



Mi Universidad

Flashcards

Abril Amairany Ramírez Medina

1er parcial

Clínicas quirúrgicas complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 13 de septiembre de 2024

Secuencia de intubación rápida

Conjunto de pasos utilizados para asegurar la vía aérea en situaciones de emergencia.

Preparación. Verifica el equipo y se asegura que todo este listo. evaluar al paciente para determinar la necesidad de intubación y elegir el tamaño adecuado del tubo.

Pre-oxigenación. Administrar oxígeno por mascarillo reservorio con F_{iO_2} 80-100% por 5 minutos

Pre-medicación. Se administran medicamentos para sedar al y paralizar los músculos, si es necesario. Lidocaína 1mg/kg (Pic bradicardia), Fentanilo: 0.5 mcg/kg.

Inducción. Administra el medicamento para inducir la anestesia y la pérdida de conciencia, de 3-5 min junto con pre medicación:

etomidato: 0.2-0.3 mg/kg, tiopental, 3-5 mg/kg, ketamina 1-2 mg/kg, propofol: 1-3 g/kg, Fentanilo: 1-2 mcg/kg, midazolam (indiv): 0.05-0.1 mg/kg

Parálisis. Se administra inmediatamente después del inductor. Rocuronio: 1-1.2 mg/kg, Succinilcolina: 1-2 mg/kg, Vecuronio: 0.1-0.2 mg/kg.

Intubación. Se introduce el tubo endotraqueal con ayuda de un laringoscopio y se asegura el tubo en su lugar.

Comprobación. Verificar la colocación correcta del tubo y A, ar.

Cuidados post-intubación. Monitorear $SpO_2 > 90\%$, TA, analgesia, ajustar parámetros de ventilación.

LEMON.

Look. Examinar lesión o trauma

Evaluate. 3-3-2. Distancia: interincisivos 3, mentohioides 3, tiroideos a ceja boca 2.

Mouth. Apertura de la boca. Mallampati > 3

Obstruction. Presencia de epiglotitis o abscesos amigdalinos.

Neck. Movilidad cuello, presencia de collarín, imposibilidad de extensión.

Escala de Mallampati. Se clasifica en 4 clases

Clase I. visibilidad del paladar blando, úvula y pilares amigdalinos.

Clase II. visibilidad del paladar blando y úvula.

Clase III. visibilidad del paladar blando y base de la úvula.

Clase IV. sólo es visible el paladar duro.

Obstrucción intestinal

Definición. Condición en la que el tránsito normal del contenido intestinal se bloquea parcial y total mente.

Puede ocurrir en el intestino delgado o intestino grueso.

Epidemiología. Suele ser más común en personas mayores debido a condiciones como hernias y tumores.

En niños la causa más frecuente incluye invaginación y hernias congénitas.

Factores de riesgo. Antecedentes de cirugía abdominal, enfermedades inflamatorias del intestino, volvulo, síndrome de intestino corto, tumores, diverticulitis, fibrosis quística.

Fisiopatología. La obstrucción impide que los alimentos líquidos y gases pasen a través del intestino. Esto puede ser debido a obstrucción mecánica. La acumulación de contenido intestinal proximal al sitio de obstrucción causa distensión del intestino, el cual puede provocar dolor abdominal y malestar.

Clinica puede variar según su ubicación y causa, de obstrucción. Dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, vómito, estreñimiento, náuseas, fiebre, taquicardia, incapacidad de expulsar gases.

Diagnóstico. Historia clínica y examen físico (identificar distensión, masas y sonidos intestinales alterados). Radiografía abdominal (identifica niveles de líquido, distensión y aire libre en abdomen). Tomografía computarizada, ultrasonido abdo, endoscopia, exploración quirúrgica (en casos graves o no dx).

Tratamiento. Tratamiento conservador. Megos intestinal, sonda nasogástrica (descomprimir el intestino), analgésicos para control del dolor.

Tratamiento endoscópico. Desobstrucción endoscópica. Cirugía de emergencia. (en caso de obstrucción grave, perforación o necrosis intestinal)

Tratamiento de causas específicas. Hernias, tumores, enfermedades inflamatorias.

Vólvulos de colon.

El vólvulo es la torsión axial de un segmento intestinal al rededor de su mesenterio (produce una obstrucción en asa cerrada y compromiso vascular.). La localización más frecuente es el sigma, seguido del ciego, y la menos frecuente es el colon transverso y el ángulo esplénico.

Epidemiología. Presenta una elevada mortalidad quirúrgica que depende fundamentalmente de la existencia o no de necrosis intestinal (puede llegar al 80% de ahí la importancia de un diagnóstico precoz, más frecuente en mujeres.

Factores de riesgo. Dieta rica en fibra, ancianos con encamamiento prolongado, uso prolongado de laxantes, constipación crónica.

Fisiopatología. El vólvulo de sigma es la localización más frecuente y se define como la torsión axial del sigma sobre su pedículo vascular lo que produce obstrucción en asa cerrada, que puede producir la isquemia colónica.

Clinica. Se manifiesta por cuadro de obstrucción intestinal que cursa con dolor abdominal y distensión. Al progresar se presenta fiebre, leucocitosis y expulsión de líquido fecal. tñido de sangre que isquemia, necrosis o perforación.

Diagnóstico. Signos de sepsis, tacto rectal, signos abdominales, radiografía de abdomen.

Tratamiento. Colonoscopia descompresiva y cirugía electiva (si falla hay gangrena: cirugía urgente). necrosis

Enfermedad diverticular

Afección del colon que se caracteriza por la formación de pequeñas bolsas o sacos (divertículos) en la pared del intestino, los divertículos pueden formarse en cualquier parte del colon, pero es más común en el colon sigmoide.

Epidemiología. Aumenta con la edad (rara en personas < 40 años) afecta a más del 50% en > 60 años. Ligeramente > hombres < 50 años.

Factores de riesgo. Alimentación baja en fibra y rica en carnes rojas, AINE, esteroides, fumar, sedentarismo, obesidad.

Fisiopatología. Se asocia con aumento de la presión dentro del colon, en las áreas donde la pared intestinal es más débil, en el colon la presencia de áreas débiles en la pared intestinal, donde los vasos sanguíneos penetran en la mucosa y así facilitar la formación de divertículos.

Clinica diverticulosis. La mayoría suele ser asintomática, síntomas leves: dolor abdominal y cambios en el hábito intestinal.

Clinica diverticulitis. Síntomas agudos: dolor abdominal intenso, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.



Síntomas graves: distensión abdominal, sangrado rectal, absceso o perforación. complicación: fistulas, obstrucción intestinal.

Tratamiento diverticulitis asintomática. Aumento de fibra, hidratación y mejorar el estilo de vida.

Tratamiento de diverticulitis no complicada. Tratamiento inicial: dieta, antibióticos (ciprofloxacino y metronidazol), reposo.

Tratamiento diverticulitis complicada. Tratamiento hospitalario: hospitalización (en caso de abscesos o perforaciones), antibióticos intravenosos, drenaje de abscesos.

Tratamiento quirúrgico. Resección quirúrgica y corrección de fistulas.



Enfermedad hemorroidal.

Condición en la cual las hemorroides (estructuras vasculares normales en el canal anal), se inflaman o se agrandan, puede causar dolor, sangrado y malestar.

Epidemiología. Afecta ambos sexos, 5% de la población presenta síntomas, rara en adolescentes, 5% México, 50% a los 40-50 años habrá experimentado síntomas.

Factores de riesgo. Estreñimiento crónico (debido al esfuerzo constante durante las evacuaciones), diarrea crónica, embarazo, obesidad, sedentarismo, edad.

Fisiopatología. La presión elevada en las venas del recto y el ano puede provocar la dilatación y estiramiento de estas venas. Los ligamentos y estructuras de soporte del área anal puede debilitarse y así facilitar la aparición de hemorroides.

Clinica. Dolor agudo (después de las evacuaciones) rectal, irritación, prolapso, inflamación o bultos, secreción mucosa, sensación de incompletitud, los síntomas varían y en casos graves pueden complicarse con trombosis.



Diagnóstico. Historia clínica, examen físico, inspección visual, examen digital.

Exploración adicional: anoscopia, rectoscopia.

Tratamiento. Dieta, hidratación, medicamento tópico, baño de asiento, evitar el esfuerzo.

Procedimiento mínimamente invasivo. Ligadura con banda elástica, escleroterapia, coagulación infrarroja.

Tratamiento quirúrgico. Hemorroidectomía, técnica de Miller.



CamScanner

Rayter

Abscesos y fistulas perineales

Condiciones relacionadas con infecciones y problemas en la región perineal, que se encuentra entre el ano y genitales.

Absceso perineal₁. Acumulación de pus en el área perineal debido a una infección ya sea de glándulas, folículos pilosos o tejidos blandos en la región.

Fistula perineal₁. Canal anormal que se forma entre el recto y la piel perineal, también puede afectar órganos genitales y recto.

Epidemiología. Más frecuentes en sexo masculino. La edad de aparición alcanza un pico a partir de la tercera hasta la quinta década de vida.

Factores de riesgo₁. Infección bacteriana, enfermedades inflamatorias intestinales, trauma o irritación, diabetes mellitus, higiene deficiente.

Factores de riesgo₂. Cirugía previa, trauma, absceso perineal previo, infección crónica, ETS.

Fisiopatología. Puede responder a causas específicas e inespecíficas. Se puede incluir: cuerpos extraños, traumatismos, enfermedades, etc.

Puede comenzar con una infección bacteriana y dicha infección provoca una respuesta inflamatoria que resulta en la

Clinica 1. Dolor en región perineal, edema, fiebre, enrojecimiento.

Clinica 2. dolor y malestar en región perineal, irritación o infecciones recurrentes en la piel, drenaje de secreción fecal o purulenta por una abertura en la piel.

Diagnóstico. Historia clínica, examen físico (inspección, palpación), anoscopia, USG, TC, cultivo de pus, RM y Fistulografía.

Tratamiento 1. Antibióticos, drenaje quirúrgico, cuidado postoperatorio.

Tratamiento 2. Cirugía (cerrar el canal anormal).

Cáncer colorrectal

Es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, se origina en el colon o el recto, comienza como un pequeño pólipo en el revestimiento del colon o el recto y con el paso del tiempo puede convertirse en cáncer.

Epidemiología. El riesgo de padecer esta entidad es del 6%. En México es la tercera causa de incidencia en ambos sexos y segunda en mortalidad, afecta personas >50 años.

Factores de riesgo. Factores ambientales: dieta rica en grasas saturadas, alta ingesta calórica, obesidad. Edad: el riesgo aumenta a partir de los 40 años y tiene un pico a los 75 años. Enfermedades asociadas: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, bacteriemia.

Fisiopatología. Existen tres mecanismos relacionados. 1: Inestabilidad cromosómica (60-70%): alteración en los genes KRAS, P53. 2: Inestabilidad microsatelital (15%): alteración en los genes: hMLH1, hMLH2, hMLH3, hPMS1, hPMS2, hMSH6. 3: Neoplasia serrata (20%): mutación en el gen BRAF.

Clinica. Dolor abdominal, cambio del hábito intestinal, pérdida de peso, sangrado rectal, anemia sin causa conocida.

Diagnóstico. Estudio de sangre oculta en heces (guayaco), px >50 años
Colonoscopia, biopsia, ecografía endoanal o rectal, RM, TC.

Tratamiento. Tratamiento quirúrgico (colostomía), quimioterapia,
radioterapia, inmunoterapia.



CamScanner



Bibliografía

Libro CTO de Medicina y Cirugía 6° edición