



Mi Universidad

Flash cards

Angel Diego de la Cruz Abarca

Flash cards

Primer parcial

Clinicas quirúrgicas complementarias.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina Humana

7 Semestre

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA.

1.- Preparación.

Monitorización
Material Necesario
Evaluación de vía Aérea → Lemon.
Planes alternativos (ABC)

2.- Pre Oxigenación.

Oxígeno por mascarilla reservorio
Con O_2 80-100% por 5 min
Evitar UPP

3.- Pre-Medicación.

Atropina 1mg/kg
Fentanilo 0.5mg/kg

4.- Inducción

Dur 3 a 5 min justo pre-Medicación
Etomidato 0.2-0.3 mg/kg
Tiopental 3-5 mg/kg
Ketamina 1-2 mg/kg
Propofol 1-3g/kg
Fentanilo 1-2 mg/kg
Midazolam 0.05-0.1 mg/kg

5.- Parálisis.

Se administra inmediatamente después del Inductor

Rocuronio 1-1.2 mg/kg
Succinilcolina 1-2 mg/kg

6.- Intubación.

Posición 30°
Laringoscopia bimanual
Evaluación Cormack-Lehane
TOT recomendado / Preferencia.
Mascarilla laríngea y equipo vía aérea difícil.

7.- Comprobación.

Visualización directa del tubo endotraqueal
Auscultación pulmonar
Capnografía
Rx torax
Ultrasonido.

8.- Cuidados post-Intubación.

Monitorizar $SpO_2 > 90\%$, TA adecuada, $PECO_2$ 35-45mmHg
Adecuada analgesia
Ajustar parámetros de ventilación
Tratar etiología Base.

Escala de Mallampati.

Clase I

visibilidad del paladar blando, uvula y pilares amigdalinos.

Clase II

visibilidad del paladar blando y la uvula

Clase III

visibilidad del paladar blando y la base de la uvula.

Clase IV

Solo es visible paladar duro.

Escala Cormack-Lehane

Grado I

Se visualiza el anillo glótico en su totalidad.

Grado II

Solo se observa la Comisura p mitad superior del anillo glótico.

Grado III

Solo se observa la epiglotis sin visualizar el orificio glótico.

Grado IV

Imposibilidad para visualizar incluso la epiglotis.

Obstrucción intestinal:

Definición:

Esta será una afección gastrointestinal que no permite que el material digerido circule por los intestinos de forma normal para su eliminación, es una afección grave que se produce cuando el intestino delgado o grueso se bloquea, impidiendo el paso de alimentos y heces. Puede ser total o parcial.

Epidemiología:

Este representa aproximadamente el 20% de todos los ingresos hospitalarios

La obstrucción intestinal aguda representa entre el 1 y el 3% de todas las hospitalizaciones y casi el 25% de las hospitalizaciones urgentes en cirugía general.

En el caso de los pacientes con estrangulamiento, la tasa de mortalidad es cercana al 8% si son operados en las primeras 24 a 30 horas de inicio de los síntomas.

Factores de Riesgo:

Adherencias intestinales Hernias Cáncer de colon volvulo
Intususcepción Cuerpos extraños Cálculos biliares Tumores

Fisiopatología:

La acumulación intraluminal de secreciones gástricas, biliares y pancreáticas continúa incluso en ausencia de consumo oral.

Cuando la obstrucción evoluciona el intestino se congestiona y el contenido intestinal no se reabsorbe, a esto siguen los vómitos y la reducción del consumo oral.

Clínica:

Dolor: Se localiza en la proyección del sitio comprometido a manera de cólicos intermitentes

Vómitos: Síntoma frecuente, mientras más alta es la oclusión más temprano es el vómito que puede ir desde alimentario, bilioso, hasta fecaloideo

Constipación: Detención de materias y gases

Oliguria

Distensión abdominal

DX:

Examen físico Radiografía TAC Ecografía Rectosigmoidoscopia

Tx:

Reposición de líquidos, aspiración nasogástrica y, en la mayoría de los casos de obstrucción completa, cirugía

Vólvulos del colon:

Definición:

El vólvulo de colon se describe como la torsión del intestino grueso sobre su eje mesentérico, ocasionando así un cuadro de oclusión intestinal. Representa en nuestro medio entre el 5-10% de los cuadros de oclusión intestinal baja.

Diagnostico:

Es poco común en Estados Unidos, donde causa menos del 5% de los casos de obstrucción intestinal, es más común en África, Medio Oriente, India, Rusia, Europa Oriental y Suramérica, donde causa entre el 13% y el 42% de los casos de obstrucción intestinal.

Factores de Riesgo:

Estreñimiento crónico

Uso frecuente de laxantes

Dieta rica en fibra

Cirugía abdominal, pélvica o intestinal previa

Edad avanzada

Fisiopatología:

En el sigmoideas, una rotación de 180 grados es considerada fisiológicamente normal, sin embargo, un giro mayor a estos grados deriva en complicaciones como obstrucción, isquemia, necrosis y, por consiguiente, perforación. Durante el vólvulo sigmoideo, la distensión colónica causa incremento en la presión intraluminal que resulta en disminución de la perfusión capilar, lo que ocasiona isquemia mural, agravada por la oclusión venosa mesocólica por el fenómeno mecánico de compresión y rotación axial.

Clínica:

Se presenta con dolor abdominal de tipo cólico, náusea, vómito y constipación; suele haber distensión abdominal, grados variables de sensibilidad, ruidos peristálticos disminuidos o aumentados y ámpula rectal vacía a la exploración digital, aunque un porcentaje puede cursar como asintomáticos inicialmente. El 33% de los pacientes presenta la triada del vólvulo de sigmoideas, emesis, dolor tipo cólico con constipación y distensión abdominal.

Dx:

Radiografía de tórax

Radiografía de abdomen

Química sanguínea

BH

Pruebas de coagulación

Tomografía

Tx:

Rectosigmoideoscopio o colonoscopio para la descompresión

Quirurgico

Enfermedad diverticular:

Definición:

La enfermedad diverticular es una afección que se presenta cuando se forman bolsas o sacos pequeños, llamados divertículos, en la pared del colon. Estos divertículos se forman cuando las capas internas del intestino sobresalen a través de las capas musculares externas.

Epidemiología:

La enfermedad diverticular tiene alta prevalencia en la población, afectando al 65% de los mayores de 65 años, y al 5% de los menores de 40 años.

Factores de riesgo:

Dieta baja en fibra y rica en carnes rojas

Falta de actividad física

Consumo de AINES

Obesidad

Tabaquismo

Antecedentes familiares

Fisiopatología:

El divertículo se produce en la zona donde ingresa la arteria a la pared colónica, región donde no habría capa muscular, sólo mucosa, produciéndose entonces el divertículo. Esta situación explicaría el mayor riesgo de perforación, microabscesos y hemorragia en presencia de pequeños roces en el cuello del divertículo.

Estos pacientes tienen una pared mucho más delgada en la zona donde llega la arteria a la mucosa y el divertículo se forma donde existen cambios estructurales, con alteración de la capa muscular circular y longitudinal; se observan alteraciones del colágeno con mayor depósito de elastina, que favorece el colágeno tipo III, que es un colágeno normal, pero que favorece la presencia de complicaciones de los divertículos

Cuadro clínico:

Si se agrupa a todos los pacientes con enfermedad diverticular, la primera entidad es la diverticulosis, que es asintomática en 75% de los casos y sintomática en 25% de ellos; de las sintomáticas, 75% se presenta como diverticulitis, que es la presentación más frecuente y 25% como hemorragia, de las cuales sólo un tercio son masivas.

Dx:

Clinico

Tomografía

Colonoscopia

Resonancia magnética

Tx:

Amoxicilina-Clavulanato

Metronidazol

Quinolonas

Cirugia

Enfermedad hemorroidal:

Definición:

La enfermedad hemorroidal es una condición que se presenta cuando las venas que se encuentran alrededor del ano o el recto inferior se inflaman. Se pueden clasificar en hemorroides internas y externas, dependiendo de su ubicación:

Hemorroides internas: Se encuentran dentro del ano y no son visibles a simple vista.

Hemorroides externas: Se forman debajo de la piel alrededor del ano y son visibles.

Epidemiología:

Entre un 50 y un 80% de la población llega a presentar esta patología en algún momento de su vida, es más frecuente en personas mayores de 50 años.

Factores de Riesgo:

Esfuerzo al defecar	Sentarse en el baño por mucho tiempo	Estreñimiento		
Diarrea crónica	Obesidad	Embarazo	Levantar objetos pesados	Higiene incorrecta

Fisiopatología:

El incremento de la presión abdominal sumado a la disminución del retorno venoso y a la hiperperfusión arterial de los sinusoides sumado al descenso del tono vascular llevan a la congestión sinusoidal. Por otro lado, los tejidos conectivos hipertrofiados y relajados pierden su capacidad de contener a las sinusoides, los cuales se dilatan pasivamente. Adicionalmente, la actividad aumentada del esfínter interno, ya sea primaria o secundaria, impide el correcto vaciamiento de las sinusoides.

Clínica:

Sangre roja brillante indolora proveniente del recto.

Prurito anal.

Dolor anal especialmente mientras se está sentado.

Dolor durante la defecación.

Una o más protuberancias duras o sensibles cerca del ano.

Dx:

El diagnóstico de las hemorroides se realiza a partir de una exploración física y de la sintomatología característica

Colonoscopia para descartar cáncer colorectal.

Tx:

Hidrocortizona

Lidocaína

Compresas

Ablandador de heces

Abscesos y fistulas perianales:

Definición:

Abscesos anales

Son acumulaciones de pus cerca del ano o el recto que pueden drenar a través de la piel o la mucosa rectal.

Fístulas anales

Son más comunes en hombres y en adultos de alrededor de 40 años, aunque pueden afectar a personas más jóvenes con antecedentes de enfermedad de Crohn.

Epidemiología: La mayor incidencia de los abscesos anorrectales ocurre en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres de 2:1 a 3:1

Factores de riesgo:

Lesiones o cirugías Infecciones o inflamaciones Trauma obstétrico Enfermedad de Crohn

Tumores malignos Radioterapia Sexo anal

Los abscesos rectales profundos pueden ser causados por trastornos intestinales, como la enfermedad de Crohn o la diverticulitis.

Fisiopatología:

Un absceso perianal es una cavidad llena de pus que se produce cuando bacterias infectan las glándulas secretoras de moco del ano y el recto. Los abscesos perianales pueden originarse en un forúnculo, es decir, en una infección que se produce en un folículo piloso, glándula sudorípara o sebácea

Clínica:

Hinchazón alrededor del ano

Dolor pulsátil y constante, especialmente al sentarse, toser o defecar

Estreñimiento Secreción de pus por el recto

Enrojecimiento, tejido endurecido y doloroso en la zona del ano

Sensibilidad Fiebre, escalofríos y sudoración nocturna

Dx:

Examen visual: Si el absceso está visible en la piel perianal, el médico lo podrá ver.

Tacto rectal: Si no hay enrojecimiento o hinchazón externa, el médico puede palpar el recto con un dedo enguantado para detectar un absceso.

Pruebas de imagen: Si se sospecha de un absceso profundo o de una enfermedad de Crohn, se puede realizar una tomografía computarizada (TC) del abdomen para determinar su localización y extensión. También se puede realizar una ecografía transrectal y transperineal para evaluar la localización del absceso.

Tx:

Denaje quirúrgico

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)

Cancer-Colorectal:

Definición:

El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o el recto, generalmente empieza con el crecimiento de tejido o un tumor al que se le llama pólipo no canceroso, el cual puede comenzar a crecer en el espesor de la pared del colon o del recto y al paso del tiempo volverse canceroso.

Epidemiología:

La posibilidad de tener cáncer colorrectal es mayor en las personas adultas después de los 50 años de edad.

Factores de riesgo:

Fumar, la radiación, agentes cancerígenos, la obesidad, las hormonas, la inflamación crónica y la falta de ejercicio.

Fisiopatología:

se caracteriza por la formación de células malignas en el colon o el recto, a partir de mutaciones y genes alterados que provocan la proliferación de células y la formación de pólipos. Estos pólipos pueden crecer con el tiempo y convertirse en tumores malignos que pueden extenderse a otras partes del cuerpo.

Clínica:

Cambio en los hábitos de evacuación, como diarrea

Estreñimiento o reducción del diámetro de las heces (excremento) por varios días

Sensación de que se necesita defecar y que no desaparece después de hacerlo Sangrado rectal

Color del excremento oscuro o sangre fresca en las heces (aunque a menudo el excremento tiene color normal)

Cólicos o dolor abdominal Debilidad Cansancio Pérdida inexplicable de peso

Diagnostico:

Colonoscopia

Prueba de guayacol en heces

Prueba inmunoquímica fecal

Enema de bario con contraste de aire

Sigmoidoscopia flexible

Examen físico

Tratamiento:

Cirugía

Radioterapia

Quimioterapia

Terapia dirigida

Vigilancia activa

Inmunoterapia