

Flashcards

Materia: Clínicas quirúrgicas complementarias

Grado: 7°

Grupo: "A"

**Nombre del Alumno:
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

Nombre del docente: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN

La secuencia rápida de intubación (SRI) es una técnica desarrollada para asegurar la vía aérea rápidamente, disminuyendo al máximo el intervalo de tiempo entre la pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea y la intubación oro/nasotraqueal.

1. Preparación

En 10 mín. Evaluar la vía aérea y preparar el equipo

- Monitorización
- Material necesario (SOAPME)
- Evaluar vía aérea difícil (LEMON)
- Plan alternativo:
 1. Laringoscopia/video laringoscopia
 2. Dispositivos supraglóticos
 3. Quirúrgicos



2. Pre-Oxigenación

- Oxígeno por mascarilla reservorio con FiO₂ del 80-100% por 3 minutos.
- Evitar ventilación con presión positiva
- ¡Optimice hemodinamia!

3. Pre-Medicación

- Lidocaína: 1.0 Mg/Kg: Disminuye PIC y broncoespasmo
- Fentanilo: 0.5-2.0 Mg/Kg: Para analgesia

4. Inducción

De 3 - 5 mín. Posterior al inicio de la pre-medicación, individualizar.

- Propofol. 1.0 - 3.0 Mg/Kg ó
- Ketamina: 1.0 - 3.0 Mg/Kg ó
- Etomidato: 0.2 - 0.3 Mg/Kg ó
- Midazolam: 0.05 - 0.1 Mg/Kg

5. Parálisis

Inmediatamente después del inductor

- Succinilcolina (despolarizante): 1.0 - 2.0 Mg/Kg
- Rocuronio (no despolarizante): 1.2 Mg/Kg

6. Intubación

- Posición de BUHE
- Laringoscopia bimanual
- Evaluación con clasificación Cormack-Lehane
- Tubo oro-traqueal: M--> N° 7-7.5 H--> N° 7.5-8
- Contar con mascarilla laríngea y equipo de VAD



7. Comprobación

- Auscultación pulmonar con adecuada ventilación bilateral
- Capnografía
- Deslizamiento pleural por USG
- Radiografía de tórax

8. Cuidados Post-Intubación

- Monitorear SpO₂ >90%, ETCO₂ 35-45 mmHg, TA adecuada
- Tratar enfermedad de base
- Adecuada sedoanalgesia
- Ajustar parámetros de ventilación

OCLUSIÓN INTESTINAL

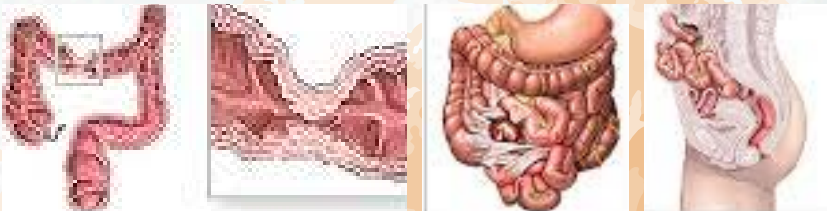
Es la interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto. El bloqueo intestinal se da en su mayoría por factores extrínsecos y pocas veces por obstrucción de la luz.

Epidemiología

- Las adherencias son la causa más común de oclusión intestinal (65-75%)
- 70% de las adherencias responde a manejo conservador y un 30% manejo quirúrgico
- Afecta principalmente ID en un 82% de los casos

Clasificación Clínica

- **Íleo Mecánico:** Obstrucción mecánica, que supone un auténtico obstáculo que impide el paso del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo.
- **Íleo Paralítico:** Es una alteración de la motilidad intestinal, debida a una parálisis del músculo liso.
- **Íleo Espástico:** Hiperactividad descoordinada del intestino que se observa en la intoxicación por metales pesados, porfirina y uremia.
- **Íleo de oclusión vascular:** Movilidad intestinal descoordinada del intestino isquémico.



Tratamiento

Conservador:

- Colocación de SNG o Tubo Intestinal Largo
- El 90% de los px mejoran de 48_72 Hrs.

Quirúrgico:

- Obstrucción por hernia
- EVA>4; IEUCOS>10; PCR>130
- Obstrucción completa y CPK>130
- Líquido libre por TAC o Edema Mesentérico

Oclusión alta:

- Adherencias
- Hernias
- Íleo paralítico

Oclusión baja:

- Vólvulo
- Cáncer colorectal

Cuadro Clínico

- Ausencia de canalización de gases
- Dolor abdominal difuso
- Distensión abdominal
- Vómitos fecaloides
- Fiebre/Dolor/Rigidez (Estrangulación)

Diagnóstico

- Rx ---> Imagen en pila de monedas
Niveles hidroaéreos
- TAC



ENF. DIVERTICULAR

Etiología

Fecalito

Diverticulosis

Presencia de divertículos en el colon sin sintomatología.

Diverticulitis

Inflamación e infección por fecalitos y datos de irritación peritoneal.

Enfermedad Diverticular

Presencia de divertículos más dolor en fosa ileaca izquierda.

Fisiopatología

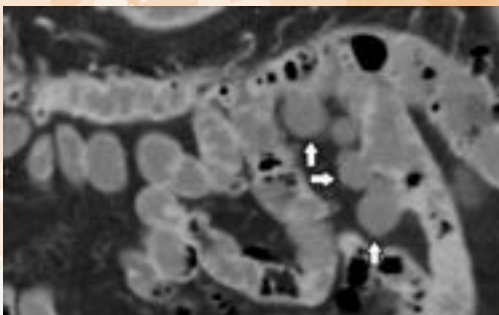
- Aumento de la presión luminal y disminución de la mucosa intestinal
- Más común en sigmoídes y ciego

Factores de Riesgo

- Sexo masculino
- Edad 65-72 años

Diagnóstico

- Clínico
- Enf. Diverticular ---> Colon por enema
- Diverticulitis ---> TAC



Epidemiología

- 10-25% de los px con diverticulosis presentan diverticulitis
- Edad 62 años

Clínica

Absceso	Obstrucción	Fístula	Perforación
Diverticulitis sencilla sin mejoría de dolor abdominal o fiebre persistente a pesar de 3 días de tratamiento antibiótico	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal • Náuseas y vómitos • Distensión abdominal • Estreñimiento • Timpanismo a la percusión • Hipoactividad o hipoactividad en ruidos intestinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Colovesical • Neumatosis • Feculuria • Disuria • Colovaginal • Pasa vaginal de heces o flatos 	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal • Signos de irritación peritoneal • Defensa voluntaria e involuntaria • Ausencia de ruidos intestinales

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS
0	Diverticulitis clínica leve
1a	Inflamación pericólica y flemón o pared colónica engrosada
1b	Absceso menor de 5 cm en la proximidad de proceso inflamatorio
II	Absceso pélvico, intraabdominal distal o retroperitoneal (proceso distante al sitio inflamatorio)
III	Peritonitis purulenta generalizada
IV	Peritonitis fecal generalizada

<---- Clasificación de Hinchey



Tratamiento

0-1A: ATB + Mesalazina, dieta rica en fibra, líquidos.

1a línea: Rifaximina

1B: Drenaje percutáneo

II: Drenaje percutáneo + ATB (ciprofloxacino, metronidazol IV)

III Y IV: Qx (Resección de segmento infectado + Anastomosis primaria + Ileostomía derivativa) + ATB (Ciprofloxacino, metronidazol)

ENF. HEMORROIDAL

Son las dilataciones venosas del conducto anal, que se desarrollan a partir de los plexos hemorroidal es externos e internos.

Fisiopatología

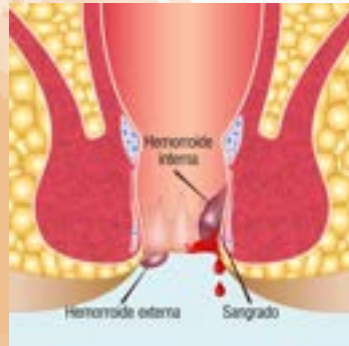
- Aumento de la presión intra abdominal al defecar + esfuerzo
- Disminución del retorno venoso

Factores de riesgo

- Incidencia 45-65 años
- Sexo masculino más frecuente
- Embarazo
- Alteraciones de tránsito intestinal (diarrea crónica)
- Sedentarismo

División

- Línea dentada
- Por arriba ----> H. Internas
- Por abajo -----> H. Externas
- Por arriba y por abajo -----> H. Mixtas



Clasificación de Hemorroides

- GI:** Internas, no se ven, existe sangrado
- GII:** Prolapsan al momento de defecar, se introducen al término
- GIII:** A la defecación Prolapsan y al hacer presión se introducen
- GIV:** A la defecación Prolapsan y no se pueden volver a introducir

Clínica

- Sangrado, sin molestias solo se visualiza el papel con sangre
- Estreñimiento
- Sensación de cuerpo extraño a la defecación

H. Externas:

- Datos de edema y estrangulación
- Dolor a la palpación
- Prurito anal

Diagnóstico

- Clínico
- E.F. -----> Posición SIMS
- Anoscopia -----> H. Internas



Tratamiento

GI, GII: Dieta rica en fibra, seduluvios (4-6 semanas, diario) + Flavonoides (Diosmina/Hesperidina), si hay dolor lidocaína
Si no hay mejoría -----> Ligadura con banda elástica

GIII y IV: Qx -----> Hemorroidectomía

ABSCESO Y FÍSTULA PERIANAL

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

Fístula: Comunicación arrebate entre dos superficies epiteliales (conducto anal y piel perianal)

Fisiopatología

- Son derivadas del esfínter anal interno y comunica principalmente al glúteo.
- La fístula es secundaria a un absceso

Epidemiología

Abscesos:

- Relación 3:1 hombres y mujeres
- 65% entre 20 y 40 años de edad
- Relación en niños 7-1 hombres y mujeres

Fístula:

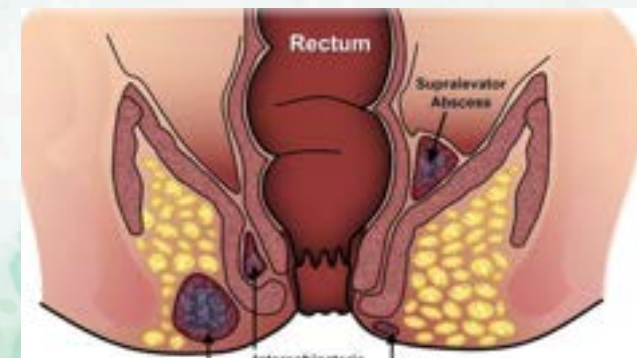
- Relación 2:7 hombres y mujeres
- Edad 30-50 años

Factores de riesgo

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

Clínica

- Sangrado al defecar
- Supuración
- Malestar al sentarse
- Fiebre por infección
- DX. Diferencial de enf. Hemorroidal ----> Masa Roja Interna Supurativa



Diagnóstico

- Clínico

Tratamiento

Absceso: Drenaje Qx. + ATB (Dicloxacilina)

Fístula: Qx. Fistulotomía (Cierre Qx de la fístula)/Fistulectomía

CA COLO-RECTAL

Tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos ciego, Colón ascendente, colon transverso, colon descendente, sigmoides y recto

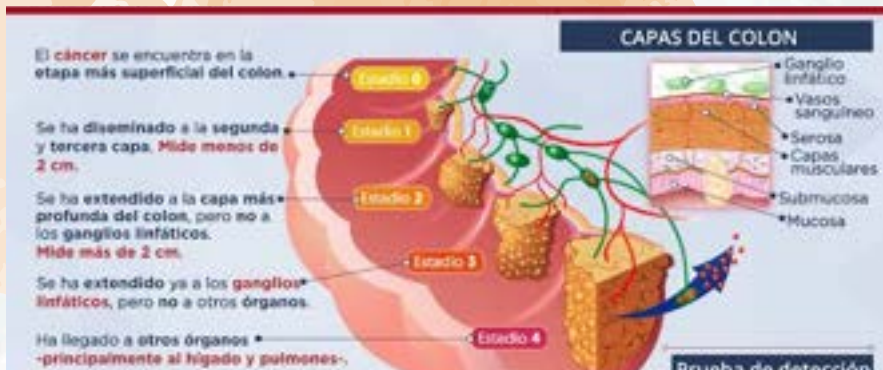
Epidemiología

- Edad > 50 años
- Afroamericanos,

Factores de riesgo

- Edad
- Afroamericanos
- Factores hereditarios
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Antecedentes de cáncer colorrectal en familiares de primer grado
- Tabaco, alcohol
- Radiación pélvica
- Colectomía

Estadíos



Diagnóstico

- SOH
- SIGMOIDOSCOPIA ---> GOLD STANDAR
- Colonoscopia

Clínica

- Cambio en el hábito intestinal
- Debilidad y cansancio
- Dolor abdominal
- Sangrado rectal
- Pérdida de peso

Colon derecho: melena, anemia ferropénica, masa abdominal derecha

Colon izquierdo: cambio en hábitos intestinales, sangre roja por recto, dolor colico abdominal

Tratamiento

