

Alumno: William de Jesús López Sánchez

Docente: Dr. Erick Antonio Flores
Gutierrez

FLASHCARD

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Clínicas quirúrgicas
complementarias

Grado: 7°

Grupo: “A”

MANEJO DE LA VÍA AEREA

OBSTRUCCIÓN DE LA V.A.:

- 2 niveles: ▶ En epiglotis → Por la epiglotis
- ▶ En rinofaringe → Por desplazamiento de la lengua

MANIOBRA:

- SL ▶ Frente-mentón → Colocando las manos sobre la frente e inclinar cabeza hacia abajo
 - CL ▶ Tracción mandibular → Situando los pulgares en los dientes y haciendo tracción hacia afuera
 - ▶ Subluxación mandibular → Colocar ambos pulgares en los lobulillos de la oreja y hacer tracción
- Obstrucción de la V.A. → Se da por la pérdida del tono de los músculos (m. Genioglosa)

TECNICAS INSTRUMENTADAS: (dispositivos de ayuda a la apertura de la vía aérea y ventilación)

Canulas orofaríngeas → Guedel

Canulas nasofaríngeas → Rushe

Bolsa valvula mascarilla (AMBU) → Método estándar para proporcionar rápidamente ventilación (12-20 RPM pediátricos y adultos c/6-8^o)

Rayter

CANULA DE GUEDEL

INDICACIONES: Crisis epilépticas

- ▶ Px quemados sin reflejo gástrico
- ▶ Px con apnea
- ▶ Px con obstrucción desplazamiento post lengua

COLOCACIÓN:

- ▶ Medir - Seleccionar tamaño
- ▶ Introducir por paladar duro o nariz
- ▶ Deslizar el paladar duro o blando y girar a 180°

SELECCIÓN:

Medir comisura labial al ángulo labial o lobulo de la oreja.

CONTRAINDICACIONES:

CANULA DE BUSH

INDICACIONES:

- ▶ Traumatismo oral o tímpano
- ▶ Px con reflejos nauseoso intacto
- ▶ Px más tolerables

COLOCACIÓN:

Medir fosa nasal hasta el lobulo de la oreja

CONTRAINDICACIÓN

- ▶ Sospecha de fractura de la lámina cribosa
- ▶ Traumatismo nasal significativo

COMPLICACIONES

- ▶ Epistaxis
- ▶ Vómitos y aspiración en Dx
- ▶ Sinusitis

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA (SIR)

⇒ 7 P'S

1 PREPARACIÓN

- ▶ Monitorización
- ▶ Material necesario
- ▶ Evaluación de la V.A
- ▶ Plano alternativos (ABC)

2 PREDOXIGENACIÓN

- ▶ Oxígeno por mascarilla
- ▶ Lavado con FIO₂ 80-100% x 5min
- ▶ Evitar VPP (solamente después de la inducción)

3 PREMEDICACIÓN

- ▶ Lidocaina 7mg/kg
- ▶ Fentanilo 0.5mg/kg

4 INDUCCIÓN

- ▶ De 3 a 5min junto con 3°
- ▶ Etomidato 0.2-0.3mg/kg
- ▶ Tiopental 3.5mg/kg
- ▶ Ketamina 1-2mg/kg
- ▶ Propofol 1-3g/kg
- ▶ Fentahilo 1-2mg/kg
- ▶ Midazolam 0.5-0.7mg/kg

5 PARALISIS

- ▶ Adm. inm. después de inductor
- ▶ Rocuronio 1-1.2mg/kg
- ▶ Succinilcolina 1-2mg/kg

6 INTUBACIÓN

- ▶ Posición BUHE (cabeza elevada)
- ▶ Laringoscopia bimanual
- ▶ Evaluación Cormack-Lehane I-II → F
- ▶ TOT preferencia #8-9
- ▶ Mascarilla laríngea y equipo de V.A.D

7 COMPROBACIÓN

- ▶ Visualización directa del tubo endotraqueal
- ▶ Auscultación pulmonar
- ▶ Capnografía
- ▶ Rx Tórax (TOT 2cm arriba de C6)
- ▶ Ultrasonido (doble punto pleural)

8 CUIDADOS POST-INTUBACIÓN

Rayter

1 PREPARACION

MATERIAL/EQUIPAMIENTO

- Monitorio basico
- Succion
- Almohadilla
- Tubo endotraqueal con guía
- Guantes
- Geringa 10 ml
- Fuente de oxígeno y
- Sistema de espiración

LARINGOSCOPIO

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| → Hoja de Macintosh | → Hoja de Miller |
| • Usada en adultos | • Usada en niños |
| • Hoja curva | • Hoja recta |
| • | • Se ubica en epiglotis |

VALORACION DE LA VIA AEREA

- L** → Bucear lesión o trauma (Examinar)
- E** → Evolver 3-3-2: intencional 3 manobras, 3 Tiro 2
- M** → Apertura de la boca: Mallampati >3
- O** → Obstrucción: Presencia de epiglotis o abscesos amigdalinos
- N** → Movilidad cuello: Presencia de collarín, imposibilidad de extensión del cuello

→ CLASIF. MALLAMPATI

- S/dificultad: Paladar blando, úvula, farcos, pilares visibles
- S/dificultad: Paladar blando, úvula, farcos visibles
- Dificultad moderada: Paladar blando y base de la úvula visible
- Muy difícil: Solo se observa paladar duro

→ FX QUE DIFICULTEN LA VENTILACION E INTUB.

Abscesos, hematomas, Trauma facial, obesidad, Ascitis

Rayter

2 PREOXIGENACIÓN

Objetivo: crear un reservorio de oxígeno en los pulmones que limita la desaturación arterial durante los intentos de intubación

- Respiración a volumen corriente normal durante 3-5 min por dispositivo sellado
- Realizar 8 respiraciones profundas en 60 s

Tiempo de apnea segura → Adulto sano 70 kg - 0.7 min / obeso 127 kg 3.7 min

3 PREMEDICACIÓN (sedación y analgesia)

Realizar 2-3 min antes de laringoscopia

→ Atenuar la respuesta fisiológica a laringoscopia e intubación

→ Disminuir una descarga del SN simpático, caracterizada por hipertensión y taquicardia, broncoespasmo, hipertensión intracocular y endocromencia.

→ Px con Glasgow ≤ 4 No nicotina #3

• Fentanilo 1-3 mg/kg

• Rocuronio 0.7 mg/kg

• Lidocaina 1 mg/kg

• Esmolol 2 mg/kg

4 PARALISIS E INDUCCION

> FARMACOS:

INDICACION

CONTRAINDICACION

- Propofol 1-3 g/kg: Estatus epileptico, HIC
- Tiopental 3-5 mg/kg: Estatus epileptico, HIC
- Ketamina 1-2 mg/kg: Asma-EPOC, anest. humid.
- Etomidato 0.2-0.3 mg/kg: Inest. hemod, postcama, hipotension
- Midazolam 0.5-0.7 mg/kg: Estabilidad hemodinamica

Hipotension

Broncoespasmo e hipertension

Hipotension, taquicardia

Insuf. suprarrenal, crisis convulsivas

Hipotension insuf. hepatica

5 POSICIONAMIENTO

> RELAJANTES MUSCULARES:

> POSICION DE OLFATEO

- Rocuronio 0.9-1.2 mg/kg
- Succinilcolina 0.4-1.2 mg/kg
- Vecuronio 0.7 mg/kg

• Alinear los ejes anatomicos bucal, faringeo y laringeo

• Decubito supino para alinear la mastoidea con el manubrio otitico en plano horizontal

• Dorsal, posicion RAMPA, levantar torax colocando cabeza a un nivel inferior

MANIOBRA SELICK (Presion circundar)

Consiste en aplicar presion hacia el cordillo cervical para ocluir el espacio sup vs vertebrae

Rayter

6. CUIDADOS POS-INTUBACIÓN

→ CAPNOGRAFIA → Gold Estándar

- Confirmar la correcta colocación del tubo, iniciando con la auscultación del epigastrio y posteriormente de ambos hemitórax.
- Observar los movimientos del tórax y el mantenimiento o mejora en la SpO_2 periférica del oxígeno
- Rx de tórax
- Gasometría arterial

OCLUSIÓN INTESTINAL

DEFINICIÓN: Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto. Se da por factores intrínsecos y pocas veces por obstrucción de la luz.

EPIDEMIOLOGÍA:

- Causa + FCTE → Adherencias 65-75%
- 70% manejo conservador
- 30% manejo quirúrgico
- Afecta el ID en un 82%

Oclusión alta:

▶ Adherencias

▶ Hernias

▶ Íleo paralítico

Oclusión baja:

▶ Volvulo

▶ CA colorrectal

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

Íleo mecánico: Supone un auténtico obstáculo mecánico 1. Adherencia qx 2. Hernia 3. Volvulo

Íleo paralítico: Alteración de motilidad intestinal, debida a parálisis del músculo liso 1. Íleo reflejo post qx
2. Alteraciones electrolíticas

Íleo espástico: Hiperactividad descoordinada del intestino que se observa en la intoxicación por metales pesados. Purpura y urtemia

Íleo de oclusión vascular: Movilidad intestinal descoordinada de intestino isquémico.

Rayter ↴

C.C: VOMITO + Dolor abdominal + Distensión abdominal

- Anorexia
- Náuseas
- Estreñimiento / diarrea
- Peristalsis ↓
- Ruidos metálicos
- Masa palpable
- Datos de irritación peritoneal

DX: INICIAL: Rx abdominal (dilatación de asas
edema intenso, signo en pila de moneda)

ESTANDAR ORO: TAC

" " Pare Húnicas → Húniogéfica

LAB → DHL y Lactato

TX: inicial: SNG, corrección hidroelectrolítica y ayuno

Adhucencia: INICIAL: Conservador, el BOI responde, si no Profundo LAPE

Húnia no estrangulada: Mínimamente sintomática: Conservador, muy sint: Plástica

Húnia estrangulada, tumores, peritonitis LAPE

Volvulo: Detección por rectosigmoideoscopia o resección por enterotomía

Rayter

VÓLVULO DE COLÓN

Situación en la que el colón se torciona sobre su eje mesentérico, determinando la obstrucción parcial o completa de la luz intestinal, con afectación variable de la perfusión sanguínea.

EPIDEM:

- + FCTE en América latina y otica
- Mortalidad del 7-20%
- Afecta princip. a hombres >60a.

FISIOPATOLOGIA:

Distensión → Torción o fragmentación → Isquemia
trombosis, Necrosis → Perforación, peritonitis
→ Shock séptico → Muerte

FXR:

VÓLVULO SIGMOIDES: Masculino,
>60a, institucionalizados, etiología
mieloclonico, enf. neuropsiquiátricos,
retardo mental, desorden neurológico,
cirugías abdominales previas.

VÓLVULO DE CIEGO: Femenino

- Cirugías abd. previas
- Adulto mayor con inestabilidad posturas.

C.C.:

- Dolor abdominal súbito con datos de obstrucción int.
- Distensión abd.
- Ausencia de gases
- Ausencia de evacuaciones
- Náuseas y vomito
- Alitosis

TX:

DIAGNOSTICO:

- Exploración física
 - Hiposensibilidad abd.
 - Resistencia muscular
 - Tono metálico postabico
 - Ruidos peristálticos ↑
 - Signo de Dance
 - Ausencia de material fecal en recto
 - Miliara en recto

LABORATORIO

→ Leucocitosis o excrementos de neutrofilia 2º a isquemia.

RX Abd

Enema de bario → Pico de Auer

TC abd → Signo del café, imbricado

VOLVULO SIGMOIDEO:

Inicial: Balance de líquidos y antibiótico
Resolutivo: 1º elección Sigmoidoscopia rígida o
- colonoscopia
Definitivo: Cirugía definitiva → Sigmoidoscopia

VOLVULO CIEGO

1º elección → Qx
- Resección con hemicolectomía derecha y anastomosis ileoceólica primaria o ileostoma
- Distorsión y cecopexia o cecocolopexia

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Es la aparición de divertículos en el colon

EPIDEM:

- Prevalencia 15-37%
- <50 + FCTE en H
- 50-70 leve en M
- >70 + FCTE en M

FISIOPATO:

Al presionar la pared intestinal, los vasos rectos crean áreas de debilidad, las cuales pueden hincharse porciones de la mucosa (cubierto serosa). La mayoría de los divertículos son adquiridos y se originan por presión por ↑ de la presión intraluminal.

FXR: • Obesidad - AINES

- Alteración en la motilidad del colon
- Consumo bajo en fibra, tabaquismo
- Consumo y la motilidad colagena

DIAGNOSTICO:

→ CLINICO: dolor indistinto en fosa iliaca o flanco izq (SIGNO DE JACOB), dolor, fiebre, distensión, intob.

C.C:

- Asintomático 80%
- Dolor abd. inespecífico: hemicódomin izq, tipo cólico que cede con gases
- Sintomatología de intestino irritable

LAB: Hemograma (Neutrofilia), glucemia, urea, creatinina

RX contrastada: colon por enema o doble contraste

→ TAC doble contraste abdominal pélvico GOLD

ECO: grasa (N=3mm) y luz colapsada.

TRATAMIENTO:

- Dx accidental (colonoscopia o enema opaco)
- Asintomático: ↑ consumo de fibras y probiótico
- Sintomático: Sd. intestino irritable

Diverticulosis: Asintomático: Dieta rica en fibra + Probiótico
Sintomático: Rifaximina (400mg/12h v.o x 7d) + probióticos

Diverticulosis: No complicada: Dieta líquida + Antibioterapia v.o
Complicada: Ingreso hospitalario + Sueroterapia + Antibioterapia IV
→ Cirugía

CLASIF. HINICHEY → TAC → 0: Diverticulitis leve

Estadio I: Absceso menor o peritoneo piqueteo y confinado	Ia → Inflamación pericólica
Estadio II: Abscesos más grande confinado a la pila	Ib → Absceso < 5 cm
Estadio III: Peritonitis puntiforme	II → Absceso > 5 cm, > 1 pila
Estadio IV: Peritonitis generalizada, fecalente. Rayter	III → Peritonitis puntiforme
	IV → Peritonitis fecal

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Desplazamiento hacia abajo de los cojines vasculares secundario a alteraciones del musculo de tritz.

EPIDEMIOLOGIA:

- 1º lugar de enf. del recto e i.g
- Incidencia ↑ a los 45-65a
- Prevalencia mundial de 9-27.9%
- >4% son sintomaticos

EXR:

- Dieta baja en fibra
- Esfuerzo prolongado
- Estrés

C.C:

- Prurito
- Dolor
- Prolapso (max palpable)
- Picazon / enrojecimiento
- Inflamación

FISIOPATOLOGIA:

Dilatación venosa → La presión ↑ en las venas del recto y el ano puede causar dilatación y congestión de las venas → Inflamación → Edema → Formación de coágulos → Ruptura de hemorroides.

CLASIFICACIÓN

Grado I: Sin prolapso

Grado II: Prolapso al defecar pero ↓ espontáneam.

Grado III: Prolapso al defecar y espontáneo que ↓ manu

Grado IV: Prolapso que no reducen

DIAGNOSTICO:

GOLD: Examen físico + Historia clínica

(TACTO RECTAL → Hemorroides, prolapso,
Dolor, sangrado activo, lesiones, masas)

Estudio gabinete: Anuscopia

Rectosigmoidoscopia

Colonoscopia

TRATAMIENTO:

- A de fibra y líquidos (1º línea de Tx)
- Flavonoides (episodios agudos y trombosis)
- Tx alternativo: Ent. hemorroidal Grado I, II y III en Tx fallido
 - Escleroterapia
 - Fotocoagulación con láser
 - Ligadura de banda elástica

TX QX:

→ Hemorroides grado III y IV
Hemorroidectomía

Hemorroides externas complicadas

< 72h: Escisión QX

> 72h: Resolución sin escisión

Rayter

ABSCEOSOS Y FISTULAS PERIANALES

ABSCEOSO: Colección purulenta aguda que ocupa los espacios celuloadiposos que rodean el conducto anal y la porción extrapunitonal del recto.

FISTULA: Comunicación aberrante entre dos superficies epiteliales (conducto anal y piel perianal) (evolución crónica)

EPIDEMIOLOGIA:

ABSCEOSOS:

- Incidencia 12,3/100000
- 3-7 H/m
- 65% entre los 20-40a

FISTULAS:

- 2/7 H/M
- 30-50 años
- 90-95% criptoglandular
- <1% niños

ETIOLOGIA

ESPECIFICO:

- EII
- Cuerpo extraño
- Neoplasias
- Post ginequico
- Post RDT

No especifico:

- Origen criptoglandular
- Infección por obstrucción

CLASIFICACIÓN

- FISTULA:**
- Perianal 48%
 - Isquiorrectal 22%
 - Intersfintérica 12%
 - Supraelevador 9%
 - Intamucosa 5%
 - Submucosa 4%
- ABSCEOSO:**
- Subcutánea 16%
 - Intersfintérica 70%
 - Transfintérica 23%
 - Supraelevadora 5%

CLINICA ABSCEJOS

- Fiebre
- Dolor, sangrado
- Eritema
- Masa fluctuante
- Secreción purulenta
- Dolor rectal
- Irritación perianal

CLINICA FISTULAS

- Seno con descarga
- Eritema
- Excitación perianal
- Prurito, Dolor
- Sangrado
- Granuloma

DIAGNOSTICO

- Examen físico y clínico: inspeccionar rubor, color salida de pus
- Tacto rectal: Fluctuación de la masa, dolor intenso en D sup.
- Endoscopia ano-rectal y sigmoidoscopia

TRATAMIENTO

ABSCEJOS: ◦ Drenaje Qx 99%

◦ Antibioterapia, curación 70-75%

FISTULAS: ◦ Identificar trayecto secundario y tratarlo de la continencia

QX: → Fistulotomía

→ Fistulectomía

CANCER COLORRECTAL

Es el tumor + FCTE y el segundo como causa de muerte por cáncer

- Afecta con preferencia a varones >50a.
- El 30% se diagnostica en fases avanzadas

TIPO HISTOLÓGICO: Adenocarcinoma 95%

LOCALIZACION X FCTE

- Recto (+ FCTE)
- Colón ascendente y ciego
- Colón transverso
- Colón descendente

FX RIESGO

- Sexo masculino
- >50 años
- AHF
- Antecedentes de pólipos
- EII
- Tabaco
- Carino rojas
- Bacteremia

ESTADIAJE (clasi/ TNM)

- ESTADIO I:** pT1, T2, N0, M0
- ESTADIO II:** Invasión hasta la serosa o local de órganos pericólicas (T3, T4, N0, M0)
- ESTADIO III:** Ganglios linfáticos regionales + (cualquier T con N+)
- ESTADIO IV:** Metástasis de órganos (M+)

C.C. → Depende de su localización

► **RECTO:** Puede manifestarse como un sx con urgencia rectal, tenesmo, diarrea con moco y sangre

► **SIGMA, COLON IZQ y COLON TRANSV:** Se manifiesta

en forma de estreñimiento y cambios en el ritmo deposicional, mci → Obstrucción

Rayter

DIAGNOSTICO

- Colonoscopia con biopsia (GOLD STANDARD)
- Colon per enema → Imagen de manzana mojada
- TC toraco abd. → Detección exist. de metástasis
- Eco endorrectal o RM pélvica → Técnica de elección para la estadificación local del CA

COMPLICACIONES

- Obstrucción intestinal (+FCTE)
- Perforación
- Abcesos
- Fistulas

FX PROTECTORES

- Ejercicio físico
- Dieta rica en fibra
- Los AINES (aspirina)

TRATAMIENTO

- Cirugía → Único Tx curativo de elección
→ Colectomía, "laparoscópica"
- Radioterapia → Únicamente en tumores del recto
- Quimioterapia → Para ↑ supervivencia