



Nombre del alumno: Miguel Ángel Calvo Vazquez

Nombre del docente: Dr. Romeo Antonio Molina Román

Nombre de la actividad: Mapa conceptual

Materia: Clínica quirúrgica

Semestre: 5to

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de noviembre de 2024.

# SHOCK HEMORRAGICO

## CLASIFICACION

### HEMORRARRIA GRADO 1

CORRESPONDE AL ESTADO DE UN INDIVIDUO QUE HA DONADO UNA UNIDAD DE SANGRE

SE OBSERVA UNA TAQUICARDIA MÍNIMA

HAY <15% DE PÉRDIDA DEL VOLUMEN SANGUÍNEO

SIN CAMBIOS PRESIÓN DE PULSO NI EN LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

### HEMORRAGIA GRADO 2

HAY 15% A 30% DE PÉRDIDA DEL VOLUMEN SANGUÍNEO

HAY TAQUICARDIA, TAQUIPNEA Y DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN DE PULSO

CORRESPONDE A UNA HEMORRAGIA NO COMPLICADA

LOS PACIENTES SON ESTABILIZADOS CON SOLUCIONES CRISTALOIDES.

## CLASIFICACION

### HEMORRARRIA GRADO 3

HAY UN 15% A 30% DE PÉRDIDA DEL VOLUMEN SANGUÍNEO

ES UNA HEMORRAGIA COMPLICADA QUE REQUIERE LA ADMINISTRACIÓN DE CRISTALOIDES Y REPOSICIÓN DE SANGRE.

TAQUICARDIA MARCADA Y TAQUIPNEA

CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN EL ESTADO MENTAL Y UNA CAÍDA EN LA PRESIÓN SISTÓLICA.

HACER UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O EMBOLIZACIÓN

### HEMORRAGIA GRADO 4

HAY >40% DE PÉRDIDA DEL VOLUMEN SANGUÍNEO

ES UN EVENTO PRE-TERMINAL QUE PUEDE LLEVAR A LA MUERTE DEL PACIENTE EN MINUTOS

TAQUICARDIA, DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN SISTÓLICA, UNA PRESIÓN DIASTÓLICA NO OBTENIBLE

## FACTORES QUE CAUSAN CONFUSIÓN

EDAD DEL PACIENTE

SEVERIDAD DE LA LESIÓN

LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE LA LESIÓN Y EL INICIO DEL TRATAMIENTO

TERAPIA CON LÍQUIDOS EN EL PERÍODO PREHOSPITALARIO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

## DEFINICION

ESTADO DE HIPOPERFUSIÓN TISULAR SECUNDARIA A UNA PÉRDIDA SIGNIFICATIVA DE VOLUMEN SANGUÍNEO

## MANEJO INICIAL DEL SHOCK HEMORRÁGICO

DETENER LA HEMORRAGIA Y REEMPLAZAR LA PÉRDIDA DE VOLUMEN

### EXAMEN FISICO

#### Vía Aérea y Respiración

- ESTABLECER UNA VÍA AÉREA PERMEABLE CON VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN ADECUADAS
- MANTENER UNA SATURACIÓN DE OXÍGENO POR ENCIMA DEL 95%

#### Circulación: Control de la Hemorragia

- OBTENER ACCESOS VENOSOS ADECUADOS Y LA EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR
- PRESIÓN DIRECTA EN EL SITIO DE SANGRADO
- CIRUGÍA O ANGIOEMBOLIZACIÓN

#### Déficit Neurológico: Examen Neurológico

REEVALUAR LA FUNCIÓN NEUROLÓGICA UNA VEZ RESTABLECIDA LA PERFUSIÓN Y OXIGENACIÓN CEREBRAL.

## MANEJO INICIAL DEL SHOCK HEMORRÁGICO

### EXAMEN FISICO

#### Exposición: Examen Completo

DESVESTIR COMPLETAMENTE AL PACIENTE PARA EXAMINARLO DE MANERA CUIDADOSA DE LA CABEZA A LOS PIES

#### Distensión Gástrica: Descompresión

DESCOMPRIER EL ESTÓMAGO MEDIANTE UNA SONTA NASAL U ORAL Y CONÉCTARLO A UNA FUENTE DE ASPIRACIÓN

#### Cateterización Vesical

- MONITORIZAR EL GASTO URINARIO
- CATETERIZACIÓN VESICAL PERMITE DETERMINAR LA PRESENCIA DE HEMATURIA

## TRATAMIENTO INICIAL CON LÍQUIDOS

- ADMINISTRAR AL INICIO, UN BOLO DE SOLUCIÓN ELECTROLÍTICA ISOTÓNICA TIBIA
- ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES CRISTALOIDES Y DERIVADOS DE SANGRE
- REANIMAR CON LÍQUIDOS Y EVITAR LA HIPOTENSIÓN
- TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN CASOS DE SHOCK AVANZADO (CLASE III Y IV).

# MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

## RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

- EVALUACIÓN MÁS TEMPRANA ES "HABLAR CON EL PACIENTE"
- UN PACIENTE QUE "HABLA" CONFIRMACIÓN MOMENTÁNEA
- FALTA DE RESPUESTA O UNA RESPUESTA INAPROPIADA

## TRAUMA MAXILOFACIAL

- ENCONTRAREMOS**
- HEMORRAGIAS
- EDEMA
- AUMENTO DE SECRECIONES
- DIENTES SUELTOS
- PÉRDIDA DEL SOPORTE ESTRUCTURAL DE LA VÍA AÉREA

## TRAUMA DEL CUELLO

- ENCONTRAREMOS**
- DESPLAZAMIENTO DE LA VÍA AÉREA
- OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA
- CONTROL QUIRURGICO DE VÍA AÉREA Y DE POSIBLE HEMORRAGIA

## TRAUMA LARINGEO

- ENCONTRAREMOS**
- RONQUERA
- ENFISEMA SUBCUTÁNEO
- FRACTURA PALPABLE

## ¿QUE ES LA VIA AREA 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
- VIAS AREA DEFINITIVAS**
- TUBO OROTRAQUEAL
- TUBO NASOTRAQUEAL
- VÍA AÉREA QUIRURGICA

## SIGNOS OBJETIVOS DE LA VÍA AÉREA

- OBSERVAR AL PACIENTE**
- AGITADO = HIPOXIA
- OBNUBILADO = HIPERCAPNIA
- CIANOSIS = SIGNO TARDÍO DE HIPOXIA
- AOCULTAR AL PACIENTE**
- RONQUERA O DISFONÍA = OBSTRUCCION LARINGEA
- GORGOTEO
- ESTRIDOR
- EVALUAR ENTORNO DEL PACIENTE**
- PACIENTES ABUSIVOS O BELIGERANTES PUEDEN EN REALIDAD ESTAR HIPOXICOS

## TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA

- MANIOBRA DE ELEVACIÓN DEL MENTÓN
- MANIOBRA DE TRACCIÓN MANDIBULAR
- VÍA AÉREA NASOFARINGEA
- VÍA AÉREA OROFARÍNGEA

## CRITERIOS PARA ESTABLECER VÍA AÉREA DEFINITIVA

- INCAPACIDAD PARA VIA AEREA PERMEABLE
- INCAPACIDAD PARA MANTENER OXIGENACION
- OBNUBILACIÓN (HIPOPERFUSION CEREBRAL)
- OBNUBILACION (LESION ENCEFALICA) GLASGOW < 8

# SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

## Causas

### VARICOSAS 20%

- VARICES GASTROESFOGAGICAS 90%
- GASTROPATIA HTP 5%
- VARICES AISLADAS <5%

## Causas

### NO VARICOSAS - 80%

- U. PEPTICA 30-40%
- GASTRITIS/ DUODENITIS 20%
- ESOFAGITIS 5-10%
- D. MALLORY WEISS 5-10%
- TUMORES 2%

## ¿Qué es?

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

REPRESENTAN EL 80%

## CLINICA

- HEMATEMESIS
- MELENA
- ANEMIA
- DOLOR ABDOMINAL

## Indicaciones para cirugía

- INESTABILIDAD HEMODINAMICA
- SHOCK ASOCIADO A HEMORRAGIA RECURRENTE
- IMPOSIBILIDAD DE DETENER LA HEMORRAGIA CON LAS TECNICAS ENDOSCOPICAS
- RECIDIVA DE LA HEMORRAGIA TRAS LA ESTABILIZACION INICIAL

## Diagnostico

- ENDOSCOPIA
- TOMOGRAFIA
- LABORATORIO**
  - HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO
  - PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA

## Tratamiento

- TRANSFUSIÓN DE SANGRE SI ES NECESARIO
- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA
- INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (IBP)
- VASOPRESORES
- CIRUJIAS

# SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

## Causas

### INTESTINO DELGADO 5%

ANGIODISPLASIAS

ULCERAS

ENFERMEDAD DE CROHN

DIVERTICULO DE MECKEL

NEOPLASIAS

## Causas

### COLON 95%

DIVERTICULOSIS 30-40%

PATOLOGIA ANO RECTAL 5-15%

ISQUEMIA 5-10%

NEOPLASIAS 5-10%

ENFERMEDAD INFLAMATORIA  
INTESTINAL 4%

## ¿Qué es?

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

TIENE UNA TASA DE MORTALIDAD DEL 2-4%

PREVALENCIA > 20-80 AÑOS

## ETIOLOGIA

HEMORRAGIA DIVERTICULAR

ANGIODISPLASIAS

ENFERMEDADES PERIANALES

DIVERTICULO DE MECKEL

COLITIS

## DIAGNOSTICO

CLINICA

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

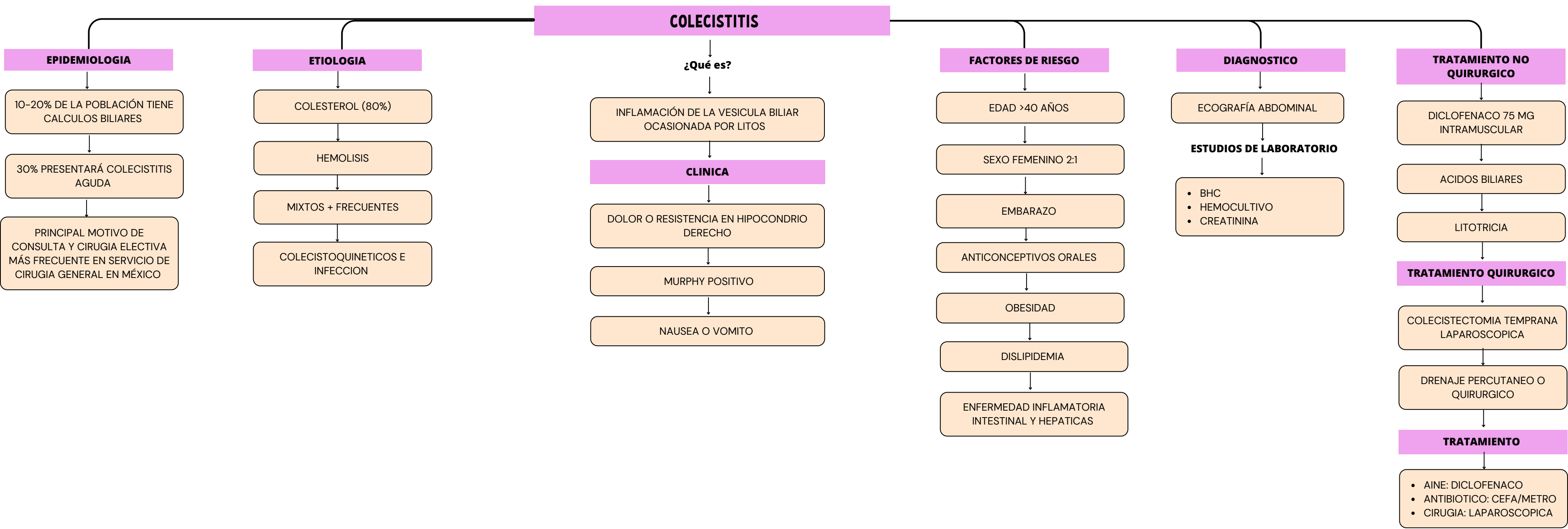
### ESTUDIOS DE LABORATORIO

- GLOBULOS ROJOS MARCADOS CON TC99
- ANGIOGRAFIA
- TOMOGRAFIA
- ESTUDIO CON VIDEO CAPSULAS

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

COLECTOMIA TOTAL

COLECTOMIA PARCIAL



# COLECISTITIS

## EPIDEMIOLOGIA

10-20% DE LA POBLACIÓN TIENE CALCULOS BILIARES

30% PRESENTARÁ COLECISTITIS AGUDA

PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA Y CIRUGIA ELECTIVA MÁS FRECUENTE EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN MÉXICO

## ETIOLOGIA

COLESTEROL (80%)

HEMOLISIS

MIXTOS + FRECUENTES

COLECISTOQUINETICOS E INFECCION

¿Qué es?

INFLAMACIÓN DE LA VESICULA BILIAR OCASIONADA POR LITOS

## CLINICA

DOLOR O RESISTENCIA EN HIPOCONDRIODERECHO

MURPHY POSITIVO

NAUSEA O VOMITO

## FACTORES DE RIESGO

EDAD >40 AÑOS

SEXO FEMENINO 2:1

EMBARAZO

ANTICONCEPTIVOS ORALES

OBESIDAD

DISLIPIDEMIA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y HEPATICAS

## DIAGNOSTICO

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

**ESTUDIOS DE LABORATORIO**

- BHC
- HEMOCULTIVO
- CREATININA

## TRATAMIENTO NO QUIRURGICO

DICLOFENACO 75 MG INTRAMUSCULAR

ACIDOS BILIARES

LITOTRICA

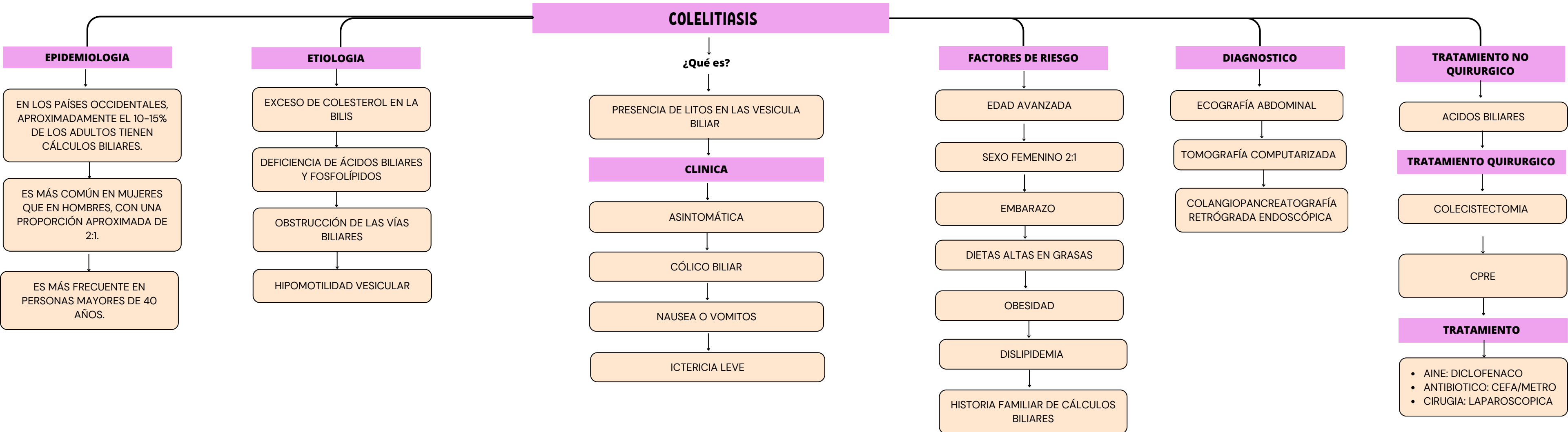
## TRATAMIENTO QUIRURGICO

COLECISTECTOMIA TEMPRANA LAPAROSCOPICA

DRENAJE PERCUTANEO O QUIRURGICO

## TRATAMIENTO

- AINE: DICLOFENACO
- ANTIBIOTICO: CEFA/METRO
- CIRUGIA: LAPAROSCOPICA



# **Bibliografía:**

**Surgeons, A. C. O. (2016). Soporte Vital Avanzado en Trauma ATLS: manual del curso para estudiantes.**