



Mi Universidad

Flash Cards

Jorge Daniel Hernández González

SRI y Patologías

Parcial: 1°

Clinica Quirurgicas Complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

Licenciatura de Medicina Humana

Semestre: 7to., Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 15 de septiembre del 2024.

SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN (SRI)

es el método para realizar intubación endotraqueal en situaciones de emergencia debido a que produce rápidamente inducción y parálisis. Disminuye las posibilidades de broncoaspiración y logra una vía aérea en sujetos con inestabilidad hemodinámica, hipoxia y acidosis.

Objetivos:

Lograr la intubación.

Intubación con el mínimo tiempo posible de apnea.

Anular las respuestas voluntarias y reflejas producidas al estimular vía aérea

Con la administración de premedicación y fármacos inductores.

Preparación:

En 10 min evaluar, la vía aérea y preparar el equipo.

Valorar estado cardiovascular.

Esquema de fármacos para inducción y parálisis muscular.

Selección del tamaño del tubo endotraqueal.

Diseño de un plan endotraqueal.

Diseño un plan alternativo (mascarilla laríngea, intubación broncoscópica).

Evaluación de vía aérea.

Factores anatómicos que dificulten la ventilación e intubación endotraqueal:

Edentulia, abscesos, hematomas, neoplasias vía aérea, cuello corto y grueso, traumatismo facial, ascitis, ascitis y obesidad.

Preoxigenación (desnitrogenación alveolar).

El objetivo es 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 a 5 min a través de dispositivo sellado.

Realizar 8 respiraciones profundas en 60 segundos.

Tiempo de apnea seguro: adulto sano 70 kg-8.7 min/obeso 127 kg-3.1 min.

Posición de olfateo.

Alinear los ejes anatómicos bucal, faríngeo y laríngeo.

Decúbito supino para alinear la mastoidea con el manubrio esternal en plano horizontal.

Obeso, posición RAMPA, levantar el tórax del sujeto, colocando su cabeza a un nivel inferior.

Cuidados pos intubación.

Confirmar la correcta colocación del tubo, iniciando con la auscultación del epigastrio y posteriormente de ambos hemitórax.

Observar los movimientos del tórax y mantenimiento o mejoría en saturación periférica de oxígeno.

Rx de tórax y oximetría arterial.

Material para intubación endotraqueal:

Guantes y jeringas 10 ml.

Fuente de oxígeno y sistema de aspiración.

Accesorios para ventilación: bolsa-valvula-mascarilla. Mascarilla facial.

Cánulas bucofaríngeas (Guedel).

Cánulas endotraqueales: 7 a 7.5 mm diámetro, mujeres. 8 a 8.5 mm diámetro, hombres.

Estiletes y guías metálicas.

Laringoscopio rígido con hojas rectas y curvas. Hoja 3 y 4.

Estetoscopio.

Oxímetro de pulso.

Medicamentos para reanimación e intubación.

Cinta para fijar tubo.

Jalea.

Premedicación (sedación y analgesia).

Atenuar la respuesta fisiológica a la laringoscopia e intubación.

Desencadena una descarga del SN simpático, caracterizado por hipertensión y taquicardia, broncoespasmo, hipertensión intraocular y endocraneana.


Vía aérea difícil.

Escenario clínico en el que el médico capacitado en ventilación con mascarilla facial o intubación traqueal experimenta dificultad por más de 3 intentos.

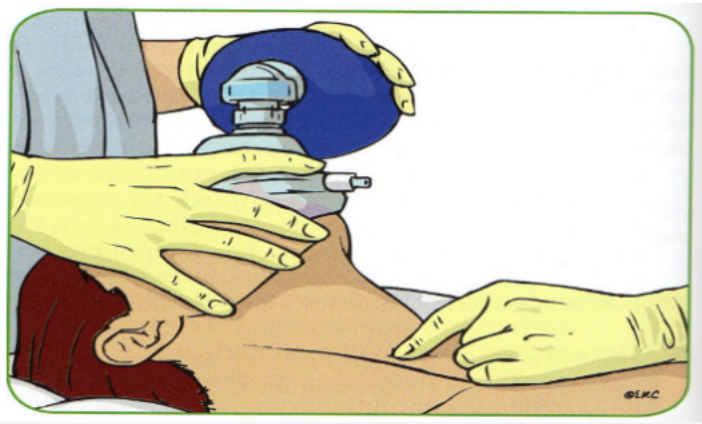
Marcadores externos: trauma facial, obesidad cuello corto y grueso, dientes prominentes, movimiento cuello limitado, apertura de boca menos de 3 dedos, distancia mentón-hioides menos de 3 dedos, distancia laringe-mandíbula menos de 2 dedos.

Airway Card

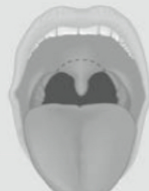



Maniobra de Sellick

Suction Smaller suction yankauer for infants  Bulb vs flange tip	S O A P M E	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 + Versed: 0.1 mg/kg/hr or Propofol 50 mcg/kg/min Etomidate 4-roc dose / r5-5ua dose		ETCO2 Equipment Continuous ETCO2 BVM CXR Vent Initial setting: AC 20/5 @ 100% Assist-Control Vt: 6-8 mL/kg or PIP 20 PEEP: 5 FIO2: start 100%

La maniobra de Sellick, también conocida como presión cricoidea (PC), es un procedimiento que consiste en aplicar presión hacia atrás sobre el cartílago cricoides para ocluir el esófago superior contra las vértebras cervicales. Se utiliza para prevenir la regurgitación de contenido gástrico y la aspiración hacia el árbol pulmonar.



Clasificación de Mallampati

			
Paladar blando, úvula, fauces, pilares visibles	Paladar blando, úvula, fauces visibles	Paladar blando, base de la úvula visible	Sólo se observa el paladar duro
Sin dificultad	Sin dificultad	Dificultad moderada	Muy difícil

LEMON

Valoración de la vía aérea en el paciente traumatizado

L LOOK	E EVALUATE	M MOUTH	O OBSTRUCTION	N NECK
EXAMINAR Buscar lesión o trauma	EVALUAR regla 3-3-2 Distancia: • interincisivos 3 • mentohioides 3 • tiroides a suelo de la boca 2	APERTURA DE LA BOCA Mallampati > 3	OBSTRUCCIÓN Presencia de epiglotitis o abscesos amigdalinos	MOVILIDAD CUELLO Presencia de collarín, imposibilidad de extensión del cuello
				

La nemotecnia **LEMON** es un método de evaluar la vía aérea previa a la intubación.

- L:** observar externamente para identificar condiciones predictoras de vía aérea difícil (obesidad, cuello corto, masas, trauma de cuello a cara, lengua protruyente, ausencia de piezas dentales, alteración de oclusión, mandíbula pequeña, barba y pacientes ancianos con pérdida de tejido facial).
- E:** esta regla puede detectar una vía aérea difícil midiendo traveses de dedo.
- M:** Mallampati, clasificación de la relación de la lengua y las demás estructuras del istmo de las fauces.
- O:** considerar posible obstrucción de vía aérea (epiglotitis, hematoma del cuello, trauma o malignidad, edema de la vía aérea por alergia o quemadura).
- N:** trauma o patología que imposibilite o limite la extensión.

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA

- PREPARACIÓN**
 - Monitorización
 - Material necesario
 - Evaluación de la vía aérea
 - Planes alternativos: (ABC)
- PRE-OXIGENACIÓN**
 - Oxígeno por mascarilla reservorio con FIO₂ 80-100% por 5 min
 - EVITAR VPP (Solamente después de la inducción)
- PRE-MEDICACIÓN**
 - Lidocaína 1mg/kg (PIC, Bradicardia)
 - Fentanilo 0.5mcg/kg (Ministrar en todos los casos posibles)
- INDUCCIÓN**

De 3-5min junto con premedicación)

 - Etomidato 0.2-0.3mg/kg
 - Tiopental 3-5mg/kg
 - Ketamina 1-2mg/kg
 - Propofol 1-3.g/kg
 - Fentanilo 1-2mcg/kg
 - Midazolam (individualizar) 0.05-0.1mg/kg
- PARÁLISIS**
 - Se administra inmediatamente después del inductor
 - Rocuronio 1-1.2 mg/kg
 - Succinilcolina 1-2 mg/kg
- INTUBACIÓN**
 - Posición BUHE (Cabezal de respaldo elevado)
 - Laringoscopia bimanual
 - Evaluación Cormack-Lehane (I-II: fácil, III-IV: difícil)
 - TOT recomendado/preferencia #8-9
 - Mascarilla laríngea y equipo de Vía Aérea Difícil
- COMPROBACIÓN**
 - Visualización directa del tubo endotraqueal
 - Auscultación pulmonar
 - Capnografía
 - Rx Tórax (TOT 2cm arriba de la Carina)
 - Ultrasonido (deslizamiento pleural)
- CUIDADOS POST-INTUBACIÓN**
 - Monitorear SpO₂ >90%, TA adecuada, ETCO₂ 35-45mmHg
 - Adecuada analgesia
 - Ajustar parámetros de ventilación
 - Tratar la etiología base

Premedicación

Fármaco	Dosis	Inicio	Duración	Indicaciones	Contraindicación
Fentanilo	1-3 mcg/kg	Inmediato	30-60 min	-Paciente estable -Emergencia hipertensiva, -Diseción y aneurismas arteriales -EVC	-Hipotensión -Rigidez torácica -Bradicardia.
Rocuronio	0.06 mg/kg	1-2 min	< 5 a 10 min	HIC	- Parálisis
Lidocaína	1.5 mg/kg	45 – 90 seg	10 a 20 min	HIC	- Hipotensión
Esmolol	2 mg/kg	2-10 min	10 a 30 min	HIC	- Bradicardia - Hipotensión - Reactividad bronquial

Fármacos para inducción

Fármaco	Dosis	Inicio	Duración	Indicación	Contraindicación
Propofol	Estable: 2 mg/kg Inestable: 0.5 mg/kg	9-50 seg	3-10 min	Estatus epiléptico HIC	Hipotensión
Tiopental	Estable: 3 mg/kg Inestable: 1.5 mg/kg	30-60 seg	5-30 min	Estatus epiléptico HIC	Broncoespasmo Hipotensión
Ketamina	2 mg/kg	1-2 min	5-15 min	Asma – EPOC Inestabilidad hemodinámica	Hipertensión Taquicardia
Etomidato	Estable: 0.3 mg/kg Inestable: 0.15 mg/kg	30-60 seg	3.5 min	Inestabilidad hemodinámica, Politrauma e hipotensión	Insuficiencia suprarrenal Crisis convulsivas
Midazolam	0.1 mg/kg	60-90 seg	15-30 min	Estabilidad hemodinámica	Hipotensión Insuficiencia

Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias. INCMNSZ

Relajantes musculares

Fármaco	Dosis	Inicio	Duración	Indicación	Contraindicación
Rocuronio	0.9-1.2 mg/kg	45-60 seg	45-70 min	Contraindicación de succinilcolina	Hipertensión arterial taquicardia
Succinilcolina	0.4-1.2 mg/kg	30-60 seg	5-15 min	Relajación neuromuscular durante intubación	Hipertermia maligna Intubación difícil Hipercalemia Miopatías Quemaduras IRC
Vecuronio	0.1 mg/kg	1-2 min	>20 min	Relajación neuromuscular durante intubación	Hipotensión Taquicardia Hipersensibilidad

OBSTRUCCION INTESTINAL

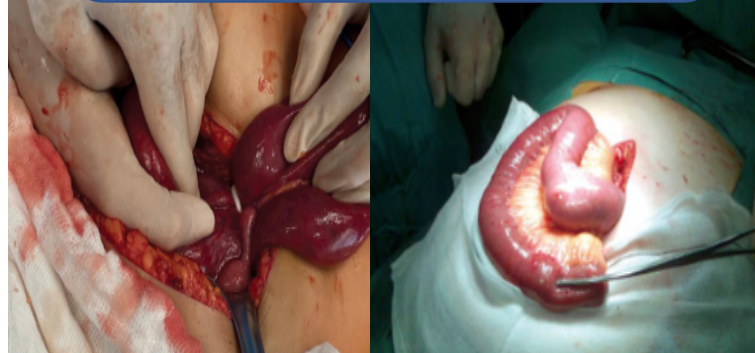
Definición:
Interrupción del tránsito intestinal de forma completa o persistente en el cual impide expulsar gases y heces por el recto.

Epidemiología:
Adherencias: 65-75% de los casos.
70% adherencias en lo conservador y 30% quirúrgico.
Recién nacidos: íleo meconial, Lactantes: invaginación, Adultos de 16-50 años



Factores de riesgo:
Cirugías previas, hernia inguinal o crucial, cambios en el habito intestinal, cólicos biliares, encajamiento prolongado, cardiopatía previa.

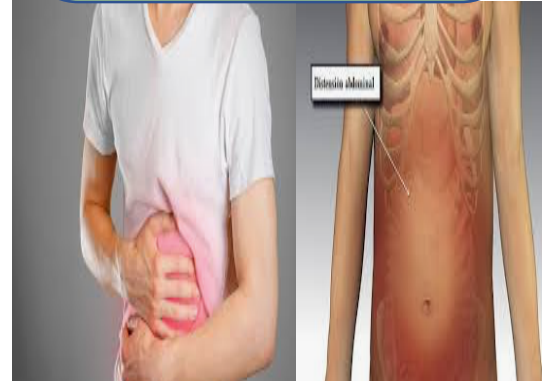
Fisiopatología:
Mayor presión inguinal, mayor riesgo y distención en la perdida de líquidos en el tercer espacio, menor retorno venoso mesentérico.
Flujo mucoso intestinal.
Edema de pared y trasuduración.
Hiperperistalismo: encima de obstrucción y debajo de obstrucción: intestino fatigado y dilatado: acumulo de H2O y electrolitos (K): perdida de líquidos en el tercer espacio: deshidratación y hipervolemia.



Clínica:
Dolor abdominal tipo cólico.
Distención abdominal con perístasis disminuida o ruidos metálicos de lucha.
Heces con sangre.
Puede haber masa palpable.
Irritación peritoneal.

Diagnostico:
Radiografía abdominal.
DLH (Deshidrogenasa) y lactato.
Estándar de oro: tomografía con contraste para detectar el sitio de obstrucción.
Y en la hernia el estándar de oro es la herniografía.

Tratamiento:
El 90% de pacientes mejoran con sonasografía o tubo nasointestinal largo por 48 a 72 horas.



VOLVULOS DE COLON (SIEGO Y SIGMOIDES)

Definición:

Es la formación de asas cerrada en el cual existe compromiso de la circulación sanguínea, la causa principal es un fallo o laxitud de la fijación peritonea.

Epidemiología:

Constituye la tercera causa de obstrucción colónica.
Mas de 95% e los casos involucran colon sigmoides.
Vólvulo sigmoideo mas común en hombres (mayores de 70 años).



Sigmoides

- Constipación crónica
- Oclusión recurrente
- Dependencia a laxantes
- Enfermedad de Hirschsprung
- Diabetes mellitus
- Antecedente neuropsiquiátrico
- Estadío en cama prolongado
- Enfermedad de Chagas (megacolon)
- Internamiento en instituciones médicas

Colónico

- Constipación crónica
- Dieta alta en fibra
- Uso frecuente de laxantes
- Antecedente quirúrgico abdominal
- Falla en proceso embriológico
- Embarazo
- Antecedente de cirugía pélvica
- Colonoscopia

Clínica:



Vólvulo sigmoideo

- Radiografía abdominal: Asa intestinal dilatada con niveles hidroaéreos
- Signo de "grano de café"
- Ausencia de gas en ámpula rectal
- Tomografía axial computarizada: Asa intestinal dilatada con ausencia de haustra
- Signo de whirlpool: torsión del mesenterio y vasos mesentéricos
- Signo de "pico de pájaro"
- Signo de "grano de café"
- Signo de "X": el entrecruzamiento de asas intestinales en el sitio de torsión
- Signo de "pared dividida": por grasa mesentérica que se invagina en pared intestinal

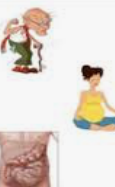
Vólvulo colónico

- Radiografía abdominal: Distensión de asa que se extiende de cuadrante superior derecho a epigastrio o cuadrante superior izquierdo
- Un solo nivel hidroaéreo
- Tomografía axial computarizada: Dilatación de colon
- Dilatación focal de aire con haustra en cuadrante superior izquierdo
- Signo de whirlpool: torsión del mesenterio y vasos mesentéricos
- Signo de "pico de pájaro"
- Signo de "X": el entrecruzamiento de asas intestinales en el sitio de torsión

Factores de riesgo:

Factores de Riesgo

- Anormalidades del desarrollo.
- Estreñimiento.
- Edad.
- Dieta rica en fibras.
- Trastornos neuropsiquiátricos.
- Cirugía abdominal previa.
- Embarazo.
- Diabetes.
- Enfermedad de Chagas.
- Megacolon.



Fisiopatología:

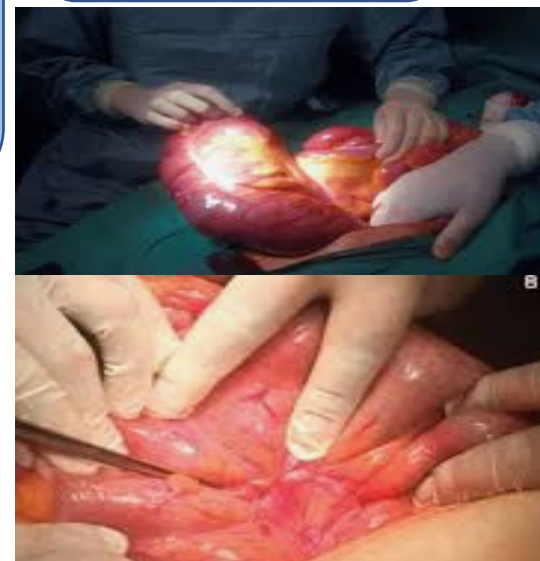
- Torsión del mesocolon.
- Obstrucción con asa cerrada.
- Hiperperistalismo.
- Mayor presión intraluminal.
- Colapso venoso.
- Isquemia intestinal: necrosis o torsión vascular.

Diagnostico:

Radiografía simple la clave diagnostica para el vólvulo sigmoideo s el colon dilatado sin haustras, en forma de U invertida y localizada en la línea media.
Y la tomografía computarizada debido a su sensibilidad de 100% y especificidad mas del 90%.

Tratamiento:

- Quirúrgico.
- Colonoscopia.
- Sigmoidoscopia.



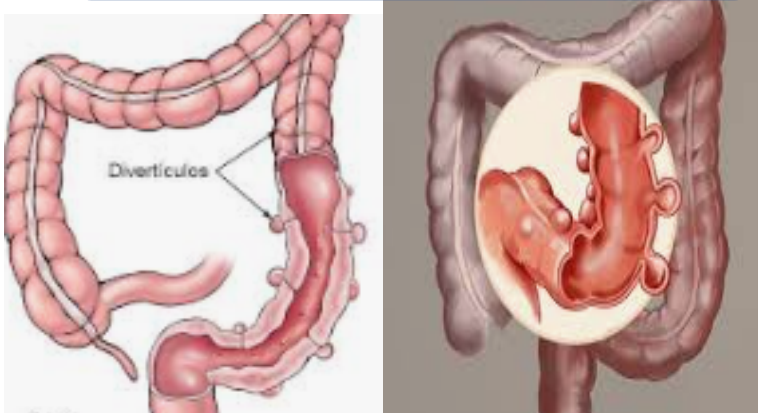
ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Definición:

El termino diverticulosis describe la presencia de pseudodivertículos (formados por mucosa y submucosa)

Epidemiología:

El 60% en pacientes mayores de 80 años. La morbilidad y la mortalidad n estos son del 60 y del 20 % respectivamente.

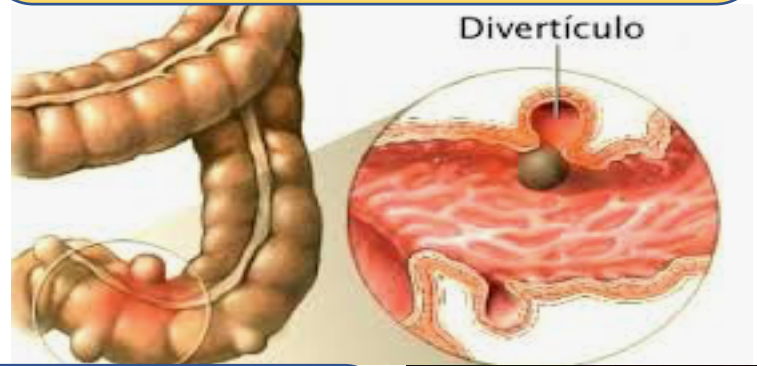


Factores de riesgo:

El trastorno es frecuente del 65-80% de las personas de las personas de mas de 65 años. Relación con las dietas pobres en fibra.

Fisiopatología:

Se producen como consecuencia de la herniación de la mucosa y submucosa en las tenias mesentérica y lateral debido a la hipertensión que soportan las áreas mas débiles de la pared (zonas de penetración vascular).



Clínica:

En ocasiones pueden presentar dolor recurrente (malestar en el cuadrante inferior izquierdo) generalmente en un periodo de estreñimiento y mateorismo.

Diagnostico:

Enema opaca o colonoscopia. Si los divertículos se hacen sintomáticos o se complican, aparece lo que se conoce como enfermedad diverticular.



	Tratamiento médico	Recomendaciones	Tratamiento quirúrgico
Diverticulosis asintomática	No recomendado	Dieta baja rica en fibra, no fumar, evitar alcohol, hacer ejercicio, prevenir la diabetes e hipovitaminosis D (NE IC)	No recomendado
EDSNC	Rifaximina 400 mg/7 d x mes (NE Ia) Mesalazina (NE Ib) Probióticos (NE Ib)	Dieta rica en fibra, evitar consumo de alcohol (NE IC)	No recomendado
CSAD	Mesalazina +- corticocosteroides (NE Ib)		No recomendado
DA no complicada (Hinchey 0-Ia)	Tratamiento sintomático ambulatorio sin antibióticos (NE Ib)	Dieta pobre en residuos en la fase aguda	No recomendado
DA complicada (Hinchey Ib-II)	Tratamiento antibiótico y sintomático HBPM Punción percutánea de abscesos de > 4 cm (NE Ic)		Sólo si falla tratamiento conservador
DA complicada (Hinchey III-IV)			Resección con o sin anastomosis primaria

ENFERMEDAD HEMORRAIDAL

Definición:

Son dilataciones de los plexos hemorroidarios superior e inferior. Es producida por el prolapso o congestión de dichas estructuras.

Epidemiología:

En México 5% de la población general presenta síntomas relacionados con las hemorroides. 50% en adultos mayores de 50 años. El pico de incidencia es de 45 y 65 años. Los hombres los mas afectados.



Factores predisponentes:

Herencia, anatomía del canal anal, esfuerzo defecario, partos, algunas profesiones que implican estar mucho tiempo sentado o mucho tiempo de pie, diarrea, estreñimiento.

Clasificación:

Grado	Prolapso	Clínica	Tratamiento
I	No	Rectorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Conservador • Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar; reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Ligadura con bandas • Esclerosis
III	Al defecar y espontáneamente; 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

Fisiopatología:

Cambios estructurales en los tejidos de sustentación del canal anal. Cambios morfológicos la vasculatura. Amplia neovascularización. Cambios inflamatorios en la pared vascular y el tejido conectivo



FACTORES DE RIESGO



Clínica:

Trombosis hemorroidal externa. Crisis hemorroidal aguda. Prolapso hemorroidal trombosado. Sin complicación es: prurito, rectorragia, prolapso, anemia, masa palpable y tenesmo.

Diagnostico:

Historia clínica. Exploración. Diagnostico diferencial: colonoscopia y enema opaco.

Tratamiento:

Evitar sedentarismo. Dieta rica en fibra y líquidos. Baños de asiento con agua templada. Laxantes. Tratamiento medico tópico con corticoides (limitado a fase aguda 5-7 días máximo) y anestésicos. Flebotonicos.



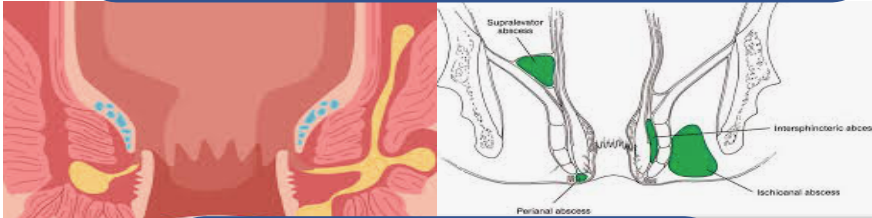
ABSCEOSOS Y FISTULAS PERIANALES

Definición:

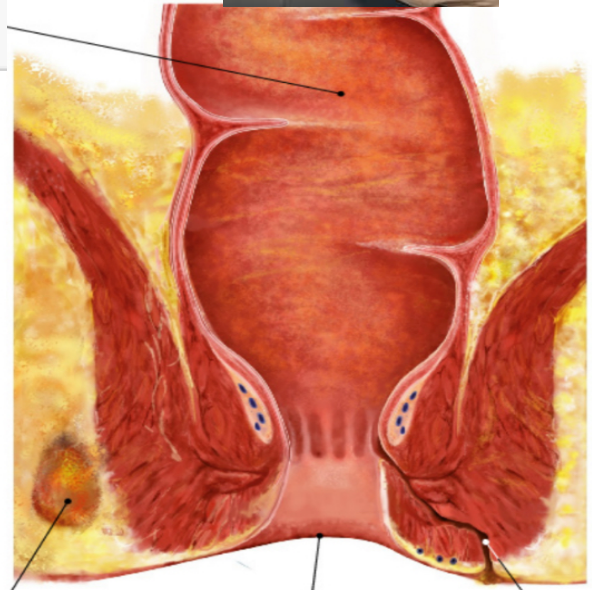
El absceso y la fistula anal son dos fases del mismo padecimiento, el primero en fase aguda crónica o secuela. La fistula es el conducto de paredes fibrosas infectadas, que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto.

Epidemiología:

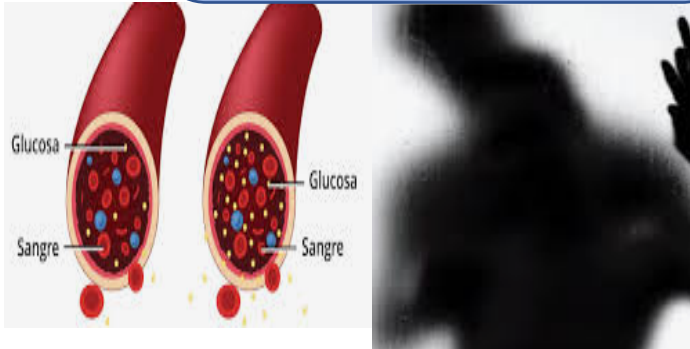
Es una afección muy frecuente en la práctica coloproctológica así común en el sexo masculino y en edades que fluctúan entre 30 a 50 años.



Factores de riesgo:
 Antecedentes de abscesos.
 Antecedentes de fisturas.
 Enfermedad intestinal inflamatoria.
 Sexo anal.
 Diabetes.
 Paciente inmunodeprimido



Esquema de fistula (comunicación del recto con la piel) y absceso (colección de pus) perianal



Clínica:

Supuración crónica de material purulento y manchado de la ropa interior.
 Dolor por el acumulo dentro del trayecto fistuloso. Si se produce la obstrucción del por orificio interno, se origina un absceso perianal.

Diagnostico:

Historia clínica.
 Exploración física.
 Pruebas complementarias: anoscopia y proctoscopia.
 Estudios de imagen: ecografía endoanal, RM de pelvis, TC y fistulografía.

Tratamiento:

Sellado con cola de fibrina.
 Fistulectomía + colágeno de avance.
 Fistulotomía + esfinterografía.
 Sedal laxo definitivo.
 FILAC.



CANCER COLO-RECTAL

Definición:

Es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso incluye los segmentos: ciego, colon transverso, colon descendiente, sigmoides y recto.

Epidemiología:

Probabilidad de 1 en 23 hombres.
La probabilidad es de 1 en 25 en mujeres.
La tasa de incidencia estandarizada por edad de 19,5 por 100,000 personas-año.



Factores de riesgo:

Mayor edad a partir de los 50 años hasta los 76 años.
Sexo masculino.
Raza negra (afroamericanos).
Ingesta de carnes rojas y grasas.
Consumo de alcohol.

Fisiopatología:

Los genes alterados y las mutaciones hacen que las células proliferen en el colon y se formen polipos en la mucosa. Los polipos continúan creciendo con el tiempo e intervienen en tumores malignos con potencial de metastasis.



Clínica:

Dolor abdominal, cambio de hábito intestinal, pérdida de peso, sangrado rectal, y anemia sin causa conocida.
Colon derecho: hemorragia oculta (anemia) + síndrome constitucional.
Colon izquierdo: estreñimiento y hematoquecia.
Recto: tenesmo y rectorragia.

Diagnóstico:

Pruebas diagnósticas: Test de hemorragias ocultas, colonoscopia, enema opaco, colonoscopia virtual (TC), marcadores tumorales.
Estudio de extensión: TC toracoabdominal, ecografía endorrectal (EER), resonancia magnética rectal, tomografía por emisión y positrones (PET).

Tratamiento:

Quirúrgico.
Tratamiento adyuvante: quimioterapia

