

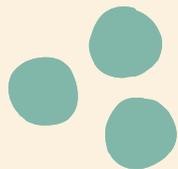


UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN DE DOMINGEZ
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



MAPAS CONCEPTUALES

MATERIA: CLINICA QUIRURGICA
ALUMNAS:DULCE MARIANA SANTIZ BALLINAS
SEMESTRE :5 TO " D"
NOMBRE DEL DOCENTE: DR.ROMEO



MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Tipos de trauma que comprometen la vía aérea

- Trauma Maxilofacial
- Trauma de Cuello
- Trauma Laríngeo

Manejo

- Cuidadoso y agresivo
- Intubación endotraqueal necesaria para mantener permeabilidad de la vía aérea
- NO anestesias

Compromiso

- lesiones del cuello que involucren la interrupción de la laringe y la tráquea
- hemorragia por lesión vascular adyacente
- traumatismo de cuello cerrado como penetrante pueden causar una ruptura de la laringe o la tráquea

FUNCIÓN Y PROPÓSITO

Reconocimiento del problema

Anticipar que todos los pacientes lesionados están en riesgo de vomitar

signos objetivos de obstrucción de la vía aérea.

- observar al paciente
- Auscultación Evolución en el entorno del paciente

Mejorar la comprensión

Hacen que la información sea más fácil de entender.

PREDECIR EL MANEJO DE UNA VÍA AÉREA DIFÍCIL

Factores de riesgo

- Lesiones de la columna cervical
- Artritis severa de la columna cervical
- Trauma maxilofacial o mandibular significativo
- Apertura limitada de la boca
- Obesidad

tabla

LEMON				
Valoración de la vía aérea en el paciente traumatizado				
L LIMBO	E EVALUAR	M MANTENIR	O OBSTRUCIÓN	N NIVEL
EXAMINAR Buscar lesión o trauma	EVALUAR regla 3-3-2 Distancia orofaríngea 3 mandibular 3 trócleas a punto de 3/3/2	APERTURA DE LA BOCA Mandibular 1-2	OBSTRUCIÓN Presencia de sangriento o edema amigdalino	MOVILIDAD DEL CUELLO Presencia de edema, rigidez o deformación del cuello

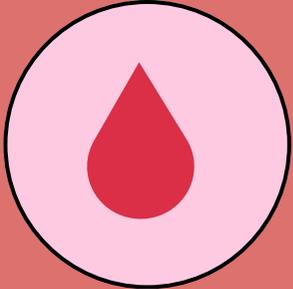
técnicas de mantenimiento de la vía aérea

- Maniobras: Se utilizan la elevación del mentón y tracción mandibular para corregir la obstrucción.
- Vías aéreas: Se puede usar una vía nasofaríngea u orofaríngea para mantener la permeabilidad.

tecnica

- TECNICA:
1. Colocar los dedos de una mano debajo de la mandíbula.
 2. Levantar suavemente la mandíbula para elevar el mentón.
 3. Con el pulgar, presionar ligeramente el labio inferior para abrir la boca.
 4. Alternativamente, el pulgar puede colocarse detrás de los incisivos inferiores mientras se levanta el mentón.
 5. Evitar la hiperextensión del cuello durante la maniobra.





SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

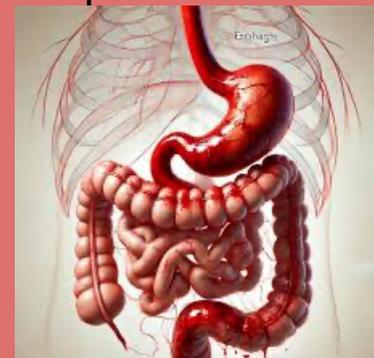
QUE ES

Hemorragia o sangrado de tubo digestivo que se origina proximal al ángulo de TREITZ. Incluye el esófago, estómago y duodeno.



CLINICA

EXPLORACIÓN FÍSICA
Palidez de piel y mucosas
Visceromegalias
ASCITIS
Estigmas de hapatopatía crónica
Evaluar T/A, FC, pulsos, diuresis
Datos de hipovolemia



CLASIFICACION

Clasificación de Forrest



FACTORES DE RIESG

- H. pylori (90% responsable de úlcera péptica)
- Alcoholismo crónico
- Hepatopatía crónica
- Enfermedad ácido-péptica
- Uso crónico de AINES
- Consumo de tabaco
- Estrés y ansiedad
- Quemaduras (>25 - 30% SC)
- Uso de anticoagulantes orales

TRATAMIENTO

BP TV esomeorazol.
pantoorazo en un bolo de 80 mg, seguido de 8mg/hr por 72 hrs).
IBP orales el omeprazol 40 mg)
Terlipresina: eficaz en el control inicia de una hemorragia asociada a hinertensión portal

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

QUE ESB

a todo aquel cuyo origen es secundario a una lesión por debajo del ángulo de Treitz

- Representa el 20-30% de los STD*
- Cerca del 80% de los STDB* ceden espontáneamente

ETIOLOGÍA:

Sangrado diverticular
 Hemorroides Internas
 Úlcera Rectal
 Colitis Isquémica
 Angiomas
 CUCI, Crohn, otras
 Otras
 28.4%
 14.2%
 8.2%
 11.8%
 6.3%
 5.4%
 25.7%

DX

SANGRADO OCULTO:

- Aturdimiento
- Dificultad respirar
- Desmayo
- Dolor en el pecho
- Dolor abdominal

TX

podrían ser los siguientes

- Análisis de sangre
- Análisis de heces
- Lavado nasogástrico
- Endoscopia superior
- Colonoscopia
- Endoscopia capsular
- Sigmoidoscopia
- Enteroscopia asistida

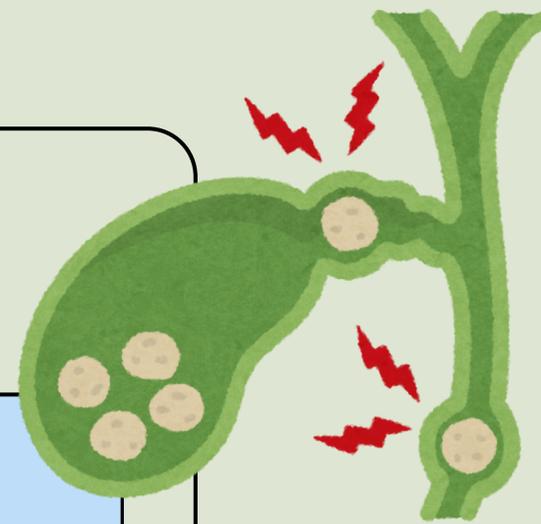
OTRAS

Por general, hemorragias gastrointestinales detienen por sí solos. De lo contrario, el tratamiento depende del lugar de donde proviene hemorragia.



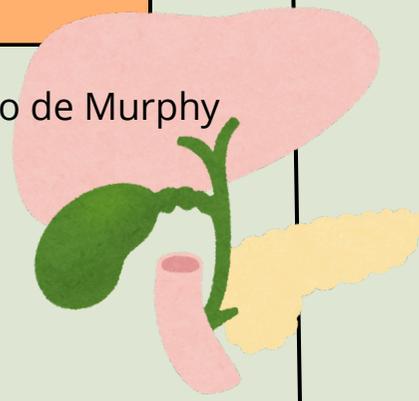


COLECISTITIS Y COLELITIASIS



QUE ES
inflamacion dela vesicula biliar

CLINICA
" Abdoren coudo
+ Fola ongárico múltiple.
sonos y tantomas de ntomación peritoned
Antecedente de coro



PREVALENCIA
Colecistitis
Mayores de 40 años siendo más presente en mujeres

TRATAMIENTO
Vesiculo bilior
Paciente con colico biliar:
Cenducto
Ayuno
Reposición de líquidos con cristaloides
Analgésicos,
no opiáceos,
ketorolaco y metamizol
Sonda nasogástrica (por cúmulo de aire)
No antibioterapia

CRITERIOS DIAGNOSTICOS
DX
A: Signos locales de inflamación
1. - Signo de Murphy
2. - Masa/Dolor/Sensibilidad en HD
B: Signos de inflamación sistémica
1. - Fiebre
2. - PCR elevada
3. - Leucocitosis
C: Estudios de imagen
-Hallazgos de colecistitis



Shock



DEFINICIÓN

Fallo para transportar oxígeno a los tejidos por una falta de flujo de sangre

clínica

- *Alteraciones cutáneas
- * Oliguria inferior a 0.5ml/kg/h
- *Alteración del estado mental
- * Acidosis láctica

tipos

- CARDIOGÉNICO
-
- OBSTRUCTIVO
- HIPOVOLÉMICO
- DISTRIBUTIVO

clasificación

existen varios tipo y depende



CLASIFICACIÓN
 Afecta a la sangre
 PRECARGA
 Diastole o llenado
 Shock hipovolémico
 Afecta a los vasos
 POSTCARGA Sístole o expulsión
 Shock distributivo
 CONTRACTILIDAD
 Afecta al corazón
 Shock cardiogénico **CARDIOGÉNICO**
OBSTRUCTIVO TIPOS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO
 DISTRIBUTIVO
 clovenersingmery
 maría r791013
CARDIOGÉNICO
OBSTRUCTIVO
HIPOVOLÉMICO
DISTRIBUTIVO

Tema: Choque Hipovolémico MEDICINA PPT

CLASIFICACIÓN DEL CHOQUE HEMORRÁGICO

Grado	Pérdida sanguínea ml (%)	Frecuencia cardíaca	Presión arterial	Presión de pulso	Frecuencia respiratoria	Estado mental
I	<750 (15)	<100	Normal	Normal	14-20	Levemente ansioso
II	750-1500 (15-30)	100-120	Normal	Estrecho	20-30	Moderadamente ansioso
III	1500-2000 (30-40)	120-140	Disminuido	Estrecho	30-40	Ansioso, confuso
IV	>2000 (>40)	>140	Disminuido	Estrecho	>35	Confuso, letárgico

*Pérdida sanguínea estimada para un paciente masculino con peso de 70 Kg.

www.medicinappt.com @MEDICINAPPT SIGUENOS EN FACEBOOK E INSTAGRAM

CANNON, BREWSTER. HEMORRHAGIC SHOCK. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 1911, VOL. 276, 375-79