



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Flash Carsd Primera Unidad

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo "B"

Séptimo Semestre

**Materia: Clínicas quirúrgicas
complementarias**

**Docente: Dr. Erick Antonio Flores
Gutiérrez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de septiembre de 2024

Secuencia de Intubación rápida

1. Preparación

- Terapia endovenosa (permeable).
- Oxigenoterapia. Fuente de O₂.
- Monitoria. de posb. problemal.
- Vía aérea.
- Succión (Yankauer).

2. Posición.

- Posición en rampa.
- Posición de estirado.  óptima.
- Posición neutra.

3. Preoxigenación.

- Prolongar el tiempo de apnea  segura.
- Vent. vol. corriente por 3-5" con FGF > 5L/min.
- Ventilación profunda 1min. con FGF 10L/min.

4. Preoptimización / premedicación.

- Tolerancia del px. a los intentos repetidos o prolongados de laringoscopías.

- Disminuir las dosis de med. inductores.
- Disminuir los EA de medicamentos.
- Preoptimización del estado hemodinámico.

- 4.1. Disminuir la dosis de med. inductores.
- Lidocaína.
 - Midazolam.
 - Fentanilo.
 - Dexmedetomidina.

- 4.2. Disminución de EA de medicamentos.
- Atropina.
 - Betabloqueadores.
 - Rocuronio.

- 4.3. Preoptimización del estado hemodinámico.
- Cristaloides.
 - Vasopresores.

5. Parálisis e inducción.

• Relajante muscular:

• Succinil colina → 1 a 2 mg/kg, acción 30-60 seg. Duración 10 min.

• Rocuronio → 1 - 2 mg/kg, acción 30-60 seg. Duración 160 min

• Inductor:

• Ketamina:

• Propofol:

• Etomidato:

• Tiopental:

• Midazolam:

Obstrucción

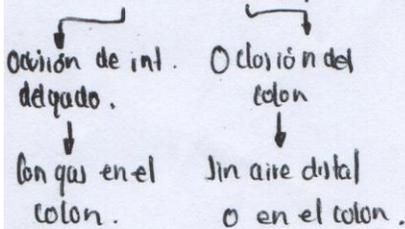
Intestinal. Se caracteriza por dolor y distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones.

Ileus o oclión.

- Detención del tránsito digestivo independientemente de la causa.
- ↳ mal abdm. náusea, vómito dist. abdominal y ↓ o ag. de peristaltismo.

Rx de abdomen del ileo.

Asas de int. del. y grueso. (con gas y dilatadas).
(con nivel hidroaéreo en bipedes).



Tipos de Ileus

1. Ileo paralítico o dinámico: Existe una causa funcional que altera el peristaltismo (Reflejo)
 - ↳ Gr. abdominal. (por dx.)
 - Tr: Rx. de líquidos.
2. Ileo obstructivo o mecánico: Existe una causa orgánica que lo produce.
3. Ileo espástico: Hiperactividad descoordiinada del intestino que se observa en int. por MP. (Parkinson y uremia)
4. Ileo de la oclión vascular: Mov. descoordiinada del int. isquémico

Obstrucción intestinal.

- Cuando hay interferencia en la progresión normal del contenido intest. total o parcial.
- Mecánica: hay barrera física que obstruye la luz intest. + FCE int. delgado.
- De causa cerrada cuando hay obstr. en ext. Ate - Fte.

Extrangulación → On asa obstruida presenta oclión de la irrigación.

Obstrucción del Intestino delgado.

Etiología.

- Adherencias (tra)
- Hernias (tra en no operados).
- Tumores
- Intubación.
- EIL.

Clínica.

- Dolor abdominal
- Vómitos (fecaloideos).
- Distensión abdominal.
- Hiperperistaltismo.

Extrangulación: fiebre

Rx: En "pila de monedas"
Niveles hidroaéreos.

Tratamiento

90% de Obstr. ID

↳ SNG + Reposición hidroelectrolítica. 48/72 h

↳ Rx: Extrangulación.
No (V) 3-5 días.

Obstrucción en el Intestino Grueso

Etiología. + FCE (cáncer colorrectal, divertículo, ígma).

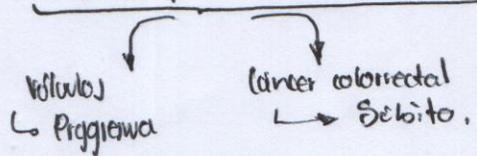
Clínica: Obstrucción del colon.

Hepatomegalia y ascitis
↓
mal pronóstico.

↳ Dolor + Distensión abdominal.

Vómitos + Estreñimiento.

Incapacidad para expulsar gases.



Tratamiento:

⊗: No se resuelve ó signos de isquemia o perforación. (irritación peritoneal, fiebre)

Es una obstrucción de asa
Cerrada → Isquemia y
necrosis.

Vólvulos

+ FCTE → Vólvulo de sigma
(franco de caté).
→ Vólvulo de ciego
(FCTE en mujeres).

Un vólvulo es la torsión axial de un segmento intestinal alrededor de su mesenterio.

1. Sigma, 2. Ciego, 3. Transverso

Vólvulo de Sigma

Localización más frecuente.
Torsión axial del sigma sobre
su pedículo vascular.

Factores de riesgo

- Sexo masculino
- Dieta ↑ fibra vegetal.
- Anc. encamado.
- laxantes.
- Megacolon.

Enf. de Crohn.

Clínica

cuadro de obstrucción intestinal que cursa con
dolor abdominal y distensión (asa cerrada).

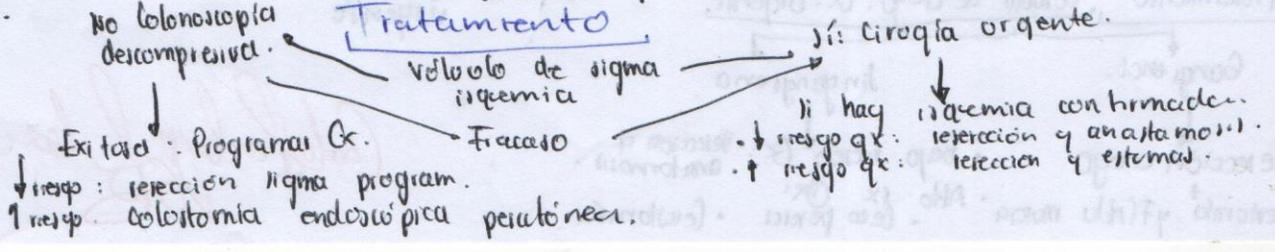
Progresión

- Fiebre
- Leucocitosis.
- Exp. de líquido fecal, sangr.
- Necrosis o perforación

Diagnóstico Clínico

- EF: 1. Signos de íleon: Fiebre, taquicardia, taquipnea, hipotensión.
2. Tacto rectal: ausencia de heces en la ampolla.
3. Signos abdominales:
a. Distensión, timpanismo, ruidos de lucha.
b. Irritación peritoneal si hay gangrena.

Tratamiento



Vólvulo de Ciego

Constituye en la segunda localización más frecuente de vólvulo + FCTE. Edad Médica.

Inicial: cirugía de entrada.

Clínica

- Cuadro de obstrucción de
intestino delgado.
- Vómitos.
 - Distensión abdominal.
 - Dolor agudo cólico.
 - Intinamiento intestinal: int. íleon.

Diagnóstico

- Rx. de abdomen como primera prueba.
- Ciego ceco más dilatado en epigastrio o hipocostado izq.

Tratamiento Vólvulo de ciego: Gx. urgente.

Gang. encl.

Jin gangrena

- Resección ciego
- Neotomía + fístula mucosa
- Bajo riesgo Gx: Resección y anastomosis.
- Alto riesgo Gx: Ceco pexia
- Cecostomía.

Vólvulo de sigma

- Rx. típico: Anciano con med. psicotrópica, embebecimiento grave.
- Radiología: Dilatación de todo el colon. Imagen en franco de caté. en CSD.

Tratamiento

1. Colonoscopia descomprimet y Gx. electiva
2. Falla gangren: Cirugía urgente

Vólvulo de ciego

- Mujeres en edad med.
- Dilatación de intestino delgado. con asc. en signo de caté en CSI.

Cirugía urgente de entrada.

Carlofodino Lopez

Enfermedad

Diverticular.

Concepto: Divertículo:

Es una evaginación de una estructura hueca en el cuerpo. (intestino).

Divertículo real o congénito

Involucion todos los capas de la pared intestinal y son individuales.

Divertículo falso Pseudodivertículo o adquirido

Involucion capas interiores de la pared intestinal (mucosa y submucosa) y "aparecen".

1. Rifaximina (atb intraluminal). 400 mg / 12 h. por 7 días 1/mes.

2. Mesalazina 800 mg / 12 h. 10 días. + Probióticos.

Grado 0: reposo intest. Líquidos IV. a/b (Liproflorax metionidazol)
Grado I: Atb pero IV. (absceso pericólico).
Grado II: Absceso → Sin Afección general (drenaje).
Grado III: Cirugía urgente.

↓ Dx: Prueba de imagen
↳ Enema opaco.
↳ Colonoscopia.

Clasificación según Hinchev

Grado 0
I
II
III
IV

Diverticulosis

Presencia de pseudodivertículos (mucosa y submucosa).

Enfermedad diverticular.

Impone la aparición de síntomas o la complicación de la diverticulosis.

Diverticulosis sintomática.

• Malestar en cuadrante inferior izquierdo, alt. derecatorios, melonismo. (olitis) → diarrea y rectorragia.

Diverticulosis aguda

Inflamación de los divertículos e infección pericólica.

- No complicada
- Complicada: abscesos, peritonitis, Fístula o obstrucción "Perforación" intestinal.

Clínica: fiebre, dolor en HI o #ID. y signos de irritación peritoneal.

↳ Dx: Fase aguda: Clínico. de 60's. y varón. FID dolor. Fiebre.

Leucocitos con desviación a la izquierda. Enema opaco. TAC (✓) < 24h.

Enfermedad

Hemorroidal

Se produce por el prolapso de estructuras vasculares del canal anal por rotura de los mecanismos de sujeción e implica la dilatación de paquetes hemorroidales. de recto y ano.

Clasificación.

Hemorroides externos

localizados en el tercio inferior del canal anal.

Debajo de la línea dentada. (ano cóctinea) y lobulitos de piel.

+ FCTE's. → Rectorragia y dolor

Hemorroides internas

• localizados proximales a la línea dentada.

• lobulitos de epitelio columnar o de transición.

Clínica.

1. Rectorragia al defecar. / continuo caéres.
2. Prurito. Por reuccion.
3. Dolor. Por trombosis.
4. Prolapso.
5. Anemia = sangrado.

Diagnóstico

Mediante Historia Clínica Maniobra de la balsa. y Exploración física.

↳ Posición genupectoral lateral izq. O de Sims. IV, III, II. I = note observar. Exp. con anuscopio.

Factores de riesgo.

Influir en mayor o menor grado a la aparición

- Herencia.
- Anatomía del canal anal.
- Profesión: sentado, pie mucha herce.
- Diarrea / estreñimiento.

Tratamiento.

Hemorroides externas: Tratamiento conservador.

↳ lavantes, baños de asiento anestésicos en pomada.

Hemorroides internas: según el grado.

Grado I y II: Tx. conservador.

Grado III y IV: Cirugía: hemorroidetomía.

Abscesos.

Anorectales.

La mayoría tiene su origen en la infección de una cripta anal (Criptitis).

• Se clasifican en función de la localización en función de la afectación del aparato esfinteriano.

- Perianal
- Supraesfinteriano
- Interesfinteriano
- Intraesfinteriano
- Extraperianal
- E. Idi.
- Bacteroides sp-p
- Peptostreptococo
- Strep
- Clostridium.

Clinica.

Síntomas característicos son.

- Dolor intenso
- Tumefacción eritematosa, caliente.
- Líneas de infección: fiebre, escalofríos.

Diagnóstico.

Clinico: Exploración física y anamnesis.

TAC: abscesos supraesfinterianos o pélvicos

Tratamiento: Drenaje qx. siempre dejando la herida abierta.
 Abf: en px inmunodeprimidos.
 Absceso interesfinteriano debe ser tratado con esfinterotomía que drena el absceso. y destruye la cripta infectada.

Fistula perianal.

Es el trayecto inflamatorio formado por la comunicación entre la mucosa del recto y la piel.

- El interno o primario: en la mucosa rectal.
- El externo: en la piel perianal.

Orígonos en el recto y llegan a la piel.
 Ant. de absceso anorectal, asociado a drenaje intermitente.

Clinica: @ supuración crónica de material purulento. y manchado de ropa interior.

②. Dolor por acúmulo dentro del trayecto fistuloso.

Clasificación:

- Simple: No implican riesgo sobre el aparato esfinteriano.
- Compleja: El tratamiento conlleva mayor recidiva o incontinencia.
- Transesfinteriana: Loc. anterior en mujer.

Diagnóstico: Evaluar el estado de continencia.

- EF. para encontrar el orificio externo.
- Pruebas complementarias: Anuscopia y proctoscopia.
- Estudios de imagen: Eco endoanal.
- RMN.
- TAC.

Etiopatogenia.

①. Fistulas perianales bien originarse a partir de una criptoglandula.
 Enfermedad de Crohn, hacinamiento.

Tratamiento: Eliminar el trayecto y la infección.

- Sin limitación de la función esfinteriana.

Cáncer Colorrectal

Epidemiología.

Interacción los factores

- Genéticos
- Epigenéticos.
- Ambientales.
- Fx. ambientales.
- Dieta granos ref.
- Ingesta lácteos.
- Obesidad.

Edad 40 a. 75a.
Historia personal
Historia familiar.

Clasificación por grupo de riesgo

Riesgo bajo | Riesgo intermedio | Riesgo alto.

- Riesgo bajo: 10H. en pequeño. Colonoscopia.
- Riesgo intermedio: Sigmoidoscopia (Sa). Colonoscopia 10a. Enema opaco. Sa.
- Riesgo alto: Colonoscopia Sa.

Localización.

Cáncer de colon (Ciego, ascendente, transverso, descendente, sigmo y recto).
→ aparece (Colon descendente) Sigma y recto.

Clinica.

- Dolor abdominal
- Cambio del hábito intestinal.
- Pérdida de peso.
- Sangre rectal.
- Anemia sintomática conocida.

Obstrucción.
Perforación.

Cáncer de colon.
Colon derecho: Hemorragia oculta, tx constitucional.
Colon izquierdo: Fibromiomas y adenomas.

Diagnóstico.

- Sangre oculta en heces.
- Colonoscopia completa + Biopsia.
- Colonoscopia virtual.
- TC abdominal y Rx de tórax.

Tratamiento.

- Cirugía.
- Cirugía con intención curativa depende de la localización.
- Hemicolectomía derecha.
- Hemicolectomía derecha ampliada.
- Hemicolectomía izq. y sigmoidectomía.

Resección del colon y todo el territorio ganglionar con linfonodos de los vasos

Quimioterapia.

Bibliografía

Ortega, M. R., & Rodríguez, B. M. (2014). *Cirugía General*. Madrid: CTO EDITORIAL.