

**Nombre del alumno:**

**Hania Paola Dominguez Franco**

**Nombre del profesor. Dr. Romeo Antonio  
Molina Roman**

**Nombre del trabajo: Mapas conceptuales.**

**Materia: Clinica quirúrgica .**

**Grado: 5.**

**Grupo: "C"**

# MANEJO DE LA VIA AEREA Y VENTILACION

## RECONOCER EL PROBLEMA

Hablar con el paciente

permeabilidad  
ventilación  
perfusión cerebral

## SIN RESPUESTA

compromiso de la via aerea o de ventilacion

## TRAUMAS

### MAXILOFACIAL

Hemorragia  
edema  
secreciones  
dientes sueltos

### CUELLO

Desplazamiento  
Obstruccion  
Control quirurgico

### LARINGEO

Fractura palpable  
Enfisema subcutaneo  
Ronquera

## SIGNOS DE LA VIA AEREA

### INSPECCION

Hipoxico  
Hipercapnia  
Cianotico

### AUSCULTAR

Gorgoteo  
Estridor  
Disfonia

### EVALUAR

Abusivos, agresivos  
Hipoxicos

# MANEJO DE LA VIA AEREA Y VENTILACION

PREDECIR MANEJO DE LA VIA AEREA

TECNICAS DE LA VIA AEREA

LESION

EVALUAR

MALLAMPATI

OBSTRUCCION

NECK

3-3-1

- ÚVULA
- PALADAR BLANDO
- FAUCES
- PILARES

- NO MOVILIZAR EL CUELLO

M. de elevacion de menton

M. traccion mandibular

Via aerea nasofaringea

Via aerea orofaringea

# MANEJO DE LA VIA AEREA Y VENTILACION

## 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 ventilación asistida

Tubo nasotraqueal  
Tubo orotraqueal  
Via quirurgica

## CRITERIOS PARA UNA VIA AEREA

Incapacidad para via aerea permeable

Incapacidad para mantener oxigenacion

Obnublacion por hipoperfucion cerebral

Obnubilación por lesión encefalica

## INTUBACION CON FÁRMACOS

- PLAN EN CASO DE FALLA
- ADMINISTRACIÓN DE VENTILACIÓN POR PRESIÓN POSITIVA

PREOXIGENE AL PACIENTE AL 100%  
APLICAR PRESIÓN SOBRE EL CARTÍLAGO CRICOIDES

- ADMINISTRAR ETOMIDATO 0.3MG/KG
- ADMINISTRE 1-2 MG/KG DE SUCCINILCOLINA POR VIA IV

- INTUBAR AL PACIENTE POR LA VIA OROTRAQUEAL
- INFLE EL BALÓN Y CONFIRME LA UBICACIÓN DEL TUBO

- LIBERE LA PRESIÓN CRICOIDEA
- VENTILE AL PACIENTE

# colecistitis y colelitiasis

## Definición colecistitis

Inflamacion de la vesicula biliar ocasionada por litos

## Etiologia

Mixtos  
colesterol  
pigmentarios

## Epidemiologia

10-20 %tienen calculos  
Principal motico de consulta y cirugia electiva

## Factores de riesgo

sexo femenino  
anticonceptivos orales  
obesidad  
dislipidemia  
mayor de 40 años

## clinica

dolor en HD  
Signo Murphy positivo  
nausea y vomito

## Diagnostico USG

Engrosamiento de la pared >5mm  
Alargamiento >8x4 cm  
Liquido

Leucocitosis  
Creatinina  
BUN

## Tratamiento

### no quirurgico

Disolver litos  
acido ursodesoxicolico y quenodeoxicolico

Antibioticos.  
Grado I  
Grado II  
Grado III

### Quirurgico

## colelitiasis

Litos en la vesicula biliar

No se tratan las asintomáticas

Tratar:

>2.5 cm vesicula en porcelana  
AF  
Colecistitis aguda  
cirugia de la obesidad

# Sangrado de tubo digestivo

## Clasificación

### Tiempo

Agudo  
Cronico

### Lugar

Alto  
Bajo

## Epidemiología

- Riesgo de 83-100 por 100,000 habitantes
- Aumenta con la edad
- Afecta mas a hombres .

## Consideraciones clinicas

Hematemesis  
Posos de cafe  
hematoquecia  
melena

# Sangrado de tubo digestivo alto

## Causas no varicosas

Úlcera péptica

Gastritis

Esofagitis

L. Dieulafoy

D. Mallory-Weiss

Fístula aortoenterica

Sangrado originado por lesiones en forma proximal al ligamento de treitz

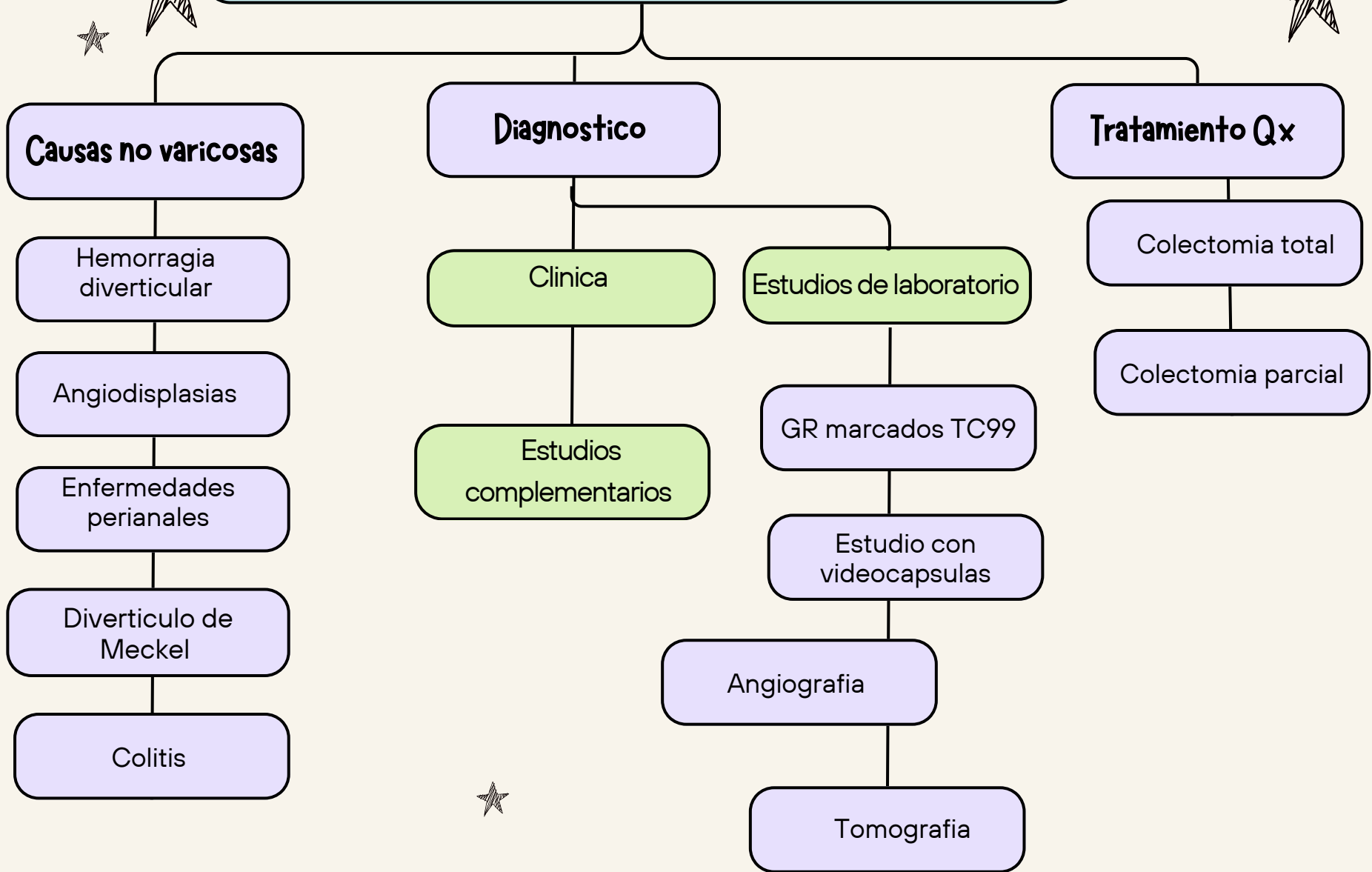
## Estratificación de riesgo

- Escala de Rockall
- Escala de Blatchford
- Forrest

## Estratificación de riesgo

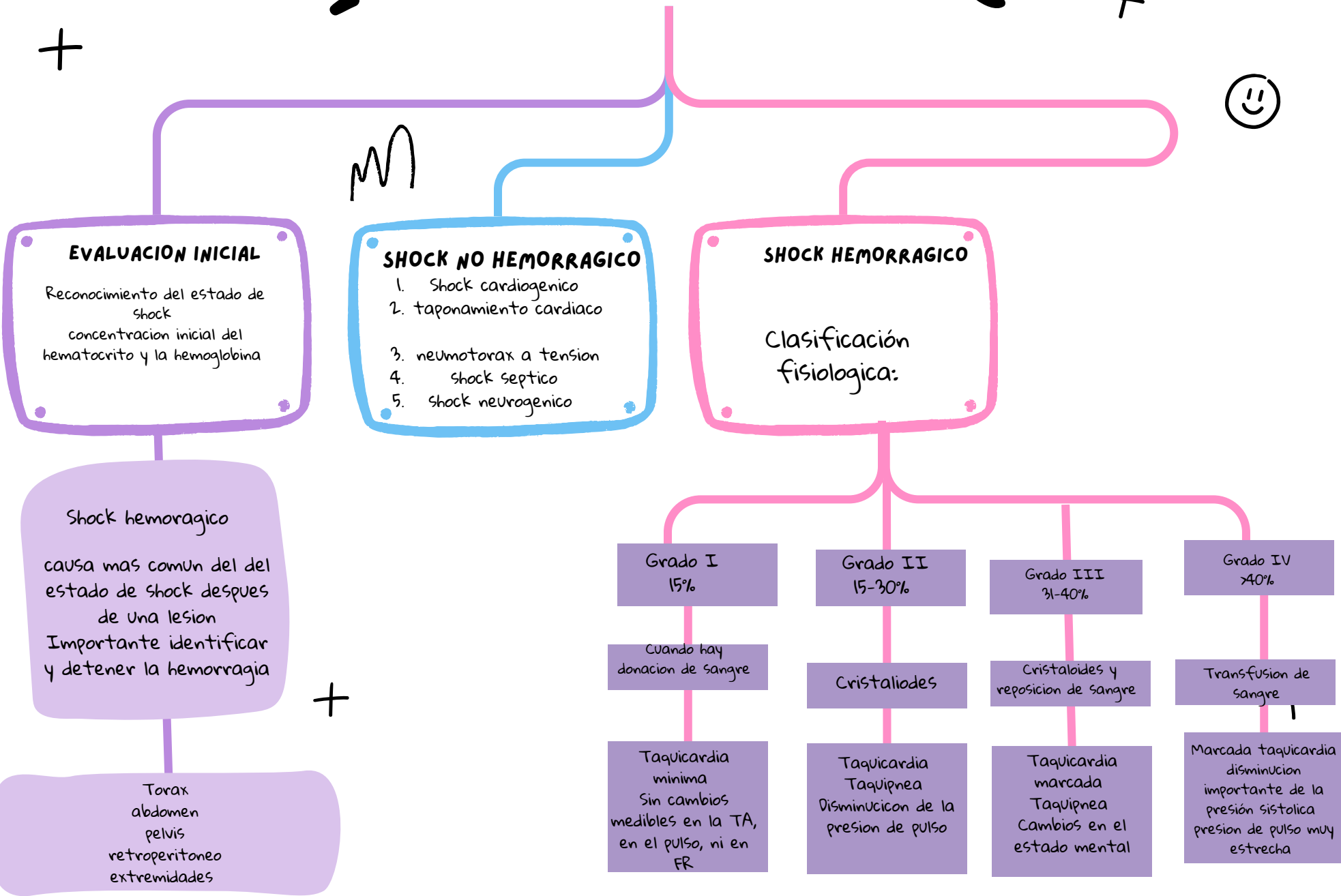
- Inestabilidad hemodinámica
- Imposibilidad de detener la hemorragia
- Recidiva de la hemorragia
- Shock asociado a hemorragia recurrente

# Sangrado de tubo digestivo bajo





# SHOCK



## EVALUACION INICIAL

Reconocimiento del estado de shock  
concentración inicial del hematocrito y la hemoglobina

## Shock hemorragico

causa mas comun del estado de shock despues de una lesion  
Importante identificar y detener la hemorragia

Torax  
abdomen  
pelvis  
retroperitoneo  
extremidades

## SHOCK NO HEMORRAGICO

1. Shock cardiogenico
2. taponamiento cardiaco
3. neumotorax a tension
4. shock septico
5. shock neurogenico

## SHOCK HEMORRAGICO

Clasificación fisiológica:

Grado I  
15%

Cuando hay donación de sangre

Taquicardia mínima  
Sin cambios medibles en la TA, en el pulso, ni en FR

Grado II  
15-30%

Cristaloides

Taquicardia  
Taquipnea  
Disminución de la presión de pulso

Grado III  
31-40%

Cristaloides y reposición de sangre

Taquicardia marcada  
Taquipnea  
Cambios en el estado mental

Grado IV  
>40%

Transfusión de sangre

Marcada taquicardia  
disminución importante de la presión sistólica  
presión de pulso muy estrecha

# SHOCK EXAMEN FISICO

+



+



**VIA AEREA**  
permeable  
95% Sa SatO2

**CIRCULACION**  
Cirugia  
Angioembolizacion

**DEFICIT  
NEUROLÓGICO**  
evaluacion de  
perfucion cerebral

**EXPOSICION**  
Desvestor al  
paciente  
Prevenir hipotermia

**DISTENSION  
GASTRICA**  
mayor riesgo de de  
aspiración e  
congenido gastrico

Controlar las  
hemorragias  
evidentes  
Obtener accesos  
venosos adecuados  
Evaluar la perfucion  
tisular

Alteraciones  
del SNC por  
una mala  
perfucion  
cerebral  
inadecuada

Completamente  
De forme cefalo-  
caudal para  
examinarlo de forma  
cuidadosa para las  
lesiones asociadas

**CATETERIZACION  
VESICAL**  
evaluar presencia  
de hematuria

x

# RESTITUCION DE SANGRE

## PRUEBAS CRUZADAS, TIPO ESPECIFICO Y SANGRE TIPO O

Toma acerca de una hora  
Tipo O para hemorragia exanguinante  
O negativo en mujeres en edad reproductiva

## PREVENCIÓN DE HIPOTERMIA

Calentar líquidos cristaloides a 39 grados centígrados antes de administrarlos

almacenarlos en un calentador  
o  
Administrarlos a través de un calentador de líquidos

## TRANSFUSIONMA SIVA

10 unidades en 24 horas  
4 unidades por hora  
minimizar la administración agresiva de cristaloides

propuesta se la ha denominado reanimación "balanceada", "hemostática" o "de control de daños"

La administración apropiada de productos sanguíneos ha demostrado mejorar los resultados en este grupo de pacientes

## COAGULOPATIA

El tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina y el recuento de plaquetas son valiosos

La tromboelastografía (TEG) y la tromboelastometría rotacional (ROTEM) pueden ser de utilidad para determinar las deficiencias de coagulación

Los pacientes con trauma craneoencefálico severo son particularmente propensos a desarrollar anomalías de coagulación.

## ADMINISTRAR CALCIO

SU administración debe guiarse por medición del calcio iónico

Bibliografia:

ATLS - Advanced trauma life support, 10<sup>o</sup> edition. Chicago, Ill.: American College of Surgeons, Committee on Trauma, 2018.