



Mi Universidad

Mapa conceptual

Nombre del Alumno: Karen Lizeth Nájera Carpio

Nombre del tema: Patología quirúrgica

Parcial: 3

Nombre de la Materia: Clínica quirúrgica

Nombre del profesor: DR. Molina Roman Romeo Antonio

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Lugar y Fecha de elaboración: San Cristóbal de Las Casas Chiapas

06/11/2024

QUÉ ES?

es uno de los elementos fundamentales en el cuidado de los pacientes. No solamente los especialistas deben conocerlo y requiere de un entrenamiento continuo.

VÍA AÉREA DEFINITIVA

TUBO COLOCADO EN LA TRAQUEA CON EL BALÓN INFLADO POR DEBAJO DE LAS CUERDAS VOCALES

TRAUMA MAXILOFACIAL

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

MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

MANTENIMIENTO

• MANIOBRA DE ELEVACIÓN DEL MENTÓN, TRACCIÓN MANDIBULAR, VÍA AÉREA NASOFARINGEA y OROFARÍNGEA

TRAUMA LARÍNGEO

• RONQUERA, ENFISEMA SUBCUTÁNEO, FRACTURA PALPABLE

MANEJO

• LESIÓN EXTERNA, INVESTIGUE LA REGLA 3-3-2, MALLAMPATI, OBSTRUCCIÓN, NO MOVILIZAR EL CUELLO

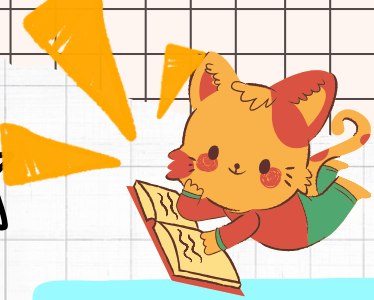
TRAUMA DEL CUELLO

• DESPLAZAMIENTO DE LA VÍA AÉREA, OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, CONTROL QUIRURGICO DE VÍA AÉREA Y DE POSIBLE HEMORRAGIA



DIAGNÓSTICO.

Lactato. Pruebas de Función Renal. Pruebas de Función Hepática. Enzimas Cardíaca. Biometría Hemática. Pruebas de Coagulación. Prueba de Embarazo. Examen General de Orina y sedimento urinario. Gasometría Arterial. Electrocardiograma. CXR. Ecografía Abdominal



TRATAMIENTO

Reconocer el shock en fase temprana. Establecer el tipo de shock. Iniciar tratamiento de manera simultánea con la valoración etiológica del shock

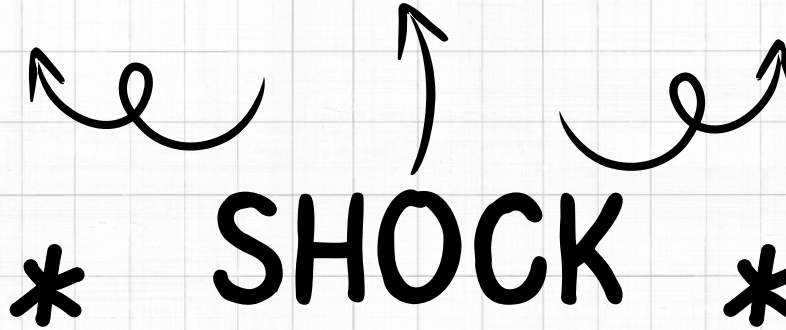
IRREVERSIBLE

en la que el paciente desarrolla un fallo multisistémico, se genera una disfunción orgánica permanente, y hay muerte.



QUÉ ES?

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.

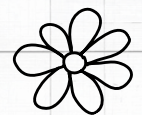


DESCOMPENSADO

Etapa en la que los mecanismos de compensación se ven sobrepasados. Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales

COMPENSADO

Etapa inicial donde las respuestas fisiológicas tratan de contrarrestar el daño inicial. Preservar las funciones de los órganos vitales



Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de resangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
IA	Sangrado pulsátil	55 % (17-100%)	11 % (0-23%)
IB	Sangrado en napa		
IIA	Vaso visible	43 % (0-81%)	11 % (0-21%)
IIB	Coágulo adherido	22 % (14-36%)	7 % (0-10%)
IIC	Macula plana	10 % (0-13%)	3 % (0-10%)
III	Fondo limpio (fibrina)	5 % (0-10%)	2 % (0-3%)

FORREST I (IA y IB): hemorragia activa, se debe estabilizar y realizar tratamiento endoscópico inicial, si fracasa se debe consultar al cirujano (6,5% de las hemorragias persistentes o recidivas terminan en cirugía).

FORREST II (IIA, IIB y IIC): hemorragia reciente, requiere hospitalización por lo menos 72 horas (60 - 76 % de las recidivas ocurre dentro de las primeras 72 horas).

FORREST III (III): corresponde exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración. Iniciar vía oral tras realización de endoscopia y dar alta a domicilio.



Dr. Alex Velasco



CIRUGÍA

- INESTABILIDAD HEMODINÁMICA A PESAR DE REANIMACIÓN VIGOROSA (TRANSFUSIÓN DE >6 UNIDADES)
- RECIDIVA DE LA HEMORRAGIA TRAS LA ESTABILIZACIÓN INICIAL
- SHOCK ASOCIADO A HEMORRAGIA RECURRENTE

QUÉ ES?

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

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

L. DIEULAFOY

- MALFORMACIONES VASCULARES CURV MENOR < 6CM
- PUEDE GENERAR STD GRAVE
- MANEJO ENDOSCÓPICO RESUELVE 80-100% CASOS

GASTRITIS "ESTRÉS"

- NUMEROSAS EROSIONES SUPERFICIALES PANGÁSTRICAS
- PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO - < INCIDENCIA
- SANGRAN ABUNDANTEMENTE
- MANEJO CON IBP Y MANEJO ENDOSCÓPICO

ESOFAGITIS

- INFLAMACIÓN POR EXPOSICIÓN REPETIDA A HCL
- SANGRADO CRÓNICO
- CAUSAS INFECCIOSAS (INM-COMP) STD GRAVE

DX:

- CLINICA , ESTUDIOS DE LABORATORIO y COMPLEMENTARIOS

TX:

- COLECTOMIA TOTAL Y PARCIAL

ENFERMEDADES PERIANALES

- SE ENCUENTRAN PRINCIPALMENTE
- A) HEMORROIDES B) FISTULAS PERIANALES
- CUANDO LAS HEMORROIDES SANGRAN POR LO GENERAL NO PRODUCEN DOLOR
- ES UNA LESION EN EL CANAL ANAL Y CON MAYOR FRECUENCIA SE ORIGINA DURANTE LA DEFECACION
- PRINCIPALES MANIFESTACIONES SON DOLOR, COMEZON Y RECTORRAGIA

ANGIODISPLASIAS

- MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS – DILATACION PROGRESIVA
- MAYOR INCIDENCIA EN > 50 AÑOS
- CARACTERISTICAS DE STD CRÓNICO
- DIAGNOSTICO POR COLONOSCOPIA

SANGRADO TUBO DIGESTIVO BAJO

QUÉ ES?

- TODO AQUEL SANGRADO ORIGINADO POR LESIONES EN EL TUBO DIGESTIVO EN FORMA DISTAL AL LIGAMENTO DE TREITZ
- ES DECIR ENTRE EL INTESTINO DELGADO Y EL AÑO.

ETIOLOGIA

- HEMORRAGIA DIVERTICULAR ,ANGIODISPLASIAS, DIVERTICULO DE MECKEL, COLITIS

HEMORRAGIA DIVERTICULAR 1º

- PRESENTA 15% PACIENTES CON DIVERTICULOSIS
- MÁS 75% CASOS CESAN ESPONTANEAMENTE
- DIVERTICULOS DERECHOS SANGRAN CON MAYOR FRECUENCIA
- ANGIOGRAFIA EMBOLIZACIÓN SERÁ EL ULTIMO RECURSO

inflamación de la vesícula biliar. La vesícula biliar es un órgano pequeño con forma de pera que se encuentra en el lado derecho del vientre (abdomen), debajo del hígado.

SÍNTOMAS

- Dolores intensos en la zona superior derecha o central del abdomen
- Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda
- Sensibilidad en el abdomen cuando lo tocas
- Náuseas
- Vómitos
- Fiebre

COLECISTITIS

TRATAMIENTO

- Cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía)
- Hospitalización

DIAGNÓSTICO

- Ecografía y, en ocasiones, otras pruebas de diagnóstico por la imagen
- amagrafía biliar
- Tc

AGUDA

empieza repentinamente y causa un dolor intenso y continuo en la región superior del abdomen. Por lo menos el 95% de las personas con colecistitis aguda tienen cálculos biliares.

CRÓNICA

inflamación de la vesícula biliar de larga duración. Está causada casi siempre por cálculos biliares y por haber sufrido ataques de colecistitis aguda con anterioridad.

QUÉ ES?

es la presencia de uno o varios cálculos (litiasis vesicular) en la vesícula biliar. Los cálculos biliares tienden a ser asintomáticos.

TRATAMIENTO

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

CLÍNICA

- DOLOR O RESISTENCIA EN HIPOCONDRIO DERECHO, MURPHY + NAUSEA O VOMITO

COLELITIASIS

IDEA CREATIVA

- NO CONFUNDIR COLELITIASIS CON COLECISTITIS AGUDA
- LAS COLELITIASIS ASINTOMATICAS (HALLAZGO POR USG) NO SE TRATAN

LABORATORIO

- LEUCOCITOSIS CON AUMENTO EN LEUCOCITOS
- CREATININA
- BUN

DIAGNOSTICO

USG