



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema: flashcards

Alumna:

Gómez Méndez Francisco Miguel

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

Clínicas quirúrgicas complementarias

Docente:

Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de septiembre de 2022.

Secuencia de Intubación Rápida

1) PREPARACIÓN 10min.

- > Monitorización \rightarrow posición de alfileres
- > Material necesario
- > Evaluación de la vía aérea.
- > Planes alternativos (ABC)
- LEMOM. / Alám.

2) PRE-OXIGENACIÓN.

- > Oxígeno por mascarilla reservorio con FiO₂ 80-100% por 5min. $\frac{3}{5}$ min
- > Evitar VPP. • 2l.

3) PRE-Medicación.

- Lidocaina 1.5mg/kg (pic, Bradicardia) $\frac{1}{mg}$
- Fentanilo 0.5mg/kg \rightarrow 1-3 mg/kg

4) INDOCCIÓN.

- De 3-5min.
- \rightarrow Etomidato 0.2/0.3 mg/kg
- \rightarrow Tivental 3-5mg/kg
- \rightarrow Ketamina 1-2 mg/kg
- \rightarrow Propofol 1-3 mg/kg
- \rightarrow Fentanilo 1-2 mg.
- \rightarrow Midazolam 0.05-0.1mg/kg
0.01mg/kg

5) PARALISIS.

Administra inmediatamente después del inductor.

- \rightarrow Rocuronio 1-1.2 mg/kg
- \rightarrow Succinilcolina 1-2 mg/kg. B&O \rightarrow 0.1mg/kg.

6) INTUBACIÓN.

- > Posición BOTTE (cabeza de respaldo elevado).
- > Laringoscopia bimanual
- > Evaluación Cormack-Lehane.
- > TOT. Recomendado / preferencia
- > Mascarilla Laringea y equipo de vía aérea difícil.

7) COMPROBACIÓN.

- > Visualización directa del tubo endotraqueal
- > Auscultación
- > Capnografía
- > Rx de tórax.

8) CUIDADOS.

- > Monitorizar SpO₂ > 90%. IA adecuada, ETCO₂ 35-45mmHg
- > Adecuada analgesia > Ajustar parámetros.

Obs. Intes.

> Es la detección parcial o total del tránsito del contenido intestinal.

causas.

Clasificación.

Ileo Mecánico. → Bloqueo

① Adherencia quirúrgicas.

② Hernias.

* volvulo, intususcepcion, bezoar, parasitosis, cuerpo extraño

Ileo paralytico.

↳ Alt. de la movilidad (paralisis del musculo liso)

● Alt. hidroelectrolitica, posoperatorio, peritonitis

● Opiodes, anticolinergicos, neumonia, sepsis.

Clinica.

vomito / dolor abdominal / distension abdominal

Anorexia / Nauseas / estreñimiento / peristalsis disminuida

Ruidos metalicos / masa palpable.

Diagnostico.

① Rx abdominal (signo de pla de monedas)

Estandar de oro / TAC.

Hernias / Herniografia

Lab / DHL / lactato.

Tratamiento.

① → SNG / correccion hidroelectrolitica / Ayuno.

Adherencias → conservador / X → LAPE.

Hernia no estrangulada / conservadora / plaitia.

Hernia estrangulada / rape.

Voluulo / destorcion por rectosigma / oscopia
Reccion por anastomosis.

La defecacion normal es un acto involuntario que se realiza a traves del ano.

2019

Clasificacion:

1. Hernias primarias

2. Hernias secundarias

3. Hernias congénitas

4. Hernias adquiridas

La hernia es una protrusion de un organo abdominal a traves de un punto debil de la pared abdominal.

Las hernias se clasifican en primarias y secundarias.

Las hernias primarias son aquellas que se producen en la pared abdominal sin que exista ninguna enfermedad que las produzca.

Clasificacion:

1. Hernias primarias

2. Hernias secundarias

3. Hernias congénitas

4. Hernias adquiridas

Las hernias primarias son aquellas que se producen en la pared abdominal sin que exista ninguna enfermedad que las produzca.

Las hernias secundarias son aquellas que se producen en la pared abdominal como consecuencia de una enfermedad que debilita la pared abdominal.

Las hernias congénitas son aquellas que se producen en la pared abdominal desde el nacimiento.

Las hernias adquiridas son aquellas que se producen en la pared abdominal durante la vida.

Las hernias primarias son las más frecuentes.

Las hernias secundarias son las que producen más complicaciones.

Las hernias congénitas son las que producen más problemas de salud.

Vol. de colon

① un volcuto es la torsión de un órgano a través de un eje sobre su pedículo vascular.

② La rotación del pedículo vascular y la dilatación del colon contribuyen al compromiso de la perfusión del colon.

Factores de riesgo.

→ Sigmoides.

- o Sexo masculino
- o Edad > 60 años
- o Retraso mental

→ Ciego

→ Sexo Femenino

- Cirugía abdominales P.
- Actividad prolongada.

o Desórdenes neurológicos.

o cirugías abdominales previas.

→ Signo de dance izquierdo.

Exploración Física.

- dolor abdominal
- distensión abdominal
- Ausencia de canalización de gases.
- Ausencia de evacuaciones
- náuseas
- vómito
- ruidos peristálticos de tono metálico

Diagnóstico.

→ Sigmoides.

Inicio Rx de abdomen.

↳ Aspecto de U → 86%.

↳ grano de café → 76.

↳ Elección TAC.

↳ colon por enema.

→ Ciego / mujeres

inicial / Rx de abdomen

↳ Asa intestinal

↳ oclusión del intestino delgado / distal

gold de oro

↳ TAC

Tx

→ Quirúrgico

Enf. diverticular

Diverticulosis

↳ Simple presencia de divertículos en el colon sin una manifestación clínica en el paciente.

Enf. diverticular.

↳ Manifestación de síntomas como dolor crónico sangrado de los divertículos.

Diverticulitis.

↳ inflamación + infección de los divertículos y que involucran la pared del colon.

Diverticulitis complicada.

↳ Acompaña de abscesos, obstrucción o perforación libre intrabdominal.

Etiología.

Combinación de aumento de la presión intraluminal en el colon y debilidad de la pared muscular con herniación de mucosa y submucosa. → divertículo falso

↳ Fecalito / bacteriana y dificulta la irrigación.

Epidemiología.

- predominio en colon izquierdo (sigmoides)
- edad (62 años)
- varones 60 / 72 años.
- diverticulosis 10 a 25% → diverticulitis.

Factores de riesgo

- ↳ uso de aspirina y AINEs.
- ↳ obesidad incrementa sangrado y complicaciones.
- ↳ dieta de nueces, maíz y semillas no se asocia a un mayor riesgo de diverticulosis o sdn.
- ↳ evitar la dieta alta en fibra.

diverticulosis.

- ↳ solo presencia de divertículos

Enf. diverticular.

- ↳ síntomas crónicos en donde predomina. (Fosa iliaca izquierda)

diverticulitis.

- ↳ dolor epigástrico o fosa iliaca izquierda.
- ↳ fiebre / estreñimiento / diarrea.
- ↳ Apendicitis izquierda.
- ↳ Hemorragia microscópica (25%).

Diagnostico.

- Enf. diverticular / colon por enema.
- Enf. diverticular asociado a colitis / colonoscopia
- diverticulitis / TAC de abdomen.

Auxiliares.

- colonoscopia > Cáncer en diverticulitis aguda riesgo de perforación.
- PCR / > 50mg/dl
 - ↳ sospecha diagnostico diverticulitis aguda.

clasificación hinchey.

- Estadio I 0 / diverticulitis leve.
- Estadio IA / inflamación pericólica y flemon
- Estadio Ib / Absceso menor de 5cm en la proximidad del proceso inflamatorio primario.
- Estadio II / Absceso intrabdominal, pélvico, o retroperitoneal. Absceso distante al sitio inflamatorio primario.
- Estadio III / peritonitis purulenta generalizada.
- Estadio IV / peritonitis fecal.

Tx → conservador éxito 93%.

(dieta, rifamixina, mesalazina y probióticos)

Via oral → Ambulatorio

NO via oral → Hospitalización sin mejora en 48hs
Ciprofloxacino + metronidazol. 7x10 días.

Estadio 0/IA. Conservador.

↳ Ambulatorio via oral.

↳ Hospitalario X via oral.

Estadio Ib / II.

↳ conservador 73%.

II > 5cm

↳ Drenaje percutáneo

↳ drenaje percutáneo directo.

Estadio III / IV.

cirugía de urgencia con resección del segmento afectado. / anastomosis primaria + ileostoma

Enf. Hemorroidal.

Hemorroidal.

Cojinetes de tejido vascular submucoso en el canal anal.
Enf. hemorroidal.

Dilatación de plexos hemorroidales superior / inferior con desplazamiento hacia abajo.

Epidemiología.

1er lugar enfermedad del recto intestino grueso.

• Hombres / 45 o 65 años.

• Embarazo 55%.

Factores de riesgo

• Hombres • diarrea / estreñimiento

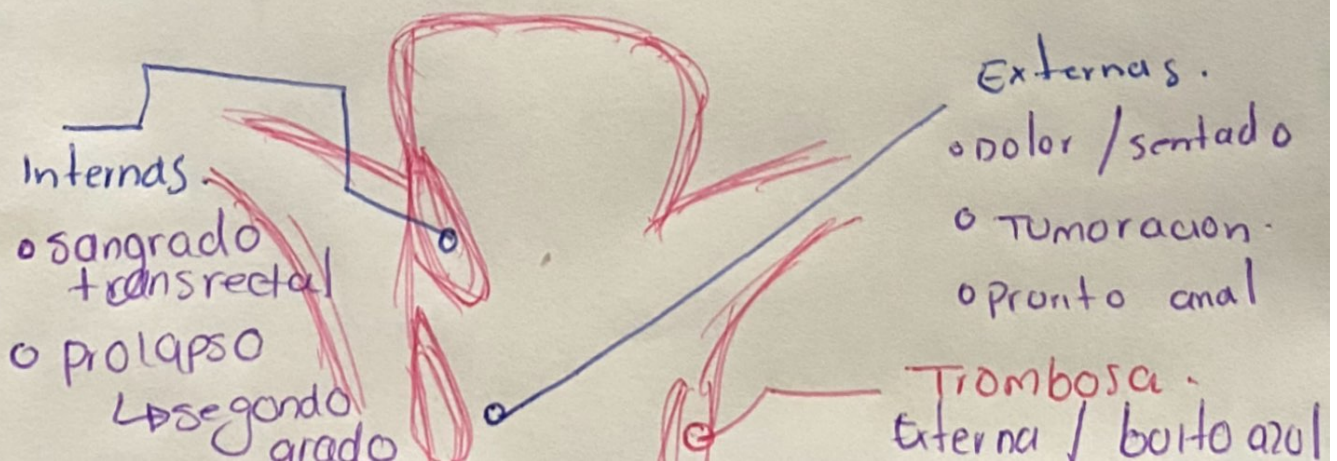
• Embarazos • profesión (sentado)

• Anatomía • Enf. inflamatorias

• genitales • Esfuerzo prolongado.

Hemorroides internas / encima de la línea dentada.

Hemorroides externas / debajo de la línea dentada.



Diagnostico

↳ Examen físico
(Tacto rectal)

↳ Anoscopia

↳ **Tx** Dieta rica en fibras y líquidos + ejercicio

↳ sedilovias con agua templada

Ligadora con banda elastica → internas I / II / III

Hemoroidectomia I / II / III / IV

Hemoroidectomia / recurrente

Abcesos y Fístulas perianales

Abceso anal una colección de pus en los espacios perianales como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, con estasis bacteriana.

↳ Fosa isquiana / espacio supraelevador.

Etiología.

- > primario o inespecífico / 95%.
- > desarrollar Fístulas.
- > niños (Consejador)

Factores de riesgo.

- vida sedentaria
- ETS
- cuerpos extraños
- Trauma anal
- Radioterapia
- Cáncer o VIH.
- Enf. Crohn.
- Enf. inflamatorias.

Fases

↳ Aguda.

- Dolor intenso, continuo y progresivo en región anal.
- Datos de infección / edema / eritema y región postulosa.
- Abcesos de supraelevadores.

↳ Crónica.

Abcesos previamente drenando con salida de material purulento / irritación / Prurito

Pediatrico.

↳ pacientes especiales.

Localización.

perineal 60%.

isquioanal 20%.

infraesfinterico 5%.

supraelevador 4%.

submucosa 1%.

Diagnostico.

- clinico / rectoscopia o anoscopia.
- duda / ultrasonido endoanal.

Tx → Quirurgico

- Drenaje y desbridacion de absceso anal.
- superficial drenado.
- isquioanales o supraelevadores / Anectenú.
- inmunosupresores / diabetica.

↳ complicacion fistula anal.

Fistula anal.

Enfermedad caracterizada por la presencia de un conducto de paredes fibrosas irregulares que comunican una cripta anal el lumen del recto con la piel.

↳ cripta / primario o interno

Clasificación.

PARKS.

interesfinterica / secundaria a absesos / mas frecuente.
int transesfinterica / atraviesa ambos esfinteres + complicacion
supraesfinterica / gira en U sobre el pab. rectal penetrando el elevador del ano.
Extraintestencial - tiene trayecto complejo raras.

Simple

↳ generalmente interesfintericas / transesfintericas
bajas con un trayecto unico entre el orificio primario y secundario.

Complejas

↳ Origen especifico Oruga previa.
• Transesfinterica alta / supra / extra.

Epidemiologia.

Hombres / 30 a 50 años.
• Absesos.

Factores de riesgo

Antecedentes de absesos perineal.
Enf. de Crohn.

→ supuracion cronica → dolor.

Diagnostico

- identificar orificio.
- palpar trayecto.
- Anoscopia / proctoscopia.

Tx → Fistulotomia.

Complejas: Colocación setón

Auxiliares

- ↳ ultrasonido endoanal
- ↳ manometria I.
- ↳ fistulografia.

Ca. Colo - rectal

El cancer colo-rectal o adenocarcinoma colo-rectal es un tumor maligno que se origina de las paredes del intestino grueso / ciego / colon ascendente / colon descendente / sigmoides / recto.

Etiología.

Masculino > 50 años.

Mutaciones genéticas MCH 1 / MSH 2.

Metastasis (Higado).

Fact. Riesgo.

Antecol. Familiares.

Dieta / baja en Fibras.

Raza / negra.

Etiología.

Adenoma (Adenocarcinoma)

Localización.

Colon transverso / 8.1.

Ciego y ciego / 17.1.

Colon descendente / 9.1.

Sigmoides / 35.1.

Recto 39.1.

Clasificación de riesgo px.

Px bajo riesgo

> 50 años

> sin historia de polipos.

> sin h de enfermedad inflamatoria intestinal.

Px → Riesgo Medio

↳ polipos / si

↳ enf. inflamatoria int.

(Crohn / Colitis Ulcero)

Px con riesgo alto.

Historia familiar / cancer.

Historia de paf / CCHNP.

Cancer extra colónico.

Clinica.

derecho / asintomático + Anemia (sangrado microscópico)

12q / estreñimiento / obst. / sangrado tubo digestivo

bajo
Perdida de peso > 10%. / dolor abdominal

Diagnóstico.

> Tamizaje > 50 años

> colonoscopia + toma de biopsia para histopatología.

Axiliares / colon por enema / signo de manzana madura.

> colonoscopia virtual /

> Antígeno Carcino - embrionario.

> TAC / USG.

Px → bajo r.

inicial / sangre oculta en heces.

↳ colonoscopia cada 10 años.

↳ Rectosigmoidoscopia / cada 5 años.

Px intermedio.

segundo nivel.

Colonoscopia cada 5 años.

Px → alto riesgo.

> Estudio 18 años.

> colonoscopia 1-2 años.



→ Resección qx y quimioterapia coadyugante

Clasificación Dukes / Astler y Colley.

Etapas 0 → (lesión local o polipectomía)

Etapas 1 → limitado a mucosa o muscular propia y se recomienda resección amplia (> 5cm) Anastomosis.

Etapas 2 → invade serosa o órganos vecinos. Resección qx / radioterapia.

Etapas 3 → invade ganglios / resección amplia + anastomosis. + OT.

Etapas 4 → Metástasis distahorado / resección paliativa + quimioterapia