

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FLASHCARD DE SECUENCIA RAPIDA DE
INTUBACION (SIR), Y DE CADA UNA DE LAS
PATOLOGIAS PROCTOLOGICAS DE LA UNIDAD I

SEMESTRE:
7mo SEMESTRE

NOMBRE:
Yajaira Gpe. Méndez Guzmán

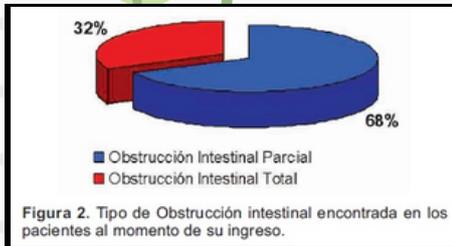
DOCENTE:
DR. Flores Gutiérrez Erick Antonio

FECHA:
12/09/2024

OBSTRUCCION INTESTINAL

Es la alteración mecánica significativa o la detención completa del tránsito de contenido a lo largo del intestino debido a la enfermedad que causa un bloqueo en el intestino.

EPIDEMIOLOGIA



FACTORES DE RIESGO

Algunas enfermedades y afecciones que pueden aumentar el riesgo de tener obstrucción intestinal comprenden las siguientes:

- Cirugía abdominal o pélvica que con frecuencia causa adherencias, una obstrucción intestinal común.
- La enfermedad de Crohn que provoca que se engrosen las paredes del intestino, lo que estrecha el pasaje.
- Cáncer de abdomen.

FISIOPATOLOGIA

Obstrucción Intestinal

- Tipos:

Mecánica: Bloqueo físico del intestino (e.g., adherencias, hernias).

Funcional: Falta de motilidad intestinal (e.g., íleo paralítico).

- Fisiopatología:

Mecánica: Interrupción del tránsito, dilatación proximal, edema, posible necrosis, desequilibrio de líquidos y electrolitos.

Funcional: Disminución de la motilidad, acumulación de gases y líquidos, desequilibrio hidroelectrolítico.

CLINICA

- Dolor abdominal tipo cólico intermitente
- Pérdida del apetito
- Estreñimiento
- Vómitos
- Incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases
- Inflamación del abdomen

DIAGNOSTICO

- Examen físico: El médico evaluará los síntomas y antecedentes médicos.
- Radiografía abdominal: Para confirmar el diagnóstico.
- Tomografía computarizada (TAC).
- Ecografía.
- Enema baritado o con aire

TRATAMIENTO

- Ayuno: Suspender la ingesta oral.
- Descompresión: Colocar una sonda nasogástrica para aliviar presión y vómito.
- Rehidratación: Administración de líquidos y electrolitos intravenosos.
- Control del Dolor y Náuseas: Uso de analgésicos y antieméticos
- EN CASO DEFINITIVO PUEDE SER CX

VÓLVULOS DE COLÓN (CIEGO Y SIGMOIDES)

Se refiere a una condición en la que una porción del colon se gira sobre sí misma, causando una obstrucción intestinal. Esta torsión puede ocurrir en varias partes del colon, siendo el ciego y el sigma los sitios más comunes afectados.

EPIDEMIOLOGIA

Existen dos picos de mayor incidencia: el primero es de la primera a la tercera década de la vida por malformaciones intestinales desde el proceso embrionario, ejercicio excesivo o mesenterio común para intestino delgado y grueso; el segundo pico de 60 a 79 años, asociado a constipación crónica, obstrucción distal y trastorno neurocognitivo mayor

Volvulo de Ciego

- Edad Avanzada: Más común en mayores de 60 años.
- Sexo: Predomina en hombres.
- Anomalías Congénitas: Ciego móvil o alteraciones anatómicas congénitas.
- Historia de Cirugía Abdominal: Puede alterar la anatomía y predisponer.
- Estreñimiento Crónico: Contribuye al desarrollo del volvulo.
- Tumores Abdominales: Masas que alteran el movimiento intestinal.

Volvulo de Sigmoides

- Edad Avanzada: Predomina en mayores.
- Sexo: Más frecuente en hombres.
- Estreñimiento Crónico: Factor de riesgo significativo.
- Colon Laxo o Longitudinal: Colon sigmoide largo o laxo facilita el volvulo.
- Historia de Cirugía Abdominal: Alteraciones anatómicas post-quirúrgicas.
- Dietas Pobres en Fibra: Contribuye al estreñimiento crónico.
- Condiciones Neuromusculares: Trastornos que afectan la motilidad intestinal

FACTORES DE RIESGO

FISIOPATOLOGÍA

El vólculo de colon ocurre cuando una porción del intestino (ciego o sigmoide) se rota sobre su mesenterio, causando obstrucción y riesgo de isquemia. El ciego puede volverse hacia el lado derecho del abdomen, mientras que el sigmoide afecta la parte inferior izquierda. Ambos tipos comprometen el flujo sanguíneo, provocan distensión, dolor abdominal y, si no se trata, pueden llevar a necrosis, perforación o peritonitis.

CLINICA

Vólculo del Ciego

- Dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho.
- Distensión abdominal.
- Náuseas y vómitos.
- Fiebre en casos graves.
- Estreñimiento o incapacidad para evacuar.

Vólculo Sigmoideo

- Dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo.
- Distensión abdominal.
- Estreñimiento severo y ausencia de gases o heces.
- Náuseas y vómitos.
- Fiebre y signos de peritonitis en casos graves.

DIAGNOSTICO

- Clínico: Dolor abdominal, distensión, náuseas, vómitos.
- Radiografía Abdominal: Distensión y obstrucción.
- Tomografía Computarizada (TC): Confirmación de torsión y complicaciones.
- Enema Baritado: Útil para el vólculo sigmoide.

TRATAMIENTO

- Conservador: Descompresión con enema o tubo nasogástrico, soporte con líquidos.
- Quirúrgico: Deshacer la torsión, resección si hay necrosis.
- Seguimiento: Monitoreo postoperatorio y prevención de recurrencias.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

La diverticulosis es una afección que se presenta cuando se forman pequeñas bolsas o sacos que sobresalen a través de puntos débiles en la pared del colon

EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad diverticular aumenta con la edad. En personas mayores de 60 años, la prevalencia puede superar el 50%. En personas mayores de 80 años, la prevalencia es aún mayor. En la población general, se estima que alrededor del 10-30% de las personas tienen diverticulosis.

FACTORES DE RIESGO

- **Envejecimiento:** La incidencia de diverticulitis aumenta con la edad.
- **Obesidad:** El sobrepeso aumenta el riesgo de desarrollar diverticulitis.
- **Tabaquismo:** Fumar cigarrillos incrementa la probabilidad de diverticulitis.
- **Falta de Ejercicio:** La falta de ejercicio puede aumentar el riesgo; el ejercicio intenso parece reducirlo.
- **Dieta Alta en Grasa Animal y Baja en Fibra:** Una dieta baja en fibra combinada con alto consumo de grasa animal puede aumentar el riesgo de diverticulitis.
- **Ciertos Medicamentos:** El uso de esteroides, opiáceos y antiinflamatorios no esteroides (AINES) como el ibuprofeno y el naproxeno sódico está asociado con un mayor riesgo de diverticulitis.

FISIOPATOLOGÍA

El proceso fisiopatológico implica interacciones entre la estructura de colon y la motilidad intestinal en relación con los factores dietéticos.

CLINICA

- **Dolor,** que puede ser constante y persistente durante varios días. El dolor se suele sentir en la parte inferior izquierda del abdomen.
- **Náuseas y vómitos.**
- **Fiebre.**
- **Sensibilidad abdominal.**
- **Estreñimiento o, con menos frecuencia, diarrea.**

DIAGNOSTICO

- **Historia Clínica y Examen Físico:** Evaluación de síntomas como dolor abdominal y fiebre.
- **Tomografía Computarizada (TC):** Principal herramienta para confirmar la inflamación y detectar complicaciones.
- **Ultrasonido Abdominal:** Alternativa útil, especialmente en ciertas situaciones.
- **Radiografía Abdominal:** Para descartar otras condiciones.
- **Análisis de Sangre:** Para detectar signos de infección o inflamación

TRATAMIENTO

Diverticulitis No Complicada

- **Dieta:** Inicialmente líquida clara, luego alta en fibra.
- **Antibióticos:** Oral, como ciprofloxacino y metronidazol.
- **Analgesia:** Paracetamol, evitar AINES.
- **Seguimiento:** Evaluación para asegurarse de la resolución de síntomas.

Diverticulitis Complicada

- **Antibióticos:** Intravenosos y tratamiento quirúrgico si hay abscesos, perforaciones, o fístulas.
- **Manejo de Abscesos:** Drenaje percutáneo si es necesario.
- **Prevención:** Dieta alta en fibra y educación del paciente.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

La enfermedad hemorroidal se define como la dilatación de los paquetes hemorroidales localizados en la parte terminal del recto, conducto anal y ano. Con la distensión de las anastomosis arteriovenosas por deterioro, existe destrucción de los sistemas de fijación del tejido conjuntivo y el consecuente desplazamiento de los cojinetes.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalencia estimada a nivel mundial: 4,4% La prevalencia aumenta con la edad: pico entre los 45-65 años Las hemorroides afectan hasta 10 millones de pacientes en los Estados Unidos anualmente. Más de 1/3 de estos pacientes buscan atención médica. Alrededor del 40% de los pacientes son asintomáticos.

FACTORES DE RIESGO

A medida que las personas envejecen, aumenta el riesgo de padecer hemorroides. Esto se debe a que los tejidos que sostienen las venas del recto y el ano pueden debilitarse y estirarse.

pero también puede ser otros factores como:

- Estreñimiento
- Esfuerzo defecatorio prolongado
- Ritmos intestinales irregulares
- Diarrea
- Embarazo

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la enfermedad hemorroidal está relacionada con el aumento de la presión en la parte inferior del recto debido a factores como esfuerzos durante la defecación, permanecer sentado durante largos periodos, diarrea o estreñimiento crónicos, obesidad, embarazo, relaciones sexuales anales, dieta baja en fibra y levantar objetos pesados

CLINICA

- Rectorragia: Sangrado durante la defecación; si es constante, considerar cáncer colorrectal y realizar una colonoscopia.
- Prurito: Irritación de la mucosa que causa picazón.
- Dolor: Suele indicar trombosis hemorroidal en hemorroides externas.
- Prolapso: Hemorroides que sobresalen fuera del ano.
- Anemia: Signo raro, sugiere sangrado constante e intenso.
- Masa Palpable: Desarrollo de plexos hemorroidales; diferenciar de colgajos cutáneos, que solo afectan la piel.

DIAGNOSTICO

Historia Clínica y Examen Física

TRATAMIENTO

- los flebotónicos, los flavonoides han sido evaluados para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal
- Pueden añadirse a la dieta laxantes que incrementan el bolo intestinal (*Plantago ovata*)
- El tratamiento inicial de los síntomas hemorroidales consiste en medidas generales conservadoras (higiénico-dietéticas y de estilo de vida) dirigidas principalmente a combatir el estreñimiento y disminuir los síntomas locales.

ABSCEOSOS Y FÍSTULAS PERINEALES

- Un absceso perineal es una acumulación de pus en la región perianal
- Una fístula perineal es una conexión anormal que se forma entre el canal anal y la piel perianal, a menudo como resultado de un absceso que no se ha tratado adecuadamente

EPIDEMIOLOGIA

Las fístulas perianales son una enfermedad poco frecuente, con una prevalencia de aproximadamente el 0,01%. Afectan principalmente a adultos jóvenes, con una relación hombre-mujer de 21 años.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de enfermedad de Crohn: Las fístulas anales son más comunes en personas con antecedentes de enfermedad de Crohn.
- Edad: Las fístulas anales son más comunes en adultos de alrededor de 40 años.
- Sexo: Los abscesos anorrectales afectan más a hombres que a mujeres.

FISIOPATOLOGÍA

Un absceso anal es una acumulación de pus en la zona perianal. Si este absceso evoluciona, puede formar una fístula anal, que es un túnel que conecta el canal anal con la piel perianal, permitiendo que el pus drene hacia el exterior. La mayoría de las fístulas anales se originan a partir de una infección en las glándulas anales, que provoca un absceso que puede drenar espontáneamente o necesitar drenaje quirúrgico

CLÍNICA

ABSCESO

- Tumoración rojiza, caliente e inflamatoria en el margen del ano
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor sordo
- Material purulento

FÍSTULA PERINEAL

- Absceso perianal o bulto grande, rojo y doloroso }
- Supuración ocasional de líquido amarillento o rojizo
- Fiebre

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de abscesos y fístulas perineales generalmente implica una combinación de historia clínica, examen físico y estudios complementarios

Estudios Complementarios:

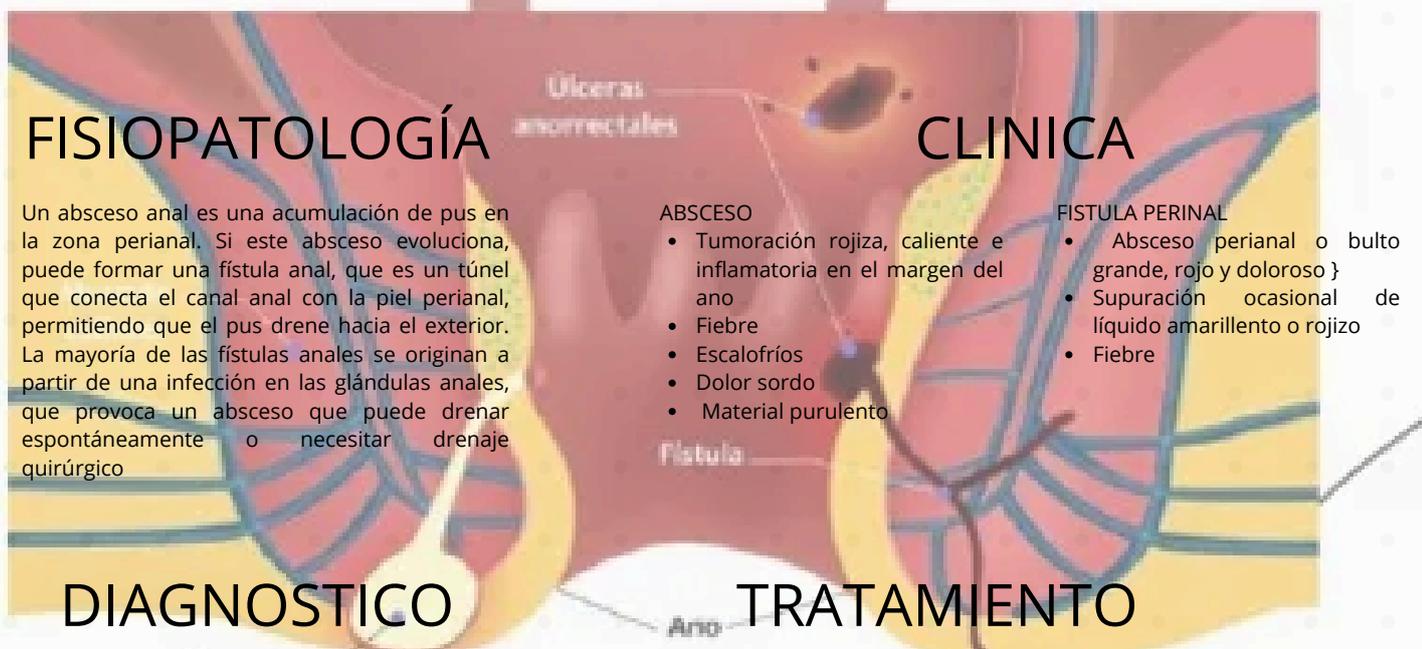
- Ecografía Endoanal o Endorrectal: Ayuda a visualizar abscesos profundos y la extensión de las fístulas.
- Resonancia Magnética (RM): Ofrece una imagen detallada de la anatomía perianal y las fístulas, útil para planificar la cirugía.
- Tomografía Computarizada (TC): Puede ser útil para evaluar abscesos profundos o complicaciones.

Otros Métodos Diagnósticos:

- Anoscopia: Inspección directa del canal anal para detectar posibles orígenes de fístulas o abscesos.
- Fistulografía: Inyección de un medio de contraste en la fístula para visualizar su trayecto y conexión.

TRATAMIENTO

- El tratamiento de los abscesos perianales es siempre quirúrgico, ya que no es recomendable esperar a que se drenen de forma espontánea o tomar antiinflamatorios, ya que esto puede aumentar el riesgo de propagación de la infección. El tratamiento consiste en abrir quirúrgicamente el absceso para permitir la salida del pus
- Fístulas perianales Las fístulas perianales pueden tratarse de forma no quirúrgica o quirúrgica: Tratamiento no quirúrgico: Se puede colocar un sedal en la fístula para ayudar a drenar la infección. También se puede utilizar un sellador de fibrina y tapón de colágeno.
- Tratamiento quirúrgico: En las fístulas simples, se puede realizar una fistulotomía, que consiste en remover el tejido de granulación y dejar la herida abierta. En las fístulas complejas, se pueden utilizar tratamientos quirúrgicos combinados, como la colostomía o la proctectomía.



CÁNCER COLON RECTAL

El cáncer colorrectal es un tipo de cáncer que se origina en el colon (intestino grueso) o en el recto (la porción final del intestino grueso). Se desarrolla a partir de células anormales en la mucosa que, con el tiempo, pueden formar tumores malignos.

EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer colorrectal es el segundo tumor más frecuente en varones después del de próstata y el segundo en mujeres después del de mama. La incidencia del cáncer colorrectal es ligeramente mayor en hombres que en mujeres (aproximadamente 1,5 veces). La edad media de presentación es de 70 años,

FACTORES DE RIESGO

- Diabetes mellitus tipo 2
- Obesidad
- Referencias familiares con CCR
- Dieta rica en grasa y pobre en verduras y fibra
- Alta ingesta de carnes procesadas y baja ingesta de frutas y verduras

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del cáncer colorrectal (CCR) se caracteriza por la proliferación de células en el colon y el recto, causada por mutaciones o cambios en el material genético (ADN):

- Los genes alterados y las mutaciones hacen que las células proliferen en el colon y se formen pólipos en la mucosa.
- Los pólipos crecen y se convierten en tumores malignos con potencial de metástasis. El CCR es un cáncer de desarrollo lento.

CLÍNICA

- Cambios en los hábitos intestinales, como diarrea o estreñimiento
- Sangre en las heces, ya sea roja brillante o muy oscura
- Dolor abdominal, que puede ser inespecífico y estar localizado en cualquier parte del abdomen
- Pérdida de peso sin razón
- Sensación de que el intestino no se vacía del todo durante la defecación

DIAGNOSTICO

- Colonoscopia: Inspección directa del interior del colon y recto para detectar y biopsiar anomalías.
- Pruebas de Imagen: Tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), y ultrasonido para evaluar la extensión del cáncer y detectar metástasis.
- Exámenes de Sangre: Para evaluar la función hepática y los marcadores tumorales, como el antígeno carcinoembrionario (CEA), que puede ser elevado en algunos casos de cáncer colorrectal.

TRATAMIENTO

- Cirugía. La cirugía (extirpación del cáncer en una operación) es el tratamiento más común para todos los estadios del cáncer de colon.
- Ablación por radiofrecuencia.
- Criocirugía.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Terapia dirigida.
- Inmunoterapia.

SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN

La secuencia de intubación rápida se refiere a la aplicación simultánea de un bloqueador neuromuscular y un agente de inducción, obteniendo como resultado parálisis muscular y pérdida de la conciencia del px, con el objetivo de intubar y asegurar la vía aérea

TECNICA 7 P's



INDICACIONES

- Px con sospecha de incapacidad de conservar vía aérea
- Riesgo de broncoaspiración
- Regurgitación de contenido gástrico