



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

Flashcards

Nombre: Morales Cano Anayancy.

Grupo: "B"

Grado: Séptimo semestre

**Materia: Clínicas quirúrgicas
complementarias**

**Docente: Dr. Erick Antonio Flores
Gutiérrez.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre de 2024

Secuencia de Intubación Rápida

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

APNEA SEGURA

- **Px. obesos** --> No + de 3 min.
- **Px. sanos (70 kg aprox)**--> 8-8.5 min.

7 P

- Preparación
- Preoxigenación.
- Premedicación.
- Parálisis e inducción
- Protección y posición.
- Posición del tubo.
- Post-intubación

PREPARACIÓN

Suction Smaller suction yankauer for infants Bulb vs flange tip	Oxygen Preoxygenate 100% FiO ₂ for 3 min or 8 TV breaths Apneic oxygenation NC at 5 L (infants) to 15 L (teens)
Airway/Adjuncts ETT (uncuffed) 3.5 at birth 5.0 at 5 yrs old Blade (Miller) 0 at birth 2 at 2 yrs old Bougie OPA / NPA PEEP valve Extra ETT sizes	Position Raise the bed (xiphoid) Ear to sternal notch
Meds Monitors Etomidate 0.3 mg/kg IV Roc 1.2 mg/kg IV Succ 2 mg/kg IV Ketamine 2 mg/kg IM/IV Fentanyl: 1-3 mcg/kg/hr +	ETCO2 Equipment Continuous ETCO2 BVM CXR Vent Initial setting: AC 20/5 @ 100% Assist-Control

Look externally
Evaluate 3-3-2 rule
Mallampati score
Obstruction
Neck Mobility

CLASIFICACIÓN MALLAMPATI

Clasificación empleada para predecir el nivel de dificultad para la intubación "vía aérea difícil"

CLASE I Visibilidad Paladar blando Fauces Úvula Pilares	CLASE II Visibilidad Paladar blando Fauces Úvula
CLASE III Visibilidad Paladar blando Base de la úvula	CLASE IV Visibilidad Solo paladar duro



PRE-OXIGENACIÓN

Respiración a volumen corriente normal durante 3-5 min de dispositivo sellado

POSICION Y PROTECCION

- Posición de olfateo.
- Alinear los ejes anatómicos bucal, faríngeo y laríngeo.
- Decúbito supino para alinear los mastoides.

PREMEDICACIÓN

1ra línea --> Fentanilo 1-3 mcg/kg.

Uso fcte --> Lidocaína 1.5 mg/kg

RELAJACIÓN

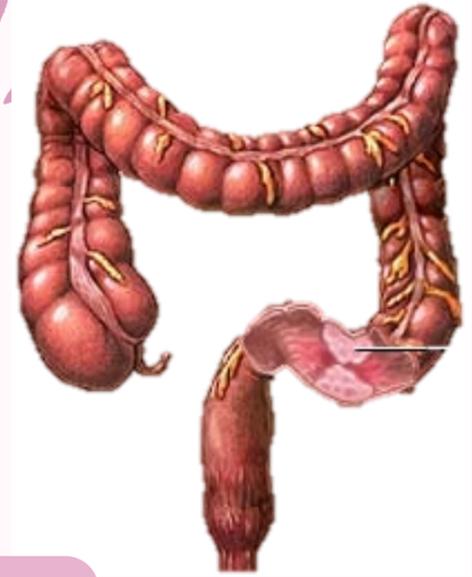
Vecuronio 0.1 mg/kg
Succinilcolina 0.4-1.2 mg/kg

INDUCCION

Uso --> Midazolam 0.1 mg/kg

1ra línea --> Propofol
Est 2mg/kg
inest 0.5 mg/kg

Obstrucción intestinal



Interferencia en la progresión normal del contenido intestinal total o parcial

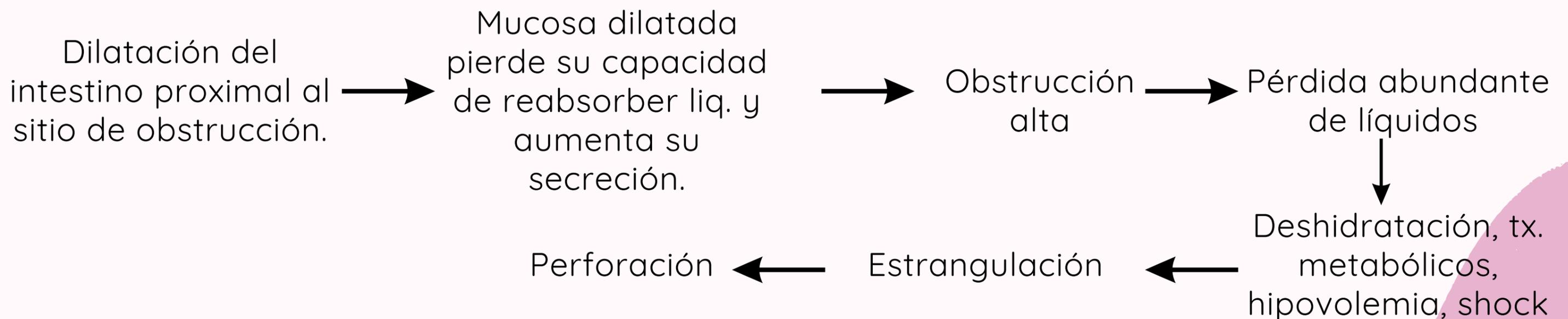
EPIDEMIOLOGIA

- 20% de las urgencias quirúrgicas de un hospital.
- 7% de los pacientes presentarán un cuadro de oclusión intestinal tras su 1ra cx. abdominal

FX. DE RIESGO

- Ant. de Cirugía abdominal o pélvica.
- Enfermedad de Crohn.
- Ca. de colon.
- Malrotación intestinal.

FISIOPATOLOGIA



INTESTINO DELGADO

Fx. de riesgo

- Adherencias.
- Tumores
- Vólvulo
- Enf. inflamatoria intestinal.

Clínica

- Dolor abdominal.
- Vómito.
- Distensión abdominal.
- Hiperperistaltismo con ruido metálico.

Diagnóstico

- Radiografía --> "Pila de monedas"
- TAC

Tratamiento

- 90% --> SNG y reposición hidroelectrolítica
- Sosp.
Estrangulamiento --> Intervención Qx.

INTESTINO GRUESO

Fx. de riesgo

- Tumores colorrectales.
- Vólvulo
- Enf. inflamatoria intestinal.
- Colitis actínica
- Diverticulitis

Clínica

- Dolor
- Distensión abdominal.
- Vómito.
- Estreñimiento.
- Incapacidad para expulsar gases.

Diagnóstico

- Radiografía
- TAC

Tratamiento

- Signos de isquemia o perforación --> Intervención Qx

Vólvulos de colon



Torsión del intestino grueso sobre su eje mesentérico, ocasionando así un cuadro de oclusión intestinal.

VÓLVULOS DE SIGMA

Torsión axial del sigma sobre su pedículo vascular lo que produce una obstrucción de asa cerrada.

EPIDEMIOLOGIA

- > Frecuencia en hombres.
- > Frecuencia en adultos mayores (40-80 años)

DIAGNOSTICO

- Clínica
- Analítica completa con coagulación.
- Rx -- “grano de café”

FX. DE RIESGO

- Dieta rica en fibra vegetal.
- Sexo masculino.
- Uso prolongado de laxantes.
- Cx. abdo previas.
- Embarazo.

TRATAMIENTO

- Est.-- Colonoscopia seguida de sonda.
- Recur.-- Resección selectiva.

CLINICA

- Cuadro de obstrucción intestinal, cursa con dolor abdominal y distensión.
- Progreso -- fiebre, leucocitosis, expulsión de liq fecal teñido de sangre.

VÓLVULOS DE CIEGO

Entidad poco frecuente causada por una torsión del ciego sobre su propio mesenterio

EPIDEMIOLOGIA

- Poco frecuente.
- 3-5:millón de hab.

CLINICA

- Vómitos.
- distensión abdominal.
- Dolor agudo tipo cólico

DIAGNOSTICO

- Radiografía

FX. DE RIESGO

- Estreñimiento crónico
- Uso frecuente de laxantes
- Dieta rica en fibra
- Cirugía abdominal
- Anomalías congénitas
- Adherencias abdominales postoperatorias
- Tumores
- Embarazo
- Envejecimiento

TRATAMIENTO

- C/ gangrena -- Resección ciego + ileostomía y fístula mucosa.
- S/ gangrena -- Cecopexia, hemicolectomía derecha

Enfermedad diverticular



DIVERTICULOSIS

Presencia de pseudodivertículos

EPIDEMIOLOGIA

- 50% -- personas de + de 50 años.
- +FCTE en países industrializados.
- 95% -- sigma

FX. DE RIESGO

- Dietas pobres en fibra.
- Uso de AINE'S.
- Sedentarismo.
- Edad (>40 años)
- Tabaquismo
- Obesidad

CLINICA

- Suelen ser asintomáticos.
- En ocasiones -- Dolor recurrente

DIAGNOSTICO

- Enema opaco o colonoscopia por sospecha Dx.
- Confirmar -- Enema opaco

TRATAMIENTO

- Rifaximina 400 mg/12 h 7 días una vez al mes.

DIVERTICULITIS

Inflamación de un divertículo

EPIDEMIOLOGIA

- 10-25% de los px que sufren diverticulosis.
- Edad promedio de aparición -- 32 años
- + FCTE --- Hombres

DIAGNOSTICO

- Fase aguda -- Clínico.
- Analítica -- Leucocitosis.
- TAC -- 1ras 24hrs de ingreso.

FX. DE RIESGO

- Dietas pobres en fibra.
- Uso de AINE'S.
- Sedentarismo.
- Edad (>40 años)
- Tabaquismo
- Obesidad

CLINICA

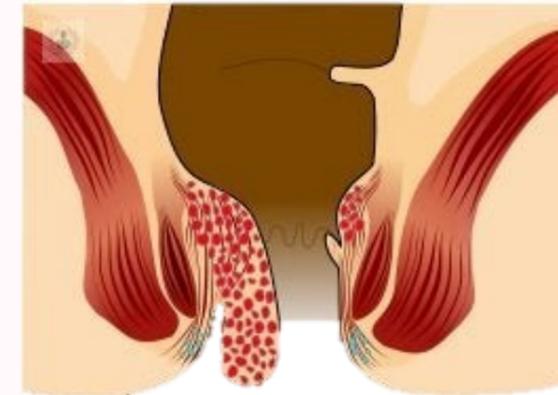
- Fiebre.
- Dolor en hipogastrio o FII.
- Signos de irritación peritoneal

TRATAMIENTO

- No complicada -- Reposo intestinal. líquidos IV y antibióticos
- Complicada -- Hinchey I: Atb, Hinchey II: Punción y drenaje por TAC, Hinchey III y IV: Cx urgente.

Enfermedad hemorroidal

Se produce por el prolapso de estructuras vasculares del canal anal.



EPIDEMIOLOGIA

- + común -- en mayores de 50 años.
- Prevalencia entre el 4% y 86%

FX. DE RIESGO

- Herencia
- Anatomía anal.
- Profesión -- demasiado tiempo sentado o parado.
- Diarrea/Estreñimiento

CLINICA

- Rectorragia acompañada a la defecación.
- Prurito.
- Dolor.
- Prolapso.
- Anemia -- poco fcte.
- Masa palpable.

DIAGNOSTICO

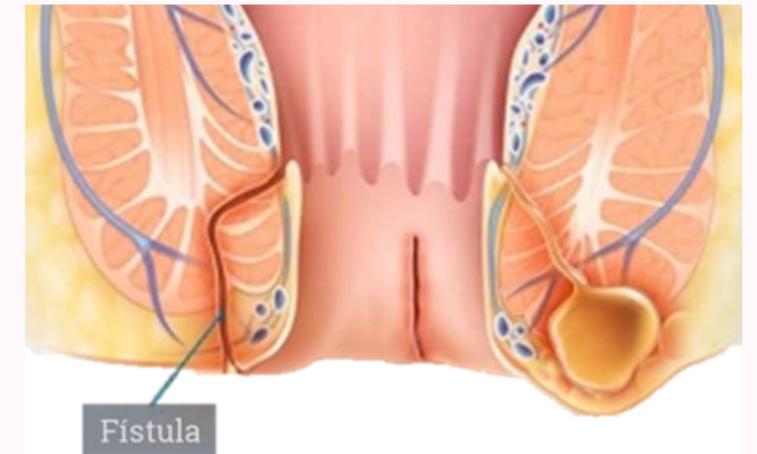
- Clínica y exploración.

GRADO	PROLAPSO	CLÍNICA	TRATAMIENTO
I	No	Rectorragia	Conservador Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar, reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	Ligadura con bandas Esclerosis
III	Al defecar y de manera espontánea. Reducción manual	Prolapso, rectorragia, malestar, ensuciamiento, prurito	Cirugía o ligadura con banda elástica (si sangrado)
IV	Persistente, no se puede reducir	Prolapso, dolor, rectorragia, trombosis	Cirugía: hemorroidectomía

Absceso y fistula perianal

FISTULA PERIANAL

Trayecto inflamatorio formado por la comunicación entre la mucosa del recto y la piel.



EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia -- 2 casos/10,000 habitantes.
- > frecuencia entre los 30 y 50 años.
- +FCTE en varones.

FX. DE RIESGO

- Abscesos anales.
- Enfermedad de Crohn u otras patologías intestinales inflamatorias.
- Traumatismos anales.

CLINICA

- Supuración crónica con contenido purulento y manchado de la ropa interior.
- Dolor por el acúmulo dentro del trayecto fistuloso.

DIAGNOSTICO

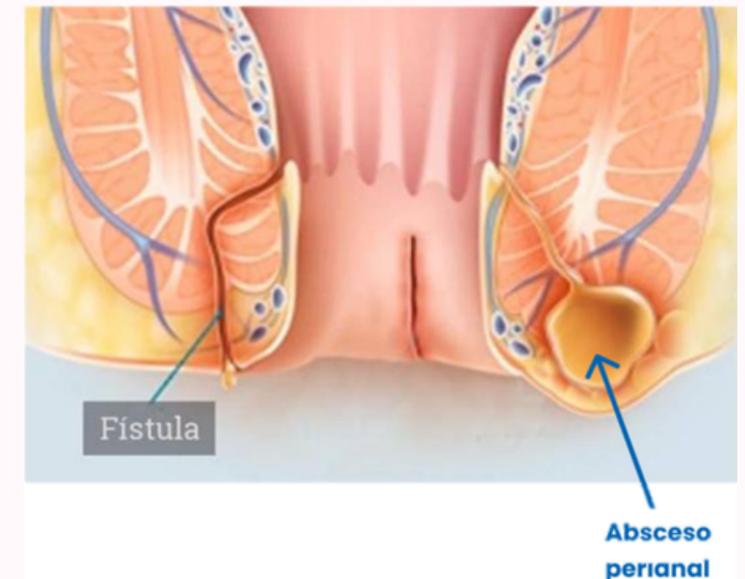
- Exploración física.
- P. complementarias -- Proctoscopia, imagen: Eco endoanal,

TRATAMIENTO

Fístula simple	Fistulotomía
Fístula compleja sin incontinencia	Cierre orificio primario Sellado con fibrina Colgajo de avance
Fístula compleja con incontinencia	Setón + Fistulotomía en intervalos

ABSCESO PERIANAL

Cavidad llena de pus que se produce por la infección de glándulas en el ano o el recto



EPIDEMIOLOGIA

- Alrededor del 2% de la población presentará un absceso anal o fístula a lo largo de su vida

FX. DE RIESGO

- Ant. de fisuras anales
- Enfermedad de Crohn
- Infecciones en la piel, como forúnculos
- ETS
- Tumores
- Traumas
- Cuerpos extraños en el ano

CLINICA

- Dolor intenso.
- Tumefacción eritematosa, caliente.
- Signos de infección.

DIAGNOSTICO

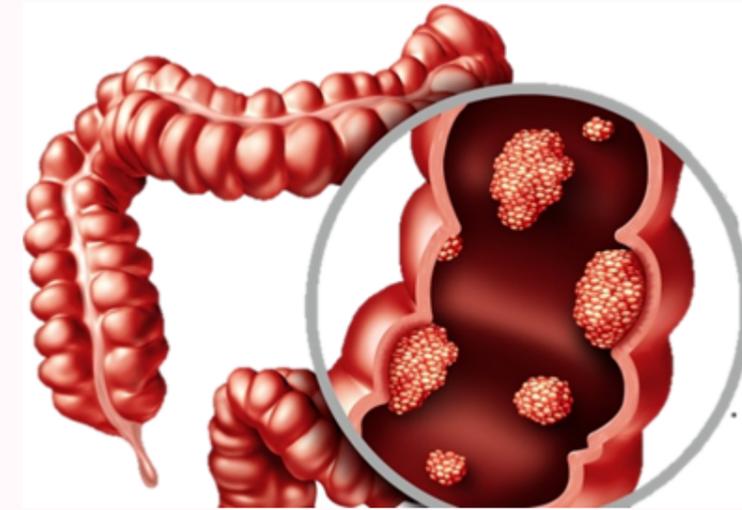
- Clínica.
- Analítica -- leucocitosis con desviación a la izquierda.

TRATAMIENTO

- Drenaje Qx, dejando la herida abierta.

Cáncer colorrectal

Cáncer que comienza en el intestino grueso (colon) o en el recto (parte final del colon).



EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia -- 2 casos/10,000 habitantes.
- > frecuencia entre los 30 y 50 años.
- +FCTE en varones.

DIAGNOSTICO

- Exploración física
- Imagenología-- eco abdominales, TAC y RM.
- colonoscopia o sigmoidoscopia.
- Biopsia

FX. DE RIESGO

- >45 años
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Sobrepeso u obesidad
- Dieta baja en fibra y rica en grasas
- Dieta pobre en frutas y verduras

CLINICA

- Sensibilidad y dolor abdominal en la parte baja
- Sangre en las heces
- Diarrea / estreñimiento.
- Heces delgadas
- Pérdida de peso sin ninguna razón conocida

TRATAMIENTO

- Intervención quirúrgica
- Radioterapia (radiaciones)
- Quimioterapia
- Tratamiento dirigido
- Inmunoterapia