



Mapas conceptuales

Unidad 3.

Nombre del alumno: Lupita Melaine Toledo Alfaro

Nombre del catedrático: Dr. Romero Antonio Molina

Materia: Técnicas Quirúrgicas

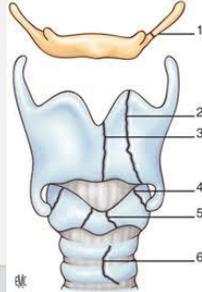
MEDICINA HUMANA

08 de noviembre 2024, Comitán de Domínguez, Chiapas

MANEJO DE LA VÍA ÁREA Y VENTILACIÓN

Manejo de la vía aérea y Ventilación

VIA AREA



- La valoración de la permeabilidad de la vía aérea y la suficiencia ventilatoria debe realizarse de manera rápida y precisa.

- Oximetría de pulso
- Medición del CO2 al final de la respiración
- Mejorar la oxigenación – reducir riesgo de compromiso ventilatorio

EVALUACIÓN DE VIA AÉREA

Regla 3-3-2



- 3 dedos: Apertura bucal
- 3 dedos: Distancia del hueso hioides al mentón
- 2 dedos: Distancia del cartilago tiroideo al hueso hioides

- Mantenimiento de la vía aérea
- Vía aérea definitiva (incluye vía aérea quirúrgica)
- Métodos para proporcionar ventilación suplementaria



VENTILACION



- Alteración de la mecánica respiratoria por depresión del SNC.
- Los traumatismo directos por el tórax
- Pacientes adulto o con enfermedades pulmonares preexistentes.
- Lesiones intracraneanas
- Lesiones de la medula espinal

- Asimetría en los movimientos del tórax
- La entrada de aire en ambos lados del tórax
- El oxímetro de pulso

- Incapacidad para via aérea permeable
- Incapacidad para mantener oxigenación
- Obnubilación (hipoperfusión cerebral)
- Incapacidad para mantener oxigenación
- Obnubilacion (lesión encefálica Glasgow > 8)

SHOCK

Produce una perfusión orgánica y una oxigenación tisular adecuadas



CLASIFICACION

- **shock hemorrágico ---- HIPOVOLEMIA**
- **shock no hemorrágico:**
 1. Shock cardiogénico – taponamiento cardiaco
 2. Shock obstructivo--- neumotorax a tensión (verdadera emergencia quirurgica)
 3. Shock neurogenico
 4. Shock séptico.
 5. shock anafiláctico



EVALUACION INICIAL

- **Examen físico cuidadoso** (Detectar signos de neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco)
- **Vías de acceso vascular** (insertando dos catéteres intravenosos periféricos de grueso calibre)
- **Terapia inicial con líquidos.**



HIPOVOLEMIA

- **Causa shock en la mayoría de los pacientes traumatizados**
- **Tratamiento**
 1. Control inmediato de la hemorragia
 2. Reemplazo de líquidos de sangre
 3. Control quirúrgico de la hemorragia



NEUMOTORAX A TENSION

- **Evaluacion**
 1. Desviación de la tráquea
 2. Venas del cuello distendidas
 3. Timpanismo
 4. Ausencia de ruidos respiratorios
- **Manejo**
 1. Descompresión con aguja
 2. Tubo de tórax



Sangrado tubo digestivo ALTO

DEFICICION

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

DX EN 24 HRS REDUCE ESTANCIA Y NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN

causas

- Varices esófagagicas
- Ulcera péptica
- Tumores
- Enfermedad ulcera péptica
- Esofagitis
- Duodenitis
- D. mallorys weyss.

CLINICA

- Hematemesis
- Posos de café
- Hematoquesia
- melena



DIAGNOSTICO

- Escala de Forrest
- Escala clínica de rockall

Tabla 3. Sistema de registro estandarizado del riesgo de Rockall

Variable	0	1	2	3	4
Etiología	Úlceras pépticas				
Endoscopia	Endoscopia	Endoscopia	Endoscopia	Endoscopia	Endoscopia
Comorbilidades	Sin comorbilidades	Sin comorbilidades	Sin comorbilidades	Sin comorbilidades	Sin comorbilidades
Diagnóstico de certeza					

Clasificación de Forrest

Ia	Sangrado activo arterial en jet o chorro	30%	
Ib	Sangrado rezumante o en sábana	20%	
Ila	Vaso visible en el lecho de la lesión	30%	
Iib	Coágulo fresco adherido	30%	
Iic	Manchas hemáticas (oscuras)	10%	
III	Lesión con base amplia, cubierta por fibrina	5%	

TRATAMIENTO

- Indicaciones para cirugía

 1. Inestabilidad hemodinámica post transf. >6 unidades sanguíneas
 2. Imposibilidad de detener la hemorragia tec endoscópica
 3. Recidiva la hemorragia tras la estabilización inicial
 4. Shock asociado a hemorragia recurrente.

SANGRADO DE TUBO DIJESTIVO BAJO



Todo aquel sangrado originario por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de treitz. (entre el intestino y el Ano)

ETIOLOGIA



- Hemorragias diverticular
- Divertículo de Meckel
- Angiodisplasias
- Colitis
- Enfermedades perianales

CAUSAS



- Colon 95%
- Intestino delgado – 5%

DIAGNOSTICO



- Clínica
- Estudios de laboratorios
- Estudios complementarios

ESTUDIOS DE LABORATORIO



- Glóbulos rojos marcados con TC99
- Angiografía
- Tomografía
- Estudio con videos de capsulas

TRATAMIENTO

- colectomia total
- colectomia parcial



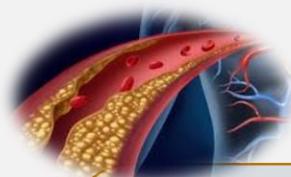
COLECISTITIS / COLELITIASIS



Es la inflamación de la pared de la vesícula biliar ocasionada principalmente por la obstrucción del conducto cístico por cálculos y puede tener una sobre infección bacteriana



- 10-20% DE LA POBLACIÓN TIENE CALCULOS BILIARES
- 30% PRESENTARÁ COLECISTITIS AGUDA (PRINCIPAL COMPLICACIÓN)



- Mixtos frecuentes
- Colesterol 80%
- Pigmentarios (hemolisis)
- Saturación > precipitación >colecistoquecinticos infección



- BUN** Leucocitosis con aumento en leucocitos
- Creatinina
 - BUN
 - En caso de fiebre para mejorar selección antibiótica



Presencia de litos en las vesícula biliar



- Edad > 40 años
- Sexo femenino
- Embarazo
- Anticonceptivo orales
- Obesidad
- Dislipidemias
- Enfermedad inflamatorio intestinal y hepáticos



- GRADO I, II laparoscópica, colecistectomía temprana
- GRADO II, III Inflamación drenaje linfático, colecistectomía
- AINE: Diclofecano
- ANTIBIOTICO: Cefa/Metro
- Cirugía: Laparoscopica

BIBLIOGRAFIA

INFORMACION DADA EN CLASES.