

Materia:

Clínicas quirúrgicas

Nombre del trabajo:
flashcards

Alumno:

José Manuel López Cruz

Grupo: "A"

Grado: "7"

Docente:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de septiembre de 2024

secuencia de intubacion rapida (SIR)

- 1. PREPARACION:**
- MONITORIZACION
 - EVALUACION DE LA VIA AEREA
 - PLANES ALTERNATIVAS(ABC)



- 5. Paralisis:**
- se administra inmediatamente despues del inductor:
 - rocuronio 1.1-2Mg/Kg
 - succinilcolina 1-2Mg/Kg

- 2. PREOXIGENACION:**
- Fio2 80-100% por 5 min
 - evitar vpp



- 6.-INTUBACION:**
- Posicion BUHE
 - laringoscopia bimanual
 - evaluar cormack-lehane
 - mascarilla larinea y equipo de via aerea difiCIL

- 3. PREMEDICACION:**
- LIDOCAINA 1MG/KG
 - FENTANILO 0.5MG/KG



- 7.-COMPROBACION:**
- visualizacion directa del tubo endotraqueal
 - auscultacion pulmonar
 - capnografia

- 4.-INDUCCION:**
- KETAMINA 1-2Mg/Kg
 - PROPOFOL 1-3Mg/Kg
 - FENTANILO 1-2 mcg/Kg
 - MIDAZOLAM 0.05-0.1mg/Kg



- 8.-CUIDADOS POST-INTUBACION**
- monitoria SpO2 > 90%
 - adecuada analgesia
 - tratar la etiologia base

obstruccion intestinal

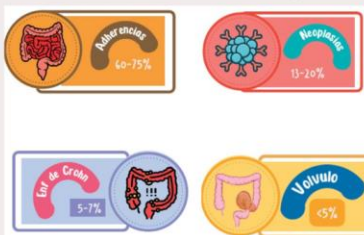
Definición.

La interrupción del tránsito intestinal, lo que impide la expulsión de gases y heces a través del recto.

Epidemiología

- Las adherencias son la causa más común de oclusión intestinal (65 - 75 %) (mortalidad de 35 - 6%).

Factores de riesgo



Clínica.

- **DOLOR:** Cólicos intermitentes (acompañados de borborigmos= oleadas)
- **VÓMITOS:** Síntoma frecuente (alimentario, bilioso, hasta fecaloideo)
- **CONSTIPACIÓN:** Detención de materias y gases (más importancia no expulsión de gases)
- **OLIGURIA:** Por deshidratación
- **DISTENSIÓN ABDOMINAL**

Diagnóstico



- **PALPACIÓN:** Orificios herniarios y detección de organomegalias o masas tumorales. Sensibilidad abdominal
- **TACTO RECTAL:** Es obligatorio (posibilita encontrar el extremo distal de una invaginación, la existencia de un fecaloma, cuerpos extraños, o un tumor rectal)
- **RADIOGRAFIA: SIGNO EN PILA DE MONEDAS**

Tratamiento

Conservador. Sonda nasogástrica por 48-72 horas ayuno y líquidos Intravenosos

Quirúrgico

*Íleo persistente (72 h. O 3 días)

*Drenaje por SNG >500ml al tercer día



VOLVULOS DEL COLON

Definición.
Un vólvulo es la torsión de un órgano a través de un eje, sobre su pedículo vascular



Clínica.
Datos clínicos característicos del vólvulo de colon;
Dolor abdominal
Distensión abdominal
Ausencia de canalización de gases
Ausencia de evacuaciones
Nausea
Vomito

Epidemiología

es poco común en los Estados Unidos, y causa menos de 5 de cada 100 casos de obstrucción intestinal.



Diagnóstico

RADIOGRAFIA SIMPLE;
U invertida

Tratamiento

Descompresión intestinal à SNG
Balance hidroelectrolítico

QX:

Destorsión y descompresión à
Rectosigmoidoscopia / Colonoscopia de
emergencia (Tratamiento de 1ra
elección) (pacientes no complicados)

Vólvulo de Ciego à 1ra elección cirugía
(resección del ciego)

Factores de riesgo

- sexo masculino
- Edad >60 años
- Estreñimiento crónico
- Retraso mental
- Desordenes neurológicos
- Cirugías abdominales previa



enfermedad diverticular

Diverticulitis Cuando existe inflamación e infección de los divertículos y que involucra la pared del colon

Diverticulosis: Es la simple presencia de divertículos en el colon, sin una manifestación clínica en el paciente

Diverticulitis complicada
Cuando se acompaña de un absceso, obstrucción perforación libre intrabdominal.

Enfermedad diverticular Es la manifestación de síntomas, como dolor crónico o sangrado de los divertículos

Epidemiología

10 - 25% de px con diverticulosis presentaran diverticulitis
• Edad promedio 62 años



Clínica.

nauseas y vomitos
masa palpable
síntomas urinarios

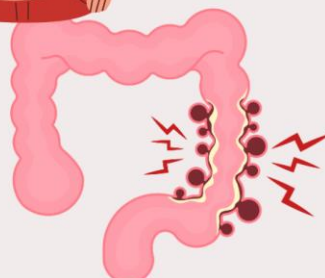
Diagnóstico

colon por enema

diverticulosis: tac

Factores de riesgo

- Genéticos
- Uso de AINES y aspirina
- Obesidad ya que aumenta el sangrado y complicaciones



Tratamiento

ambulatorio rica en fibra
ilesocopia derivativa

enfermedad hemorroidal

Definición.

Dilataciones venosas del conducto anal, que se desarrollan a partir de los plexos hemorroidales externos e internos.

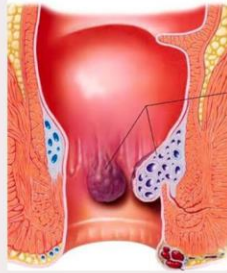
Epidemiología

1er lugar de enfermedades del recto e intestino grueso

incidencia aumenta con la edad 45-65 años.

Factores de riesgo

- **Dieta baja en fibra**
- **Esfuerzo prolongado**
- **Estreñimiento**



Clínica.

- acompañando a la defecación o a su término
- se presenta como sangre roja rutilante

- La sangre aparece separada de las heces
- a menudo en gotas luego de la evacuación

Diagnóstico

clinico; exploracion fisica

Tratamiento

- baños de asiento tibios
- analgésicos, antiinflamatorios y venoconstrictores

HEMORROIDECTOMÍA QUIRÚRGICA: Consiste en la extirpación de lospaquetes hemorroidales

Abscesos y fistulas

Definición.

•**Absceso:** Colección purulenta aguda que ocupa los espacios celuloadiposos que rodean el conducto anal y la porción extra peritoneal del recto

•**Fístula:** Comunicación arrebante entre 2 superficies epiteliales (conducto anal y piel perianal)

Epidemiología

1 Abscesos

3-1 Hombres y mujeres

65% entre los 20 y 40 años

Niños 7-1 hombre mujer

Fístulas

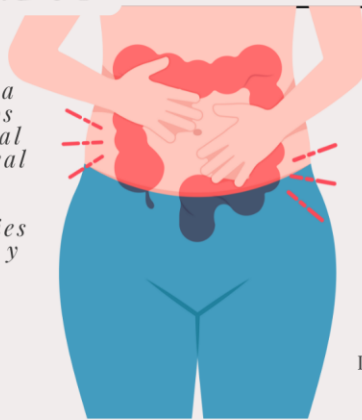
2/7 HM

30-50 años

90-95% criptoglandular

Factores de riesgo

- Diarrea
- Trauma (material fecal o cuerpo extraño)
- Variaciones anatómicas
- Dilatación quística
- Hematomas



Clínica.

- Fiebre
- Dolor
- Eritema
- Masa fluctuante
- Secreción purulenta
- Dolor rectal
- Pujos y tenesmo
- Irritación peritoneal

Diagnóstico

- Examen físico + clínica
- Inspección: rubor, calor, tumor, salida de pus por el C.A.
 - Tacto rectal
- Fluctuación de la masa
- Dolor intenso en el cuadrante posterior

Tratamiento

- abscesos:
 - Drenaje quirúrgico 99% (elección de abs. Perianales e isquiorectal)
 - Antibióterapia
 - Curación 70-75%

- fistula:
 - Fistulotomía
 - Fistulectomía