



Marvin López Roblero

Romeo Antonio Molina Román

Clínica Quirúrgica

Mapas Conceptuales

5°

“B”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 09 de octubre del 2024.

COLITIS ULCEROSA

Es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino

Etiología

Desconocida
Factores genéticos
Factores ambientales

Genes:
• BW35 y DR2
• P-ANCA

Factor protector

- Tabaco
- Apendicetomía

Epidemiología

México
Sugieren un incremento de hasta tres veces la tasa ajustada de incidencia de la CUCI en los últimos 20 años.

En México el pico de mayor incidencia es entre los 20-40 años de edad.

Fisiopatología

El mecanismo fisiopatológico clave de la CUCI es una respuesta inmunológica desregulada al microbioma intestinal comensal en un huésped genéticamente susceptible

Cuadro clínico

Dolor abdominal, pérdida de peso, diarrea sanguinolenta, tenesmo, fiebre y calambres abdominales.

Diagnostico

Historia clínica dirigida

Sigmoidoscopia flexible

Tratamiento quirúrgico

Colectomía + ileostomía terminal de Brooke

Indicada en casos de colitis ulcerosa fulminante, refractaria al tratamiento médico, o en presencia de displasia/cáncer de colon.

No complicada

Panproctocolectomía restauradora + reservorio en J ileal (anastomosis ileo-anal)

Tratamiento farmacológico

Aminosalicilatos (5-ASA):

Mesalazina: Es el tratamiento de primera línea para la colitis ulcerosa leve a moderada.
Dosis: 2-4 g/día, en formulaciones orales o rectales.

Inmunomoduladores:

Azatioprina y 6-mercaptopurina: Indicados en pacientes que no responden adecuadamente a 5-ASA y corticosteroides.
Dosis: Azatioprina 1.5-2.5 mg/kg/día, 6-mercaptopurina 0.75-1.5 mg/kg/día.

EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL



Preparación

Fase prehospitalaria

El sistema prehospitalario está idealmente diseñado para notificar al hospital receptor antes que el paciente sea trasladado de la escena

Durante la fase prehospitalaria, la atención enfatiza el mantenimiento de la vía aérea, el control de sangrado externo y el shock, la inmovilización del paciente y su inmediato traslado al centro más cercano, preferentemente un centro de trauma verificado

Fase hospitalaria

Los aspectos críticos de la preparación hospitalaria incluyen los siguientes:

- Disponibilidad de un área de reanimación para pacientes traumatizados.
- Equipo de vía aérea adecuado y operativo
- Acuerdos de traslado con centros de trauma verificados deben ser previamente establecidos y operacionales.

- Soluciones cristaloides intravenosas tibias deben estar disponibles en forma inmediata para infusión, como también los sistemas de monitoreo apropiados.
- Un protocolo para disponer de asistencia médica adicional, como también asegurar la respuesta de laboratorio y personal de radiología.

Triaje

Las situaciones de triaje son categorizadas como de múltiples víctimas o con saldo masivo de víctimas.

Incidentes con múltiples víctimas

En esta situación, los pacientes con lesiones que amenazan la vida y aquellos con lesiones múltiples sistemas son atendidos primero.

eventos con saldo masivo de víctimas

el número de pacientes y la severidad de sus lesiones exceden la capacidad del hospital y del personal

Los pacientes con la mejor probabilidad de sobrevivir, que requieran el menor tiempo posible de atención por el personal, equipamiento y recursos son los atendidos

REVISION PRIMARIA CON REANIMACION SECUNDARIA

La revisión primaria engloba el ABCDE de la atención en trauma e identifica las amenazas para la vida siguiendo la secuencia:

- Vía Aérea con restricción de movimiento de la columna cervical
- B (Breathing) respiración y ventilación
- Circulación con control de la hemorragia
- Déficit (evaluación del estado neurológico)
- Exposición / control del ambiente

MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA CON RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO DE LA COLUMNA CERVICAL

el primer objetivo es determinar la permeabilidad de la vía aérea

Esta rápida evaluación en busca de signos de obstrucción de la vía aérea incluye: búsqueda de cuerpos extraños

identificación de fracturas faciales, mandibulares y/o traqueal/laríngea, como también otras causas que puedan obstruir la vía aérea

Se debe aspirar para sacar la sangre acumulada o secreciones que pueden causar una obstrucción

REVISIÓN PRIMARIA CON REANIMACIÓN SECUNDARIA

RESPIRACIÓN Y VENTILACIÓN

La ventilación requiere de un correcto funcionamiento de los pulmones, la pared torácica y del diafragma; por eso, los médicos tratantes deben rápidamente evaluar y examinar cada componente.

Verifique el ingreso gaseoso a los pulmones mediante la auscultación.

La inspección visual y la palpación pueden detectar lesiones de la pared torácica que pueden estar comprometiendo la ventilación.

La percusión del tórax también puede identificar anomalías, pero durante una reanimación en un ambiente ruidoso, esta evaluación puede ser imprecisa.

CIRCULACIÓN CON CONTROL DE LA HEMORRAGIA

Volumen Sanguíneo y Gasto Cardíaco

Es esencial la evaluación rápida y precisa del estado hemodinámico del paciente traumatizado.

Los elementos de observación clínica que nos brindan importante información en segundos son

- Nivel de Conciencia
- Perfusión de la Piel
- Pulso

Hemorragia

Identifique el origen de la hemorragia, como externa o interna. La hemorragia externa se identifica y controla en la revisión primaria

La pérdida sanguínea externa, que es rápida, se maneja por compresión manual directa de la herida.

Los torniquetes son efectivos en exsanguinación masiva de una extremidad, pero conllevan el riesgo de daño isquémico a esa extremidad.

El origen del sangrado suele ser identificado por el examen físico e imágenes

El control definitivo de la hemorragia es esencial, acompañado de una adecuada reposición del volumen intravascular.

DÉFICIT NEUROLÓGICO (EVALUACIÓN NEUROLÓGICA)

La Escala de Coma de Glasgow (ECG) es un método rápido, simple y objetivo para determinar el nivel de conciencia.

Un descenso en el nivel de conciencia puede indicar una disminución de la oxigenación y/o perfusión cerebral, o puede deberse a una lesión cerebral directa.

Hipoglucemia, alcohol, narcóticos y otras drogas también pueden alterar el nivel de conciencia.

EXPOSICIÓN Y CONTROL DEL AMBIENTE

Durante la revisión primaria, desnude completamente al paciente, por lo general cortando su vestimenta para facilitar un examen y evaluación minuciosos

Completada la evaluación, cubra al paciente con mantas calientes o con un dispositivo de calor externo, para prevenir que él o ella desarrollen hipotermia en el área de recepción de trauma.

La temperatura corporal del paciente es una prioridad mayor que el confort del personal de salud y la temperatura ambiente del área de reanimación debe aumentarse para minimizar la pérdida de calor corporal

MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO

Las arritmias – taquicardia inexplicable, fibrilación auricular, contracciones ventriculares prematuras y cambios en el segmento ST– pueden indicar contusión cardíaca.

La actividad eléctrica sin pulso (AESP) puede indicar taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión y/o hipovolemia profunda.

La bradicardia, conducción aberrante y contracciones prematuras, deben sospecharse inmediatamente hipoxia e hipoperfusión.

OXIMETRÍA DE PULSO

La oximetría de pulso es un anexo valioso para el monitoreo de la oxigenación en pacientes lesionados

La mayoría de los dispositivos brindan frecuencia del pulso y oximetría continuas

Frecuencia Respiratoria, Capnografía y Medición de Gases en Sangre Arterial

La frecuencia respiratoria, la capnografía y la medición de gases en sangre arterial se utilizan para monitorizar si los patrones respiratorios del paciente son adecuados

La ventilación puede monitorearse usando los niveles de dióxido de carbono al final de la espiración

Debido a que los tubos endotraqueales pueden desplazarse cada vez que el paciente sea movido, la capnografía puede ser usada para confirmar intubación de la vía aérea

Anexos a la revisión primaria con reanimación

Sonda Vesical y Sonda Gástrica

La colocación de sonda vesical y sonda gástrica tiene lugar durante o inmediatamente después de terminada la revisión primaria.

EXÁMENES RADIOLÓGICOS Y ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Las radiografías de tórax anteroposterior (AP) y de pelvis suelen brindar suficiente información para guiar la reanimación en pacientes con trauma cerrado

FAST, eFAST y LPD son herramientas diagnósticas útiles para la detección rápida de sangrado intraabdominal, neumotórax y hemotórax.

Revisión secundaria

HISTORIA

Toda evaluación médica completa incluye una historia del mecanismo de lesión. La historia AMPLIA es una regla mnemotécnica para este fin:

- Alergias
- Medicamentos que actualmente utiliza
- Patología pasada/Embarazo
- Libación/última comida
- Ambiente relacionado con la lesión/Eventos

Las lesiones pueden dividirse en dos grandes categorías: trauma cerrado o penetrante

Otros tipos de lesiones de los cuales se debe obtener información del incidente incluyen lesiones térmicas y aquellas causadas por ambientes tóxicos

EXAMEN FÍSICO

Durante la revisión secundaria, el examen físico sigue la secuencia de la cabeza, estructuras maxilofaciales, cuello y columna cervical, tórax, abdomen y pelvis, perineo / recto / vagina, sistema musculoesquelético y sistema neurológico.

Anexos a la revisión secundaria

Las pruebas de diagnóstico especiales deben ser realizadas durante la revisión secundaria para identificar lesiones específicas.

Estas incluyen radiografías adicionales de la columna y de las extremidades; TAC de cráneo, tórax, abdomen y columna vertebral; urografía de contraste y angiografía; ecografía transesofágica; broncoscopía; esofagoscopia; y otros procedimientos diagnósticos

estas pruebas especializadas no deben realizarse hasta que el paciente haya sido cuidadosamente examinado y su estado hemodinámico haya sido normalizado

Reevaluación

Los pacientes traumatizados deben ser reevaluados constantemente para asegurar que nuevas alteraciones no pasen desapercibidas y para descubrir cualquier deterioro en los hallazgos previamente observados

La monitorización continua de los signos vitales, la saturación de oxígeno y la diuresis es esencial.

El alivio del dolor severo es una parte importante del tratamiento para los pacientes traumatizados. La analgesia eficaz suele requerir la administración de opiáceos o ansiolíticos por vía intravenosa (se deben evitar las inyecciones intramusculares).