



# **Universidad del Sureste**

## **Campus Comitán de Domínguez, Chiapas**

### **Licenciatura en Medicina Humana**

**MATERIA: CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS**

**PAOLA MONTSERRAT GARCIA AGUILAR**

**GRUPO: B**  
**SEPTIMO SEMESTRE**

# FLASH CARDS



# SECUENCIA RAPIDA DE INTUBACIÓN

Método para realizar intubación endotraqueal en situaciones de emergencia debido a que produce rápidamente inducción y parálisis.

## PREPARACIÓN

- Monitorización.
- Material necesario: **SOAPME**.
- Evaluar Vía Aérea Difícil: **LEMON**
- Plan Alternativo:

- A) Laringoscopia/Videolaringoscopia,
- B) Dispositivos supraglóticos.
- C) Quirúrgico.

**En 10 min evaluar, la vía aérea y preparar el equipo.**

## PRE-OXIGENACIÓN

Oxígeno por mascarilla reservorio con FiO<sub>2</sub> del 80-100% por 3 min.



**Tiempo de apnea segura** - adulto sano  
70kg - 8.7 min / obeso 127 kg - 3.1 min

## • PRE-MEDICACIÓN

α Atenuar la respuesta fisiológica a la laringoscopia e intubación.

Fármaco	Dosis
Fentanilo	1-3 mcg/kg
Rocuronio	0.06 mg/kg
Lidocaína	1.5 mg/kg
Esmolol	2 mg/kg

## INDUCCIÓN

Fármaco	Dosis	Ketamina	2 mg/kg
Propofol	Estable: 2 mg/kg Inestable: 0.5 mg/kg	Etomidato	Estable: 0.3 mg/kg Inestable: 0.15 mg/kg
Tiopental	Estable: 3 mg/kg Inestable: 1.5 mg/kg	Midazolam	0.1 mg/kg

**3-5 min posterior al inicio de la premedicación, individualizar**

## PARALISIS

Inmediatamente después del inductor.

Fármaco	Dosis
Rocuronio	0.9-1.2 mg/kg
Succinilcolina	0.4-1.2 mg/kg
Vecuronio	0.1 mg/kg



## INTUBACIÓN

- Posición de BUHE u Olfateo
- Laringoscopia bimanual.
- Evaluación con Clasificación Cormack-Lehane.
- Tubo orotraqueal: M #7-7.5, H #7.5-8,



## • COMPROBACIÓN

- Auscultación pulmonar con adecuada ventilación bilateral.
- Capnografía.
- Deslizamiento pleural por USG.
- Radiografía de tórax: TOT a 2 cm arriba de la carina.

## CUIDADOS POSTINTUBACIÓN

monitorear spO<sub>2</sub> >90%  
TA adecuada

Adecuada analgesia  
Ajustar parámetros de ventilación



# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



## DEFINICIÓN

Cuadro clínico caracterizado por **ausencia de deposición, vómitos y distensión abdominal** que se debe a una obstrucción completa en cualquier tramo del tubo digestivo.

## ETIOLOGÍA

Las causas más frecuente de la obstrucción son (de forma genérica y en este orden):

1. Bridas o adherencias tras cirugías abdominales.
2. Hernias
3. Tumores de colon

## CLASIFICACIÓN

- **Obstrucción intestinal alta** (Más frecuente)
- Obstrucción intestinal baja
- Íleo paralítico → problema funcional
- Síndrome de Ogilvie (pseudoobstrucción colónica aguda)
- Síndrome de pseudoobstrucción intestinal crónica

## CUADRO CLINICO

El cuadro clínico que debe hacernos pensar en una obstrucción intestinal es la presencia de **vómitos, distensión abdominal y ausencia de emisión de gases o heces.**

## DIAGNOSTICO

**Inicial** : Rx abdominal (Dilatación de asas, edema interasa, signo en pila de monedas)

**Estándar de oro:** TAC

**Estándar de oro para Hernias:** Herniografía, excepto en ventrales (incisionales) que es TAC

**Estudios de laboratorio:** DHL y Lactato (su elevación indica datos de sufrimiento de asa o isquemia intestinal)

## TIPO 04

**Inicial:** SNG, Corrección hidroelectrolítica y Ayuno

**Adherencias:** Inicial: Conservador, el 80% responde, si no responde LAPE

**Ileo Paralítico** (Funcional): Conservador + Tx patología de base



# VÓLVULOS DE COLON

Un vólvulo se forma al rotarse un segmento de intestino sobre sí mismo (tomando como eje el mesenterio del que cuelga). Ocurre sobre todo en **sigma**, aunque también puede ocurrir en **ciego**.

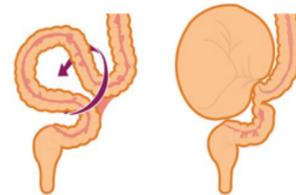
## VOLVULO DE SIGMA (MAS FRECUENTE)

### CLINICA

Dolor **abdominal**, **distensión abdominal**, **leucocitosis**. Al comprometerse la irrigación del mesenterio puede aparecer **isquemia**, manifestándose como **rectorragia**, fiebre y shock (gangrena del vólvulo).

### DIAGNOSTICO

Radiología simple de abdomen (**imagen en grano de café gigante**, que es el asa de sigma dilatada y doblada sobre sí misma).



### TRATAMIENTO

**Primera elección:** descompresión endoscópica (colonoscopia), seguida de colocación de sonda rectal (para evitar la recidiva).

**Segunda elección:** cirugía (distorsionar el vólvulo y fijar el sigma al meso para que no vuelva a ocurrir).

### TRATAMIENTO

Quirúrgico



## VOLVULO DE COLON

### CLINICA

Oclusionion del intestino delgado

### DX:

Rx (imagen de un ciego muy dilatado, verticalizado, que llega hasta hipocondrio izquierdo o incluso epigastrio. Asocia imágenes de oclusión de delgado).

# ENFERMEDAD DIVERTICULAR

## DEFINICIÓN

Afección que compromete el intestino grueso con alteraciones **funcionales y anatómicas** que conducen a la **formación de divertículos** debido a la herniación de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular.

## EPIDEMIOLOGIA

- Los divertículos son raros **<40 años**
- Se estima que el %50 de la población **>50 años** tienen divertículos en el colon (**colon sigmoide es el sitio más común de afectación**).
- Solo el **20%** desarrolla síntomas o complicaciones relacionadas con los divertículos.

## FISIOPATOLOGÍA

- Aumento de la presión intracolónica
- Debilidad de la pared del colon

## CLASIFICACIÓN

- **Enfermedad diverticular** es un término clínico que se emplea para describir la presencia de divertículos sintomáticos que en la mayoría de los casos son de presentación izquierda.
- **La diverticulosis** se refiere a la existencia de divertículos asintomáticos y sin inflamación.
- **Diverticulitis** alude a la inflamación e infección relacionadas con divertículos.

## CLINICA

Dolor en fosa ilíaca izquierda + irritación peritoneal + leucocitosis (apendicitis izquierda).

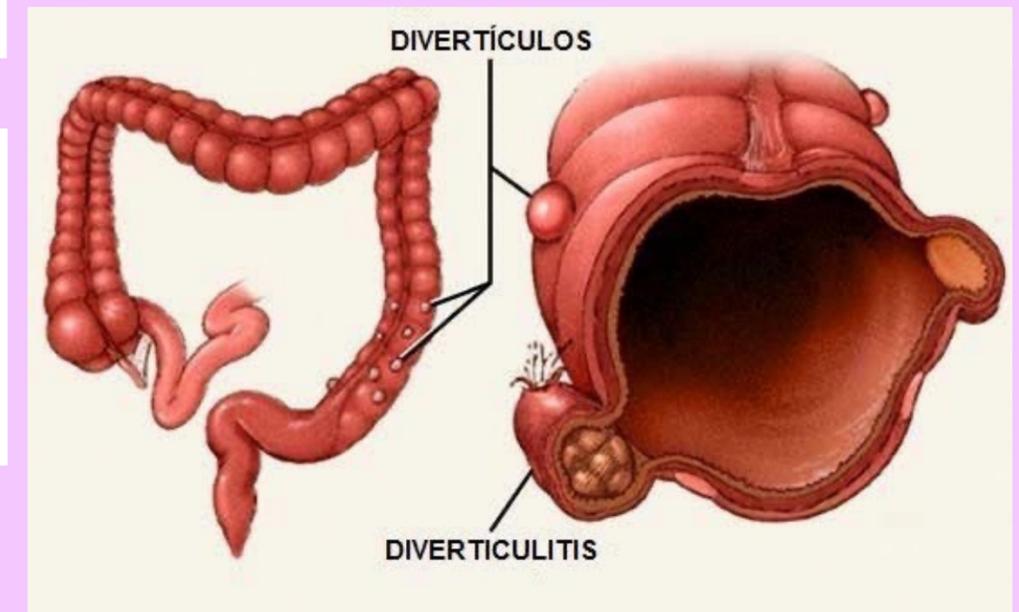
## DIAGNOSTICO

**TAC**

## TRATAMIENTO

Dieta alta en fibra y educación del paciente  
Depende del grado (Hinchey).

Puede ir desde manejo conservador a quirúrgico



# ENFERMEDAD HEMORROIDAL

## DEFINICIÓN

Las hemorroides son **dilataciones de los plexos hemorroidarios superior e inferior**. Están localizadas en los últimos centímetros del recto, en el conducto anal y en el recto.

## ETIOLOGÍA

Bipedestación,  
sedestación, estreñimiento.

## EPIDEMIOLOGÍA

**México, 5%** de la población general presenta síntomas relacionados con las hemorroides.

Son raras antes de los 20 años de edad; su frecuencia aumenta con la edad y es posible que el **50% de los adultos de 50 años**

## CLASIFICACIÓN

**Existen hemorroides internas, externas y mixtas.**

## CUADRO CLINICO

**Hemorroides externas.** Las hemorroides externas tiene tres síntomas y **signos principales dolor, tumoración y prurito anal.**

**Hemorroides internas.** Al igual que las hemorroides externas, las internas tienen signología propia. Fundamentalmente son dos: hemorragia y prolapso hemorroidario.

## FACTORES DE RIESGO

Hombres, embarazo, estreñimiento, diarrea, esfuerzo prolongado y heces duras.

## DX

HISTORIA CLÍNICA • EXAMEN FÍSICO  
INSPECCIÓN VISUAL DEL ANO EN REPOSO/ESFUERZO:  
•\*TACTO RECTAL

## TRATAMIENTO

HEMORROIDECTOMÍA  
HEMORROIDES GRADO MI-IV

## TRATAMIENTO

MODIFICAR LA DIETA INCREMENTADO LA FIBRA Y LOS LÍQUIDOS (' LÍNEA DE TRATAMIENTO)

FLAVONOIDES

INDICACIONES: EPISODIOS AGUDOS Y TROMBOSIS

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

ENFERMEDAD HEMORROIDAL GRADO III Y III EN QUIENES

**TRATAMIENTO MÉDICO FALLO**

- ESCLEROTERAPIA
- FOTOCOAGULACION CON LASER/INFRARROJO
- LIGADURA CON BANDA ELÁSTICA (-EFICAZ)



# ABCESOS INTRAABDOMINAL

## TIPO 01

Los abscesos intraabdominales son colecciones de pus localizadas en la cavidad abdominal, generalmente debidos al vertido de cualquier contenido (sangre, bilis, contenido intestinal...) y su sobreinfección.

## TIPO 04

Los sitios más frecuentes son los cuadrantes **inferiores, seguidos del espacio pélvico, subhepático y subdiafragmático.**

## CLINICA

La clínica se caracteriza por fiebre persistente (a veces el único síntoma y se caracteriza por un patrón en "picos"), taquicardia, dolor y masa (por tacto rectal en los pélvicos).

## TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en el drenaje guiado por ecografía o TC, si está localizado y no tiene restos sólidos; o quirúrgico, si este falla o no es posible por ser múltiple o contener restos sólidos o material necrótico espeso.

## ABSCEOS HEPÁTICOS

Los abscesos hepáticos pueden dividirse en dos grandes grupos: piógenos (los más frecuentes) y amebianos.

## DIAGNOSTICO

.TAC: en abscesos pequeños o dudas diagnósticas.

Gammagrafía con galio: los abscesos amebianos son fríos con borde brillante (los piógenos son calientes).

## TRATAMIENTO

Gammagrafía con galio: los abscesos amebianos son fríos con borde brillante (los piógenos son calientes).

# CANCER COLO-RECTAL

## DEFINICIÓN

El CCR es la segunda causa de muerte por cáncer en Europa y Estados Unidos y en números absolutos (sin realizar distinción por sexos) es el tumor maligno más frecuente. En México ocupa el segundo lugar en enfermedades del tubo digestivo.

## EPIDEMIOLOGÍA

En incidencia es la neoplasia más frecuente, después del cáncer de pulmón en varones y el de mama en mujeres.

Consumo de tabaco  
>40 años  
Obesidad  
Historia Familiar



## LOCALIZACIÓN

Se entiende por cáncer de colon al que abarca a todo el intestino grueso (ciego, ascendente, transverso, descendente, sigma y recto) sin incluir el ano.

El **75%** de los cánceres colorrectales aparecen en **colon descendente, sigma y recto.**

## CLINICA

En general los signos clínicos de sospecha son:

- Dolor abdominal.

Cambio del hábito intestinal.

- Pérdida de peso.
- Sangrado rectal.
- Anemia sin causa conocida.

## DIAGNOSTICO

En general los signos clínicos de sospecha son:

- Dolor abdominal.

Cambio del hábito intestinal.

- Pérdida de peso.
- Sangrado rectal.
- Anemia sin causa conocida.

## TIPO 04

La cirugía es la base del tratamiento del cáncer de colon resecable.