

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Yari Karina Hernández Chacha

Parcial : I ro

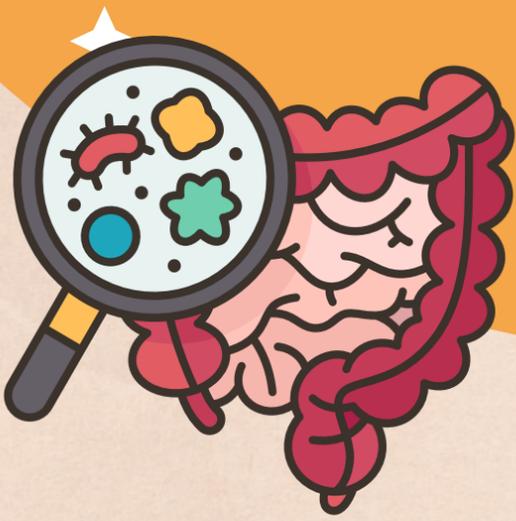
Nombre de la Materia: Clínica Quirúrgicas Complementarias

Nombre del profesor: Flores Gutiérrez Erick Antonio

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

7mo Semestre Grupo C

Obstrucción intestinal



DEFINICION

Una obstrucción intestinal ocurre cuando la comida o las heces no pueden salir del intestino. La obstrucción puede ser completa o parcial. Hay muchas causas. Las más comunes son adherencias, hernias, cánceres

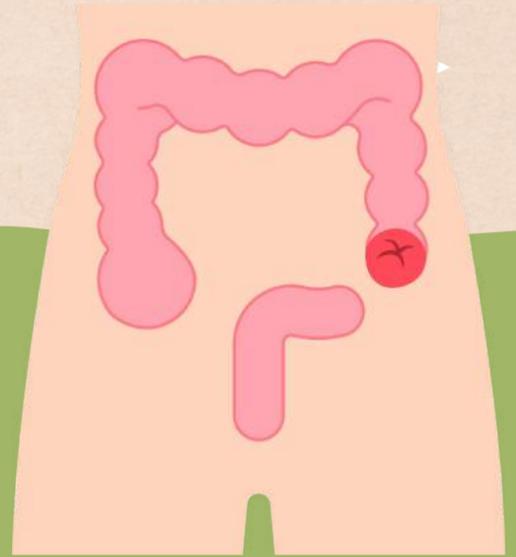
EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de la obstrucción intestinal maligna en el mundo varía entre el 3 y el 15%, dependiendo de las series revisadas.



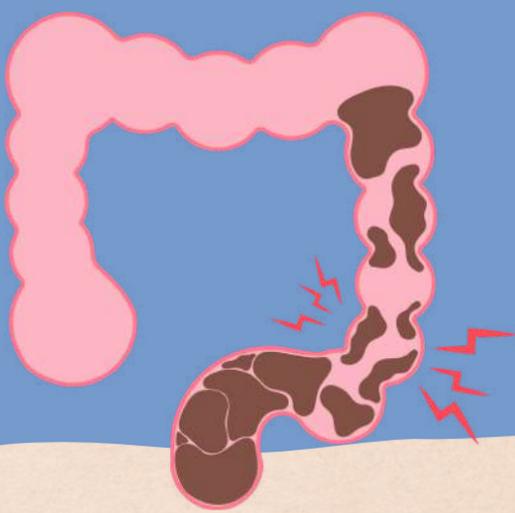
FACTORES DE RIEDGO

- Bacterias o virus que causan infecciones intestinales (gastroenteritis)
- Desequilibrios químicos, electrolíticos o minerales (como la disminución del nivel de potasio en la sangre)
- Cirugía abdominal
- Disminución del riego sanguíneo a los intestinos
- Infecciones dentro del abdomen, como apendicitis



FISIOPATOLOGIA

En la obstrucción mecánica simple, el bloqueo se produce sin compromiso vascular. El líquido y los alimentos ingeridos, las secreciones digestivas y el gas se acumulan por encima de la obstrucción. El intestino proximal se distiende, y el segmento distal se colapsa



CLINICA

- Dolor abdominal severo o retorcijones
- Vómitos
- Inflamación
- Gases fuertes
- Hinchazón del vientre
- Incapacidad para eliminar gases
- Estreñimiento



DIAGNOSTICO

- Amilasa en orina (Enciclopedia Médica)
- Enterografía por TAC (tomografía axial computada)

TRATAMIENTO

- colectomía
- Reparación de instrucción intestinal
- Recepción del intestino delgado





SECUENCIA RAPIDA DE INTUBACIÓN



OBJETIVO PRINCIPAL

DISMINUIR EL RIESGO DE BROCOASPIRACIÓN

INDICACIONES

-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CON NECESIDAD DE VM
-APNEA
-OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA SUPERIOR
-VENTILACION ELECTIVA

-AUSENCIA DE REFLEJOS PROTECTORES DE VIA AEREA
-ACUMULACIÓN DE SECRECIONES
-DISMINUCIÓN DE ACLARAMIENTO

PREPARACIÓN

- Historia clínica
- Exploración física
- Monitorización (ECG, Saturación)
- Preparación de material necesario
- Fármacos



Evaluación de la vía aérea potencialmente difícil y crear plan alternativo en caso de que fracase la intubación.

OXIGENACIÓN

- O₂ al 100% por 3 minutos
- **Conciente:** mascarilla reservorio
- **Insociente:** cánula orofaríngea y bolsa autoinflable

La preoxigenación retrasa la desaturación durante el periodo de apnea en la intubación.



PREMEDICACIÓN

- Atropina: 0.02mg/kg
- Lidocaína: 1.5-3mg/kg
- Fentanilo: 1-5 mcg/kg



Nos ayuda a mitigar los efectos adversos asociados a la intubación.

SEDACIÓN (ELEGIR SOLO 1)

- Midazolam: 0.15 mg/kg
- Tiopental: 3 mg/kg
- Ketamina: 1.5 mg/kg
- Etomidato: 0.3 mg/kg
- Propofol: 1 mg/kg



Administración de un inductor de acción rápida y un bloqueador neuromuscular

Etomidato usado principalmente en pacientes con inestabilidad hemodinámica o embarazo ectópico roto y choque hipovolémico

PARALISIS CON INDUCCION

- Succinilcolina: 1-2mg/kg
- Rocuronio: 0.6-1 mg/kg
- Vecuronio: 0.1-0.2 mg/kg

INTUBACIÓN

- Posicionar BUHE
- Maniobra de Sellick
- Laringoscopia Binasal
- Evaluación con Clasificación de Cormack-Lehane
- Tubo orotraqueal: M #7-7.5, H #7.5-8
- Tubo endotraqueal: (edad/4) + 4
 - Si el tubo utiliza neumosello: (edad/4) + 3.5
- Distancia:
 - Calibre del diámetro interno x 3
 - (edad/2) + 12
 - Hasta la marca de la cánula
- Contar con mascarilla laríngea y equipo de VAD

Posicionar adecuadamente al paciente, presionar el cricoides (Maniobra de Sellick) reduce el riesgo de regurgitación y aspiración durante el procedimiento

COMPROBACIÓN

- Auscultación pulmonar con adecuada ventilación bilateral
- Capnografía
- Deslizamiento pleural por USG
- Radiografía de tórax: TOT a 2cm encima de la carina
- Fijación del TET



CUIDADOS POST INTUBACIÓN

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

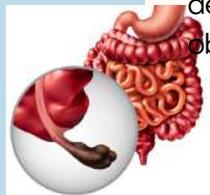


VOLVULOS DE COLON



SINTOMAS

Con frecuencia, los pacientes experimentan uno o varios días de dolor en la parte inferior del abdomen, distensión abdominal, estreñimiento, ausencia de eliminación de gases y, algunas veces, náuseas y vómitos. Debido a que el colon sigmoide está torcido sobre sí mismo, las heces y los gases no pueden pasar a través de este y se forma una obstrucción en el intestino.



- Vólvulo de sigmoides
- Más frecuente
- Clínica: Dolor abdominal, distensión abdominal, leucocitosis. Al comprometerse la irrigación procedente del mesenterio puede aparecer isquemia, manifestándose como rectorragia, fiebre y shock (gangrena del vólvulo) 1
- Rx simple de abdomen: Imagen en grano de café gigante, que es el asa de sigmoides dilatada y doblada sobre sí misma
- Tx:
- Primera elección:
- Descompresión endoscópica (colonoscopia) 1
- Seguía de colocación de sonda rectal (para evitar la recidiva)
- Segunda elección:
- Qx (distorsionar el vólvulo y fijar el sigmoides al meso para que recidive)
- Si ya hay sufrimiento del sigmoides, se debe reseca (Qx de Hartmann)
-
- Vólvulo de ciego.
- Clínica: Oclusión de intestino delgado
- * Rx simple de abdomen: Imagen de un ciego muy dilatado, verticalizado, que llega a la altura del epigastrio
- * Tx: Qx (no sirve el endoscópico)

es una parte del colon con forma de "S" que se encuentra en la parte inferior izquierda del abdomen, por encima del recto.

EPIDEMIOLOGIA

es más común en Africa, Medio Oriente, India, Rusia, Europa Oriental y Suramérica. En estas regiones, el vólvulo colónico causa de 13 a 42 de cada 100 casos de obstrucción intestinal

FACTORES DE RIESGO

Sigmoides	Colónico
Constipación crónica	Constipación crónica
Oclusión recurrente	Dieta alta en fibra
Dependencia a laxantes	Uso frecuente de laxantes
Enfermedad de Hirschsprung	Antecedente quirúrgico abdominal
Diabetes mellitus	Falla en proceso embriológico
Antecedente neuropsiquiátrico	Embarazo
Estadío en cama prolongado	Antecedente de cirugía pélvica
Enfermedad de Chagas (megacolon)	Colonoscopia
Internamiento en instituciones médicas	

DIAGNOSTICO

Historia clínica
Examen físico
prueba de diagnósticos por imagen .
Radiografía
Tomografía computarizada



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Forma parte de los padecimientos que se pueden presentar en el colon, y se compone de dos afecciones: diverticulosis y diverticulitis.

EPIDEMIOLOGIA

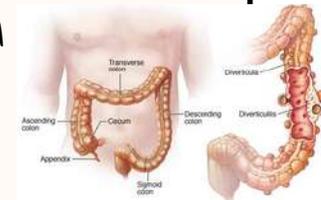
tiene alta prevalencia en la población, afectando al 65% de los mayores de 65 años, y al 5% de los menores de 40 años, conllevando una gran repercusión médica y económica.

FACTORES DE RIESGO

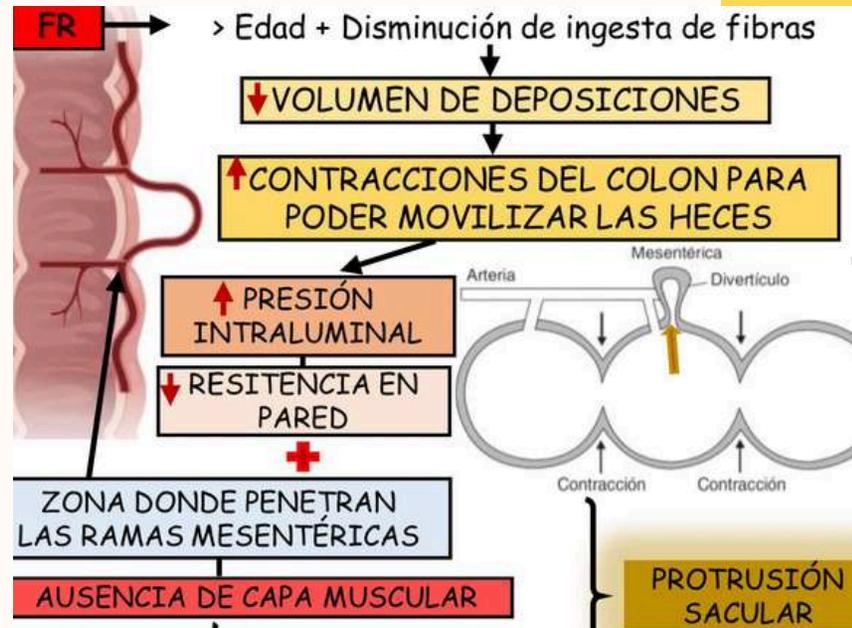
Protrusiones saculares de mucosa y submucosa

FR: Edad > 50a. Pared intestinal débil

Bajo consumo de Fibras:
Estreñimiento crónico



Fisiopatología



Clinica

- Náuseas y vómitos.
- Fiebre.
- Sensibilidad abdominal.
- Estreñimiento o, con menos frecuencia, diarrea.
- Dolor en la parte inferior del abdomen.

DIAGNOSTICO

- Análisis de sangre y de orina para identificar signos de una infección.
- Una prueba de embarazo para mujeres en edad fértil, para descartar el embarazo como causa del dolor abdominal.
- Una prueba de enzimas hepáticas, para descartar causas de dolor abdominal relacionadas con el hígado.
- Un examen de heces, para descartar la infección en personas que tienen diarrea.
- Una tomografía computarizada,

Tratamiento

reposo en cama, dieta absoluta, hidratación intravenosa, analgésicos y antibióticos intravenosos.

Hallazgos en la TAC:

- Estadio Ia e Ib.
- Diverticulitis leve.
- No perforación ni absceso.

No toma corticoides o inmunosupresores.

Tolerancia oral (no vómitos).

Sin signos de sepsis grave:

- Hipotensión (TAS < 90 mmHg).
- Hipoperfusión: acidosis láctica, oliguria, alteración aguda del nivel

Hallazgos en la TAC:

- Diverticulitis complicada o grave.
- Estadios Ic a IV.

Toma de corticoides o inmunosupresores.

Intolerancia oral (vómitos).

Con signos de sepsis grave.

Enfermedad hemorroidal



Definición

Las hemorroides son dilataciones de los plexos hemorroidarios superior e inferior. Están localizadas en los últimos centímetros del recto, en el conducto anal y en el recto. Forman parte de la anatomía normal de la región y cuando sufren alteraciones y producen síntomas se establece la enfermedad.

Clinica

- Rectorragia (más frecuente), en forma de sangre roja brillante
- Prurito, por secreción debida a la irritación de la mucosa
- Anemia (poco frecuente), ante sangrado constante e intenso
- Masa palpable, por el desarrollo de los plexos hemorroidales
- Tenesmo
- * Trombosis hemorroidal (dolor anal intenso)

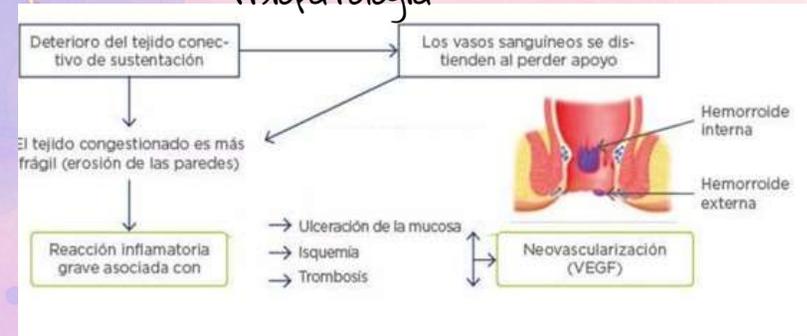


Factores de riesgo

- Estreñimiento crónico
- Obesidad
- Gestación
- Multiparidad



Fisiopatología



EPIDEMIOLOGIA

México, 5% de la población general presenta síntomas relacionados con las hemorroides. Son raras antes de los 20 años de edad; su frecuencia aumenta con la edad y es posible que el 50% de los adultos de 50 años tenga o haya sufrido sintomatología hemorroidaria



Grado	Clinica	Prolapso	Tratamiento
I	Sangrado rectal	No	Médico Conservador
II	Sangrado Prolapso	Al defecar Reducción espontánea	Ligadura con bandas
III	Sangrado Prolapso	Al defecar y de forma espontánea Reducción manual	Hemorroidectomía
IV	Sangrado Prolapso Dolor	No se puede reducir	Hemorroidectomía

Diagnóstico y tratamiento

realiza una historia clínica completa, incluyendo exploración proctológica, es muy difícil confundir la enfermedad hemorroidaria. Se debe hacer diagnóstico diferencial con: adenocarcinoma de recto, cáncer epidermoide de ano, prolapso rectal completo.

- Hemorroidectomía quirúrgica
 - H. submucosa cerrada
 - H. abierta
 - H de Whitehead

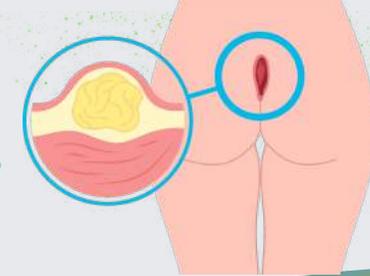


TRATAMIENTO

- Ligadura arterial guiada por doppler
- Procedimiento para prolapso y hemorroides/ hemorroidectomía grapada.



Abscesos y fístulas perineales



Definición

El absceso y la fístula perianal son procesos que comparten el mismo mecanismo fisiopatológico. Por definición, una fístula es una comunicación entre dos superficies epiteliales, en este caso la piel perineal y la mucosa del canal anal o el recto inferior.

Epidemiología

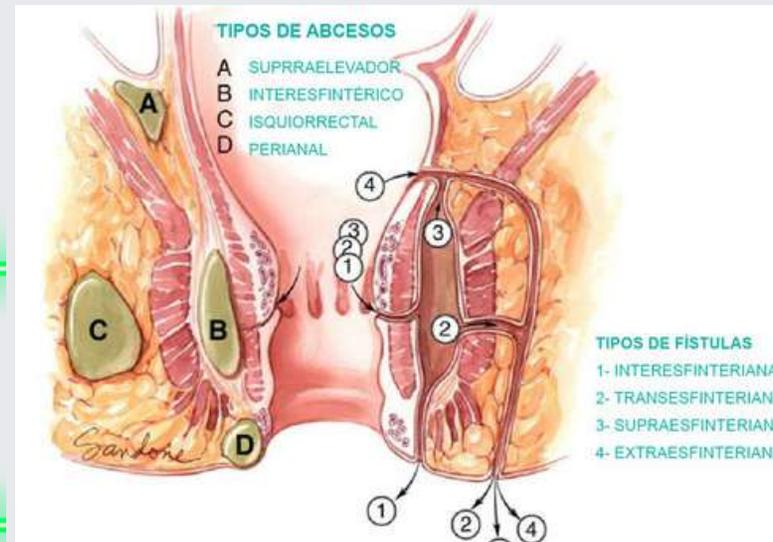
Los abscesos y fístulas perianales son más frecuentes en el sexo masculino, con una relación de 2:1. La edad de aparición alcanza un pico a partir de la tercera hasta la quinta décadas de la vida

Factores de riesgo

Abscesos anales que se hayan drenado con anterioridad. Enfermedad de Crohn u otra enfermedad intestinal inflamatoria. Traumatismo en la zona anal. Infecciones en la zona anal

Fisiopatología

- Las fístulas se originan a partir de una INFECCIÓN CRIPTOGLANDULAR, es decir, de una glándula interesfinteriana. (el proceso que origina la infección es desconocido).
- Desde esa infección la extensión de la inflamación puede seguir tres caminos que originan la CLASIFICACIÓN DE PARKS
 - Hacia abajo: formando absceso perianal y posteriormente una fístula interesfinteriana
 - Lateralmente: penetrando el esfínter externo y creando absceso isquirrectal y fístula transesfinteriana
 - Hacia arriba: creando absceso pélvico con posterior fístula transesfinteriana alta, supraesfinteriana o extraesfinteriana.



Diagnóstico

cultivo microbiológico
ecografía endoscópica

Tratamiento

ciprofloxacina en dosis de 500 mg IV cada 12 h y metronidazol en dosis de 500 mg IV cada 8 h, ampicilina/sulbactam en dosis de 1,5 g IV cada 8 h).

Los síntomas más habituales del absceso perianal son:

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor sordo
- Material purulento

Quirúrgico





A CANCER Colon-Rectal

DEFINICION



El cáncer colorrectal es un cáncer que se desarrolla en los tejidos del colon o del recto. Su colon y recto son parte de su sistema digestivo:

- El colon es la primera y más larga parte de su intestino grueso. Absorbe agua y algunos nutrientes de los alimentos. También convierte los productos de desecho sobrantes en heces (excremento)
- El recto es la parte inferior de su intestino grueso. Es donde su cuerpo almacena las heces

Epidemiologia



En nuestro país, cada año se diagnostican cerca de 15 mil casos nuevos de este tipo de cáncer, según datos de la Secretaría de Salud.

El cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más frecuente en el mundo. Representa aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer.

Factores de riesgo

Modificables:

- El tabaco
- El alcohol
- El sedentarismo
- Las dietas ricas en grasas animales y pobres en fibra, frutas y verdura fresca.
- La no participación en los programas de cribado del cáncer colorrectal.

No modificables:

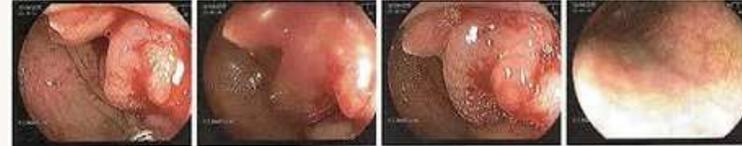
- La edad: la mayoría de los pacientes con cáncer de colon tienen más de 50 años
- Historial personal de pólipos adenomatosos
- Historial personal de cáncer colorrectal.
- Enfermedades inflamatorias intestinales, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn
- Diabetes tipo 2



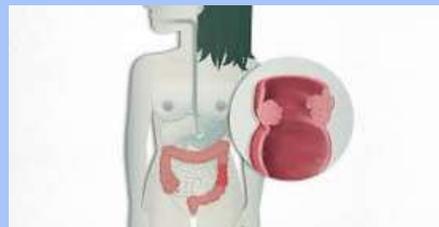
Fisiopatología



CLINICA



- Diarrea
- Estreñimiento
- Sensación de que el intestino no se vacía por completo
- Sus heces son más delgadas o tienen una forma diferente a la habitual
- Sangre (ya sea de color rojo brillante o muy oscuro) en las heces
- Dolores frecuentes por gases, hinchazón, plenitud o calambres
- Pérdida de peso sin motivo aparente
- Fatiga



Diagnóstico

Análisis de sangre
Hemograma completo
colonoscopia
Biopsia

Tratamiento

Colectomía
colostomía

