



Emmanuel Hernández Domínguez

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Mapas

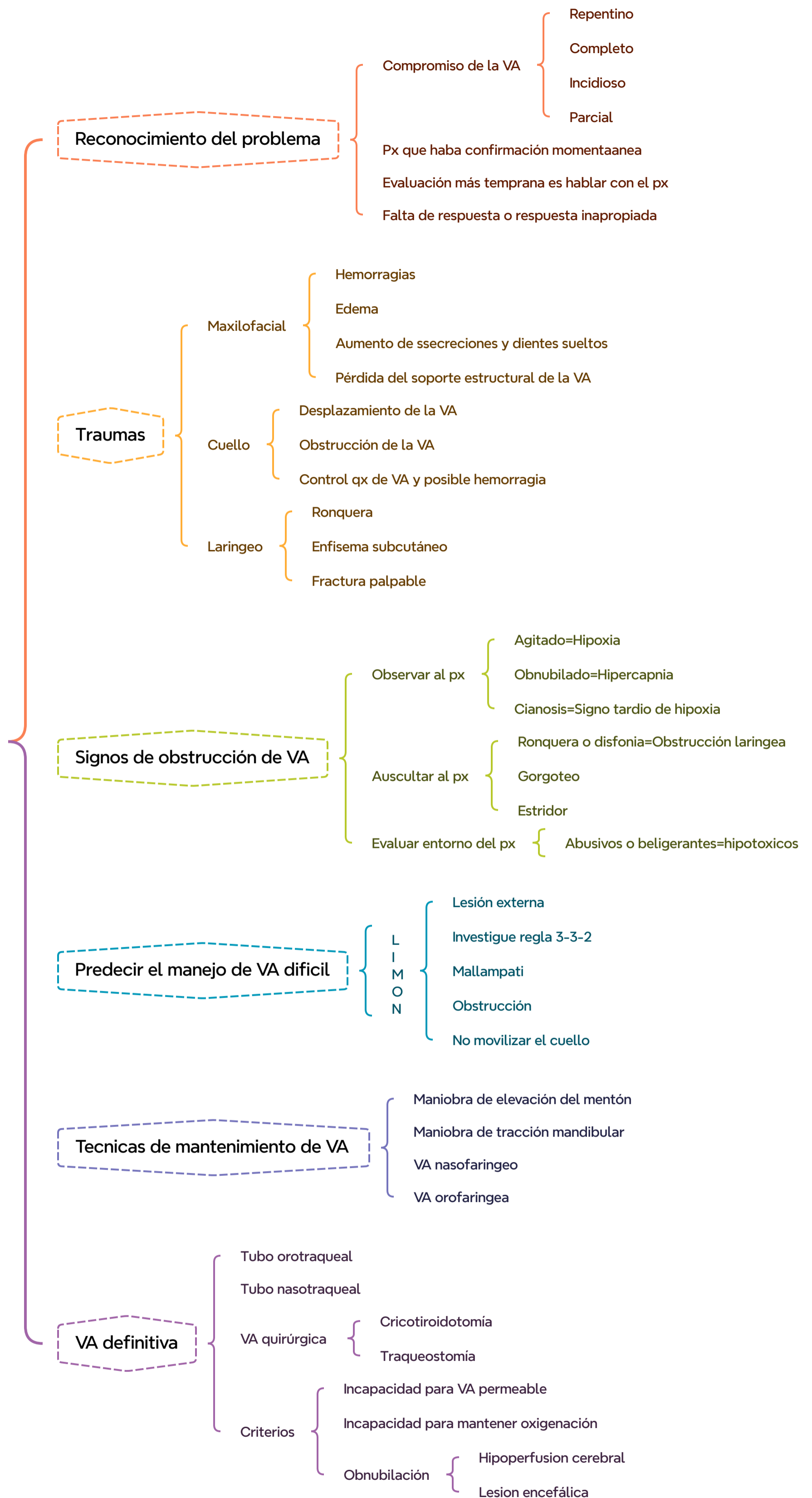
Clínica quirúrgica

PASIÓN POR EDUCAR

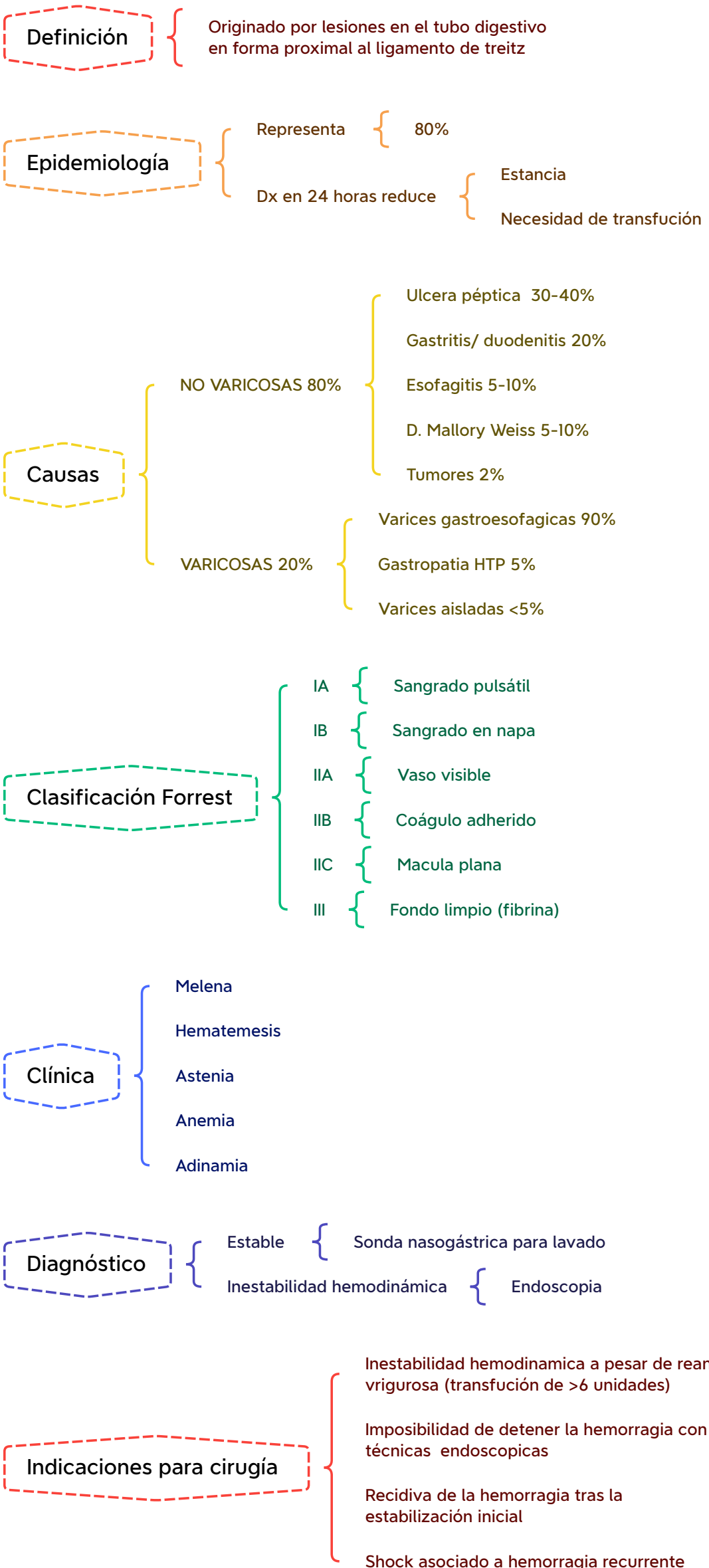
5-B

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre del 2024

MANEJO DE LA VIA ÁREA Y VENTILACIÓN



Sangrado de tubo digestivo alto



Sangrado de tubo digestivo bajo

Definición

El que es originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de treitz

Entre el intestino delgado y el ano

Epidemiología

Tasa de mortalidad { 2-4 %

Prevalencia { 20-80 años

Etiología

Hemorragia diverticular

15% de los px

75% de casos cesan espontáneamente

Divertículos derechos sangran con mayor frecuencia

Angiografía embolización será el último recurso

Angiodisplasias

Malformaciones arteriovenosas

Incidencia en >50 años

Características de STD crónico

Dx por colonoscopia

Enfermedades perianales

Se encuentran { Hemorroides

Fistulas perianales

Lesión en el canal anal

Manifestaciones { Dolor

Comezón

Rectorragia

Divertículo de meckel

Padecimiento congénito

Se localiza en el intestino delgado

Frecuente en niños

Características { Obstrucción

Inflamación abdominal

Peritonitis

Colitis

Colitis infecciosa causada { Amibiasis

Disenteria

Tuberculosis

Se asocia { Dolor abdominal tipo cólico

Diarrea sanguinolenta

Causas

Colón 95%

Diverticulosis 30-40%

P. ano rectal 5-15%

Isquemia 5-10%

Neoplasias 5-10%

EII 4%

Intestino delgado 5%

Angiodisplasias

Úlceras

Enf de crohn

Divertículo de meckel

Neoplasias

Diagnóstico

Clínica

Estudios de laboratorio { Globulos rojos marcados con TC99

Estudios complementarios { Angiografía

Tomografía

Estudio con video capsulas

Tratamiento quirúrgico

Colectomía total

Colectomía parcial

Shock

Definición

Anormalidad del sistema circulatorio que produce una perfusión inadecuada a los órganos

Una oxigenación tisular inadecuada

Fisiopatología

Fisiología cardíaca básica

Volumen de sangre que el corazón bombea en 1 minuto

Valor determinado multiplicado

Frecuencia cardíaca
Volumen sistólico

Precarga, volumen del retorno venoso al lado izquierdo y derecho del corazón

Determinado por

Capacitancia venosa
Estado de volemia
Presión venosa sistémica media
Presión de aurícula derecha

Sistema venoso como reservorio o sistema de capacitancia

El volumen sanguíneo se divide en 2

Primer componente

Representa el volumen de la sangre que permanecería en el circuito de capacitancia si la presión del sistema fuera cero
No contribuye a la presión venosa sistémica media

Segundo componente

Contribuye a la presión venosa sistémica media
Aprox 70% del volumen sanguíneo está localizado en el circuito venoso

Fisiopatología de la pérdida sanguínea

Las respuestas circulatorias tempranas que compensan a la pérdida de sangre incluyen vasoconstricción progresiva cutánea y muscular

La circulación visceral para preservar el flujo de sangre a los riñones, corazón y cerebro

Respuesta habitual a la depleción de volumen circulante aguda es un aumento de la FC

En un intento de preservar el gasto cardíaco

La liberación de la catecolaminas endógenas aumenta la resistencia vascular periférica

Diferenciación clínica de la etiología de shock

Descripción general de shock hemorrágico

Hemorragia causa mas común del shock

El tratamiento debe instituirse como si el px estuviera hipovolémico

Potenciales fuentes de pérdida sanguínea deben ser evaluadas rápidamente por

Examen físico y estudios adicionales

FAST
LPD

Descripción general de shock no hemorrágico

Shock cardiogénico

causado por

Contusión miocárdica cerrada
Taponamiento cardíaco
Embolia aérea
Infarto cardíaco

Mecanismo de lesión del tórax

Desaceleración

Shock obstructivo

Comunemente identificado en px con trauma torácico penetrante

Shock neurogénico

Trauma raquímedular cervical o torácico alto

Hipotensión por pérdida del tono simpático

Cuadro clásico

Hipotensión sin taquicardia
Hipotensión sin vasoconstricción cutánea
No se observa disminución de la presión del pulso

Shock séptico

Puede darse si el px demora varias horas en llegar a urgencias

Puede ocurrir

Trauma abdominal con contaminación de la cavidad peritoneal por contenido intestinal

Shock séptico temprano

Pueden tener

Volumen circulatorio normal
Taquicardia moderada
Piel caliente y rosada
Presión sistólica cercana a lo normal
Presión de pulso amplia

Shock hemorrágico

Definición de hemorragia

Pérdida aguda del volumen de sangre circulante

El volumen de sangre de adulto normal es de aprox 7% del peso corporal

Clasificación fisiológica

Hemorragia grado I

Corresponde al estado de un individuo que ha donado una unidad de sangre

<15% de pérdida

Hemorragia grado II

Hemorragia no complicada en la que se requiere de reanimación con cristaloides

15-30% de pérdida

Hemorragia grado III

Hemorragia complicada en la que se requiere la administración de cristaloides y de reposición de sangre

31-40% de pérdida

Hemorragia grado IV

Evento pre-terminal que puede llevar a la muerte en minutos.

>40% de pérdida

Factores que causan confusión

Edad del paciente

Severidad de la lesión

Tipo de lesión
Localización anatómica

Lapso transcurrido entre la lesión y el inicio del tratamiento

Terapia con líquidos en el período prehospitalario

Medicamentos utilizados para enfermedades crónicas

Manejo inicial del shock hemorrágico

Examen físico

ABCDE

Vía aérea y respiración

Establecimiento de vía aérea con ventilación y oxigenación adecuada es la prioridad

Circulación: control de la hemorragia

Detener el sangrado

Calcular el volumen de líquido perdido

Déficit neurológico: examen neurológico

Determinar el nivel de conciencia del paciente

Util en la evaluación de la perfusión cerebral

Exposición: examen completo

Esencial prevenir la hipotermia

Contribuyendo a la coagulopatía y el empeoramiento de la acidosis

Tratamiento inicial con líquidos

Signos y síntomas de la perfusión inadecuada que se utilizan para diagnosticar la ayuda de choque

El retorno de la presión normal de la sangre, la presión de pulso y frecuencia del pulso signos que la perfusión se vuelve a la normalidad

El volumen de producción de orina es un indicador razonablemente sensible de la perfusión renal

El reemplazo durante la reanimación debe producir una salida urinaria de aprox 0,5 ml/kg/h en adultos

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

Definición

- Colecistitis { Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos o barro biliar
- Colelitiasis { Presencia de litos en la vesícula biliar

Etiología

- Mixtos
- Colesterol (80%)
- Pigmentarios (hemólisis)

Epidemiología

- 10-20% de la población tiene calculos biliares
- 30% presentará colecistitis aguda
- Principal motivo de consulta y cirugía electiva más frecuente

Factores de riesgo

- Mayor de 40 años
- Sexo femenino
- Embarazo
- Anticonceptivos orales
- Obesidad y dislipidemia
- Enfermedad inflamatoria intestinal y hepáticas

Clinica

- Colecistitis no complicada { Dolor o resistencia en HD
Murphy +
Náusea o vómito

Diagnóstico

- USG { 98% sensibilidad para colelitiasis (elección)
Engrosamiento de pared mayor a 5mm
Alargamiento vesicular mayor a 8x4cm
Líquido perivesicular
- Pruebas de laboratorio { BHC { Leucocitosis con aumento en leucocitos
QS { Creatinina
BUN
Hemocultivo
- Criterios de Tokio { A { Signos de inflamación local { Signo de Murphy
Masa, dolor o defensa en HD
B { Signos de inflamación sistémica { Fiebre
PCR elevada
Recuento de leucocitos elevado
C { Hallazgo imagenológico característico de colecistitis aguda
Diagnóstico { Sospechoso { 1 ítem A + 1 ítem B
Definitivo { 1 ítem A + 1 ítem B + ítem C

Tratamiento

- No quirúrgico { AINES
Antibióticos
- Quirúrgico { Colecistitis grado I { Colecistectomía temprana laparoscópica
Colecistitis grado II sin inflamación grave { Colecistectomía temprana laparoscópica
Colecistitis grado III con inflamación grave { Drenaje percutáneo o quirúrgico, posterior a colecistectomía una vez disminuida la inflamación
Colecistitis grado IV { Manejo de la falla orgánica, drenaje de la vesícula, colecistectomía al mejorar condiciones del paciente

BIBLIOGRAFÍA

Surgeons, A. C. (2018). Manejo de la vía aérea y la ventilación. En A. C. Surgeons, ATLS Soporte Vital Avanzado en Trauma (págs. 22-41). EUA: Colegio Americano de Cirujanos.