



Pérez Pérez Karla Guadalupe

DR. Romeo Antonio Molina Roman

Patología quirúrgica

Clinica Quirúrgica

5C

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 de Octubre de 2024.

sangrado de tubo digestivo

tubo digestivo alto

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

no varicosas

- U. peptica 30-40%
- gastritis/duodenitis 20%
- esofagitis 5-10%
- D. mallery Eiss 5-10%
- Tumores 2%

Varicosas

- Varices gastroesofagicas 90%
- Gastropatia HTP 5%
- Varices aisladas <5%

INDICACIONES DE CIRUGIA

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

tubo digestivo bajo

TASA DE MORTALIDAD DEL 2-4%

SANGRADO ORIGINADO POR LESIONES EN EL TUBO DIGESTIVO EN FORMA DISTAL AL LIGAMENTO DE TREITZ

PREVALENCIA > 20-80 AÑOS

Etiologia

- Hemorragia diverticular
- Angiodisplasias
- Enfermedades perianales
- Diverticulo de Meckel
- Colitis

Causas

COLON 95%

- Diverticulosis 30-40%
- P.ano rectal 5-15%
- Isquemia 5-10%
- Neoplasias 5-10%
- EII 4%

INTESTINO DELGADO 5%

- Angiodisplasias
- Ulceras
- Enfermedad de Crohn
- D. meckel
- Neoplasias

Diagnostico

- Clinica
- Estudios de laboratorio
- Estudios complementarios
- LABORATORIO
 - Globulos rojos marcados con TC99
 - Angiografia
 - Tomografia
 - Estudio con video de capsula

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Colectomia total
- Colectomia parcial.

manejo de la via aerea y ventilación

Reconocimiento del problema

- El compromiso de la via aerea puede ser repentino, completo, insidioso y parcial
- Un paciente que "habla" confirmación momentanea
- Hablar con el paciente
- Falta de respuesta o una respuesta inapropiada

Via aérea definitiva

Se define como un tubo colocado en la traquea con el balon inflado por debajo de las cuerdas vocales.

Trauma maxilofacial

- Hemorragias
- Edema
- Aumento de secreciones
- Dientes sueltos
- Pérdida de soporte estructural de la via aerea..

Trauma de cuello

- Desplazamiento de la via aérea
- Obstrucción de la via aérea
- Control quirurgico de vía aérea y de posible hemorragia

Trauma laríngeo

- 1: Ronquera
- 2: Enfisema subcutáneo
- 3: Fractura palpable

signos objetivos de la via aérea

- OBSERVAR AL PACIENTE
- Agitado
 - Obnubilado
 - Cianosis

EVALUAR ENTORNO DEL PACIENTE

- AUSCULTAR AL PACIENTE
- Ronquera o disfania= Obstrucción laríngea
 - Gorgoteo
 - Estridor

Predecir el manejo de una via aerea dificil

- Lesion externa
- Investigue la regla 3-3-2
- Mallampati
- Obstrucción
- No movilizar el cuello

Tecnicas de mantenimiento de la via aérea

- Maniobra de elevación del mentón
- Maniobra de tracción mandibular
- Vía aérea nasofaríngea
- Vía aérea orofaríngea

Vías aéreas definitivas

- Tubo orotraqueal
- Tubo nasotraqueal
- Vía aérea quirúrgica

Criterios para establecer via aérea definitiva

- Incapacidad para via aerea permeable
- Incapacidad para mantener oxigenación
- Obnubilación (hipoperfusión cerebral)
- Obnubilación (lesion encefalica)

Intubación asistida por medicamentos

1. Plan en caso de falla
- 2: Administrar ventilación con PP
- 3: Preoxigene al paciente al 100%
- 4: Aplique presión sobre el cartilago cricoides
- 5: ADM farmaco de inducción
- 6: Administre 1-2 MG/KG de succinilcolina por via IV

El paciente se relaja

- 1: Intubar al paciente por la via orotraqueal
- 2: Infle el balon y confirme la ubicación del tubo
- 3: Libere la presión cicoidea
- 4: Ventile al paciente

COLEDOCOLITIASIS

¿QUE ES?

Presencia de calculos en el coledoco

Epidemiologia

Los pacientes con coledocolitiasis

Factores de riesgo

- Edad >40 años
- Sexo femenino
- Embarazo
- Anticonceptivos orales
- Obesidad
- Dislipidemia
- Enfermedad inflamatoria intestinal

Clinica

- NO COMPLICADA
- Dolo o resistencia en hipocondrio derecho
 - MURPHY +
 - Nauseas o vomito

Diagnostico

- 98% sensibilidad para coledocolitiasis
- Engrosamiento de pared >5 MM
- Alargamiento vesicular >8 x 4 CM
- Liquido perivesicular

Pruebas de laboratorio

- BHC
- Q5
- HEMOCULTIVO

Tratamiento no quirurgico

E: Ácido ursodesoxicólico
1 a 2 años
R: colicos nliares 75 mg de diclofenaco
E: Litotricia
R:
Grado I, un antibiotico
Grado II, doble antibiotico
Grado III doble antibiotico

Quirurgico

Primera elección colecistitis grado II sin inflamación

COLANGITIS

Definición

Infección de la vía biliar secundaria la mayoría de las veces a coledocolitiasis, estenosis postquirúrgica, tumores.

Clinica

TRIADA DE CHARCOT

- Fiebre intermitente
- Ictericia
- Dolor en hipocondrio derecho

Colangitis aguda supurativa
PENTADA DE REYNOLDS
triada de charcot+shock y obnubilación

Tratamiento

Antibióticos y CPRE.

SHOCK

Fisiopatología

fisiología

la precarga, el volumen del retorno venoso al lado izquierdo y derecho del corazón, esta determinada por la capacidad venosa.

fisiopatología

Temprano: compensatorio, visceral, muscular y cutáneo (riñón, corazón y cerebro)
Tardía: catecolaminas, histamina, bradiquinina, b-endorfinas, prostanoïdes y citocinas.

DEFINICIÓN

Anomalia del sistema circulatorio que produce una perfusión orgánica y una oxigenación tisular, inadecuada

PASOS

1. reconocer la presencia de un shock.
2. identificar la causa probable del estado de shock

sintomas y signos

- Estado mental
- manos y pies están palidos, frios, humedos y a menudo cianoticos
- Taquicardia
- Taquipnea
- Hipotensión
- Oliguria

Tipo de shock

Hemorrágico

La hemorragia es la mas comun de shock en el paciente traumatizado. Las lesiones de tejidos blandos, pueden ocasionar la salida de liquidos hacia el espacio extracelular.

No hemorrágico

- Shock cardiogenico
- Neurogénico
- Taponamiento cardiaco
- Shock
- Shock séptico

- Evaluación del ABCDE
- VÍA AEREA Y RESPIRACIÓN
- CIRCULACIÓN: CONTROL DE LA HEMORRAGIA

TRATAMIENTO INICIAL CON LIQUIDOS
INICIO: un bolo de solución electrolitica isotonica tibia.

RESTITUCIÓN DE SANGRE
Los pacientes que se presentan como respondedores transitorios o no respondedores requieren reposición de globulos rojos, plasma y plaquetas .

MANEJO INICIAL DEL SHOCK
DETENER LA HEMORRAGIA Y REEMPLAZAR LA PÉRDIDA DE VOLUMEN