

MATERIA:

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS COMPLEMENTARIAS

NOMBRE DEL TRABAJO:

FLASH CARDS

ALUMNA:

Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"

GRADO: "7"

DOCENTE:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de septiembre de 2024

SECUENCIA RAPIDA DE INTUBACIÓN

① PREPARACION

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

② PRE-OXIGENACION

- O₂ por mascarilla reservorio con FIO₂ 80-100% por 5 min.
- Evitar VPP (después de intubación)

③ PRE-MEDICACION

- Lidocaina 1mg/kg (PIC, bradicardia)
- Fentanilo 0.5 mcg/kg (en todos los casos posibles)

④ INDUCCION

De 3-5 min. junto con premedicación

- Etomidato 0.2-0.3 mg/kg
- Tiopental 3-5 mg/kg
- Ketamina 1-2 mg/kg
- Propofol 1-3 g/kg
- Fentanilo 1-2 mcg/kg
- midazolam 0.05-0.1 mg/kg

⑤ PARALISIS

se administra inmediato después de inductor

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

Obstrucción intestinal.

- Interrupción del tránsito intestinal
↳ Impide expulsar gases y heces

EPIDEMIOLOGIA

- Las adherencias son la causa + común de oclusión intestinal 65-75%
- La oclusión intestinal afecta principalmente a Intestino delgado 82%

oclusión alta

- adherencias
- Hernias
- ileo paralítico

oclusión baja

- Volvulo
- CA coloiectal



CLINICA

- Dolor abdominal tipo cólico, difuso o periumbilical
- Distensión abd., ↓ peristalsis ↓ o ruidos metálicos y posterior ausencia de peristalsis.
- Heces con sangre (pensar estrangulamiento)
- Náuseas, fiebre, vomito y deshidratación
- Masa palpable (tumores o volvulo)
- Irritación peritoneal (perforación o estrangulamiento)

⑥ INTUBACIÓN

- Posición BUE (cabeza elevado)
- Laringoscopia bimanual
- Evaluación Cormack-Lehane (I-II: fácil, III-IV: difícil)
- TOT recomendado / preferencia #8-9
- Mascara laringea y equipo de vía aérea difícil

⑦ COMPROBACIÓN

- Visualización directa del tubo endotraqueal
- Auscultación pulmonar
- Capnografía
- Rx. torax (TOT 2cm arriba de la carina)
- USG (deslizamiento pleural)

⑧ CUIDADOS POST-INTUBACIÓN

- Monitorizar SpO₂ > 90%, TA adecuada, ETCO₂ 35-45 mmHg
- Adecuada analgesia
- Ajustar parámetros de ventilación
- Tratar etiología base

Diagnóstico

- Inicial: Rx abd. (decubito de pie)
- DHL (dehidrogenasa láctica) y lactato
- isq. intestinal = ↑
- Gold standard: TAC / contraste
- ↳ Detectar obst.
- ↳ Hernia: Herniografía
- signo en pila de monedas
- Dilatación prox. > 3cm
 - Ausencia de gas distal a obstrucción
 - Niveles hidroaéreos

Clasificación Clínica:

- ▶ Ileo mecánico: obst. que impide el paso del contenido intest. a lo largo del T. Dig.
↳ adherencias, hernias, volvulos.
- ▶ Ileo paralítico: alt. de motilidad, debido a parálisis del músc. liso.
↳ ileo reflejo postq., alt. elect.
- ▶ Ileo espástico: Hiperactividad descoordinada por intox. por metales pesados, porfiria y uremia.
- ▶ Ileo de oclusión vasc.: mortaliad desord. del intestino isquémico.

Tratamiento

Inicial: Conservador → sonda nasogástrica (Levine)
por 48-72 hrs, ayunos y Lq. IV

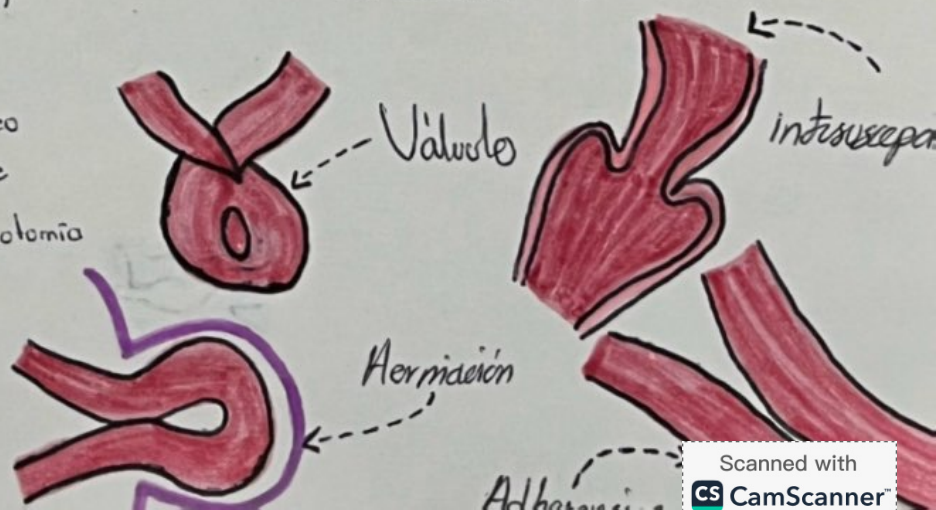
Definitivo → LAPE y reducción de obst. ileo

- Ileo paralítico: conservador y tx. base

---> Cuadro no resuelto en 48-72 hrs ---> laparotomía

---> Indicaciones urgentes de cirugía:

- Hernia estrangulada o encarcelada
- Cuerpo extraño u obst. maligna
- Enteritis por radiación
- Peritonitis por radiación
- Peritonitis u obst. cerrado



Válvulas de calan.

Ciego y sigmoideas.

Torci6n de un 6rgano a trav6s de un eje, sobre su ped6culo vascular.

DIAGNOSTICO

• Inicial: Rx abd. → Nivel hidroa6reo unico en ciego y colapso de colon asnal

↳ Compromiso de la perfusi6n del col6n.

ETIOLOGIA

Ciego

• Segmentos + comunes: colon sigmoideas ciego (fite mujeres)

• Gold Standard: TAC → timbr a v6ltula sigmoideas

Tratamiento: Inicial → Dx (hemicolectom6a y anastomosis ileocol6ca primaria)



F. RIESGO

- Mujeres edad media
- Cx. abd. previas
- Adultos mayores con inactividad

• Adultos mayores: Destorsi6n y cecoperia

CLINICA

- Se presenta como obstrucci6n intestinal
- Progresa a dolor e hipersensibilidad generalizada

ETIOLOGIA

Sigmoideas

• Segmentos + comunes: colon sigmoideas (+) ciego (mujeres)

FIRST CLASS + ruidos peristalticos met6licos

Enfermedad diverticular

Diverticulosis

Enfermedad diverticular

Diverticulitis

Diverticulitis

Divert6culos en col6n

Manif. sintomas 3 dolor

Inflam. + infecci6n

Complecada

sin manif. clinicas

cr6nica o sangrado diverticular

diverticular en

+ absceso, obstrucci6n 6

Asintom6tica

Fosa il6aca 12q. Sin episodios previos.

pared del col6n.

perforaci6n libre intraabd.

EPIDEMIOLOGIA

F. RIESGO

Predominio en col6n 12q. (sigmoideas)

uso de aspirina y AINEs ↑ riesgo de sangrado

Masculino > 60 a6os

Obesidad ↑ riesgo de sangrado y comp.

Diverticulosis → Diverticulitis 10-25%

Factor protector diverticulosis: Dieta alta en fibra

Diverticulitis

Dolor en epigastrio o fosa il6ca 12q

colitis asociada a divert6culos 3

Fiebre, estre6nimiento o diarrea

↳ Sangrado transrectal + diarrea

Signos de irritaci6n peritoneal (apendicitis 12q.)

↳ colonoscopia

Hemorragia microsc6pica

FIRST CLASS

F. RIESGO

- Hombres
- > 60 años
- Estreñimiento crónico
- Patología neuro-psiq.
- Cr. abd.

CLINICA

- Obst. intestinal → dolor e hipers. + ruidos peristálticos metálicos
- Fosa ilíaca izq. vacía
↳ Signo de dance izq. (patog.)
- Ausencia de evacuaciones y materia fecal al tacto rectal

Diagnóstico

Inicia: Rx. abd. { ausencia de gas rectal
aspecto en "U" muertida
Signo del grano de café

Elección: TAC { signo del grano de café
signo del remolino
Distensión del ciego > 10cm

Colon por enema { Pico de ave
AS de espadas

Diagnóstico

Enf. diverticular: colon por enema

Diverticulitis: TAC abd.

- ↳ contraind. → colonoscopia
- ↳ PCR > 20 mg/dl
- ↳ Desp. 6 cm.

Clasificación HINCHEY → TAC

- 0 → Diverticulitis leve > Tx. conservador
 - Ia → Inflamación pericólica
 - Ib → Absceso < 5 cm → Tx. conserv. → Drenaje percut.
 - II → Absceso > 5 cm, lejano. → Drenaje percut.
 - III → Peritonitis purulenta > Cr. de urg.
 - IV → Peritonitis fecal > resección del segm. afectado + anastomosis prim. + ileostomía derivativo.
- ambulatorio: ✓ via oral, X Vómito
hospitalario: X VO, X Vómito, No mejora > 48hrs
↳ ATO: ciprofloxacino + metronidazol

- ↳ Tx. conservador: fibra, rifamixina, mesalazina y probióticos
- ↳ previene recurrencia 70% en prolapso de 5 años

tratamiento

- Reanimación temprana c/ balance de liq. y elect., apoyo ventilatorio y descompresión intestinal c/ SNG
- ATB de amplio espectro → Px. q/ peritonitis, isq. o sepsis

↳ Qx: Tercera elección: Sigmoidoscopia rígida o colonoscopia de urg.

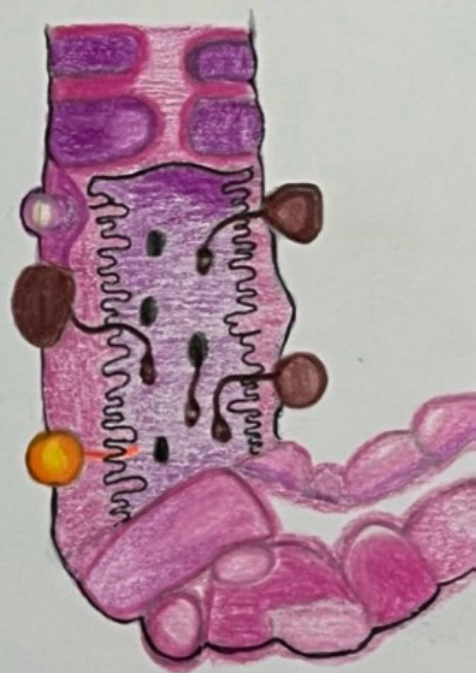
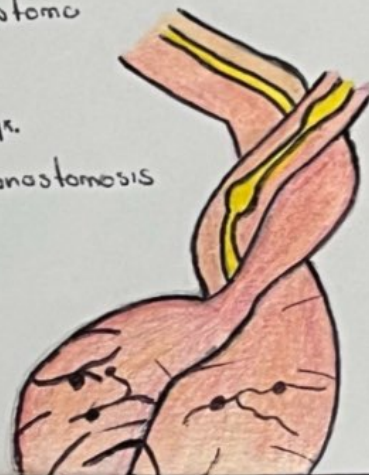
↳ Distorsión y descompresión → Resección int. y anastomosis primaria e sigmoidopectia.

↳ Indicaciones de cr. urgente:

- Peritonitis, isq. o sepsis
- Tx. no qx no exitoso
- Tratamiento: Resección + estoma

COMPLICACIONES

- + común: Infección de herida qx.
- Principal / + grave: Fuga de anastomosis



Enfermedad hemorroidal.

Hemorroides: cojinetes del tej. vascular submucoso en el canal anal.

Enfermedad hemorroidal: Dilatación de plexos hemorroidales superior y/o inferior con desplazamiento hacia abajo de los cojinetes por alteración de aporte.

EPIDEMIOLOGIA

- 1er lugar en enfermedades rectal e intestino grueso
- + etc hombres 45-65 años

F. RIESGO

- Hombres
- Anatomía
- Dieta rica / estreñimiento
- Embudo
- Genética
- Profesión (sentado / esfuerzo)

Hemorroide Interna

- Enema de línea dentada
- Tipo + común
- Sangrado transrectal
 - ↳ Desp. evacuar, indolora
- Prolapso hemorroidal (según grado)

Hemorroide Externa

- Bajo línea dentada
- Dolor impreciso, irregular, al evocar, ejercicio o sentado
- Tumorción
- Prurito anal

Hemorroides mixtas

Hemorroides trombosada (complicación)

- Externa
- Bulto azul en borde anal
- Dolor intenso
- ↳ Escisión qd < 72 hrs.

FIRST CLASS.

Abcesos y fistulas perianales.

Abceso anal

- Colección de pus en los espacios perianales como consecuencia de obstrucción de una glándula anal, con estasis bacteriana.

ETIOLOGIA

- Primario o inespecífico (95%)

↳ origen criptoglandular

- Secundarios o específicos (5%)

↳ Crohn, CUCI, CA anal.

EPIDEMIOLOGIA

- Hombres 20-60 años
- Abceso → fistula 30%

LOCALIZACIONES

- Perineal 60%
- Isquiorrectal 30%
- Intraesfinteriano 5%
- Supraelevador 4%
- Submucoso 1%

F. RIESGO

- Vida sedentaria
- Trauma anal
- ETS
- Radioterapia
- Cuerpo extraño
- VIH o CA

CLINICA

- Dolor intenso, continuo y progresivo en ano que aumenta al defecar
- Datos de infección
- CRONICO

- Abceso drenado y salida de mat. purulento, irritación y prurito

Diagnóstico

- Clínico
- Duda dx: USG endoanal

FIRST CLASS.



Diagnóstico:

- Elección: Excm. físico
+ Historia clínica
+ Anoscopia
+ tacto rectal
↳ Posición SIMS o
genupeitoral lat. izq.

Tratamiento

- Elección: Dietética en fibra + liq. + ejercicio
↳ mejoría en 6 sem.
- ↳ Episodios agudos: Flavonoides (contraind. E)
Seduvios / agua
templada (baños de
osiento)
- ↳ Crisis: corticoides y anestésicos tópicos
(< 7 días)

FISIOPATOLOGIA

1. Estasis venosa
2. Prolapso anoma hemorroidal
↳ fijación al musc. liso
3. Otros factores: Pobre dieta
en fibra; poca ingestión agua

grados de hemorroides internas

- ① coginos hemorroidales sangran pero no prolapsan en defecación
- ② Prolapso en defecación pero vuelven espontáneamente
- ③ sobresalen del canal anal durante defecación o espontáneo y permanecen hasta que sean regresados digitalmente.
- ④ Exteriorización permanente de la mucosa anal y piel fibrotica, impide su regreso.

Complicaciones tempranas

- Dolor (I), retención urinaria, sangrado anal

Tardías

- Colgajo cutáneo, incontinencia y estreñimiento anal

I > ligadura con banda elástica

III > hemorroidectomía

Tratamiento

- Elección: drenaje y desbridación
+ ATB en inmunodeprimidos

Complicaciones:

- Fístula anal

Fístulas anal

- Presencia de un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal o el lumen del recto con la piel.

↳ cripta anal: Primaria / interno

↳ cutáneo: Secundario / externo

~> ORIGEN: criptoglandular

EPIDEMIOLOGIA

- Hombres 20-30 años
- Causada por absceso 50+

F. RIESGO

- Antec. absceso drenado
- Inmunosupresión (VIH)
- TB
- Enf. Crohn (40-80%)

Clasificación de Parks

1. Interesfinteriano
↳ 2º dano a absceso
↳ + fístula
2. Transesfinteriano
↳ + complicaciones
3. Supraesfinteriano
4. Extraesfinteriano

Diagnóstico

1. Identif. el orificio secundario
2. Palpar el trayecto
3. Identificar orificio primario
↳ Anoscopia o proctoscopia

Regla de Goodsall

Decubito ventral, orificios 2º dano: trayecto recto

Tratamiento

- Elección: Fístulotomía

- ↳ Fístula compleja:
 - ↳ USG endoanal
 - ↳ Hilo de setón

Complicaciones:

- + fte. Retención urinaria 25+
- Hemorragia rectal
- Trombosis hemorroidal
- Incontinencia fecal (+ grave)

Cancer colo-rectal. adenocarcinoma

• Tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso

↳ segmentos:

- Ciego
- colon ascendente
- colon transverso
- colon descendente
- sigmoides
- Recto

ETIOLOGIA

- Estirpe + fte: adenocarcinoma (40%)
- Pólipo adenomatoso: Tumor epitelial premaligno

EPIDEMIOLOGIA

- Masculino > 50 años
- Mutación genética
 - ↳ MLH1 y MSH2
- Metástasis + común:
 - ↳ Hígado

F. RIESGO

- Antec. familiar
- Dieta predisponente
- Raza negra
- Obesidad

CLINICA

- Inespecífico
- Cambios de hábitos intest.
- Derecho: Asintomático + anemia (sangrado m.c.)
- Izq.: estreñimiento / obstruc. / sangrado T.D bajo
- Tumor avanzado: pérdida de peso (>10-16 meses) y dolor abd.

FIRST CLASS.

Diagnostico

Inicial tamizaje (>50 años),
Sangre oculta en heces (30 gr)
(1 vez al año)

Prueba de sangre oculta en → c/guayaco ó
heces (+) → colonoscopia monoquímica

Gold Standar: colonoscopia ó colon por enema
+ biopsia

TAE para estadificación
USG para metastasis

Tratamiento

Resección qx + Quimioterapia coadyuvante

