



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre del trabajo: Flashcards 1er unidad

Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Grado: 7mo

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de
septiembre del 2024.

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA

- 1) Preparación →
- Material necesario para Procedimiento
 - Monitorización (Pulsioximetría / Termetría / Capnografía)

2) Preoxigenación → 3-5 minutos → FiO_2 80-100% (10-15 Lts/min) → Evitar Ventilación Positiva.

- 3) Premedicación →
- Lidocaína (1-3 mg/kg)
 - Atropina (0.01-0.02 mg/kg)
 - Fentanilo (0.05 mg/kg)

- 4) Inducción →
- Midazolam (0.05-0.1 mg/kg)
 - Propofol (1-3 g/kg)
 - Ketamina (1-2 mg/kg)
 - Fentanilo (1-2 mcg/kg)
 - Tiopental (3-5 mg/kg)

Realizar Juntos
durante 30
5 minutos)

- 5) Parálisis →
- Succinilcolina (1-2 mg/kg)
 - Rocuronio (1-1.2 mg/kg)
 - Vecuronio (0.05 mg/kg)

6) Intubación → # 7-7.5 → Mujeres → APnea Segura → 8 minutos
7.5-8 → Hombres → APnea Segura en Paciente con alguna Comorbidad → 3 minutos.

- 7) comprobación →
- Auscultación a) epigastrio b) axilas Pulmonares c) Bases Pulmonares
 - Capnografía / Capnometría
 - RX de tórax
 - USG

- 8) Cuidados Post-intubación →
- Sat O₂ → > 90% / • CO₂ 35-45 mmHg
 - GASA → PO₂ 80-120 mmHg / • PAM ≥ 65 mmHg

OCLUSIÓN INTESTINAL

Se trata de la interrupción del tránsito intestinal, lo cual impide expulsar gases y heces por el recto. (Definición)

- FRAX →
- Cirugía abdominal previa 6 semanas
 - Hernia inguinal, umbilical
 - Dieta pobre en fibra
 - Ser edad
 - Encomamiento prolongado
 - Consumo de medicamentos (antibióticos / antidiarreicos)

Caujas →

- ICA → Adherencias (frecuentemente producidas por ileo mecánico)
- ICA → Ileo Paralítico

Clinica →

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vómitos
- Conjunción (prox. 3 días)
- Oliguria
- Fiebre
- Leucocitosis
- Hipertensión abdominal
- Taquicardia

Signos de alarma

Diagnóstico → Clínico + Radiografía de abdomen

ó
↓
Signo de Rilo de
monedas

(Gold Standard) → TAC de abdomen contrastado

Tratamiento →

- Inicial → SN6 a derivación
- Atorno

Quirúrgico → ileón

- Laparotomía ó reducción de

Intensiv Para
(irrigia.)

- 1100 > 72 ml ó datos de abdomen agudo
- Drainaje por SN6 > 500 ml en 3 días
- > 40 años ó adherencia (ampigra)
- obstrucción completa de intestino delgado

VÓLVULO DE COLON

Se trata de la torsión de un órgano a través de un eje, sobre su pedículo vascular.
El vólvulo de colon típicamente resulta en una obstrucción intestinal en asa cerrada.

(Definición)

Clinica

- Dolor abdominal
- Náuseas/vómitos
- Hipertensión abdominal (81%)
- Sg de Doble izquierdo
- Rigidez muscular abdominal
- Ausencia de canalización de gases
- Ausencia de evacuaciones
- Fenómenos en tono metálico (77%) y aumentados en número (31%)

FXRX →

- Mujeres
- > 60 años
- Estrémientos crónicos
- Enf. neurogastrointestinales
- Retojo mental
- Cirugías abdominales previas

Vólvulo de Sigmoide

- Femenino
- Cirugías abdominales previas
- Adultos mayores con inactividad prolongada

Vólvulo de ciego.

Diagnóstico → Laboratorios →

- BH
- QS
- ES

• Tiempos de coagulación

TAC de abdomen
↓
Gabinete

• Rx abdomen → V. sigmoides →

• Evacuación de Bario

• Cuando TAC no es accesible

• Síndicos de perforación intestinal

V. ciego →

- Ausencia de gas rectal (90%)
- Sg U invertida (86%)
- Sg de grano de café (76%)
- Ampliación del sigmoides (76%)

- Agua de proresuscitación
- diarrea y rubor de o. de intr. degado digital (91%)
- Niv. hidroaéreo único en ciego y colapso del colon digital (82%)

Tratamiento

Tratamiento (SNG)

- Balance hidroelectrolítico
- Alb de amino ácidos
- Monitorización urinaria

ó repleción de ciego

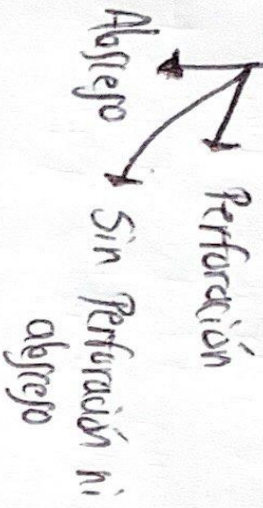
2da →

Repleción de sigmoides con amorfos y Pimona

Quirúrgico
↓
Ira → Deformación
deformación
Por retroganglioneurosis

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

- Diverticulosis → simple presencia de divertículos en el colon, sin manifestación clínica.
- Enfermedad diverticular → consistir en síntomas variados, como dolor crónico o sangrado de los divertículos.
- Diverticulitis → Si presenta (cuando existe inflamación de los divertículos, clínica, fiebre, datos de infección profunda y datos de infección).



Etiología

- Multifactorial
- Fecarritos (ra)

Diagnóstico

- Enfermedad diverticular → colon por enema (ra)
- Diverticulitis → TAC (ra)

TRATX

- Ingesta Robor de fibra
- Obesidad
- Adultos > 50a y mujeres
- uso de ANIB

✓ No realizar colonoscopia

(preferir el implante gineco)

Clasificación Hinchey (TAc)



- 0 → Diverticulitis leve
- 1a → Inflamación Pericólica y flexión
- 1b → Absceso < 5cm en la proximidad del Pómpex inflamatorio Primario
- 2 → Absceso intrabdominal, Pericólico o psoas Peritoneal. Absceso distante al sitio inflamatorio Primario
- 3 → Peritonitis Purulenta Generalizada
- 4 → Peritonitis fecal

Tratamiento conservador (Fibero) + Rifampina y Metronidazol + Antibióticos

Drenaje Percutáneo y antibióticos (Ciprofloxacino + Metronidazol)

Tratamiento quirúrgico y antibioterapia (Ciprofloxacino + metronidazol)

↳ 1a ó 1b → No requiere a trat. o no tolera trat. No

↳ Hospital + manejo de antibióticos
IV. Por 7-10 días.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Se trata de coines de tejido vascular. Submucosa en la que se ubica en el canal anal interno, comprendiendo hasta distal a la línea dentada. Ellos acompañados, varicosas son estructuras anatómicas normales del canal anal, y su existencia no necesariamente indica enfermedad hemorroidal.

Se considera hemorroides se deben a desplazamiento hacia abajo de estas coines y vasculares debido a alteración del músculo de soporte. (Definición).

FXRX

- Dieta pobre en fibra
- Esfuerzo prolongado
- Estrés
- Dianas
- Heq duras

Clinica

- Sangrado rectal, rojo brillante → provocando manchado del papel o goteo en la taza de inodoro.
- Prurito
- Secreción mucosa
- Prurito
- Dolor

Clasificación

- Internas
 - Externas
 - Mixtas
- ↓
- Agudas (fronteras hemorroides)
 - Crónicas

Diagnóstico → Anus (copia) → Retosigmoidoscopia (Para diferencial)

- Exorcación física

Clasificación → G₁ → Sangrado al defecar / EF sin hemorroides visible
G₂ → Sangrado a la defecación y Prurito en anal
internas reducir por sí mismo
G₃ → Prurito a la defecación que reducir bajo
diploprocton
G₄ → Prurito que ya no reducir a la diploprocton

Tratamiento

Conservador →

- Seductivos

- Dipromina
- Hiperridana
- Lidocaína en conjunto

X 6 Semanas

Quimico →
Ligadura o banda elástica → Para grados 4 y hasta 3.
quirurgica.

ABSCESSO Y FÍSTULA PERIANAL

El Absceso anal se define como una labricación de pus en los espacios perianales, como consecuencia de la defecación de una glándula anal, con etapas bacteriana; pudiendo extender en la fase supurativa, en el espacio supra esfinter, en uno o ambos lados, formando una colección en herida.

FXXRX → • 20-60 años

- Vida sedentaria
- Inf. Crohn.
- Trauma anal
- VIH
- Radioterapia
- CUC

Clinica

- Puntos intenso, continuo y progresivo en región anal, súbito
- Fiebre, dolor ya desde o no estar localizado
- Tenesmo rectal

Diagnóstico

- Clínica
- Exploración física
- Proctología o rectografía → Sin embargo
- Ulc endoanal

↓
Causa severo dolor
en el paciente

Tratamiento → < 2 años → Manejo conservador.

> 2 años → Manejo quirúrgico → Drenaje inmediato en el sitio y lugar adyacentes.

No drenarse

Perda conspiciosa hasta una compresa de Fournier

Drenaje con mas injicciones repetidas en diferentes zonas adyacentes o incision larga

Antibioticoterapia