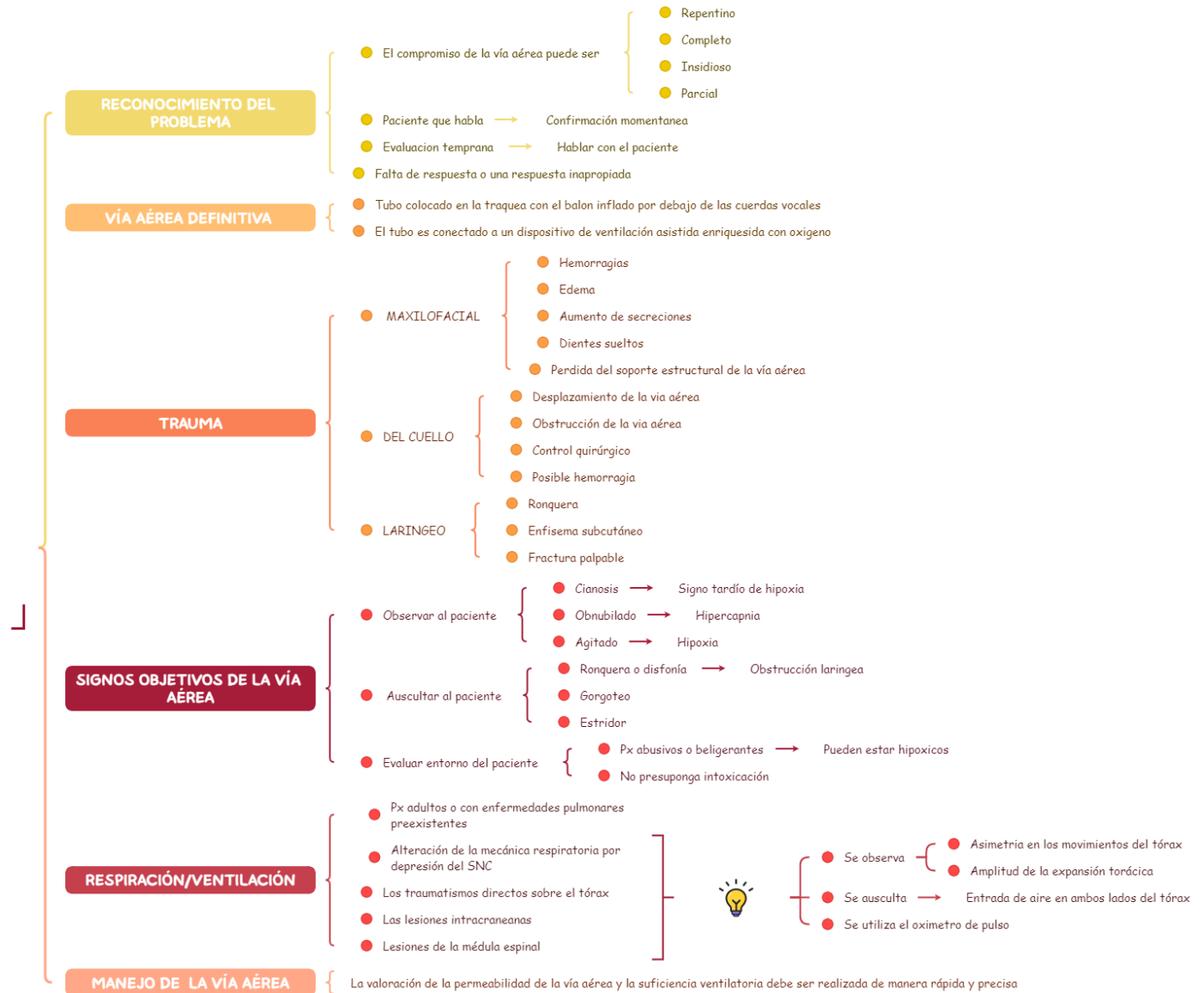
Cuadros Sinópticos

CLÍNICA QUIRÚRGICA

5" B

Comitán de Domínguez Chiapas a Noviembre de 2024

MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN



MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

PREDECIR EL MANEJO DE UNA VÍA AÉREA DIFÍCIL

- Lesión externa
- Evaluación LEMON
 - L(Look) mirar extremadamente
 - Boca
 - Mandíbula pequeña
 - Sobremordida grande
 - Traumatismo facial
 - E(Evalúe la regla 3-3-2)
 - 3 → La distancia entre los dientes incisivos del px debe ser de al menos 3 dedos
 - 3 → La distancia entre el hueso hioides y el mentón debe ser de al menos 3 dedos
 - 2 → La distancia entre la muesca tiroidea y el piso de la boca debe ser de al menos 2 dedos
 - M(Mallampati)
 - Se le pide al paciente
 - Abrir completamente la boca
 - Sacar la lengua
 - Se ilumina la hipofaringe desde arriba con la luz del laringoscopio
 - Evalúa la extensión visible de la hipofaringe
 - Clases
 - I
 - Paladar blando
 - Úvula
 - Fauces
 - Pilares completamente visibles
 - II
 - Paladar blando
 - Úvula
 - Fauces parcialmente visibles
 - III
 - Paladar blando
 - Base de la úvula visible
 - IV → Solamente el paladar duro es visible
 - O(Obstrucción) → Cualquier afección que cause obstrucción de la vía aérea dificultará
 - La laringoscopia
 - La ventilación
 - N(Neck) Movilidad del cuello → Es un requisito vital para una intuición exitosa

TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA

- Maniobra de elevación del mentón → Vía aérea nasofaringea
- Maniobra de tracción mandibular → Vía aérea orofaringea

VÍAS AÉREAS DEFINITIVAS

- Tubo orotraqueal
- Tubo nasotraqueal
- Vía aérea quirúrgica
 - Cricotiroidotomía
 - Traqueostomía
- CRITERIOS PARA ESTABLECERLA
 - Incapacidad para la vía aérea permeable
 - Incapacidad para mantener oxigenación
 - Obnubilación (hipoperfusión cerebral)
 - Obnubilación (lesión encefalica) glasgow

INTUBACION ASISTIDA POR MEDICAMENTOS

- Plan en caso de falla
- Administrar ventilación con pp
- Preoxigenar al px al 100%
- Aplicar presión sobre el cartilago cricoides
- ADM fármacos de inducción (etomidato 0.3 mg/Kg)
- Administración 1-2 mg/Kg de succinilcolina por vía IV
 - Intubar al px por vía orotraqueal
 - Inflar el balón y confirmar la ubicación del tubo
 - Liberar la presión cricoidea
 - Ventilar al paciente
- Si el px se relaja.....

SHOCK

DEFINICIÓN

- Estado crítico de insuficiencia circulatoria
- Incapacidad para mantener la perfusión tisular y oxigenación adecuada
- Hipoxia tisular y disfunción orgánica.

CLASIFICACIÓN

- Hipovolémico
 - Causa → Pérdida de volumen (sangre o líquidos)
 - Característica → Disminución del volumen intravascular
 - Ejemplos
 - Hemorragia
 - Quemaduras
 - Vómitos severos.
- Cardiogénico
 - Causa → Disfunción del corazón
 - Característica → Disminución de la capacidad de bombeo cardíaco
 - Ejemplos
 - Infarto agudo de miocardio
 - Arritmias
- Distributivo
 - Causa → Alteraciones en la distribución del flujo sanguíneo.
 - Característica
 - Vasodilatación periférica
 - Mal distribución del flujo.
 - Ejemplos
 - Shock séptico
 - Shock anafiláctico
 - Shock neurogénico
- Obstructivo
 - Causa → Obstrucción del flujo sanguíneo.
 - Característica → Interferencia en la circulación central
 - Ejemplos
 - Taponamiento cardíaco
 - Embolia pulmonar

SHOCK

FISIOPATOLOGÍA

- Fase inicial
 - Activación de mecanismos compensatorios.
 - Liberación de catecolaminas, aumento de frecuencia cardíaca y resistencia periférica
- Fase progresiva → Fallo en mecanismos compensatorios, hipoxia tisular.
- Fase irreversible
 - Daño celular
 - Fallo orgánico múltiple
 - Muerte celular

TRATAMIENTO

- Medidas generales
 - Oxigenación, manejo de vía aérea
 - Monitorización hemodinámica, corrección de desequilibrio ácido-base
- Terapias específicas según tipo
 - Shock hipovolémico: Reposición de volumen (líquidos o sangre)
 - Shock cardiogénico: Fármacos inotrópicos, intervenciones cardíacas
 - Shock distributivo: Administración de vasopresores, tratamiento de la causa (antibióticos en shock séptico)
 - Shock obstructivo: Resolución de la obstrucción (drenaje en taponamiento, anticoagulación en embolia pulmonar)

PRONÓSTICO

Depende del tipo, la rapidez de intervención y la gravedad del shock

COMPLICACIONES

Falla orgánica múltiple, muerte.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

CLASIFICACIÓN

- Según el tiempo
 - Agudo → 120 horas= 5 días
 - Crónico → Más de 6 días
- Según el lugar
 - Alto → 50%
 - Bajo → 40%
 - Oscuro → 10%

CLÍNICA

- STD
- Ictericia
- Disfagia progresiva
- AHF malignidad T.D
- Vómitos persistentes
- Masa a abdominal palpable
- Adenopatía supraclavicular
- Dispepsia de nueva aparición

EPIDEMIOLOGIA

- Aumenta con la edad
- Riesgo de 83-100 x 100,000 HBTS
- Afecta más a hombres que a mujeres

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

- HEMATEMESIS**
 - Vómito de sangre roja brillante
 - Sangrado reciente o en curso
 - Sugiere daño en...
 - Esófago
 - Estómago
 - Duodeno
- POSOS DE CAFÉ**
 - Vómito de sangre oscura
 - Sangrado subagudo
 - Sangre parcialmente digerida
- HEMATOQUECIA**
 - Heces con sangre roja brillante
 - Puede o no estar relacionada con las hecces
 - Sugiere foco colonico distal
 - Sugiere un sangrado reciente
- MELENA**
 - Heces color alquitrán
 - Aparece posterior a 50-100ml de sangrado
 - Se presenta horas después del sangrado
 - Sangre degradada por las bacterias intestinales

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

● Es todo aquel sangrado originado por lesiones en el TD en forma distal al ligamento de tritz → entre... { ● Intestino delgado
● Ano

EPIDEMIOLOGÍA

- Tasa de mortalidad del 2-4%
- Prevalencia en personas de 20-80 años

1 Hemorragia diverticular

- Lo presentan 15% de los px con diverticulosis
- Más de 75% de casos cesan espontáneamente
- Los divertículo derechos sangran con mayor frecuencia
- Angiografía embolización será el último recurso

● Angiodisplasias

- Malformaciones arteriovenosas → Dilatación progresiva
- Mayor incidencia en personas de 50 años
- Características de STD crónico
- Diagnóstico por colonoscopia

● Enfermedades perianales

- Se encuentran... { ● Hemorroides
● Fístulas perianales
- Cuando las hemorroides sangran no producen dolor
- Es una lesión en el canal anal
- Se origina durante la defecación
- Manifestaciones clínicas { ● Dolor
● Comezón
● Rectorragia

● Divertículo de Meckel

- Es un padecimiento congénito
- Por lo general es hallazgo en autopsias
- Se localiza con mayor frecuencia en el intestino delgado
- Es más frecuente en niños que en adultos
- Cuadro clínico variado → Puede confundirse con apendicitis
- Puede causar { ● Obstrucción
● Inflamación abdominal
● Peritonitis

● Colitis

- La colitis infecciosa es causada por... { ● Amibiasis
● Disenteria
● Tuberculosis
- Clínica { ● Dolor abdominal tipo cólico
● Diarrea sanguinolenta

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

CAUSAS

- Colón 95%
 - Diverticulosis 30-40%
 - P. Ano rectal 5-15%
 - Isquemia 5-10%
 - Neoplasias 5-10%
 - EII 4%
- Intestino delgado 5%
 - Angiodisplasia
 - Úlceras
 - Enfermedad de Crohn
 - D. Meckel
 - Neoplasias

DIAGNÓSTICO

- Clínica
- Estudios de laboratorio
 - Glóbulos rojos marcados con TC99
 - Angiografía
 - Tomografía
 - Estudio con video cápsulas
- Estudios complementarios

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Colectomía total
- Colectomía parcial

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

DEFINICIONES

- Colico biliar
 - Dolor progresivo postingesta
 - Dolor localizado en hipocondrio derecho
 - Es de etiología biliar
- Colelitiasis → Presencia de litos en la vesicula biliar
- Colecistitis → Inflamación de la vesicula biliar ocasionada por litos en un 90%
- Coledocolitiasis → Presencia de litos dentro de la vía biliar
- Colangitis → Inflamación de la vía biliar secundaria a infección

ETIOLOGÍA

- Mixtos → Mas frecuentes
- Colesterol (80%)
- Pigmentarios (hemolisis)
- Saturación y presipitación → Formación de los calculos → Colecistoquineticos e infección

EPIDEMIOLOGÍA

- 10-20% de la población tiene calculos biliares
- 30% presenta colecistitis aguda → Principal complicación
- Principal motivo de consulta
- Cirugía electiva más frecuente

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

FACTORES DE RIESGO

- Edad >40 años
- Sexo femenino 2:1
- Embarazo
- Anticonceptivos orales
- Obesidad
- Dislipidemia
- Enfermedad inflamatoria intestinal y hepáticas

CLÍNICA (colecistitis no complicada)

- 1 Dolor o resistencia en hipocondrio derecho
- 2 Murphy positivo
- Náuseas o vómito

El Dx se realiza con 1 signo o síntoma sistémico + 1 signo o síntoma local + estudio de imagen positivo

DIAGNÓSTICO

● USG

- 98% sensibilidad para colelitiasis → Es el de elección
- Engrosamiento de la pared > 5mm
- Alargamiento vesicular > 8 x 4cm
- Líquido perivesicular

● Otros

- Lito incarcerated
- Imagen doble riel
- Ecos intramurales
- Sombra acustica
- Signo de murphy

● Pruebas de laboratorio

- BHC → Leucocitosis
- QS {
 - Creatinina
 - BUN
- Hemocultivo → En caso de fiebre para mejorar selección antibiótica

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

IMPORTANCIA SOBRE LA CCL

- No confundir colelitiasis con colecistitis aguda
- Las colelitiasis asintómaticas no se tratan
- Tratar en caso de.....
 - Calculo >2.5cm
 - Vésicula en porcelana
 - Anemia falciforme
 - Cirugía de la obesidad
 - Colecistitis aguda
- Valorar cirugía electiva en px con colico biliar

TRATAMIENTO

- No quirúrgico
 - Para la disolución de los cálculos biliares en px en situaciones especiales
 - Ácido ursodesoxicólico
 - Ácido quenodeoxicólico
 Por un periodo de 1 a 2 años
 - Indicaciones para realizar litotricia
 - Pacientes con litiasis única
 - No calcificada
 - Con diámetro de 20 a 30 mm
 - En presencia de cólicos biliares y para evitar el progreso se recomienda.....
 - 75mg de diclofenaco vía intra-muscular
 - Tx antibiótico de acuerdo a la gravedad
 - Colecistitis grado I → Un antibiótico
 - Colecistitis grado II
 - Colecistitis grado III
 - Doble antibiótico
 - Agregar Metronidazol cuando se detecta o se sospecha presencia de anaerobios
- Quirúrgico
 - Colecistitis grado I → Colecistectomía temprana laparoscópica → Primera elección
 - Colecistitis grado II sin inflamación grave → Colecistectomía temprana laparoscópica → Primera elección
 - Colecistitis grado II con inflamación grave
 - Drenaje percutáneo o quirúrgico
 - Colecistectomía → Una vez disminuida la inflamación
 - Colecistitis grado III
 - Manejo de la falla orgánica
 - Drenaje de la vésicula
 - Colecistectomía → Al mejorar las condiciones del px

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Enviar a segundo nivel ante sospecha de colecistitis
- Cita en 1 semana posterior a la cirugía
- Recuperación en 14-21 días

COLEDOCOLITIASIS

- Presencia de cálculos en el coledoco
- CLÍNICA
 - Asintomáticos en un 80%
 - Colico biliar
 - Ictericia obstructiva
 - Pancreatitis
 - Colangitis
- NOTA → Ante un px colecistectomizado con ictericia o colangitis, siempre sospechar en coledocolitiasis residual
- DIAGNÓSTICO
 - USG
 - Colangio-RM
 - CPRE
 - PFH
 - Sospechar ante datos clínicos y alteraciones analíticas o dilatación biliar >8mm
- TRATAMIENTO
 - CPRE con esfinterotomía endoscópica

COLANGITIS

- Infección de la vía biliar secundaria la mayoría de las veces a
 - Coledocolitiasis
 - Estenosis postquirúrgica
 - Tumores
- CLÍNICA → Triada de charcot
 - Fiebre intermitente
 - Ictericia
 - Dolor en hipocondrio derecho
- Colangitis aguda supurativa → Pentada de reynolds → Triada de charcot + shock y obnubilación
- TRATAMIENTO
 - Antibióticos
 - CPRE
 - Si no mejora → Cirugía descompresiva urgente

BIBLIOGRAFÍA

Henry. S., Brasel, K., & Stewart, R. (2018). En K. B. Sharon Henry. ATLS Soporte Vital Avanzado en Trauma. Estados Unidos de América: Advanced Trauma Life Support