



Axel Adnert Leon Lopez

Dr.romeo antonio molina roman

clinica quirurgica

5°

"B"

Comitán de Domínguez Chiapas 05/11/ 2024

manejo de la via aerea

reconocimiento del problema

- 1.-px que habla es confirmacion momentanea
- 2.-evaluacion mas temprana es hablar con el px.
- 3.-ver fala de respuesta o respuesta inapropiada

respiracion

lesiones intracraneanas, lesiones de la medula espinal, traumatismos directos sobre el torax.

manejo

valoracion de la permeabilidad de la VA, suficiencia ventilatoria de manera rapida y precisa

critérios para una VA definitiva:

- 1.- incapacidad para VA permeable
- 2.- incapacidad para mantener oxigeno
- 3.- hiperfusión cerebral
- 4.- glasgow <8

via aerea definitiva

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, SON: OROTRAQUEAL, NASOTRAQUEAL Y QUIRURGICA

predecir manejo de una via dificil

- 1.- lesion externa.
- 2.- regla 3-3-2
- 3.- mallampati
- 4.- obstrucción
- 5.- no movilizar el cuello

mantenimiento

elevacion del menton, traccion mandibular, via aerea nasofaringea, via aerea nasofaringea

traumas

maxilofacial: hemorragia, edemas, aumento de secreciones, dientes sueltos, perdida del soporte estructural de la via aerea

trauma de cuello

- 1.- desplazamiento de la via aerea
- 2.- obstrucción de la via aerea
- 3.- control quirurgico de la via aerea

trauma laríngeo

- 1.- ronquera
- 2.- efisema subcutaneo
- 3.- fractura palpable

signos objetivos de la VA: 1.-observar al px-agitado, obnubilado, hipoxia
2.-aucultar al px
3.-evaluar entorno del px

shock

clasificación fisiologica

hemorragia grado I corresponde al estado de un individuo que ha donado una unidad de sangre
hemorragia grado II corresponde a una hemorragia no complicada

examen fisico

1.- Vía Aérea y Respiración
Establecer una vía aérea permeable
2.- Circulación: Control de la Hemorragia Las prioridades para el manejo de la circulación incluyen el control de hemorragias evidentes

examen fisico

1.- Déficit Neurológico: Examen Neurológico Un breve examen neurológico determinará el nivel de conciencia del paciente
2.- Exposición: Examen Completo Después de atender las prioridades para salvar la vida, se debe desvestir completamente al paciente para examinarlo

definicion

pérdida aguda del volumen de sangre circulante. Si bien la variación es considerable, el volumen sanguíneo de un adulto normal es aproximadamente el 7% de su peso corporal.

tratamiento con liquidos

al inicio, 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

tipos de respuesta

respuesta rapida
respuesta transitoria
respuesta minima o nula

factores

Edad del paciente • Severidad de la lesión, con especial atención al tipo de lesión y a su localización anatómica • Lapso transcurrido entre la lesión y el inicio del tratamiento • Terapia con líquidos en el periodo prehospitalario • Medicamentos utilizados para enfermedades crónica

sangrado de tubo digestivo alto

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

causas

- 1.- no varicosas 80
- 2.- no varicosas 20
- 3.- u. peptica 30-30
- 4.- varices gastroesofagicas 90
- 5.- esofagitis 5-10

causas no varicosas

ulcera peptica
gastritis
estres
esofagitis

riesgo

mayores de 80 años
>100 FC
TA <100

tipo de lesion

tipo de lesion

- 1.- sangrado pulsatil
- 2.- sangrado en napa
- 3.- vaso visibloe
- 4.- coagulo adherido
- 5.- macula plana
- 6.- fibrina

consideraciones clinicas

- 1.- melena
- 2.- posos de cafe
- 3.- melena
- 4.- hematoquecia

indicaciones para CX

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

• SHOCK ASOCIADO A HEMORRAGIA RECURRENTE

• RECIDIVA DE LA HEMORRAGIA TRAS LA ESTABILIZACION INICIAL

• IMPOSIBILIDAD DE DETENER LA HEMORRAGIA CON LAS TECNICAS ENDOSCOPICAS

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.- DIVERTICULO DE MECKEL
- 5.- COLITIS

CAUSAS

- 1.- COLON - 95%
- 2.- DIVERTICULOSIS 30-40%
- 3.- P. ANO RECTAL 5-15%
- 4.- ISQUEMIA 5-10%
- 5.- NEOPLASIAS 5-10%
- 6.- INTESTINO DELGADO - 5%

DIAGNOSTICO

- 1.- CLINICA
- 2.- ESTUDIOS DE LABORATORIO
- 3.- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

ESTUDIOS DE LAB

- 1.- globulos rojos marcados con TC99
- 2.- angiografia
- 3.- tomografia

tx quirurgico

- colectomia total
- colectpmia parcial

colecistitis y colelitiasis

etiología

- 1.- mixtos
- 2.- colesterol
- 3.- pigmentarios (hemolisis)

epidemiología

- 10-20% DE LA POBLACIÓN TIENE CALCULOS BILIARES
- 30% PRESENTARÁ COLECISTITIS AGUDA (PRINCIPAL COMPLICACIÓN)

riesgo

- 1.- •EDAD >40 AÑOS
- 2.- •SEXO FEMENINO 2:1
- 3.- •ANTICONCEPTIVOS ORALES
- 4.- •DISLIPIDEMIA
- 5.- •OBESIDAD
- 6.- •EMBARAZO

definiciones

- COLECISTITIS:** Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos (90%) en menor frecuencia por barro biliar
- COLELITIASIS:** Presencia de litos en las vesícula biliar

CLÍNICA COLECISTITIS

- DOLOR O RESISTENCIA EN HIPOCONDRIO DERECHO
- MURPHY +
- NAUSEA O VÓMITO

DIAGNÓSTICO

- 98% SENSIBILIDAD PARA COLELITIASIS (ELECCIÓN)
- ENGROSAMIENTO DE PARED >5MM
- ALARGAMIENTO VESICULAR >8 X 4 CM

PRUEBAS

- LEUCOCITOSIS CON AUMENTO EN LEUCOCITOS**
- CREATININA
- BUN

criterio de tokió

- A: signo de murphy, masa, dolor
- B: fiebre elevada, pcr
- C: datos radiológicos encontrados

tratamiento

- 1.- •AINE: DICLOFENACO
- 2.- •ANTIBIÓTICO: CEFA/METRO
- 3.- •CIRUGÍA: LAPAROSCÓPICA

tx 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, POSTERIOR COLECISTECTOMÍA UNA VEZ DISMINUIDA LA INFLAMACIÓN
COLECISTITIS GRADO III
MANEJO DE LA FALLA ORGÁNICA; DRENAJE DE LA VESÍCULA; COLECISTECTOMÍA AL MEJORAR CONDICIONES DEL PACIENTE

BIBLIOGRAFIA

ATLS, SOPORTE VITAL ORIENTADO EN TRAUMA