

Licenciatura En Medicina Humana

Materia:

**Clínicas quirúrgicas
complementarias.**

Nombre del trabajo:

Flash Cards

Alumna:

Keyla Samayoa Pérez

Grupo: "A" Grado: "7"

PASIÓN POR EDUCAR

Docente:

**Dr. Erick Antonio Flores
Gutiérrez.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de septiembre de 2024.

Secuencia rápida de intubación

Indicaciones:

Neurologico: Glasgow < 8 - Deterioro súbito del estado de alerta.

clinico: Taquipnea > 35 min persistente.
Compromiso de vía aérea

Terapeutico: Cirugía urgente - Reanimación cardiopulmonar.

Gasométricas: Hipoxemia severa $PH < 7.25$ $PCO_2 > 60$
 $PO_2 < 60$

Preparación: En 10 min evaluar vía aérea y preparar equipo.

- Valorar estado cardiovascular
- Esquema de fármacos para inducción y parálisis.
- Selección tamaño tubo endotraqueal.
- Diseño plan alternativo (Mascarilla laríngea intubación broncoscópica).

¿Que es? Método para realizar intubación endotraqueal en situaciones de emergencia debido que produce rápidamente inducción y parálisis.

- Disminuye broncoaspiración y logra una vía aérea segura en sujetos con inestabilidad hemodinámica, hipoxia y acidosis.

7P'S

- 1- Preparación
- 2- Preoxigenación
- 3- Premedicación
- 4- Parálisis-inducción
- 5- Posicionamiento
- 6- Pasar tubo
- 7- Post-intubación

Material intubación
guantes, geringas 10ml
Fuentes de oxígeno y sistema aspiración.
Accesorios ventilación
- Bolsa - Válvula - mascarilla
Canulas laringeas
Canulas endotraqueales
guías metálicas
Oxímetro.

Succión.

Oxígeno.

Vía respiratoria.

Posición.

Monitores

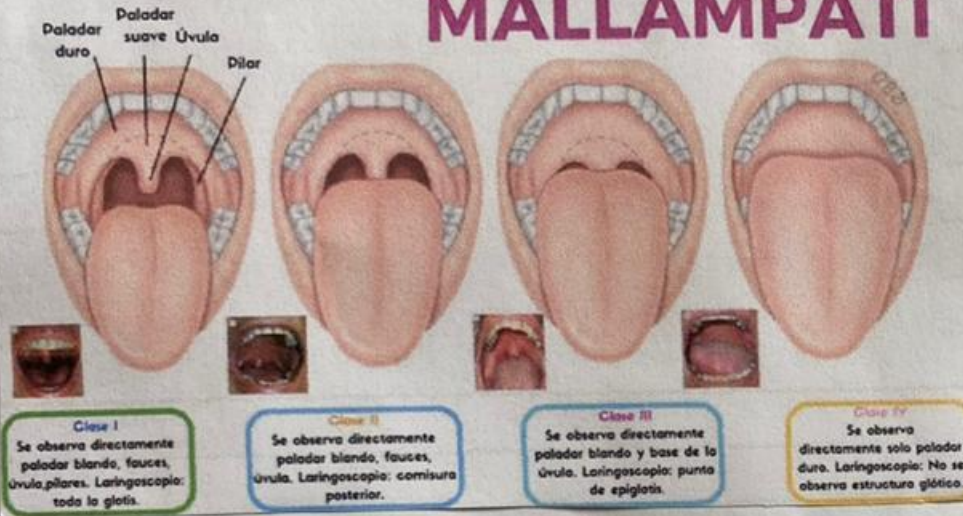
Equipo.

LEMON

Valoración vía aérea en Px traumatizado.

LOOK. Buscar lesión o trauma
Evaluación. Regla 3-3-2.
Boca. Apertura - Malampati > 3
Obstrucción. Epiglottis o abscesos
Cuello. Collarín

Clasificación de MALLAMPATI



Clasificación Cormack-Lehane.

GRADO I	Se observa el anillo glótico en su totalidad (intubación muy fácil)	
GRADO II	Solo se observa la comisura o mitad superior del anillo glótico (difícil)	
GRADO III	Solo se observa la epiglotis sin visualizar crificio glótico (muy difícil)	
GRADO IV	Imposibilidad para visualizar incluso la epiglotis (intubación solo posible con técnicas especiales)	

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA

- 1 PREPARACIÓN**
 - Monitorización
 - Material necesario
 - Evaluación de la vía aérea
 - Planes alternativos: (ABC)
- 2 PRE-OXIGENACIÓN**
 - Oxígeno por mascarilla reservorio con FIO₂ 80-100% por 5 min
 - EVITAR VPP (Estimulo después de la inducción)
- 3 PRE-MEDICACIÓN**
 - Lidocaína 1mg/kg (PIC, Bradicardia)
 - Fentanilo 0.3mg/kg (Ministrar en todos los casos posibles)
- 4 INDUCCIÓN**

De 3-5min junto con premedicación)

 - Etomidato 0.3-0.3mg/kg
 - Tiopental 3-5mg/kg
 - Ketamina 1-2mg/kg
 - Propofol 1-3mg/kg
 - Fentanilo 1-2mg/kg
 - Midazolam (individualizar) 0.05-0.1mg/kg
- 5 PARALISIS**
 - Se administra inmediatamente después del inductor
 - Rocuronio 1-1.2 mg/kg
 - Succinilcolina 1-3 mg/kg
- 6 INTUBACIÓN**
 - Posición BUHE (Cabezal de respaldo elevado)
 - Laringoscopia bimanual
 - Evaluación Cormack-Lehane (I-II: fácil, III-IV: difícil)
 - TOT recomendado/preferencia 15-9
 - Mascarilla laríngea y equipo de Vía Aérea Difícil
- 7 COMPROBACIÓN**
 - Visualización directa del tubo endotraqueal
 - Auscultación pulmonar
 - Capnografía
 - Rx Tórax (TOT 2cm arriba de la Carina)
 - Ultrasonido (deslizamiento pleura)
- 8 CUIDADOS POS-INTUBACIÓN**
 - Monitorear SpO₂ >90%, TA adecuada, ETCO₂ 35-45mmHg
 - Adecuada analgesia
 - Ajustar parámetros de ventilación
 - Tratar la etiología base

Obstrucción intestinal

Epidemiología. • Adherencias son la causa más común de oclusión intestinal 65-70%.
• La oclusión intestinal afecta principalmente a intestino delgado en un 82% de los casos.

Clasificación: ILEO MECANICO ILEO PARALITICO
Obstrucción mecánica que supone un obstáculo Alteración de la motilidad intestinal por parálisis de músculo liso.

ILEO ESPASMÓDICO.
Hiperactividad desordenada del intestino.

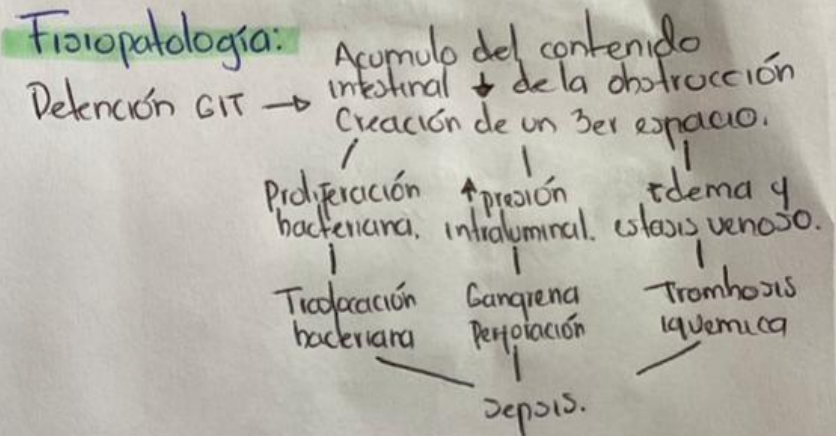
ILEO DE OCLUSIÓN
Movilidad intestinal desordenada del intestino isquémico.

Cuadro clínico:
Dolor, cólicos intermitentes, Vómitos, Constipación, oliguria, distensión abdominal.


Diagnóstico-clínico.
Inspección: presencia de cicatrices q.x.
Palpación: Orificios herniarios
Auscultación: ↑ ruidos hidroaéreos
Tactorectal: Existencia de fecalomas.

Signos de alarma:
Fiebre, taquicardia, hipersensibilidad abdominal, leucocitosis.

¿Que es? Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide la expulsión de gases y heces a través del recto.



Radiografía abdominal
→ Signo en pila monedas



DHL y lactato

Tomografía con contraste.

↳ Estandar de oro

Diagnóstico.
Biometría hemática.
Química sanguínea
gasométrica tgo.

Tratamiento.
Inicial → Conservador
Sonda nasogastrica por
48-72 horas ayuno y
líquidos intravenosos.
Adm. Contraste hidrosoluble
por SNG o VO

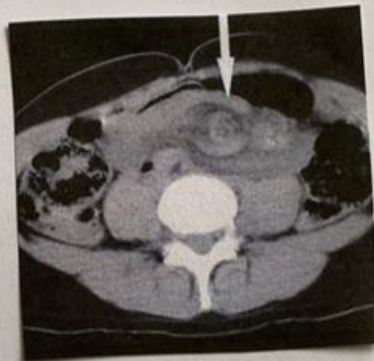
Definitivo → LAPE y
reducción de obstrucción íleo
Quirúrgico → íleo persistente
72h o 3 días.
Drenaje por SNG
> 500 ml.



Vólvulos de colon

¿Que es? un vólvulo es la torsión de un órgano a través de un eje, sobre su pedículo vascular.

→ Tipicamente resulta en una obstrucción intestinal en asa cerrada.



Factores de riesgo: Vólvulo sigmoideo.

- Sexo masculino
- > 60 años
- Estreñimiento crónico.
- Retraso mental
- Cirugías previas.

Vólvulo de ciego.

- Femenino.
- Cirugías previas
- Inactividad prolongada.

Cuadro clínico — exploración F.

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Ausencia de canalización de gases y evacuaciones.
- Náuseas y vómito
- Material fecal melánico en recto.

Tratamiento.

Descompresión intestinal SNG

Distorsión y descompresión → Rectosigmoidoscopia.

Colonoscopia de emergencia → Itra elección

Vólvulo de ciego → Itra elección (resección ciego)

Diagnóstico/gabinete.

- BH
- QS
- Electrolitos sericos.

Por imagen

Radiografía abdomen.

- Triemade hario

TAC de abdomen.

signo grano de cafe
signo de remolino
Distensión ciego > 10cm.

Vólvulos sigmoideos 89.5%

Vólvulos ciego 71.4%

Enfermedad diverticular

→ Manifestación de síntomas como dolor crónico o sangrado de los divertículos.

Diverticulosis

Simple presencia de divertículos en el colon, sin manifestación clínica.

Diverticulitis.

inflamación e infección de divertículos y mucosa/lucran pared de colon.

Diverticulitis complicada.

Se acompaña de un absceso, obstrucción o perforación intraabdominal.

Etiología: los divertículos del colon se forman por una combinación de ↑ presión intraluminal en el colon y debilidad de la pared muscular con herniación de mucosa y submucosa.

Epidemiología.

+ en colon izquierdo sigmoides (95%).
+ en Varones 60-75a.

Factores de riesgo.

uso de aspirinas y AINES
↑ Riesgo de sangrado.
obesidad, dieta con nueces, maíz.
Factor protector → Fibra.

Clinica.

Síntomas crónicos predominan dolor en fosa ileaca izquierda sin episodios previos.

• Diverticulosis → Asintomática

• Diverticulitis → Dolor epigastrio o fosa ileaca izquierda
Fiebre, estreñimiento, diarrea
signos de irritación peritoneal.

Diagnostico.

Enf. diverticular: Colon por enema.

+ Colitis: Colonoscopia.

Diverticulitis: TAC

↓
Escala Hinchey.

E.0 → Diverticulitis leve

E.1A → inflamación pericólica.

E.1b → Absceso < 5cm

E. II → Absceso intraabdominal, pélvico, o retroperitoneal.

E. III → Peritonitis purulenta

E. IV → peritonitis fecal.

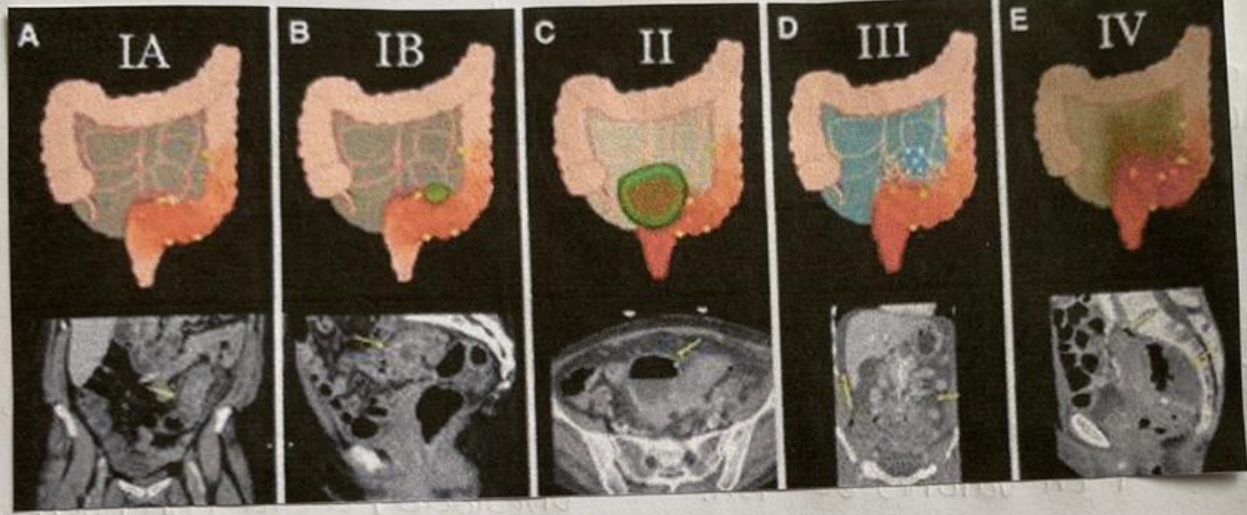
Tratamiento

0-1A → Ambulatorio

1b-11 → Drenaje percutáneo

III-IV → Quirúrgico
resección de segmento a y clado
Anastomosis - ileostomía.

El tipo de cirugía de colon depende de la extensión de la enfermedad →



Factor que afecta → Tumor

E. IV → Resección de colon
 E. III → Resección de colon
 E. II → Resección de colon
 E. IA → Resección de colon
 E. IB → Resección de colon

Diagnóstico:
 Defecación: color rojo oscuro
 Colon: colonoscopia
 Diagnóstico: TAC
 Excepción:

El tipo de cirugía de colon depende de la extensión de la enfermedad →
 El tipo de cirugía de colon depende de la extensión de la enfermedad →
 El tipo de cirugía de colon depende de la extensión de la enfermedad →
 El tipo de cirugía de colon depende de la extensión de la enfermedad →
 El tipo de cirugía de colon depende de la extensión de la enfermedad →

Enfermedad hemorroidal

Epidemiología: 1er lugar en enf. de recto e intestino grueso. + frecuente hombres entre 45-65A. Durante el embarazo el 55% lo desarrolla y 70% tiene una resolución posterior al embarazo.

Factores de riesgo:

Hombres, embarazo, Anatomía
Genética, Diarrea o estreñimiento
Profesión (sentado o esfuerzo)
Enfermedades inflamatorias.

Clinica: Hemorroides trombosada: → hemorroide externa.
bulto azul en borde del ano.
Dolor intenso.

Hemorroides internas → encima de línea dentada.
Presenta sangrado transrectal (brillante, gotas al final de evacuación, sangrado indoloro.

Prolapso hemorroidal.

Hemorroides externas → Bajo la línea dentada.
Dolor: impreciso, irregular al evacuar, hacer ejercicio o estar sentado.
Tumoración, Prurito anal.

¿Qué es? Dilatación de plexos hemorroidales superior o inferior con desplazamiento hacia debajo de los coxinetes debido a alteraciones de soporte.

Diagnostico: Tacto rectal - Anoscopia.

Grados de hemorroides internas.

- I → Coxinetes hemorroidales. Sangrado.
- II → coxinetes hemorroidales con prolapso al defecar.
- III → hemorroides sobresalen hasta ser regresadas.
- IV → hemorroide de larga evolución con exteriorización permanente de la mucosa anal.

Tratamiento.

Dieta rica en fibra y líquidos
más ejercicio.

- Ligadura con banda elástica
- Hemorroidectomía
- Hemorroidopexia.

Grados de las Hemorroides internas

Grado I



Se localiza en el tejido submucoso sobre la línea dentada, puede defecar sangre roja viva. Se considera que es la más frecuente.

Grado II



Sobresalen al defecar pero se reintroducen espontáneamente con el cese de esfuerzo.

Grado III



Salen al defecar, y el paciente debe reintroducirlas manualmente.

Grado IV



Las hemorroides son irreductibles y están siempre prolapsadas.

Abscesos y fistulas perianales

Absceso anal → Colección de pus en los espacios perianales como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal con estasis bacteriana

Etiología. → primario o inespecífico 95%. origen criptoglandular, secundarios o específicos 5%.

Epidemiología → + en 20-60a. (40a).
30% px con absceso desarrolla una fistula

Factores de riesgo → Vida sedentaria, trauma anal, ETS, radioterapia, cuerpos extraños, Cáncer + VIH.

Clinica: → Fase aguda: Dolor intenso en región anal ↑ a la defecación
Edema, eritema

Fase crónica: Absceso previamente drenado con salida de material purulento, irritación y prurito.

Localizaciones → Perianal 60%. isquirrectal 30%.
intraesfinteriano 5%. supraelevador 4%.

Diagnóstico → Examen físico
Tacto rectal - Endoscopia
ano rectal y sigmoidoscopia.
irrigografía endorectal 360°

Tiplula anal: Presencia de un conducto de paredes fibrosas infoldadas que comunican una cripta anal

Epidemiología: Hombres entre 30-50a.

Factores de riesgo: Absceso perianal drenado
VIH, Tb, enfermedad de Crohn

clasificación PARKS

interesfinterianas: secundaria a absceso perianal

Transesfinterianas Atraviesa ambos esfínteres

Supraesfinterianas Giro en U en pubo rectal
Penetra elevador del ano.

Extraesfinterianas Trayecto complejo por
fuera de los esfínteres

clínica: - supuración crónica
- Dolor
- Exploración orificio secundario

Anoscopia → localización orificio
Primario

Cáncer colo-rectal

Epidemiología: ↑ predominio masculino >50a.
Mutaciones involucradas MCH1 y MSH2.
Metastasis más común: Hígado.

Factores de riesgo: AHF de familiares con Cáncer-colorectal, Dieta predisponente

Etiología:

Adenocarcinomas 90%.

Localización:

Colon transverso → 8%
Colon descendente → 4%
Sigmoides → 35%
Ciego y colon A. → 14%
Recto → 39%.

Clinica:

Derecho: Asintomático + Anemia
Izquierdo: Estreñimiento/obstrucción
Sangrado tubo digestivo bajo.

Diagnóstico:

inical: Tamizaje en >50a.
Colonoscopia virtual

• → Estándar de oro
Colonoscopia + toma de
biopsia para histopatología.

→ Adenocarcinoma colo-rectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluyendo: Ciego, Colon ascendente, transverso, descendente y recto.

Tratamiento (Quirúrgico)

Resección quirúrgica y quimioterapia

Clasificación

Dukes

Aster y

Collet.

Evalúa

extensión.

0 Incisión local o polipsectomía.

I limitado a mucosa
resección amplia.

II invade serosa y órganos
vecinos resección Qx.

III invade ganglios resección
amplia + anastomosis + Qx.

IV Metastasis a distancia.
resección paliativa + quimio.

Colonoscopia

→ Permite visualizar
toda la extensión del
colon.



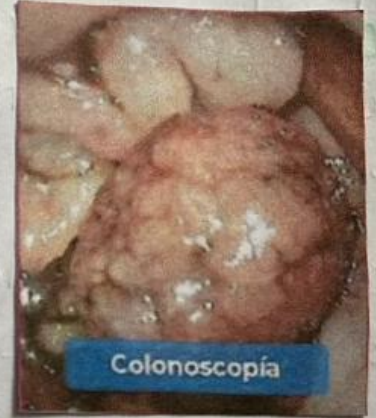
Colon por enema



Colonoscopia virtual



Tomografía



Colonoscopia