



Flashcards

Llenifer Yaquelin García Díaz

Secuencia de intubación rápida, Obstrucción intestinal, Vólvulos, Enfermedad Diverticular, Enfermedad Hemorroidal, Abscesos y Fístulas, Cáncer Color rectal.

Parcial 1º

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Licenciatura en Medicina Humana

7º semestre

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

"Obstrucción Intestinal"

Se produce obstrucción intestinal cuando hay interferencia en la progresión normal del contenido intestinal total o parcial.

Clasificación:

- Paralítico o adinámico: causa funcional afecta peristaltismo
- Obstrutivo o mecánico
- Espásmico
- Ileo de la oclusión vascular

	Frecuencia y Etiología.	Clínica y diagnóstico.	Tratamiento
Obstrucción Intestino Delgado	+ Frecuente causada por el síndrome adherencial, hernias y tumores	- Dolor abdominal leve, vómitos, distensión abdominal, hiperperistaltismo. Alarma → Asus por estragulación - Laboratorios: BH, E- - Rx abdomen: Pila de monedas - Tc con contraste: Grados isquemia.	- 90% manera conservadora - Inicial SNG y reposición hidroelectrolítica - Laparotomía previa
Obstrucción Intestino Grueso	- causada por: - cáncer colorrectal (Recto y Sigma) - volvulos - diverticulitis	- Dolor y distensión abdominal - vómitos, estreñimiento Alarma → Fiebre, taquicardia + ja	- Conservadora (dieta absoluta y suero)

SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA



SE COMPONE DE 7 PASOS

1. Preparación
2. Preoxigenación
3. Premedicación
4. Parálisis e inducción
5. Posicionamiento y Protección
6. Pasar tubo (intubación) post intubación
- 7.

1. PREPARACION

- Monitorización
- Material necesario
- Evaluación de vía aérea
- Planes alternativos (ABC)

3. PREMEDICACION

- Lidocaína 1mg/kg
- Fentanilo 0.5 mcg/kg

4 INDUCCION

- De 3-5 min junto con premedicación, ideal Propofol 1-3 mg/kg.
- Etomidato 0.2-0.3 mg/kg
- Tiopental 3-5 mg/kg
- Ketamina 1-2 mg/kg
- Midazolam

INTUBACION

posición BUHE
Laringoscopia bimanual

COMPROBACION Y CUIDADOS

- Visualización directa de vía aérea
- Auscultación pulmonar
- Capnografía GOLD STANDARD
- Radiografía de tórax

2. PRE-OXIGENACION

- Oxígeno por mascarilla reservorio con Fio2 80-100%

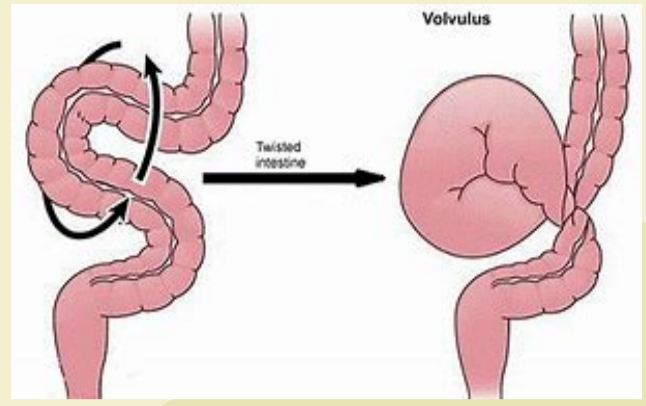
PARALISIS

- se administra inmediatamente después del inductor
- Rocuronio 1-1.2 mg/kg
- Succinilcolina 1-2 mg/kg
- vecuronio



vólvulos

Un **vólvulo** es la torsión axial de un segmento intestinal alrededor de su mesenterio



epidemiología

El vólvulo sigue a las neoplasias y enfermedad diverticular como la tercera causa principal de obstrucción de colon y representa **1%-7%**. De todas las obstrucciones intestinales



Factores de riesgo

uso de laxantes
cirugías previas de abdomen



Fisiopatología

- La distensión colónica causa incremento en la presión intraluminal que resulta en disminución de la perfusión capilar,
- isquemia mural, agravada por la oclusión venosa mesocólica por el fenómeno mecánico de compresión y rotación axial.
- Translocación bacteriana, producción de gas, lo que aumenta la distensión colónica y la afección sistémica.

- ciego: • Un fallo o laxitud de la fijación peritoneal,
- un punto fijo que sirva de eje de rotación (adherencias, una masa abdominal, el útero gestacional o adenopatías).
- El giro puede ser de 3 tipos:
 - el ciego rota en sentido horario o antihorario sobre su eje longitudinal (vólvulo axial), [cuadrante inferior derecho]
 - el ciego gira en sus ejes longitudinal y transversal (torsión en bucle) para colocarse en el cuadrante superior izquierdo.

Clínica

- Dolor abdominal (intermitente o constante)
- Hinchazón y distensión (hinchazón del vientre)
- Incapacidad para expulsar gases.
- Vómitos
- Disminución de la función intestinal (estreñimiento o ausencia total de heces)

Diagnostico

clínica
radiografía abdominal
tomografía computarizada

Tratamiento

Quirúrgico
aliviar obstrucción.



Enfermedad Diverticular

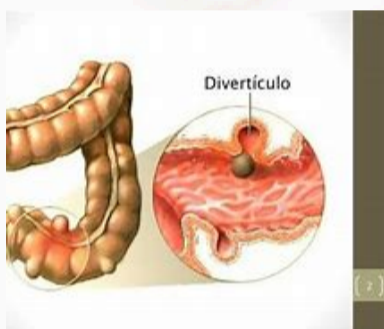
presencia de pseudodivertículos en un segmento o en la totalidad del colon.



1

Epidemiología

es muy frecuente, detectándose en hasta el 65-80% de las personas de más de 65 años. Es más común en países industrializados, probablemente en relación con las dietas pobres en fibra.



2

Factores de riesgo

1. edad
2. sexo
3. tipo de alimentación
4. estreñimiento

3

Fisiopatología

Debilidad en la pared del colon: Al penetrar en la pared intestinal, los vasos rectos crean áreas de debilidad, en especial en la zona comprendida entre la tenia mesentérica y las dos tenias antimesentéricas, a través de las cuales pueden herniarse porciones de la mucosa y submucosa colónicas (cubiertas de serosa) y dar como resultado los divertículos

4

Clinica

fiebre, dolor en hipogastrio o en fosa ilíaca izquierda y signos de irritación peritoneal

5

Diagnostico y tratamiento

enema opaco o colonoscopia que se realiza por otra sospecha diagnóstica puede complicarse con hemorragias, tratamiento: o clásico consiste en reposo intestinal, líquidos intravenosos y antibióticos, cubriendo gramnegativos y anaerobios.



ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Las hemorroides son estructuras anatómicas normales, compuestas de tejido vascular y conjuntivo, que se localizan en el canal anal.

CLASIFICACIÓN

Hemorroides externas. Localizadas en el tercio inferior del canal anal, por debajo de la línea dentada (anocutánea) y cubiertas de piel. Son las más frecuentes. Raramente producen sintomatología.

Hemorroides internas. Localizadas proximales a la línea dentada, cubiertas de epitelio columnar o de transición. Éstas pueden permanecer en el interior del ano.

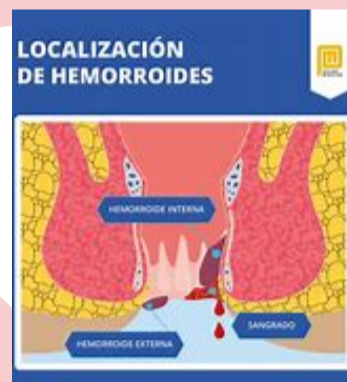
EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La prevalencia de la enfermedad hemorroidal es muy variable y oscila entre el 4 y el 86%.

Factores: Herencia. Anatomía del canal anal. Esfuerzo defecatorio. Partos. Algunas profesiones que implican estar mucho tiempo sentado o mucho tiempo de pie. Diarrea. Estreñimiento.

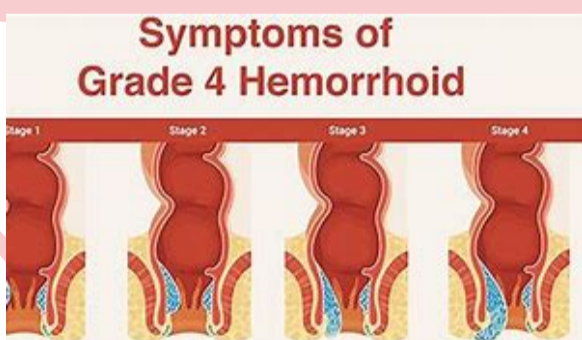
FISIOPATOLOGÍA

Degeneración del tejido de soporte, el cual se produce con mayor frecuencia a mayor edad, que provoca distensión venosa, erosión, sangrado y trombosis



CLÍNICA

- Sangrado asociado a la deposición.
- Prurito anal.
- Dolor



DIAGNOSTICO

Historia clínica + Exploración

TRATAMIENTO

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 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

ABSCESOS Y FISTULAS

DEFINICIÓN

Fístula perianal: Se puede definir como el trayecto inflamatorio formado por la comunicación entre la mucosa del recto y la piel.
Absceso perianal: origen en la infección de una cripta anal (criptitis). Se clasifican según sea su localización, en función de la afectación del aparato esfinteriano

epidemiología

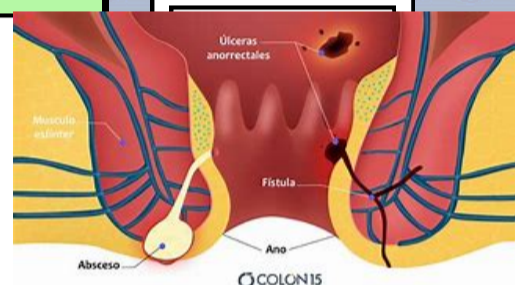
La mayor incidencia se da en varones de 35 a 50 años

FACTORES DE RIESGO

diabético, tener malas técnicas de aseo, o padecer Obesidad.

FISIOPATOLOGÍA

secundarias a lesiones obstétricas, proctitis rãdica, cuerpos extraños rectales, enfermedades infecciosas o neoplasias



CLINICA

fistulas perianales: Supuración crónica de material purulento y manchado de la ropa interior. Dolor por el acúmulo dentro del trayecto fistuloso
absceso: Dolor intenso. Tumefacción eritematosa, caliente, en ocasiones fluctuante. Signos de infección: fiebre, escalofríos

DIAGNOSTICO

Historia clínica. Exploración física. Permite detectar el orificio externo y, en ocasiones, mediante el tacto rectal se puede palpar el interno.
Pruebas complementarias: Anuscopia y proctoscopia.
Estudios de imagen: Ecografía endoanal .RM de pelvis.

TRATAMIENTO

QUIRURGICO: Eliminar el trayecto y la infección.
Sin limitación de la función esfinteriana.



Bibliografía:

Cirugía general., Libro CTO de Medicina y Cirugía digestiva México 12a edición;
CTO editorial.