

## **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 FiO<sub>2</sub> 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 orotraqueal: 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 SpO<sub>2</sub> >90%, ETCO<sub>2</sub> 35-45 mmHg, TA adecuada
- Tratar enfermedad de base
- Adecuada sedoanalgesia
- Ajustar parámetros de ventilación

# OCLUSIÓN INTESTINAL

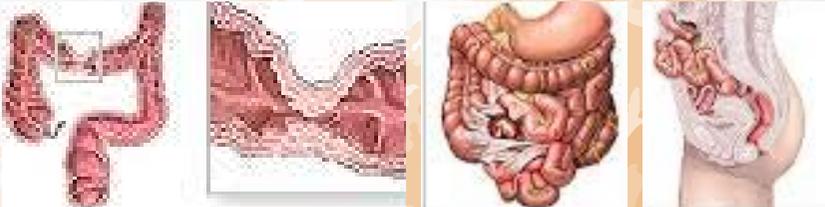
Es la interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto. El bloqueo intestinal se da en su mayoría por factores extrínsecos y pocas veces por obstrucción de la luz.

## Epidemiología

- Las adherencias son la causa más común de oclusión intestinal (65-75%)
- 70% de las adherencias responde a manejo conservador y un 30% maneja 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 fecaloideos
- Fiebre/Dolor/Rigidez (Estrangulación)

## Diagnóstico

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



# ENF. DIVERTICULAR

## Etiología

Fecalito

## Diviculosis

Presencia de divertículos en el colon sin sintomatología.

## Diviculitis

Inflamación e infección por fecalitos y datos de irritación peritoneal.

## Enfermedad Diverticular

Presencia de divertículos más dolor en fosa ileaca izquierda.

## Fisiopatología

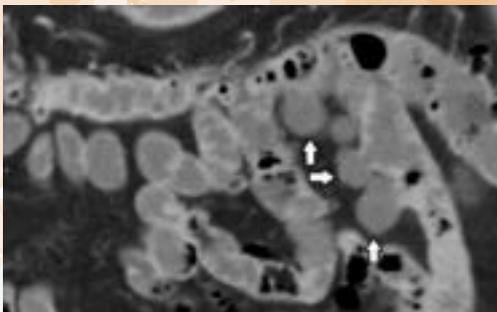
- Aumento de la presión luminal y disminución de la mucosa intestinal
- Más común en sigmoídes y ciego

## Factores de Riesgo

- Sexo masculino
- Edad 65-72 años

## Diagnóstico

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



## Epidemiología

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

## Clínica

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

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

## <---- Clasificación de Hinchey



## Tratamiento

**0-IA:** ATB + Mesalazina, dieta rica en fibra, líquidos.

**1a línea:** Rifaximina

**IB:** 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

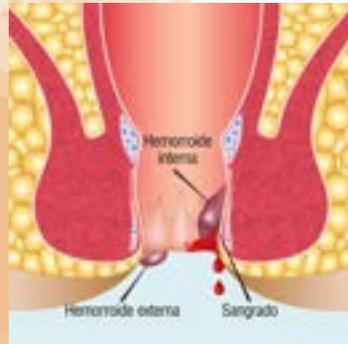
- Aumento de la presión intra abdominal al defecar + esfuerzo
- Disminución del retorno venoso

## 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:

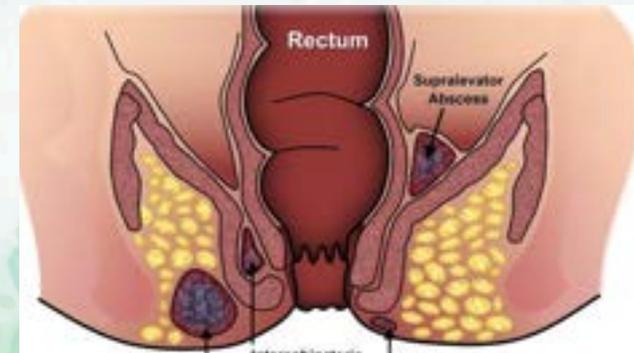
- Relación 2:7 hombres y mujeres
- Edad 30-50 años

## 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

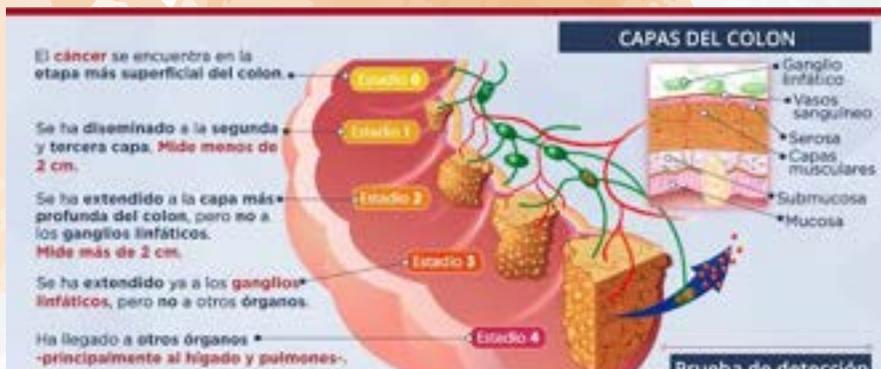
## Epidemiología

- 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

