



Nombre del alumno: Zenaida Saragos Jiménez.

Nombre del tema: Mapas conceptuales.

Parcial: 3.

Nombre de la materia: Clínica Quirúrgica.

Nombre del profesor: Dr. Romeo Antonio Molina Román.

Medicina Humana.

5to semestre.

Comitán de Domínguez Chiapas 08 de noviembre 2024.

# Manejo de la vía aérea y ventilación.

## RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

El compromiso de la vía aérea puede ser repentino, completo, insidioso y parcial

Un paciente que “habla” confirmación momentánea

Evaluación más temprana es “hablar con el paciente”

Falta de respuesta o una respuesta inapropiada

Vía aérea definitiva.

Se define como un tubo colocado en la tráquea con el balón inflado por debajo de las cuerdas vocales, el tubo conectado a un dispositivo de ventilación asistida enriquecida con oxígeno

## TRAUMA MAXILOFACIAL.

- ✚ Hemorragias
- ✚ Edema
- ✚ Aumento de secreciones
- ✚ Dientes sueltos
- ✚ Pérdida 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 y posible hemorragia,

## TRAUMA LERINGEO.

- ✚ Ronquera.
- ✚ Enfisema subcutáneo.
- ✚ Fractura palpable.

Signos de la vía aérea:

- ✚ Auscultar al paciente.
- ✚ Observar al paciente.
- ✚ Evaluar entorno del paciente.

Predecir manejo de la vía aérea:

- Lesión externa.
- Investigar la regla de 3-3-2.
- MALLAMPATI.
- Obstrucción.
- No movilizar el cuello.

## TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA.

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

Vías aéreas definitivas.

- Tubo orotraqueal.
- Tubo naso traqueal.
- Vía aérea quirúrgica.

(cricotiroidotomía, traqueotomía)

## CRITERIOS PARA ESTABLECER VÍA AÉREA DEFINITIVA.

- ✚ Incapacidad para vía aérea permeable.
- ✚ Incapacidad para oxigenación.
- ✚ Hipoperfusión cerebral.
- ✚ Lesión encefálica, GLAGOW menor a 8.

Intubación asistida por medicamentos:

- ✚ Plan en caso de falla.
- ✚ Administrar ventilación con PP.
- ✚ Pre oxigenar al paciente al 100%.
- ✚ Aplique presión sobre el cartílago cricoides.
- ✚ ADM fármaco de inducción.
- ✚ ADM 1-2 mg/kg de succinilcolina por vía IV.

Paciente en relajación:

- ✚ Intubar al paciente por vía orotraqueal.

# SHOCK.

## Definición:

Estado agudo y generalizado por una reducción de la perfusión tisular por debajo de los niveles necesarios que determina una respuesta compensadora de todo el organismo.

## Etapas:

- ❖ Shock compensado.
- ❖ Shock descompensado.
- ❖ Shock irreversible.

- ❖ Pruebas de Función Renal.
- ❖ Pruebas de Función Hepática.
- ❖ Enzimas Cardíaca.
- ❖ Biometría Hemática.
- ❖ Pruebas de Coagulación.
- ❖ Prueba de Embarazo.
- ❖ Electrocardiograma.

- ❖ Hipovolémico.
- ❖ Neurológico.
- ❖ Cardiogénico.
- ❖ Anafiláctico.
- ❖ Séptico
- ❖ Obstructivo.

Shock hipovolémico: síndrome agudo que se caracteriza por una insuficiencia circulatoria generalizada con perfusión tisular insuficiente.

- ❖ Hipoperfusión cerebral.
- ❖ Mala perfusión periférica.
- ❖ Hipoperfusión periférica.
- ❖ Deshidratación hipertónica.

- ❖ Hemograma.
- ❖ Gasometría.
- ❖ Glucemia.
- ❖ Iones.
- ❖ Creatinina.

- ❖ Vía quirúrgica.
- ❖ Embolización endovascular.
- ❖ Apoyo farmacológico.

Shock cardiogénico: estado de hipoperfusión tisular, GC no es suficiente.

- ❖ Síndromes coronarios.
- ❖ Miocarditis.
- ❖ Arritmias.
- ❖ Embolia pulmonar.
- ❖ Infarto de VD.

Clínica: taquicardia, cianosis, diaforesis, hipotensión, edema pulmonar, oliguria o anuria, taquicardia.

- ❖ Electrocardiograma.
- ❖ Ecocardiograma.
- ❖ Radiografía de tórax.
- ❖ Enzimas cardíacas.

- ❖ Farmacológico.
- ❖ Inotrópicos.
- ❖ Vasodilatadores.

Shock séptico: hipoperfusión tisular donde los microorganismos producen vasodilatación provocando daños a órganos.

- ❖ Bacterias Gram negativas.
- ❖ Gram positivas.
- ❖ Cándida u hongos.

❖ Fiebre, hipotensión, taquicardia, diaforesis, cianosis, taquipnea, oliguria o anuria, sensación de frío.

- ❖ BH.
- ❖ Leucocitosis mayor al 12 000.
- ❖ Leucopenia menor a 4000.
- ❖ Bandemia mayor a 10%.
- ❖ PCR.
- ❖ Hemocultivo.

- ❖ Estabilización inicial.
- ❖ ABC.
- ❖ Líquidos: cristaloides.
- ❖ Lactato o soluciones salinas.
- ❖ Antibióticos.

Shock anafiláctico: reacción de hipersensibilidad, generalizada, sistémica, y seria, que atenta la vida contra un alérgeno.

- ❖ Alimentos.
- ❖ Insectos.
- ❖ Medicamentos.
- ❖ Látex.
- ❖ Frio.

- ❖ Urticaria.
- ❖ Edema.
- ❖ Disnea.
- ❖ Taquicardia.
- ❖ Hipotensión.
- ❖ Mareo.
- ❖ Sincope.

- ❖ Clínica.
- ❖ Mayor IgE.
- ❖ Concentración sérica de triptasa madura.

- ❖ Inmediato: adrenalina.
- ❖ Complementario: antihistamínicos, corticoesteroides, nebulizadores, broncodilatadores.
- ❖ Largo plazo: alimentación, evitar látex, reconocer insectos.

Shock neurogenico: hipotensión sin taquicardia o sin vasoconstricción cutánea. Disminución de la presión de pulso.

Shock obstructivo: obstrucción mecánica del flujo sanguíneo a través de la circulación central.

Causas: trombo embolismo pulmonar, taponamiento cardíaco, neumotórax a presión, estenosis mitral o aortica.

- ❖ Cianosis.
- ❖ Taquicardia.
- ❖ Disnea.
- ❖ Hipotensión.
- ❖ Pulso paradójico.
- ❖ Distensión yugular.

- ❖ Exploración física.
- ❖ Radiografía de tórax.
- ❖ Angio-TC.
- ❖ Ecografías.

- ❖ Reanimación/ evaluación ABC.
- ❖ Oxígeno suplementario.
- ❖ Presión con cristaloides IV.
- ❖ Noradrenalina.
- ❖ Depende la causa.

# Sangrado del tubo digestivo alto y bajo.

ALTO; Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma proximal al ligamento de

VARICOSAS.

CIRUGIA.

Estratificación de riesgo = escala de ROCALL – FORREST.

✚ Inestabilidad hemodinámica a pesar de reanimación vigorosa (transfusión de >6 unidades).

✚ Imposibilidad de detener la hemorragia con las técnicas endoscópicas

✚ Recidiva de la hemorragia tras la estabilización inicial

✚ Shock asociado a hemorragia recurrente

NO VARICOSAS.

1er lugar= ulcera péptica.

- Gastritis.
- Esofagitis.
- L DIEULAFOY.
- D. MALLORY-WEISS
- Fistula aortoenterica.

INTESTINO DELGADO.

CAUSAS.

BAJO; todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de treitz

ETIOLOGIA.

- ✚ Angiodisplasias.
- ✚ Ulceras.
- ✚ Enfermedad de CROHN.
- ✚ D.MECKEL.
- ✚ Neoplasias.

COLON.

- ✚ Diverticulosis.
- ✚ P. ano rectal,
- ✚ Isquemia.
- ✚ Neoplasias.
- ✚ ELL.

- ✚ Hemorragia diverticular.
- ✚ Angiodisplasias.
- ✚ Enfermedades perianales.
- ✚ Divertículo de Meckel.
- ✚ Colitis.

Tratamiento.

- ✚ colectomía total.
- ✚ Colectomía parcial

Estudios del laboratorio; glóbulos rojos marcados con TC99, angiografía, tomografía, estudio con video capsulas.

Diagnostico:

- ✚ Clínica.
- ✚ Estudios de laboratorio.
- ✚ Estudios complementarios.

# Colelitiasis y colecistitis.

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

- ❖ 10-20% de la población.
- ❖ 30% x colecistitis aguda.

## Clínica.

- Dolor o resistencia en hipocondrio derecho.
- MURPHY.
- Nausea o vomito.

## Factores de riesgo.

- ✚ Mayor a 40 años.
- ✚ Sexo femenino.
- ✚ Embarazo.
- ✚ Obesidad.
- ✚ Dislipidemia.

## Pruebas de laboratorio.

- Leucocitosis.
- Creatinina.
- Bun.
- Hemocultivo.

## Etiología.

- Mixtos.
- Colesterol.
- Pigmentarios.

- Saturación y precipitación.
- Formación de los cálculos.
- Colesistoquineticos e infección.

## Diagnostico

98% sensibilidad para colelitiasis = elección.

Engrosamiento de pared mayor a 5mm.

Alargamiento vesicular mayor a 8x4 cm.

Liquido peri vesicular.

- ✚ AINE = diclofenaco.
- ✚ Antibiótico = cefa/metro.
- ✚ Cirugía laparoscópica.

## TRATAMIENTO.

### Cálculos biliares:

- ✚ Ácido ursodesoxicólico.
- ✚ Ácido quenodecicolico.

### Colecistitis

Grado 1 = 1 antibiótico.  
Grado 2 = 2 antibiótico.  
Grado 3 = 3 antibiotico.

- ✚ no confundir colelitiasis con colecistitis aguda
- ✚ las colelitiasis asintomáticas (hallazgo por USG) no se tratan

- ✚ tratar en caso de cálculo >2.5 cm
- ✚ vesícula en porcelana
- ✚ anemia falciforme

- ✚ cirugía de la obesidad
- ✚ colecistitis aguda
- ✚ valorar cirugía electiva en paciente con cólico biliar