

Marvin López Roblero

Romeo Antonio Molina Román

Clínica Quirúrgica

Mapas conceptuales

5°

“B”

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

- Paciente que habla significa confirmación momentánea
- Evaluación mas temprana-hablar con el paciente
- Ver falta de respuesta o respuesta inapropiada

respiración

Lesiones intracraneales, lesiones de la medula espinal, traumatismos directos sobre el tórax

manejo

Valoración de la permeabilidad de la VA suficiente ventilación de manera rápida y precisa

Criterios para una vía aérea definitiva:

- ❖ Incapacidad para via aérea permeable
- ❖ Incapacidad para mantener oxígeno
- ❖ Hiperfusión cerebral
- ❖ Glasgow menor a 8

Vía aérea definitiva

Tubo colocado en la tráquea con el balón inflado por debajo de las cuerdas vocales, el tubo conectado a un dispositivo de ventilación asistida.

Predecir manejo de vía aérea difícil

- ✓ Lesión externa
- ✓ Regla 3, 3, 2
- ✓ Mallampati
- ✓ Obstrucción

Traumas

Maxilofacial: hemorragia, edemas, aumento de secreciones, dientes sueltos, perdida del soporte estructural de la vía aérea

Trauma de cuello

- Desplazamiento de la vía aérea
- Obstrucción de la vía aérea
- Control quirúrgico de la vía aérea

Trauma laríngeo

- Ronquera
- Enfisema subcutáneo
- Fractura palpable

Signos objetivos de la vía aérea:

1. Observar al paciente-agitado, obnubilado, hipoxia
2. Auscultar al paciente
3. Evaluar entorno del paciente

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

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

Causas

- No varicosas 80%
 - u. Pépticas 20-30%
 - Gastritis/duodenitis 20%
 - Esofagitis 5-10%
- Varicosas 20%
 - Varices gastroesofágicas 90%

Tipo de lesión

- Sangrado pulsátil
- Sangrado en napa
- Vaso visible
- Coagulo adherido
- Macula plana

Consideraciones clínica

- Melena
- Pozos de café
- Melena
- hematoquecia

Indicaciones para cirugía

- ❑ Inestabilidad hemodinámica a pesar de reanimación vigorosa
- ❑ Recidiva de la hemorragia tras la estabilización inicial
- ❑ Shock asociado a hemorragia recurrente
- ❑ Imposibilidad de detener la hemorragia con las técnicas endoscópicas

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de treitz

Etiología

1. Hemorragia diverticular
2. Angiodisplasias
3. Enfermedades perianales
4. Divertículo de Meckel
5. Colitis

Causas

- Colon 95%
 - Diverticulosis 30-40%
 - P. ano rectal 5-15%
 - Isquemia 5-10%
- Intestino delgado 5%
 - Angiodisplasias
 - Ulceras
 - Enfermedad de Crohn
 - Neoplasias

Diagnóstico

- Clínica
- Estudios de laboratorio
- Estudios complementarios

Estudios de laboratorio

- Angiografía
- tomografía

Tratamiento quirúrgico

- Colectomía parcial
- Colectomía total

COLECISTITIS

Definición

colecistitis: inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos (90%) en menor frecuencia por barro biliar
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)

Epidemiología

- 10-20% de la población tiene cálculos biliares
- Principal motivo de consulta y cirugía

Factores de riesgo

- Edad mayor a 40 años
- Sexo femenino
- Embarazo
- Obesidad
- Dislipidemia

clínica

- Dolor o resistencia en hipocondrio derecho
- Murphy mas
- Nauseas o vomitos

Diagnostico

- **USG (elección)**
98% de sensibilidad para colelitiasis
- Engrosamiento de pared mayor a 5 mm
- Líquido perivesicular

Tratamiento

AINE: diclofenaco

Antibiótico: cefa/
metro

Cirugía: laparoscópica

Criterios de referencia

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

COLEDOCOLITIASIS

Presencia de cálculos en el colédoco

clínica

Asintomáticos 80%; cólico biliar, ictericia obstructiva, pancreatitis, colangitis

Antes un pacientes con ictericia o colangitis siempre sospechar en coledocolitiasis residual

Diagnostico

Usg, colangio-RM, CPRE PFH
SOSPECHAR ANTE DATOS CLINICOS Y ALTERACIONES ANALITICAS O DILATACION BILIAR mayor a 8 mm

Tratamiento

CPRE con esfinterotomía endoscópica