

**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 intubación 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, Etc, Enf. metabólicas)
- Clinicas = Taquipnea > 35min persistente, compromiso vía aérea
- Terapéuticas = Cirugía urgente, quemaduras, edema pulmonar
- Gasométricas = HCO<sub>3</sub> < 15 o > 25 (pH < 7.25, pCO<sub>2</sub> > 60 y PO<sub>2</sub> < 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 (Botas - máscara - mascarilla facial), Cánulas bucofaríngeas (Guedel), Cánulas esofágicas (1.5-2.5 H), Estiletes y gaitas metálicas, laringoscopia recta y curva (3 y 4), Estetoscopio, Oxímetro de pulso, medicamento para intubación, cinta tya, tubo, galea.

### - EVALUACIÓN VÍA AEREA -

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

### CLAS. MALLAMPATI

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

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

3. PREMEDICACIÓN - Solución y análisis

Fentanilo 1-3 mcg/kg Rocuronio Etomidat 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 ant. - decúbito supino, Obeso FARITA)

MANIOBRA JELLY (Presión ciclóica)

7 COMPROBACIÓN → Visualización tubo endotraqueal, auscultación pulmonar

8 CUIDADOS POST INTUBACIÓN → Monitorizar SpO<sub>2</sub> > 90%, TA,

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

Epidemiología → Adherencias 65-75% casos (30% mancha conservada - 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 giro cerrado.

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 estancado →

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 crónicos → Dolor en faja ilíaca izquierda sin episodios previos

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

## tratamiento

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

→ TOLERANCIA ORAL Y SIN USUO = Programa ambulatorio

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

**ESTADIO I** = Diverticulitis leve  
 ↳ Infección leve  
 ↳ Apéndice < 8cm en abdominales del proceso inflamatorio leve  
 ↳ Absceso peritoneal / intracab. mural, pélvico, retroperitoneal  
 ↳ Noil, absceso distante uterino inflamatorio, primario, peritonitis localizada gen.

**ESTADIO II** = Peritonitis parietal general  
 ↳ Peritonitis fecal  
 ↳ con resección del segmento afectado + anastomosis primaria + ileostoma de emergencia  
 ↳ Igual si no funciona el manejo conservador

**ESTADIO III** = Peritonitis parietal general  
 ↳ Peritonitis fecal  
 ↳ con resección del segmento afectado + anastomosis primaria + ileostoma de emergencia  
 ↳ Igual si no funciona el manejo conservador

USAR ESCALA HINCHEY

# 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 BAJA LÍNEA DENTADA POR Y DEBAJO DE LÍNEA D.

HEMORROIDES INTERNAS HEMORROIDES EXTERNAS HEMORROIDE TRÓMBICA

+ FCT → Presión sanguínea transmitida vga brillante, gotas de coagulación - DOLOR - Impulsivo, vsc - → Es una hemorroide externa → Bulto azul en la pared del ano → Dolor intenso ↓

Durante involucre PROLAPSO HEMORROIDAL (señal el grado = se controla al reducirlo) TURPACIÓN = Lubricada de piel, blandas y con dolor al palpitar ESCISIÓN 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 101.

**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 = Buenas de uso

→ corticoides y anestésicos tópicos en > 7 días

# 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 isquiorrectal → FISTULA → EN NIÑO  
 EL MANEJO ES QUIRÚRGICO

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

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

↓  
**EPIDEMIOLOGÍA** = + FCT en hombres 30-50 años - 50% de abscesos de isquiorrectal → 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 a 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 / Microcib

### FISTULA

→ **CLÍNICA** = Supuración crónica, dolor, exploración de orificio secundario, anoscopia.  
**CLASIFICACIÓN DE PARKS**  
 - Interstintestina } SIMPLES = un trazo único  
 - Transintestina }  
 - Supraesfintérica }  
 - Extraesfintérica }  
 → Complejas = Origen específico, cirugía previa.

## DIAGNÓSTICO

<p><b>ABCEJO CLÍNICO</b> / Ultrasonido                  endoanal (en caso de no tocarlo)                  Tomografía axial C. O. R. M.</p>	<p><b>FISTULA</b> ① Identificar absceso secundario ② Palpar el trayecto fistuloso ③ Identificación de orificio fistuloso                  Puntito: Por anoscopy o proctoscopia</p>
<p><b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>                  → 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><b>TRATAMIENTO</b></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, sigmoides y recto.

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

⚠ 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 RIESGO	Px RIESGO MEDIO	Px RIESGO ALTO
> 50 años, sin AHF de polipos o cáncer colo-rectal, sin hsto: vía de enf. inflamatoria intestinal. → Dx = Sangre oculta en heces	- Presencia de polipos adenomatosos o hamartomas - 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

oculta en heces

TR-5x8

colitis ulcerativa y sigmoidoscopia (cáncer S. ILES)

dipao

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

**CLÍNICA:** Cambios en hábitos intestinales

**Derecho:** Asintomático + Anemia (sangrado microscópico)

**Izquierdo:** Estreñimiento / obstrucción / sangrado tubo digestivo bajo - Tumor avanzado = Pared de esp. (> 1cm 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  
 0 LLER = Etapa 0 (Tumor in situ) - Etapa I (Limitado a mucosa o muscular) - Etapa II (Invasión de los 11 órganos cercanos) - Etapa III - Ganglios

ORGANIFORMAS1

Etapa IV = Metástasis TR-5x8 distantes.

dipao