



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana



**Materia: Clínicas quirúrgicas
complementarias**
Nombre del trabajo:
**Flash cards de “SIR, Patologías
proctológicas”**

Alumna:
Karen Paulina López Gómez
Grupo: “A” Grado: “7”

Docente:
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de septiembre de 2024.

SRI SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN

Método para realizar intubación endotraqueal en situaciones de emergencia debido a que produce rápidamente este índice y parálisis - Disminuye las posibilidades de bronco aspiración y logra una vía aérea segura.

- INDICACIONES -

- Neurológicas = GCS < 8, Deterioro súbito del estado de alerta (intoxicación drogas / fármacos o alcohol, EIC, Enf. metabólicas)
- Clinicas = Taquipnea > 35min persistente, compromiso vía aérea
- Terapéuticas = Cirugía urgente, quemaduras, edema pulmonar
- Gasométricas = HCO₃ < 15 o > 25 (pH < 7.25, pCO₂ > 60 y PO₂ < 60)

- PREPARACIÓN - EN 10 MIN

- Historia estudio cardiovascular
- Equipo de fármacos para inducción y parálisis muscular
- Selección del tamaño de tubo endotraqueal
- Diseño de plan alternativo (Mascarilla, Laringea, intubación broncoscópica)

Sección

Oxigenación 3-8 min

Airway

Posición

Monitores

Equipo

dipao

1. PREPARACIÓN

MATERIAL

Guantes y jeringas 10ml, oxígeno y succinilcolina, accesorios ventilación (Bata - válvula mercator, mascarilla facial), Cánulas bucofaríngeas (Guedel), Cánulas esofotracheales (7-8.5 H), Estiletes y gaites metálicas, laringoscopia recta y curva (3 y 4), Estetoscopio, oxímetro de pulso, medicación para intubación, cinta tya, tobo, galea.

- EVALUACIÓN VÍA AEREA -

- L**ook → Examinar
- E**valuate → 3-3-2
- M**outh → Apertura boca (Mallampati 3)
- A**bstrocción → Epiglotis o absceso
- N**eck → Movilidad del cuello

CLAS. MALLAMPATI

- Sin dificultad - Paladar blando
- Sin dificultad - Uvula hasta uvulas
- Dificultad Mod - Base uvula visible
- Muy difícil - Solo paladar duro

2. PREOXIGENACIÓN - 3-5 min 8 aspiraciones de 60s (8.7 min - 70kg
obeso 127kg - 3.7 min APNEA SEQUIN)

3. PREMEDICACIÓN - Solución y análisis

Fentanilo 1-3 mcg/kg Rocuronio Esmolol 2mg/kg
Rocuronio 0.06 mg/kg Lidocaina 1.5mg/kg

SEDACIÓN / INDUCCIÓN 5

- Propofol 2mg/kg - 0.5mg/kg
- o Ketamina 2mg/kg
- o Tiopental 3mg/kg - 1.5mg/kg
- o Etomidato 0.3mg/kg - 0.15
- Midazolam 0.1mg/kg

INTUBACIÓN 6

RELAJANTES MUSCULARES

- Rocuronio 0.4 - 1.2 mg/kg
- Succinilcolina 0.4 - 1.2 mg/kg
- Vecuronio 0.1mg/kg

POSICIÓN OLATEO (Alinear ejes dent., decúbito supino, Obeso FARITA)

MANIOBRA JELLY (Presión ciclóica)

7 COMPROBACIÓN → Visualización tubo endotraqueal, auscultación pulmonar

8 CUIDADOS POST INTUBACIÓN → Monitorizar SpO₂ > 90%, TA,

OCCLUSION INTESTINAL → Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

Epidemiología → Adherencias 65-75% casos (30% manguito conservado - 30% Rx)

← OCCLUSIÓN ALTA Adherencias, hernias, íleo paralítico } Fr de Riesgo
← OCCLUSIÓN BAJA Volvulo, cáncer colorrectal }

FISIOPATOLOGÍA • Íleo mecánico → Auténtica obstrucción que impide el paso
• Íleo paralítico Alteración motilidad intestinal (Adherencias elect, post op)
• Íleo espástico Hiperactividad desordenada del intestino (intoxicación)
• Íleo de occlusión vascular Motilidad intestinal desordenada del intestino isquémico

CLÍNICA → Dolor abdominal tipo cólico, difuso o periumbilical - Náuseas, fiebre, vómito y deshidratación - Distensión abdominal
Heces con sangre - Puede haber masa palpable - Irritación peritoneal.

DIAGNÓSTICO

- Rx abdominal = Datos perforación - Signos en pila de monedas
- DHL y lactato = liquemia intestinal
- Estándar de oro = Tomografía con contraste → Sitio de obstrucción

TRATAMIENTO

- 1- INICIAL - Sonda nasogástrica
- 2- DEFINITIVO [ADMINISTRAR CONTRASTE HIDROSOLUBLE POR ING O.V.O.]
- 3- DEFINITIVO = LAPE Y REDUCCIÓN ÍLEO
ÍLEO PARALÍTICO = Contraindicar + tratar patología base

Rx → íleo persistente 73 o 3 días

Drenaje por SNG - 500 ml el tercer día

> 40 años o adherencias complejas o distensiones

VÓLVULO DE COLON Y CIEGO

→ Torsión de un órgano a través de un eje sobre su pedículo o vascular. El vólvulo de colon resulta de un asa cecada.

EPIDEMIOLOGÍA →

FX DE CIEGO → Mujeres edad media

SIEMOIDES → Hombres > 60 años + estreñimiento crónico

ETIOLOGÍA → CIEGO = + FCT en colon sigmoideo y ciego en Mujeres

CLÍNICA → Obstrucción intestinal (distensión + náuseas y vómitos)

Hipersensibilidad generalizada (perforación)

SIEMOIDES - Fosa ileocecal izq vacía - Ausencia de evacuación

Px → Rx de abdomen (asa dilatada) → Goid estándar →

Tomografía → Signo remolinos

TRATAMIENTO → Inicial (Rx) - Hemicolectomía derecha y anastomosis ileocecal primaria
MAYORES - Distorsión y recuperación

FARMACOS → Antibióticos

amplio espectro +

Líquidos (electrolitos)

Enfermedad DIVERTICULAR

→ Es la manifestación de síntomas, como dolor crónico o sangrado de los divertículos

Dx DIFERENCIAL = Diverticulosis - Diverticulitis - Diverticulitis complicadas

→ EPIDEMIOLOGÍA = Predominio en colon ICA (sigmoideas en un 45%) = Edad promedio de presentación 62 años (varones 60-75 años)
 - De los pacientes con diverticulosis 10-25% presentarán Diverticulitis

FACTOR DE RIESGO

- Uso de aspirina y AINES aumentan riesgo de sangrado, al igual que la OBESIDAD
- Dieta con nueces, maíz y semillas no se asocia al riesgo de diverticulitis o sangrado =
- Factor protector = Dieta alta en fibra

FISIOPATOLOGÍA

→ Los divertículos del colon se forman por una combinación de ↑ de presión intraluminal del colon y debilidad de pared muscular (con herniación mucosa y submucosa (divertículo falso))
 → LA OBSTRUCCIÓN POR DIVERTÍCULO (fecalítis) facilita la proliferación bacteriana → PERITONITIS

CLÍNICA = Síntomas cólicos → Dolor en faja ilíaca izquierda sin episodios previos

DIAGNÓSTICO → PRIMERA LÍNEA - COLON POR ENEMA
 → ENF. DIVERTICULAR + obstrucción al colitis → COLONOSCOPÍA
 → DIVERTICULITIS - IAC DE ABDOMEN → **USAR ESCALA HINCHEY**

tratamiento

→ MANEJO CONSERVADOR = éxito en 43% = Dieta alta en fibra, fibra mixtura y mesala eno y probióticos

→ TOLERANCIA ORAL Y SIN USAR O - Paño ambulatorio

→ NO TOLERA VÍA ORAL + VÓMITO O SIN TOLERANCIA EN 10 HORAS = Hospitalizar + antibióticos (Lipofloxacina + metronidazol) I.V. 7-10 días
 ↳ Zila - Imipenem - Meropenem

ESTADIO I = Diverticulitis leve
 ↳ Infección leve
 ↳ Abceso < 5cm en abdomen del proceso antececal o cecal
 ↳ Abceso pericecal / intracecal / mural, pélvico, retroperitoneal
 ↳ Noil, absceso distante uterino, inflamación primaria, peritonitis localizada
 ↳ Tx conservador
 ↳ Dieta alta en fibra y probióticos
 ↳ 5-7m (ambulatorio)

ESTADIO II = Peritonitis parietal general
 ↳ Peritonitis fecal
 ↳ con resección del segmento afectado + anastomosis primaria + ileostomía definitiva
 ↳ Igual si no funciona el manejo conservador

ENFERMEDAD Hemorroidal

→ Dilatación de plexos hemorroidales superior y/o inferior con desplazamiento hacia debajo de los cojinetes debido alteración de soporte

CLÍNICA

HEMORROIDES → Cojinetes del tejido vascular submucoso en el canal anal. Es una estructura normal y su existencia no indica enf. hemorroidal (caso raro de presentación)

↓ ENLINA DE LÍNEA DENTADA	BAJO LÍNEA DENTADA	POZ Y DEBAJO DE LÍNEA D.
HEMORROIDES INTERNAS	HEMORROIDES EXTERNAS	HEMORROIDE TROMBOSADA
+ FCT → Presión sanguínea transmitida vga brillante, gotas de coagulación - Sangrado inoloro	DOLOR - Impulsivo, vsc - gular, asociado al coito, hacer ejercicio, etc. sentido	→ Es una hemorroide externa → Bulto azul en la piel del ano → Dolor intenso ↓
PROLAPSO HEMORROIDAL (sejón el que se controla al reducirlo)	TURPACIÓN = Lubricada de piel, blandas y con dolor al palpitar	ESCIÓN QUIRÚRGICA (< 72 horas).
	PRURITO ANAL	

FISIOPATOLOGÍA 1er lugar del recto e intestino grueso / + FCT en hombres de 45-65 años / Durante el embarazo el 65% de su curación y resolución del 100.

FACTOR DE RIESGO! Hombres, embarazo, anatomía, genética. Duricia o estreñimiento, protrusión (sentado o de esfuerzo), enf. hipertensiva I., estiramiento prolongado.

fisiopatología

- 1- ESTENOSIS VENOSA = Dificultad para el vacuamiento venoso, con congestión y dilatación
- 2- PROLAPSO ANORMAL HEMORROIDAL = Ocurre por falta de fijación del musculo ano
- 3- OTROS FACTORES = Dieta pobre en fibras, poca ingestión de líquidos, hábitos defecatorios erróneos y predisposición familiar.

DIAGNÓSTICO = Examen físico + H. Clínica
 → TACTO RECTAL = Protrusión del px, en posición genupectoral lateral seq a posición Sims
 → ANOSCOPÍA = Realizar en todas las px con sospecha

- GRADOS H. INTERNAS
- I = Indica cojinetes hemorroidales que están sangrando
 - II = Cojinetes con protrusión a la defecación pero vuelven al final
 - III = Hemorroides que protruyen hasta ser reducidas digitalmente
 - IV = Hemorroides de extensión de larga duración

TRATAMIENTO → Dieta rica en fibra + líquidos + ejercicio - Agudos (Fluoroides) → Sedulinas con ajuste temporal = Bases de asirato → corticoides y anestésicos tópicos en > 7 días

→ QUIRÓFANOS = Ligadura con banda elástica / Hemorroidectomía / Hemorroidopexia

ABCESOS Y FISTULAS PERIANALES

¿QUÉ ES?

ABSCESO = Colección de pus en los espacios perianales como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, en estado bacteriano. De Fosa isquiorrectal y espacio suprarrector.

EPIDEMIOLOGÍA = 20-60 años (40 años)
Ambos sexos → 30% de px con absceso de origen fistula → EN NIÑO
EL MANEJO ES QUIRÚRGICO

FACTOR DE RIESGO Vida sedentaria, trauma anal, ETI, radioterapia, cuerpo extraño, cáncer o VIH, enf. Crohn, Inf. inflamatorias

FISTULA = Presencia de un conducto de paredes fibrosas intratadales que comunica una cripta anal o el lumen del recto con la piel (CRIPTA = Primario o interno y el cóctico secundario o ext)

EPIDEMIOLOGÍA = + FCT en Hombr 30-50 años - 50% de abscesos de origen fistula.

FACTOR DE RIESGO Antecedente de absceso drenado, inmunosupresión VIH, tuberculosis y enf. de Crohn

FISIOPATOLOGÍA

→ **ABSCESO**: Primario o inespecífico 95% = Origen criptoglandular
Secundarios o específicos (ETI, Crohn, COC en anal, Trauma, Radioterapia y Neoplasias)
→ **FISTULA** = Origen criptoglandular (inespecíficos) en un 45% por abscesos

ABSCESO

→ **CLÍNICA** = Fase aguda = Dolor intenso, continuo y proyectivo en región anal + a la defecación, datos de infección
Fase crónica: Absceso previamente drenado con salida de material purulento, irritación y prurito
Px = pediatría = No consideraciones especiales → Casos + FCT / bacterias

FISTULA

→ **CLÍNICA** = Supuración crónica, dolor, exploración de orificio secundario, anoscopia.
CLASIFICACIÓN DE PARKS
- Intersfinterina } SIMPLES = un trazo único
- Transfisterna }
- Supraesfinterina }
- Extraesfinterina }
→ Complejas = Origen específico, cirugía previa.

DIAGNÓSTICO

<p>ABCEJO CLÍNICO / Ultrasonido endoanal (en caso de no tocarlo) Tomografía axial C. O. R. M.</p>	<p>FISTULA ① Identificar absceso secundario ② Palpar el trayecto fistuloso ③ Identificación de orificio fistuloso Puntito: Por anoscopy o proctoscopia</p>
<p>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO → DE ELECCIÓN = Drenaje y desbridación de absceso</p>	<p>REGLA DE GOODSALL = Desorbito ventral - trazar línea transversal Trayecto recto - Trayecto curvo</p>
<p style="text-align: center;">↓ Abscesos superficiales</p> <p>→ Vaguitas o suprapubiculares = lavados bajo anestesia</p> <p>→ En <u>Herradura</u> = Se drenan por dos aberturas con ambos lados y espacio posterior</p> <p>+ Antibióticos en inmunocompromiso</p>	<p>→ Elección = Ultrasonido endoanal</p> <p>→ Manometría, fistulografía, R. Magnética</p>
	<p>TRATAMIENTO</p> <p>→ Eliminar trayecto de fistula Prevenir recurrencias y postcoarctación del estirite anal → FISTULOTOMIA</p> <p>→ Complejas = Setón colocat</p> <p>→ Asintomáticas con Crohn = No tx</p>

CANCER COLO-RECTAL

→ Adenocarcinoma o colo-rectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, sigmoideos y recto.

↑ FCT EN HOMBRES ↑ EN >50 años / Mutaciones genéticas involucradas MLH1 y MSH2 / METASTASIS + COMÚN (Vigilado) /

⚠ FACTOR DE RIESGO ⚠ - AHF = Cáncer colo-rectal, poliposis, el adenomatosa familiar (PAF) - Dieta predisponente = Alto calorías, grasas animal, pobre ingesta de fibra, carnes rojas, consumo de alcohol (> 25g/día) - OTROS = Raza negra (> 95 años) y obesidad.

Px LOW RISK BAJO RIESGO	Px RIESGO MEDIO	Px RIESGO ALTO
> 50 años, sin AHF de polipos o cáncer colo-rectal, sin hsto: v. de enf. inflamatoria intestinal. → Dx = Sangre oculta en heces	- Presencia de polipos adenomatosos o hamatomas - Ent. inflam. intestinal de > 10 años FNF (COHN) → Colonoscopia (colitis ulcerativa) y sigmoidoscopia (cáncer S. ILES)	- AHF Cáncer colorrectal - Historia familiar de PAF o CLNP - Cáncer extra colónico

ORGANIFORMAS1 dipao

ETIOLOGÍA / FISIOPATOLOGÍA - Adenocarcinoma (40%), Colon transverso (17%), ciego y colon ascendente (14%), Recto (34%), Sigmoideos (35%)

CLÍNICA: Cambios en hábitos intestinales

Derecho: Asintomático + Anemia (sangrado microscópico)

Izquierdo: Estreñimiento / obstrucción / sangrado tubo digestivo bajo - Tumor avanzado = Pared de pso (> 10% en 6 meses) y dolor abdominal

DIAGNÓSTICO: **Inicoma** = Tumores (> 50 años), sangre oculta en heces (30 gramos = 1 vez al año) → Colonoscopia, sigmoidoscopia
OTROS = Colon por encima (Plancton by GOLD ESTIMACIÓN + BIOPSIA mordida), colonoscopia virtual, antígeno carcino-embriónico, TAC y RMN

TRATAMIENTO: Resección qx y quimio + terapia - CLASIF DUKES O AJCC ICR
LDLFR = Etapa 0 (Tumor Mucosa) - Etapa I (Limitado a Mucosa o muscular) - Etapa II (Invasión de la serosa o linfonos cercanos) - Etapa III - Ganglios
Etapa IV = Metástasis distantes.

ORGANIFORMAS1 dipao