



Universidad Del Sureste

Campus Comitán



Licenciatura en Medicina Humana

Tema:

“Flashcards de primera unidad”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

“Clínicas quirúrgicas complementarias”

Docente:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de septiembre de 2024.

SIR

1 - PREPARACIÓN = - Evaluar 10 min - Monitorización
o LEMON - Material necesario - Evaluar estado

2 - PRE-OXIGENACIÓN = O_2 c/ $FIO_2 = 80-100\%$ por 5 min. - Evaluar VPP

- Apnea segura = Adulto gram 30 kg \rightarrow 8-7 min / Obeso 127 kg - 3 min
- Corriente norm. 3-5 min. a través de disp. yalada.

3 - PRE-MEDICACIÓN =

- Lidocaina 1mg/kg[#]
- Fentanilo 0.5mg/kg[#]
- Rocuronio 0.06 mg/kg
- Esmolol 2mg/kg

4 - INDUCCIÓN = De 3-5 min junto c/ ③

- Etomidato 0.2-0.3 mg/kg

• Tigental 3-5 mg/kg

• Ketamina 1-2 mg/kg

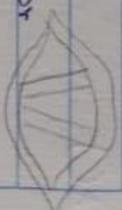
• Propofol 1-3g/kg

[#] • Fentanilo 1-2 mg/kg

[#] • Midazolam 0.05 - 0.1 mg/kg

5 - PARÁLISIS

Inmediatamente desp. del inductor



• Rocuronio 1-1.2 mg/kg

• Succinilcolina 1-2 mg/kg

[#] • Vecuronio 0.1 mg/kg

6- INTUBACIÓN

- Buñe posición (cabeza de resplado elevado)*

↳ contraind. = Obesos, emb. lesión cervical.

• MANIOBRA DE SELICK

- Laringoscopia bimanual

- Evaluación Cormack - Lehane (I-II = fácil, III-IV = dif.)

- Maniobra laringea y equiva de VA dif.

Fuotar broncoaspiración.
Presión sobre cartilago cricoar.

7- COMPENSACIÓN

o Utilización directa del tubo endotr.

o Ausc. pulmonar

* Capnografía

8- POST-INTUBACIÓN

- Monitorizar SpO₂ 90%. TA adecuada,
EtCO₂ 35-45 mmHg

- Adecuada analgesia - Parámetros de vent.

	L		E		M		O		N
	Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Clase IV
	Visibilidad del paladar blando, uvula y pilares amigdalinos		Visibilidad del paladar blando y uvula		Visibilidad del paladar blando y base de la uvula		Sólo es visible el paladar duro		
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		Grado IV
	Se visualiza la laringe y la tráquea		Se visualiza la laringe y la tráquea		Se visualiza la laringe y la tráquea		Se visualiza la laringe y la tráquea		Se visualiza la laringe y la tráquea

SE CLASIFICA EN 4 CLASES:

Cormack-Lehane

Oclusionión Intestinal ~

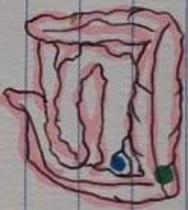
I. Delgado *

* Sbreexcim. bact.
- Inflammaci3n
(o Allmencionar en te)

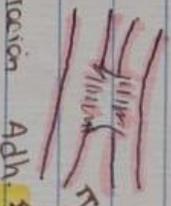
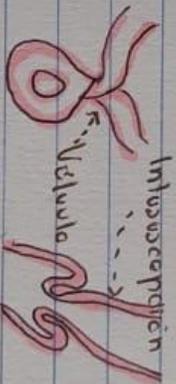
>> Interrupci3n del tr3nsito intestinal. + por factores extrínsecos y pocas veces por dñt. de la luz <<

Epidemiología

- Adherencias → 65-75% *
- 30% qv
- Oclusionión → int. delgado → 82%
- Pct. qv = Hacia G. sup.



- Oclusionión alta - Adherencias - Hernias Delgado
- Oclusionión baja - Ileo paralítico - Volvulo* - Ca colorectal



Senola Nñ

Clasificación clínica =

- Ileo mecánico = Obstrucci3n mecánica → Q. paco del cont. intest. 1) Adh. qv, 2) hernias, 3) Volvulo.
- Ileo paralítico = Motilidad int. → parálisis del m. liso (avidez qv) → 1) Ileo reflejo post. qv, 2) All. electrolíticas.
- Ileo espástico Hiperaactividad desordinada (Intox. metales pesados, Partirio y uremia)
- Ileo de oclusionión vascular = Mov. intest. desordinada del intestino isquémico.

CLINICA =

DX: AIT = Volvulo sigmoides * -> 0
↳ Imagen

- Dolor abd. tipo cólico, difuso periumbilical

= DX = ° BH = leucocitosis (fiebre)
→ Rx (de cúbite y piel) **★ Pilo de mendedo**

- Náuseas, fiebre, vómito y desh (Oclusión)

• Peristalsis - auge en el pte ^{retro} ileocecal

- Distensión abd., persist. ↑ o ruidos met. ↓

• Dilat. pna x > 3cm, obst = gas

- Heces el sangro (estrangulamiento)

→ DHI y localto = su elev. = 12qsemta in test.

- Puede ↑ mocos palpables (Lum o vómito)

→ **★** GFE o TC y contraste sitio de obstr. y Hemigravata.

- Irritación peritoneal (perit e estrang)

• TAC = liq. intraperit. / edema del mesenterio y

- Fiebre, taquie, hiperxms abd., leucocitosis

signo de los heces (index) = Candi → la pna. exploratoria.

• Recidiv. laparo = FUA 19, resist. abd. / leucos.

~ 20 x ~

= Tx =

- Ileo persistente (> 72h. - 3 días)

1) Inicial (conservador) SNG Levine 48-72h. ayuno

- Drenaje SNG 1500ml al 3er. día.

liq. IV (90 / meyo)

- < 40 v o adh complejo.

2) Control de hidrosoluble por SNG e UE (50-150 ml)

- Obstr. completa del int. delgado (sin

3) Definitivo = LAPP y red. de dist de ileo.

evidencia de suire en Iq. y CRK > 130 u/L)

• Ileo paralítico = Conservador y patología hore.

URQUIBES { **★** Hernia estrangulada, cuerpo extraño, enteritis por radiación, peritonitis o síndrome ciego, ox en 6 ser

Ileocolon de Hartman

Neurol sigmoides (11 rec)

- fx de riesgo = $\cdot O^2 > GOA$
 - Patología neuro-psiquiátrica
- Extremamente crónico
- Cx abdominal

- Clínica =
 - Obstrucción intest. ("11") \rightarrow hipersensibil generalizada \rightarrow ruidos metálicos.
 - Fosa ilíaca izq vacía (signo de dange izq) * (Patognomónico)
 - Ausencia de evacuaciones y materia fecal al tacto rectal

= Dx = Intestinal = Rx ausencia de gas ● Elección = TAC = grado de cefe *, signo del rectal 90° ● invertebral (11) (SG / 1) ● (la rotación) * remolinos o distensión del ciego > 10 cm

grado de cefe * (3G / 1)

- Dobn por enema = Pico de auro o az de es, podas.

* PH = anemia microcítica, micro, leucocitosis

= TX =

- Electrolitos y tiempos de coagulación

* GS = Creatinina \uparrow

↳ cuando rx no concluyente y TAC no

= Dx = IRA. Elección = Desterción y decom-

presión y sigmoidoscopia rigida *

o Pes a desterción \rightarrow definitiva \rightarrow

resección intestinal y anastomosis tra-

o sigmoda pe xio

* lap - ferri tr ica = (+) Endoscopia

Complicación = Int. herida gx, * fuga de anastomosis.

Vólvulo de ciego

Torsión de un ángulo (analgolob) \rightarrow típicamente resulta de una obs. intestinal en asa cerrada \rightarrow \uparrow Perforación del colon

• ETIOLOGÍA = \uparrow free = adn sigmoide y ciego (1 en Q)

• Fx DE RIESGO: • Edad media

• Adultos mayores o/ob. prolongada

• Cx abd. previos

• CLÍNICA:

Como obstrucl. abd (distención, náuseas y vómitos) \rightarrow Progresa a dolor e hipersens. \uparrow sibilidad generalizada (perforación) y ruidos metálicos peristálticos

(Hasta febriles) \rightarrow o clonaje = Dx dx perforación

Dx =

- Inicial = Rx de abd. • Asa intestinal

despropor. dilatada y coloración del (91%)

ID distal. Nivel hidroaérea única en

ciego y colornc del colon distal (82%)

• QF = TAC = sim al vólulo

sigmoide,

• Dx =

- Inicial: Dx. dil. de vólulo sigmoide.

el ciego es difícil distinguirse por

endocopia, se recom. la hemicolecto-

mía derecha y anastomosis ileocecal

lira

- Adultos mayores: desobstr. y reanexia

= FNF. DIVERTICULAR =

Manifestación de síntomas como dolor crónico o sangrado de los divertículos. [↳] forma ilíaca izquierda

= Diverticulosis =

Presencia de divertículos en el colon, sin manifest. clínicas

= Diverticulitis =

Inflamación e inf. de los divert. [↳] que incluye la pared del colon. [↳] fiebre, estreñim, diarrea, irritación peritoneal (peritonitis), microrroto

= Diverticulitis complicada =

Cuando se acompaña de un absceso, absf. o perf. libre intracolónica

ETIOLOGÍA: Se forma por una combinación de ↑ Presión intraluminal en el colon y debilidad de la pared muc. y herniación de mucosa y submucosa (divert. falso)

- Obst. de divertículos (por un fecalito) facilita lo prolif. bact y dificulta la irrigación
→ Por lo que es suscept. a la perforación.

* Clínica

EPIDEMIO: # Predomina colon sig.

= DX: Irralinea = Colon por erema (enf.)

(sigmoideas 95%)

• ↑ asociado a colitis = colonoscopia

- Edad prom: 62 a → 80-95 a ↑ σ^2

• Diverticulitis = TAC de abd. ID colonoscopia

- Diverticulosis → 10-25% → diverticulitis

- PCR ↑, hemo = leucocitos leve y pluria leve

FX RIESGO: - Aspirina, AINES (↑ sangrado)

= **AUXILIARES:** - Colonoscopia = Desp. de C. gramas

- Obesidad (↑ sangrado y compl.) - Niveces,

en diverticulitis por riesgo de perforación.

maiz, semillas • Prelector: Fibra (↑)

• PCR > 50 mg/dl = opaya la resp. dx

- Asociado a colitis → colonoscopia

Hauazgos por TC → Escala de Hinchey TAC

- Estadío 0
 - Diverticulitis leve
 - Absceso
 - Obstrucción
- Estadío Ia
 - Intl. periódica y flemon
 - Fístula
 - Perforación

- Estadío Ib
 - Absceso <5cm en la proximidad del proceso inflamatorio lmo.
- Estadío II
 - Absceso intraabd., pélvico o retroperit. Abs. distante al sitio intl. Tmo
- Estadío III
 - Peritonitis purulenta generalizada
- Estadío IV
 - Peritonitis feal.

= TX =

• Manej conservador (v93%): Dieta alta

en fibra, rifamixina, metolazina y probióticos

- Tolera VO y sin vómito: Manej ambulatorio

• No tolera VO, si vómito, sin megora en 48 hr = Hospitalizar y ATB (ciprofloxacina + metronidazol) IV 7-10 dias, 500mg 12 // 8h

→ All ATB = Imipenem o meropenem.

- VO: Sin náuseas o vómitos

• O-1a = Tx conservador (93% v)

- Amb = VO sin vómito - Rifamixina

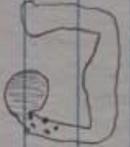
- Hospitalario = No VO, sin megora

• Ib-III = Conservador 73% si falla →

drenaje percutáneo + ATB

→ Abs. >5cm Drenaje perc.

• III-IV = Cx de urgencia + resección del segmento afectado + anastomosis lmo + ileostoma derivativa



= ENFERMEDAD HEMORROIDAL =

• Hemorroides • Cajines del
legido vase submucosa en el
canal anal Normal →

Dilatación de plexos hemorroidales sup. y lo inf. con desplazamiento
hacia debajo de los cajines debido a la alt. de soporte.

• EPIDEMIOLOGIA = 1º lugar ent. del recto e intestino g.
+ frec. ♂ 45-65 a.

- fx - • ♂ • embarazo
- Analemia • Genético • Diarrea leve
- Protesión • Fat. int. • Esfuerzo físico

→ **INTERNAS** = Encima de la línea dentada

- + común • Sangrado transrectal rojo brillante, gotas al final de evacuar
- Indoloro • Prolapso hemorroidal

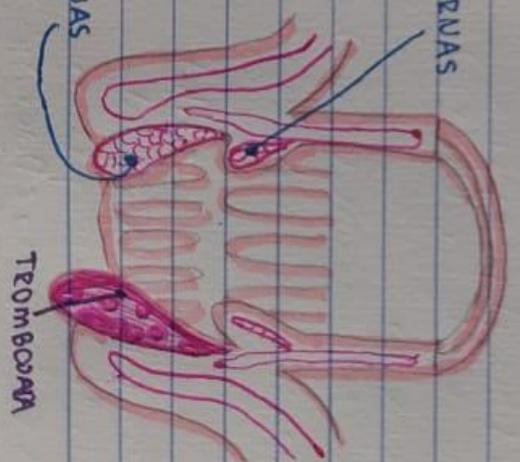
INTERNAS

→ **EXTERNAS** = Bajo línea dentada

- Dolor: Impreciso, irregular, asociado al evacuar, deporte o sentado.
- Tumorción: abultamiento de piel, blandos y con dolor al palpar • Frotito anal

EXTERNAS

→ MIXTAS = Encima y abajo



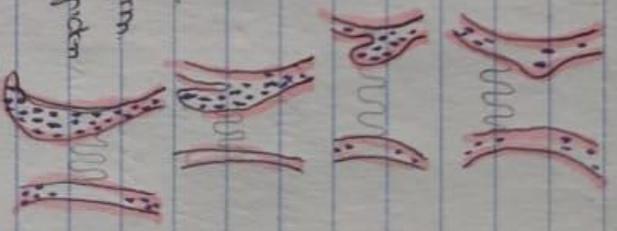
- Externa
- Bulto azul en borde del ano
- Dolor intenso
- Escisión qx (<12h)

FISIOPATO = 1) Fibras venosa = Dif. para el vaciamiento venoso, congestión y dilatación
 2) Prolapso anormal hemorroidal: falta de turgor del músculo liso 3) Otros: Dieta pobre en fibras y poca ingest. de liq. hábitos, defecaciones erróneas y Prolap. familiar.

= **GRADOS - INTERNAS =**

- **DX = AFF e HC**
 • Tacto rectal - posición genuplaxal
 req. o SIMS.
 • Anorectro = fn todos q se quebra
 = **TX =**

- ① Cagnete, hemorroides congest. e hiperémicas, sangran pero no prolapan → defecación.
- ② " " q prolapan de la mucosa en el canal anal → defecación → vuelven desp.
- ③ H. Sobresalen con anal en def. o espant. → asiste regresarle dignim. Hinchadas, a veces confluentes y no esp.



F =
 • Dieta rico fibra y liq. + ejercicio.
 → Se recomiendan flavonoides (x¹⁰)
 • Ayuda = flavonoides
 • Sedilure, gasea templada (Ayuda)
 • Cardiacos y anestésicos top. oris
 (x¹⁰)

3v regreso.
 - **Hemorroidectomía (método curativo)**

• **Ligadura c/ banda elástica = Hht.**
 G_{1-11-III} con falta de tx inicial
 • Contraind en fros. de coagulación.
 → Complicaciones tempranas = Dolor, retención urinario y sangrado anal / Tardías: Celgajo cutáneo, inconti.
 • Frecu de ts, HI • Hxt. • HI → III é IV • H Trombocido (32h_m)
 • Hemorroidopexia = Ind = pr. soporte recuperárido < dolor.

ABSCESO ANAL

Selección de pus en los espacios perianales, como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, fisuras, hemorroides → Se pueden extender en la fosa isquiorrectal y en el espacio supraesfuerador.

Etiología - Primaria o Inesp. (95%)

Origen criptoglandular

- 2 tipos de esp. (S): Círculo, CUEL, CA anal,

Trauma, radioterapia, neoplasias

- FRI = 20-60% (↑ 40%) O²

- 30% desarrollan una fistula

- Niños: Conservador (sin drenaje) x la recurrencia (10%)

Supraesfuerador

4%

- IX DE PLESGO =

- Uda. pedentaria

- Trauma anal

- Int. Circa

- FIS

- Radioterapia - Cáncer VIH

- Int. Intraesfuerador,

- Cuerpo extraño

Isquiorrectal

30%

Perianal

60%

- Submucosa 1%

• **Clinica** • FASE AGUDA

- Dolor intenso, continuo y progresivo en región anal que ↑ la defecación

• Intraesfuerador 5%

• Datos de infección = edema eritema, región peritubosa

• Abscesos de suprapelviculares no hay datos, esp. (general, tenesmo, fiebre, dolor mto)

- FASE CRÓNICA - Abs. predominantemente drenado q salida de mat. purulento, irritación y prurito.

- Rx RESOLUTIVO - No hay consideraciones especiales → gram. → causa: lactobacilos.

= DX = Clínica (rectoscopia o anorografía = doloroso) = QX = Elección = drenaje y

• Duda dx o abscesos complejos → USG endoanal

↳ Si no tolera → TAC o RM

desbridación del abs.

- Superficiales = en exp o urgente,

- Isquémicos = Reg. anastomía

- En  aberturas en ambos lados,

o través del esfínter anal por

= Tx = Amoxi / AC 5 21 Pedrolórico. 22A → NO

- ATB solo a inmunocomprom. Deshidr. + drenaje • Conservador / Valorar ATB

+ ATB (immunodef.).

= COMPLICACIONES =

- fistula ANAL → 37% px que fueran con drenaje. 10% ciruj. rec.

• Proctografía rectoral → 30% px q VIH

Digestiva Anax

-libros infectados que comunican una cripta oral o el lumen del recto con lo piel

Correct. por lo presencia de un conducto de peneales

↳ Orificio = 1no o interno y cutáneo = 2no/externo.

- Origen = Criptoglandular (inep) → 95%
↳ grolm = aboccc.

= CLASIFICACIÓN DE PARKS =

1 INTERESTINTERIANA: 2no o aboccc perianal (+) #

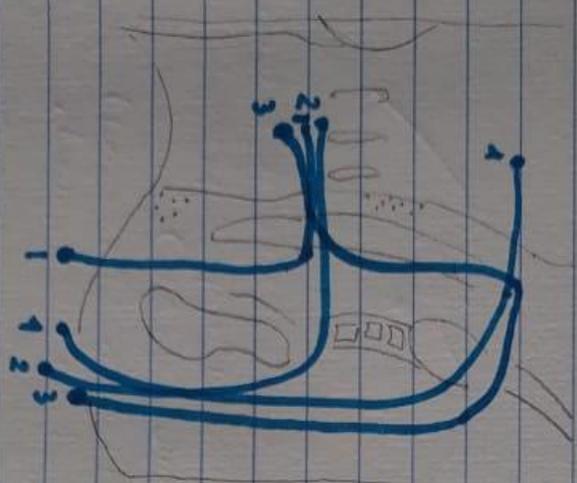
2 TRANSESTINTERIANA = Atraviesa ambos estómeros (+ Complicaciones)

3 SUPRAESTINTERIANA = Que V sobre el pube rectal penetra el elevador del ano

4 EXTRAESTINTERIANA = Trayecto complejo fuera de los estómeros (supraelevador).

→ Simple: Generalmente 1 ó 2 bagos con trayecto único entre el orificio primario y 2no.

→ Complejas: Origen espectral, qx frev. o trayecto que compenente >30', estíter interno. Ej. 2oita, 3 ó 4,



EPIDEMIOLOGÍA

- O 30-50 a. • Crohn 10-20% - Inmunosupresión (VIH, TB, Chroh)
- 50% abs. males → fistula

FX DE RIESGO

- Antecedent. abs perianal drenado

→ SUPURACIÓN CRÓNICA = A través del orificio 2no. de forma intermitente

→ DOLOR = Acúmulo dentro del trayecto fistuloso

→ EXP. DE ORIFICIO 2do = Como un área invaginada del tejido de granulación con salida de material purulento.

→ ANORORECTA = Con localización de orificio 1no.

= DX = * Ident. orificio 2no.

2. Palpar trayecto fistuloso (línea anorrectal)

3. Ident. de orificio perianal. Tira = amoxicilina o pivampicilina

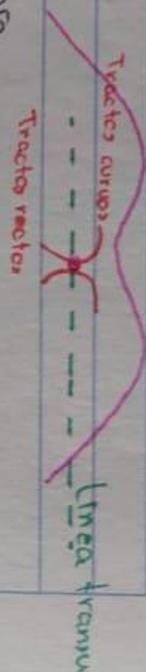
- Regla de Goodall: De cubito ventral y trazar las líneas. (para la dirección de los vasos.)

AUXILIARES ~ * Elección, usq. endoscópica *

- Manometría = Px / incontinencia previa

- Fistulografía: limítado → + extrínsecas / intra

- RM = En todo, los complejos y recidivados.



= IX = • Eliminar el trayecto y prev. recur.

* F = fistulotomía (sin ATB)

- En complejos: Según (provisional) drenar

- Asintomáticos con Crohn + sin FX

COMPLICACIÓN: 4 Detención urinaria (2/3), hemorragia rectal, incont. fecal (5%)

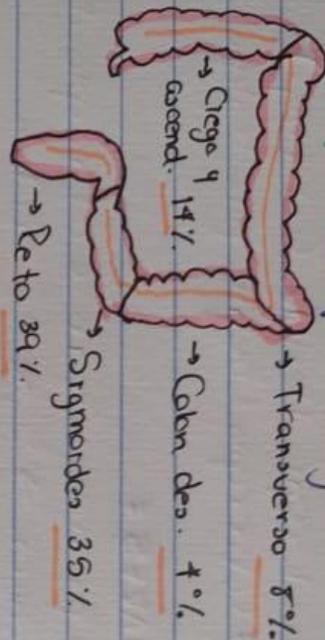
CÁNCER GASTRO-RECTAL < Tumor maligno dentro de las paredes del intestino

griego, incluye ciego, colon asc, colon transv., y desc., sigmoideas y recto >

EPIDEMIOLOGÍA =

- ♂ > ♀
- Genética = MLH1 y MSH2
- Metastasis troncal: Hígado
- ↑ mortalidad → detección oportuna

ETIOLOGÍA = Etiología histológica = Adenocarcinoma



IX. P =

- AHT = CA, pólipos, adenomatosa fam
- Dieta predominantemente: ↑ Carbohid., grasa, ↓ Fibra, carnes rojas, alcohol (> 25g/día)
- Otros: reseque (> 15%) y obesidad.

CLASIFICACIÓN DEL PUEGO POR PV =

- **BAJO** = > 50% , sin AHT/CA, pólipos, enf. inf.
 - **INTERMEDIO** = • Pólipos adenomatosos o hamartomati.
 - **ALTO** = Histonef, CA, PAT o CCHUP, CA extra
- CLÍNICA = Cambios en hábitos intest.
- Derecho = Anemia (sangre en heces)
 - Izq = Estreñimiento/Obst. Sang. tubo digestivo
 - Tumor avanzado: Pérdida de peso (> 10% en 6m) y dolor abd.
- Enf. inf. > 10% (Crohn) e colitis ulcerativa
- colérrica asociada a ceguere, gastrina, Leptoc

= Dx =

2do. N = 150 A, < 40 AHT, peso, hábitos, AHT, anemia microcítica

• Inicial tomografía: (150 A): Sigmoidoscopia oculta en heces, (30 gr.) 1 vez año (Guayaco o prueba inmunoq.) → Guayaco: Hb detecta, no detecta polipos < 2cm, evitar drogas prev.

• Prueba de sangre oculta en heces: = colonoscopia o sigmoidoscopia flexible (cobn req.)
AHT's (7d.) / carne, rgs, vitaminas, Inmunoq: AC mendaces, (V*), no req.

* GE = Colonoscopia + biopsia para histopatología restr. alim., Hemorr. desde los 25 ml.

AUXILIARES =

• Colon por arena = Cuando no colonoscopia, detecta lesiones simétricas → Signo =  mordida
Para visualizar todo le extensión del colon

• Colonoscopia virtual: Dx, no colonoscopia y colon por arena
Riego de pert. 2/1000
- Bajo r = 1 / + = ^{DA} colonosc, recho 21g

• Antígeno cáncero - embriónico = Francklin y seguimiento
- Intern: 2N : ^{DA} avance 5A

- Alto = 3N

= Qx = Resección q x y quimio adyuvante.
- E2 = Invasión de vasos y órganos vecinos / resección q x y radical.

- E1 = Masa o muscular propio y se resecta resec. amp. + anostomosis, + OT amplia (15cm) (anostomosis)

- E3 = Ganglios, resec. amp. + anostomosis, + OT
- E4 = Metást. adist., resec. polip. + OT
• Se diseminan a otros órganos

