



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
- 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 resplando elevado)*

↳ contraind. = Obesos, emb. lesión cervical.

• MANIOBRA DE SELICK

- Laringoscopia bimanual

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

- Maniobra laringea y equivo 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	Visibilidad del paladar blando, uvula y pilares amigdalinos.
							

SE CLASIFICA EN 4 CLASES:

Cormack-Lehane

Grado I: Se visualiza completa la laringe.

Grado II: Se visualiza parcialmente la laringe.

Grado III: Solo es visible el paladar blando.

Grado IV: Solo es visible el paladar duro.

Oclusionión Intestinal ~

I. Delgado *

- * Sbrececim. bact.
- Inflammaci3n
- (o Allmencenamiento)

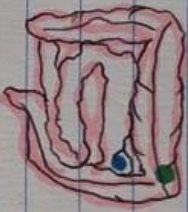
>> Interrupci3n del tr3nsito intestinal. + por factores extrínsecos y pocas veces por dñt. de la luz <<

Epidemiología

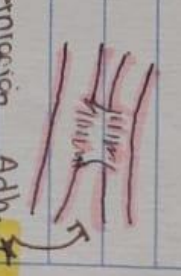
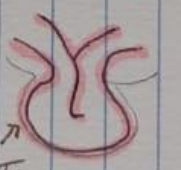
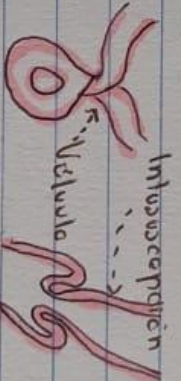
- Adherencias → 65-75% *
- 30% responde a manejo conservador.
- 30% qx
- Oclusi3n → int. delgado → 82%
- Pct. qx = ileo a c. senal

Clasificaci3n clínica =

- Ileo mecánico = Obstrucci3n mecánica → Q. poco del cont. intest. 1) Adh. qx, 2) hernias, 3) Vólvulos.
- Ileo paralítico = Motilidad int. → parálisis del musc. lizo (avarezqx) → 1) Ileo reflejo postqx, 2) All. electrolíticas.
- Ileo espástico Hiperaactividad desordinada (Intox. metales pesados, porfiria y uremia)
- Ileo de oclusi3n vascular = Mov. intest. desordinada del intestino isquémico.



- Oclusionión alta - Adherencias - Hernias
- Delgado - Ileo paralítico
- Crueso - Vólvulo *
- Delgado bajo - Vólvulo *
- - Ca colorrectal



Senala NH

CLINICA =

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

- Dolor abd. tipo cólico, difuso periumbilical

= DX = ° BH = leucocitosis (fiebre)
→ 2x (de cúbite y piel) **★ Pilo de mendedo**

- Náuseas, fiebre, vómito y desh (Oclusion)

• Peristalsis - auge en el p^{retro}

- Distensión abd., persist. ↑ o ruidos mel.

• Dilat prox > 3cm, obst = gas

- Heces el sangro (estrangulamiento)

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

- Puede ↑ mocos palpables (flun o vómito)

→ **★** GE o TC y contraste sitio de obstr. y Hemigráfico.

- Irritación peritoneal (perit e estrang)

• TAC = liq. intraperit / edema del mesenterio y

- Fiebre, taquie, hiperexz abd., leucocitosis

signo de los heces (index) = Candi → la para. exploratorio.

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

~ 20 x 2

= 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.

URQUIES { • Hernia estrangulada, cuerpo extraño, enteritis por radiación, peritonitis o síndrome ciego, ox en 6 ser

Ileocolon de Hartman

Neurológico 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

= $Dx =$

- Inicial = Px ausencia de gas
- Fecación = $TAC =$ grande cefe * , sign del (la rotación) * remolino o distensión del ciego > 10 cm
- Abn por encima = Pna de auro o az de es, podas.

* PH = anemia microcítica, micro, leucocitosis
 * Efectos y tiempos de coagulación

* CS = Creatinina \uparrow

↳ cuando rx no concluyente y TAC no

= $Dx =$ 1RA. Fecación = Desterción y decomp-

presión y sigmoidoscopia rigida *

o Pes a desterción \rightarrow definitiva \rightarrow

reseción intestinal y anastomosis tra-

o sigmoido pexia

* laparoscopia - fecalítica = (+) Endoscopia

de peritonitis, sig. intest. o sepsis.

Complicación = Inf. herida qx, * fuga de anastomosis.

o ATB amplio espectro px o evidencia

líq. y efed, apoyo ventilatorio y decompresión

intestinal o SUSQ

o ATB amplio espectro px o evidencia

Nóvulo de ciego

Torsión de un ángulo (conangulad) \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

• Cx abd. previos

(Hasta fealdes) \rightarrow a clonaje = \uparrow dx perforación

• **CLÍNICA** : Como obstruct. abd (distensión, náuseas y vómitos) \rightarrow Progresa a dolor e hipersensibilidad generalizada (perforación) y ruidos metálicos peristálticos

DX =

- Inicial = Rx de abd. • Asa intestinal despropor. dilatada y colusión del (91%)

ID distal. Nivel hidroaérea única en

ciego y colon prox del colon distal (82%)

• **QF** = TAC = sim al vólulo

sigmoide,

• **DX =**

- Inicial = Cx dil de vólulo sigmoide. el ciego es difícil de tarse por

endocopia, se recom la hemicolecto-

mía derecha y anastomosis ileocecal

lira

- Adultos mayores: desobstrucción y recuperación

= 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), micorroc

= Diverticulitis complicada =

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

ETIOLOGIA: 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: Inalinea = Colon por enema (enf.)

(sigmoideas 95%)

• ↑ asociado a colitis = colonoscopia

- Edad prom: 62 a → 80-75 a ↑ σ^2

• Diverticulitis = TAC de abd. ID colonoscopia

- Diverticulosis → 10-25% → diverticulitis

- PCR ↑, hemo = leucocitos leuve 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
 - Obstucción
- 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.

• O-1a = Tx conservador (93% v)

• Money conservador (v93%): Dieta alta
 en fibra, rifamixina, metolazina y probióticos
 - Amb = VO sin vómito - Rifamixina
 - Hospitalario = No VO, sin megorra



• No tolera VO, si vómito, sin megorra en

• Ib-11 = Conservador 73% si falla → drenaje percutáneo + ATB



48 hr = hospitalitar y ATB (ciprofloxacin + metronidazol) IV 7-10 dias, 500mg 12 // 8h

• III-IV • Cx de urgencia cl resección

→ All ATB = Imipenem o meropenem del segmento afectado + anastomosis lmo + ileostoma derivativa



• VO = Sin náuseas o vómitos

= ENFERMEDAD HEMORROIDAL =

• Hemorroides • Cojinetes del
legrado vase submucosa en el
canal anal Normal →

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

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

- fx -
- ♂ • embarazo
- Analemis
- Genético
- Protesión
- Int. int.
- Estruena pto.

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

- + común
- Sangrado transrectal rojo brillante, goteo al final de evacuar

INTERNAS

- Indoloro
- Prolapso hemorroidal

→ **EXTERNAS** = Bajo línea dentada

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

EXTERNAS

→ MIXTAS = Encima y abajo



TEOMBORRA

- 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) Prelope orrinal hemorroidal: falta de turgor del músculo liso 3) Otros: Dieta pobre en fibras y poca ingest. de liq. hábitos defecatorios erróneos y Prelop. familiar.

= **OPDOS - INTERNAS =**

① Cayente, hemorroides congest. e hiperémicos, sangran pero no prelopan → defecación.

② " " cl prelope de la mucosa en el canal anal → defecación → vuelve desp.

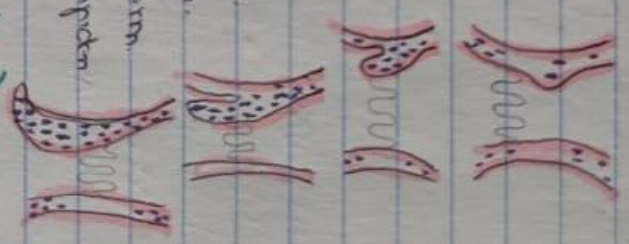
③ H. Sobresalen canal anal en def. o espant. → asiste regresarle dignidm. Hinchados, a veces confluentes y no esp.

④ H. larga duración cl exteriorización perm. de la mucosa anal y piel fibrosa, impiden su regreso.

- **Hemorroidectomía (método curativo)**

• Frecu de 1, HI • HExI. • HI → III é IV • H Trombocida (32h_m)

• **Ligadura cl banda elástica = HInt.**
 G₁ 1-11-III con falta de coaptación. • **Hemorroidopexia = Ind = pr. soporte recuperápido < dolor.**
 → Complicaciones tempranas = Dolor, retención urinario y sangrado anal / Tardías: Celgajo cutáneo, inconti



ABSCESO ANAL

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

Etiología: Primaria o Inesp. (95%)

: FRI = 20-60 A (↑40%) ♂♀

Origen criptoglandular

- 2 tipos o esp.: (S) : Crib. Anal, AA anal, Trauma, radioterapia, neoplasias

• 30% desarrollan una fistula

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

- IX DE PILESQD =

- Uda. pedentona

- FIS

- Cuerpo extraño

- Trauma anal

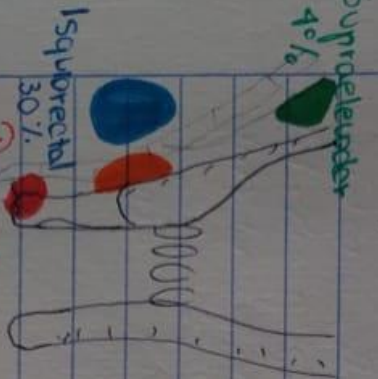
- Radioterapia - Cáncer VIH

- Inf. Criba

- Inf. Intorobere,

• **Clinica** • FASE AGUDA

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



• Introcistifinleriore 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
- Superficiales: en exp o urgente,
- Isquémicos: Reg. anorexia
- En  aberturas en ambos lados
o través del espacio anal por

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

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

= 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 = Ino o interno y cutáneo = 2rio/externo.

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

= CLASIFICACIÓN DE PARKS =

1 INTERESTINTERIANA: 2ria o aboccc perianal (+) #

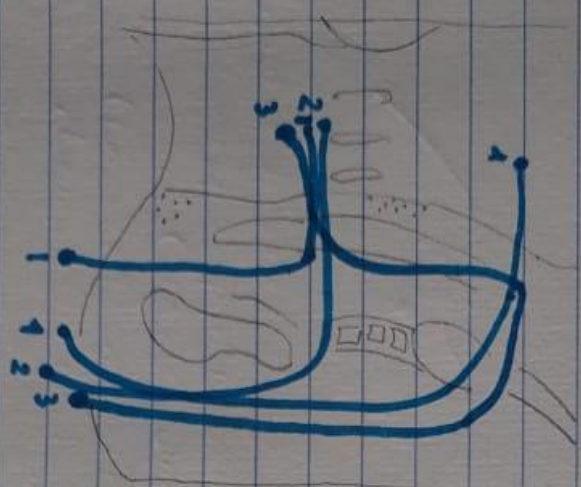
2 TRANSESTINTERIANA = Atraviesa ambos estómeros (+ Complicaciones)

3 SUPRAESTINTERIANA = Que V sobre el pube trectal 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 2rio.

→ Complejas: Origen espectral, qx frev. o trayecto que compenete >30', estínter interno. Ej. 2alta, 3 ó 4,



EPIDEMIOLOGÍA

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

FX DE RIESGO

- Antecedent. abs perineal 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 1ro.

= DX = * Ident. orificio 2no.

2. Palpar trayecto fistuloso (línea anorrectal)

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

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

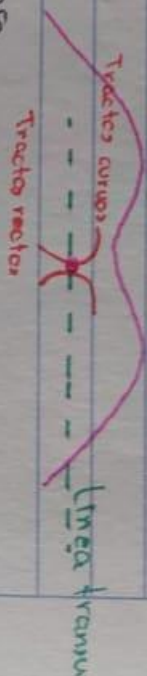
~ AUXILIARES ~ * Elección, usq. endoscópica *

- Manometría = Px / incontinencia previa

- Fistulografía: limítado → + extrínsecas

- RM = En todo, los complejos y recidivados.

COMPLICACIONES: 4 Detención urinaria (3%), hemorragia rectal, incont. fecal (5%)



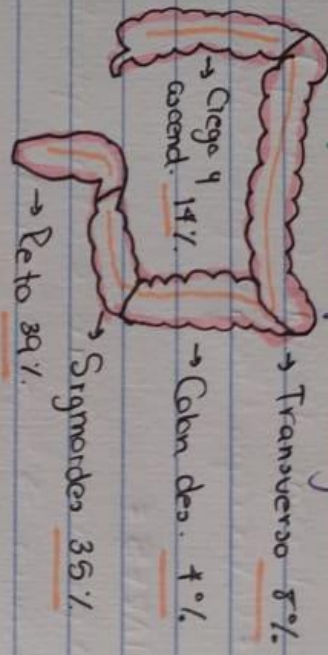
CÁNCER GASTRO-RECTAL < Tumor maligno dentro de las paredes del intestino

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

• Antígeno cáncero - embrionario = Franquicia y seguimiento
- Baye r = 1 / + = ^{DA} colonosc, recto 2/1000

- TAC: estadificación • USG
- Intern: 2N : caluce 5A
- Alto = 3N

= Qx = Resección qx y quimio adyuvante.

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

- E2 = Invasión de vasos y linfáticos, resecación qx y radical.
- E3 = Ganglios, resec. amp. + anostomosis, + OT
- E4 = Metást. adist., resec. parcial, + OT

• Se diseminan a otros órganos

