



**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 O<sub>2</sub>.
- 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

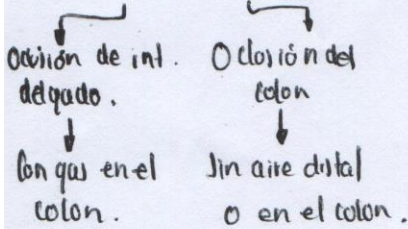
Intestinal. Se caracteriza por dolor y distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones.

Ileos o oclusión.

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

Rx de abdomen del íleo.

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



Tipos de Íleo

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

Extranguelación → On asa obstruida presenta oclusión 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.

Extranguelación: fiebre

Rx: En "pila de monedas"  
 Niveles hidroaéreos.

Tratamiento

90% de Obstr. ID

↳ SNG + Reposición hidroelectrolítica. 48/72 h

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

## Obstrucción en el intestino Grueso

Etiología. + FCE (cáncer colorrectal, (Pseudo) hígida, vólvulos, diverticulitis).

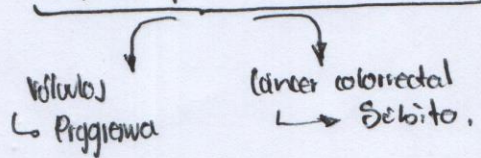
Clínica: Obstrucción del colon.

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.

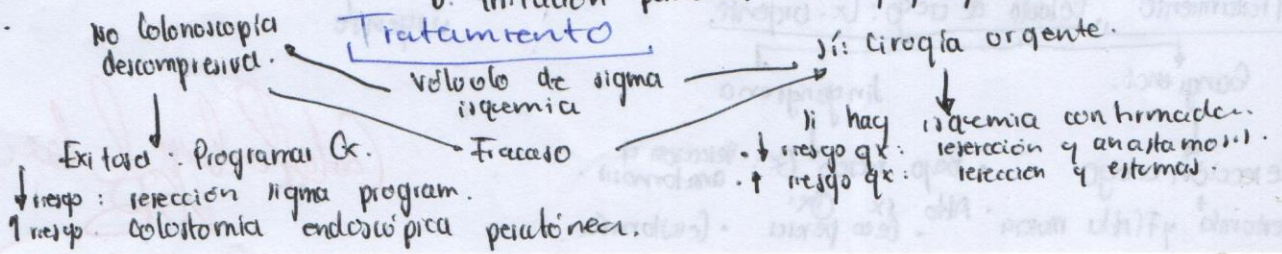
Clinica → cuadro de obstrucción intestinal que cursa con  
dolor abdominal y distensión (asa cerrada).

Progresión →  
• Fiebre • Leucocitosis.  
• Exp. de líquido fecal, angr.  
• Necrosis o perforación

### Diagnóstico Clínico

- EF: 1. Signos de sepsis: 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

Consiste en la segunda localización más FCTE de vólvulo + FCTE: Edad Médica.

Inicial: Cirugía de entrada.

### Clinica

- Cuadro de obstrucción de Intestino delgado.
- Vómitos.
  - Distensión abdominal.
  - Dolor agudo cólico.
  - Intinmento intestinal: int. lepis.

### Diagnóstico

- Rx. de abdomen como primera prueba.
- Ciego coorde muy dilatado en epigastrio o hipocostado izq.

### Tratamiento Vólvulo de ciego: Gx. urgente.

Gang. encl.

Jin gangrena

- Rección ciego
- Neotomía + Fístula mucosa
- Bajo riesgo Gx: Rección y anastomosis.
- Alto riesgo Gx: Ceco pexia • Ceatomía.

### 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 decompresiva y Gx. electiva
2. Falla gangren: Cirugía urgente

### Vólvulo de ciego

- Mujeres en edad medic.
- Dilatación de Intestino delgado. con asc. en signo de caté en CSI.

Cirugía urgente de entrada.

Carlofoddy Lelore



## 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. Tx:

2. Mesalazina 800 mg / 12 h. 10 días.

+ Probióticos.

Grado 0: reposo intest. Líquidos IV. a/b (Liproflorax metionidazol)

Grado I: Atb pero IV. (absciso penicilico).

Grado II: Absceso → Sin Afección general (punción y drenaje).

Grado III: Cirugía urgente.

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

Clasificación según Hinchey

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. decaletorio, melonimo. (olitis) → diarrea y rectorragia.

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

### Diverticulosis aguda

Inflamación de los divertículos e infección pericólica.

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

Clínica: fiebre, dolor en HA o FID. 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 caéct.
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: tendido, pie mucha herca.
- 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
- Intraesfinteriano
- Supraesfinteriano
- E. coli
- 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 anorrectal, 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. + FTE fistula interesfinteriana.
- Compleja: El tratamiento conlleva mayor recidiva o inestabilidad. La transefinteriana (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 pueden originarse a partir de una criptoglandula.  
 Enfermedad de Crohn, leishmaniasis.

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 int.
  - 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 o colonoscopia.

Riesgo intermedio: Sigmoidoscopia (Sa). Colonoscopia 10a. Enema opaco. Sa. 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.
  - Sangrado rectal.
  - Anemia sintomática conocida.
- Obstrucción.  
 Perforación.

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

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

Quimioterapia.

- 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.

## Bibliografía

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