

Materia:
Clínicas quirúrgicas complementarias

Nombre del trabajo:

Flashcards
Actividades en clase

Alumno:
Luis Antonio Meza Puon

Grupo: "A" Grado: "7"

Docente:
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Secuencia Rápida de Intubación

Método para realizar intubación endotraqueal en situaciones de emergencia debido a que produce rápidamente inducción y parálisis.

Indicaciones

- Glasgow ≤ 8
- Deterioro súbito del estado de alerta
- Taquipnea >35 min persistente
- Compromiso de la vía aérea
- Cirugía urgente
- Reanimación cardio pulmonar
- Hipoxemia severa.

1 Preparación

- Monitorización
- Material necesario
 - Guantes, jeringas
 - Cánulas bucofaringea
 - Laringoscopia
 - Esletoscopia
- Evaluación de vía aérea (Hallampati)

2 Pre-oxigenación

- Oxígeno por mascarilla reservorio con F_{iO_2} 80-100% por 5 min.

3 Pre-medicación

- Lidocaína 1 mg/kg
- Fentanilo 0.5 mcg/kg

4 Inducción

De 3-5 min junto con premedicación

- Midazolam 0.065 - 0.1 mg/kg
- Propofol 1-3 g/kg

5 Parálisis

- Se administra inmediatamente
- Rocuronio 1-1.2 mg/kg
- Succinilcolina 1-2 mg/kg

6 Intubación

- Posición BURP
- Laringoscopia bimanual
- Evaluación Cormack-Lehane

7 Comprobación

- Visualización directa del tubo endotraqueal
- Auscultación pulmonar
- Capnografía
- Rx Tórax

8 Cuidados Post Intubación

- Monitorear $SpO_2 >90\%$, TA adecuado, $ETCO_2$ 35-45 mmHg
- Adecuada analgesia
- Ajustar parámetro de ventilación

Oclusión Intestinal

Se define la oclusión intestinal como la interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

Clinica

- Dolor abdominal tipo cólico
- Náuseas, fiebre, vómito y deshidratación
- Distensión abdominal
- Ruidos de metal o metálicos
- Heces con sangre
- Masa palpable
- Irritación peritoneal

Diagnóstico

- Radiografía (pila de monedas)
- Tomografía con contraste (gold standard)

Signos de alarma

- Fiebre
- Hipersensibilidad abdominal
- Taquicardia
- Leucocitosis

Tratamiento

- Conservador: sonda nasogastrica por 48-72 hrs, ayuno y liquido IV
- Definitivo: LAPE y reducción de obstrucción ileo.

Quirurgico

- Ileo persistente (>72 h o 3 días)
- Drenaje por SW >500ml al 3er día
- <40 años o adherencias compleja.

Epidemiología

- Adherencias causa más común
- Sospecha en personas con cirugía previa de abdomen <6 semanas

Volvulo de Colon

Es la torsión de un órgano a través de su eje, sobre su pedicula vascular.

Clínica

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Náusea, vómitos
- Hipersensibilidad abdominal 84%.
- Fosa iliaca izquierda vacía a la palpación abdominal

Epidemiología

- Hombres
- > 60 años
- Sedentarismo

Diagnóstico

- Radiografía
 - Ausencia de gas
 - Forma de U invertida
 - Signo del grano de café
- TAC
 - Signo del grano de café con nivel hidroaéreo
 - Signo del remolino
 - Distensión del ciego > 10cm.

Tratamiento

- Descompresión intestinal con SNG
- Balance hidroelectrolítico
- ATB de amplio espectro
- Distensión y descompresión:
 - Rectosigmoidoscopia
 - Colonoscopia de emergencia

En volvulo de ciego

- Resección del ciego

En gasticos → evitar evugia

- Descompresión repetida con endoscopia

Enfermedad diverticular

Diverticulosis

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

Diverticulitis

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

Enfermedad diverticular

- Es la manifestación de síntomas, como dolor crónico o sangrado de la divertículos

Diverticulitis complicada

- Cuando se acompaña de un absceso, obstrucción o perforación libre intrabdominal

Clinica

- Dolor en fosa iliaca izquierda
- Náuseas y vómito
- Inestabilidad hemodinámica (perforación y peritonitis)
- Masa palpable
- Síntomas urinarios

Diagnóstico

- Bx: Leucocitosis
- Uroanálisis: Pauta leve
- Urocultivo: Flora colónica
- TAC

- Engrosamiento de la pared intestinal >4mm

- Divertículos
- Aumento de la densidad de los tejidos

• **Criterios de Hinchey**

Tratamiento

- Ciprofloxacina 500mg c/12 h + Metronidazol 500mg c/8 h
- Dieta de líquidos claros hasta reevaluación

Crterias de Hinchey

Estadio 1

- Absceso mesenténico o Pericólico pequeño y confinado

Estadio 2

- Absceso más grande confinado a la pelvis

Estadio 3

- Peritonitis purulenta

Estadio 4

- Peritonitis generalizada fecal.

Factores de riesgo

- Obesidad
- > 50 años
- Genéticos
- Uso de AINES y aspirina

Epidemiología

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

Enfermedad hemorroidal

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

Clinica

- Proctorragia
- Sangrado sinoidal
- Prolapso hemorroidal

Complicaciones

- Herniación
- Trombosis
- Flexión
- Prolapso rectal

Epidemiología

- 1er lugar en enf. del recto e intestinos
- Frecuente en 45-65 años

Factores de riesgo

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

Tratamiento

- Conservados
- Ligaduras elásticas
- Fotocoagulación infrarroja
- Baños de arroyos tibios
- Aplicación de cremas
 - ▶ Lidocaína ungüento
 - ▶ Diosmina / Hesperidona.
- Terapia específica
- Hemorroidectomía quirúrgica

Absceso y fistula perianal

Absceso

- Colección purulenta aguda que ocupa los espacios celuloadiposos que rodean el conducto anal y la porción extra peritoneal del recto.

Fistula

- Comunicación aberrante entre 2 superficies epiteliales (conducto anal y piel perianal)

Epidemiología

- Abscesos
 - 3-1 hombres y mujeres
 - 65% entre los 20-40 años
 - Niños 7-1 hombre, mujer

Epidemiología

- Fistulas
 - 2:7 H y M
 - 30-50 años
 - 90-95% criptoglandular

Clinica

- Abscesos
 - Fiebre
 - Dolor
 - Eritema
 - Masa fluctuante
 - Secreción cutánea
 - Dolor rectal
 - Pups y tenesmo

Fistulas

- Eritema
- Excoriación perianal
 - Senos con descarga
- Prurito
- Dolor
- Sangrado
- Granuloma

Diagnóstico

- Examen físico + clinica
- Tacto rectal
 - Fluctuación de la masa
 - Dolor intenso en cuadrante superior
- Endoscopia anorectal y sigmoidoscopia
- Ecografía endo-rectal
- RMH
- TAC

Cáncer colón-rectal

Es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos: ciego, colón ascendente, colón transversal, colón descendente, sigmoide y recto.

Epidemiología

- 50 años hasta los 76 años
- Sexo masculino
- Raza negra

Factores de riesgo

- Poliposis adenomatosa familiar
- Cáncer colórectal hereditario no asociado a poliposis

Clínica

- Dolor abdominal
- Cambio de hábitos intestinales
- Pérdida de peso
- En presencia de sangrado rectal
 - Rectorragia, hematoquecia y/o melena
- Anemia microcítica hipocromica

Diagnóstico

- Colonoscopia con toma de biopsia
- Colonoscopia virtual

Vigilancia y seguimiento

- Riesgo bajo: búsqueda de sangre oculta en heces a los 50 años
- Riesgo intermedio: realizar colonoscopia cada 5 años
- Riesgo alto con cáncer hereditario: evaluación de colonoscopia cada 2 años primer estudio a los 18 años posterior ir a 3er nivel: cirugía colórectal o onco