

Mi Universidad

Flash Card

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Flash card de secuencia rápida de intubación y proctología.

1° parcial.

Clínicas quirúrgicas complementarias.

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez.

Medicina Humana.

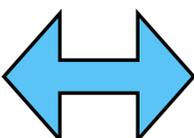
7° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de septiembre del 2024.

Secuencia Rápida de Intubación.

DEFINICIÓN .

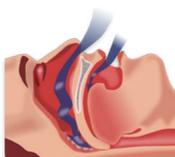
Método para la realización de incubación endotraqueal en situaciones de EMERGENCIA debido a que se produce INDUCCIÓN y PARÁLISIS.



(-) posibilidades de BRONCOASPIRACIÓN y logra una vía aérea segura en sujetos con inestabilidad hemodinámica, hipocia y acidosis.

Objetivos .

- (-) posibilidad de emesis, regurgitación y broncoaspiración.
- Incubación con mínimo tiempo posible de APNEA.
- Anular respuesta voluntarias y reflejas con administración de premeditaciones e inductores.



INDICACIONES.

NEUROLOGICO.

- Glasgow <8.
- Deterioro súbito del estado de alerta.

CLÍNICAS.

- Taquipnea >35 rpm persistente.
- Compromiso de vía aérea.

TERAPÉUTICAS.

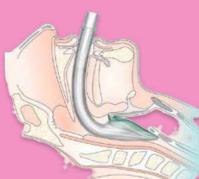
- Cirugía urgente.
- Reanimación Cardiopulmonar.

GASOMETRIA.

- Hipoxemia severa (ph <7.25, pCO2 >60 y pO2 <60).



1. PREPARACIÓN.



EN 10 min evaluar la vía aérea y preparar el equipo:

- Valorar estado CARDIOVASCULAR.
- Esquema de fármacos para inducción y parálisis muscular.
- Selección del tamaño en tubo endotraqueal.
- Diseño de un plan alternativa (mascarilla laríngea, intubación broncoscópica).

Uso de escalas:

- S-ucción.
- O-xígeno.
- A-irway.
- P-osición (de olfateo o BUHE).
- M-onitorización.
- E-quipamiento (BVM)



Uso de escalas:

- L-ook.
- E-valuate (3-3-2).
- M-allampati.
- O-bstruiva (epiglotitis o abscesos).
- N-eck (movilidad de cervical)

1. PREPARACIÓN.



FACTORES ANATÓMICOS QUE DIFICULTAN VENTILACIÓN E INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL:

- Edentulia.
- Abscesos.
- Hematomas.
- Neoplasias vía aérea.
- Cuello corto o grueso.
- Traumatismo facial.
- Ascitis.
- Obesidad.

2. PRE-OXIGENACIÓN.

Crear reservorio de oxígeno en los pulmones que limita la desaturación arterial durante los intentos de incubación.

- Volumen corriente normal durante 3 a 5 min por dispositivo sellado.
- Realizar 8 respiraciones profundas en 60 min.

Tiempo de apnea segura:

- Adulto sano 70kg: 8.7 min.
- Obesos 127kg: 3.1 min.



3. PRE_MEDICACIÓN.

Atenuar respuesta fisiológica a laringoscopia e intubación.

Desencadena descarga del SN simpático, caracterizado por Hipertensión Y taquicardia, broncoespasmo, hipertensión intraocular y endocraneana..



- Fentanilo: 0.5 mcg/kg.
- Rocuronio: 0.06 mg/kg.
- Lidocaina: 1-1.5 mg/kg.
- Esmolol: 2 mg/kg.



4. INDUCCIÓN.

- Propofol: 2 mg/kg (estable) y 0.5 mg/kg (inestable).
- Tiopental: 3 mg/kg (estable) y 1.5 mg/kg (inestable).
- Ketamina: 2 mg/kg.
- Etomidato: 0.3 mg (estable) y 0.15 mg (inestable).
- Midazolam: 0.05-0.1 mg/kg.



5. PARÁLISIS.

- Rocuronio: 0.9-1.2 mg/kg.
- Succinilcolina: 1-2 mg/kg o 0.4-1.2 mg/kg.
- Vecuronio: 0.1-0.2 mg/kg.



6. INTUBACIÓN.

- Posición de BUHE (35=45°).
- Posición de olfateo (alinear eje bucal, faríngeo y laríngeo).
- Evaluación de CORMACK-LEHANE.
- TUBO OROTRAQUEAL RECOMENDADO (M: 7-7.5# y H: 8-9#).
- Mascarilla laríngea y equipo de vía aérea difícil.
- Maniobra de SELICK: presión cricoidea (prevenir regurgitación).



6. COMPROBACIÓN.

- Visualización directa del tubo endotraqueal.
- Auscultación pulmonar (epigastrio, pulmón: apice, medio y base).
- Capnografía (gold standard)
- Rx Tórax (2 cm arriba de la carina).
- Ultrasonido (deslizamiento pleuras).

6. POST-INTUBACIÓN.

- Monitorear SpO2 >90%, TA adecuada, ETCO2 35-45 mmHg.
- Adecuada analgesia.
- Ajustar parámetros de ventilación.
- Tratar etiología de base.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

DEFINICIÓN

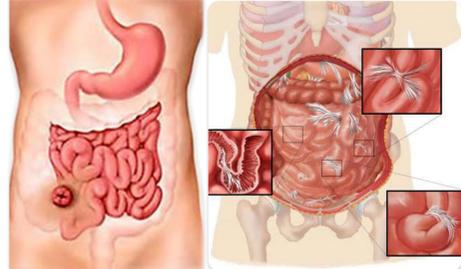
Oclusión intestinal se define como **interrupción del tránsito** intestinal, lo cual **impide expulsar gases y heces** por el recto.

Se da con mayor frecuencia por factores extrínsecos y pocas veces por obstrucción de la luz.



EPIDEMIOLOGIA

- Las **adherencias** son la causa (+) común de oclusión intestinal responsables del **65 a 75%** de los casos (mortalidad 3.5-6%).
- 70%** de las adherencias responde a **manejo conservador** y **30%** requieren manejo quirúrgico.
- Oclusión intestinal afecta principalmente a **intestino delgado** en un **82%** de los casos.



ETIOLOGÍA.

Oclusión alta.

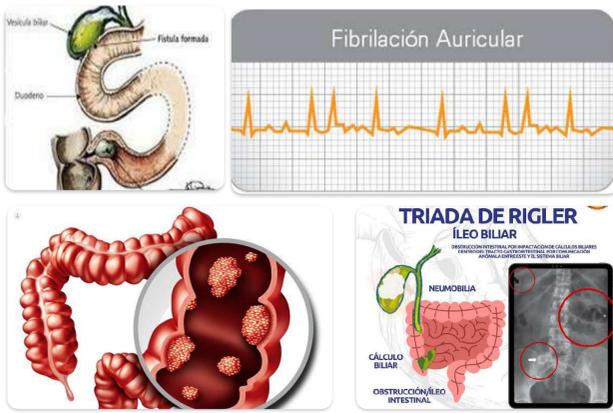
- Adherencias.
- Hernias.
- Íleo paralítico.

Oclusión baja.

- Vólvulo.
- Cáncer colorrectal.

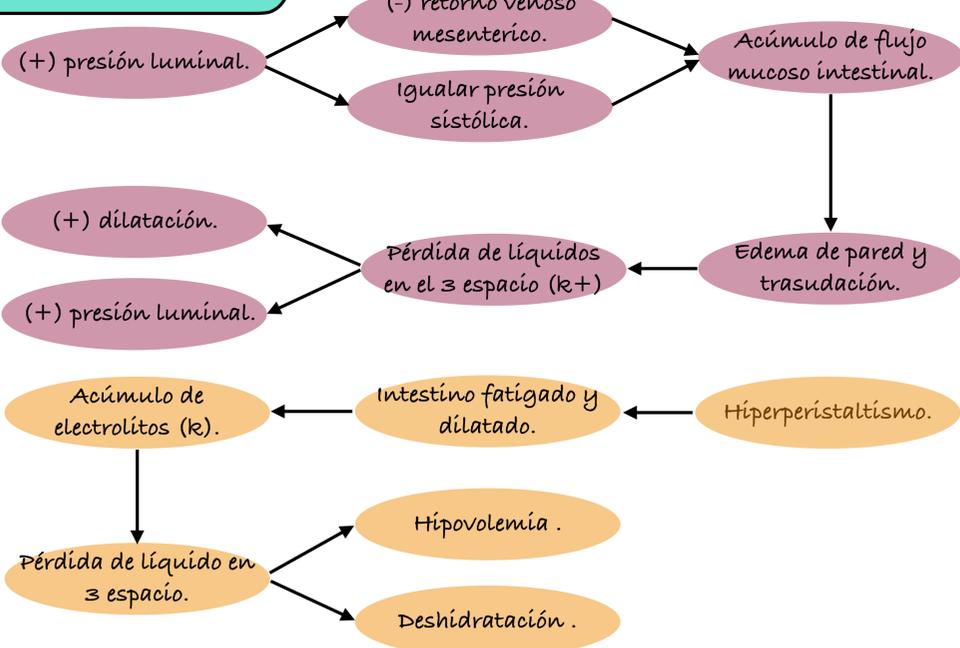


FACTORES DE RIESGO.



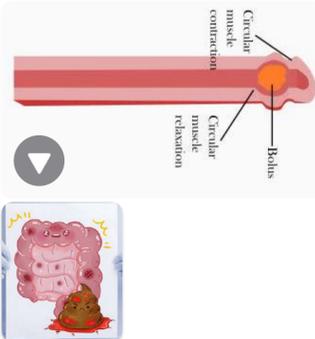
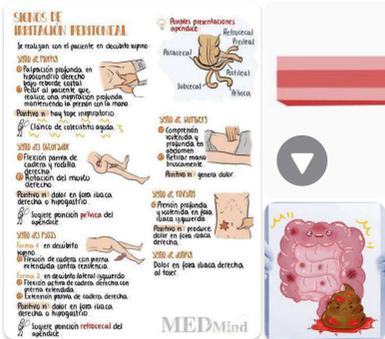
- Cirugías previas: **Adherencias**.
- Hernia inguinal o crural.
- Cambios en el hábito intestinal.
- Cólicos biliares**.
- Encamamiento prolongado.
- Cardiopatía previa: **Fibrilación auricular**.

FISIOPATOLOGÍA.



CLINICA.

- Dolor Abdominal tipo cólico:** difuso o periumbilical.
- Nauseas, fiebre, vomito y deshidratación.
- Distensión abdominal** con peristalsis disminuido o ruidos metálicos y posterior ausencia de peristalsis.
- Heces con sangre** (estrangulamiento).
- Masa palpable** (tumores o vólvulo).
- Irritación peritoneal** (perforación o estrangulamiento).



DATOS DE PERITONITIS.

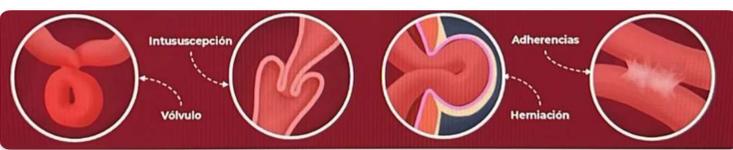
- Fiebre.
- Taquicardia.
- Leucocitosis.
- Ácido sísa metabólica.
- Dolor continuo.

DATOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL COMPLETA.

- Dolor abdominal ≥ 4 EVA.
- Leucocitosis $\geq 10,000$.
- PCR ≥ 75 mg/L.
- CPK ≥ 130 U/L.
- Sin evidencia de aire en intestino grueso.

TIPOS DE ILEOS

- Ileo paralítico o adinámico.
- Ileo mecánico.
- Ileo espástico.
- Ileo de oclusión vascular



DIAGNÓSTICO .

INICIAL.
- **Radiografía abdominal** (de pie y decúbito) para confirmar el diagnóstico y buscar datos de perforación.

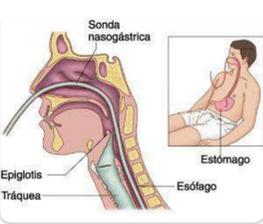
Prosigue.
- **DHL** (deshidrogenala láctica) y lactato; su (+) indica **isquemia intestinal**.

GOLD STANDART.
- **Tomografía con Contraste** para detectar sitio de obstrucción.
- **Herniografía** para Hernias.



Candidato a laparotomía exploratoria.
- Líquido intraperitoneal.
- Edema mesenterico.
- Signo de las heces en intestino delgado.
- Intestino desvascularizado (TAC).

TRATAMIENTO.



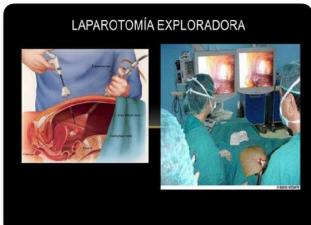
íleo paralítico:
• Conservador y tratar patología de base.

- Inicial:**
- Sonda nasogastrica (Levine) por 48-72 hrs.
 - Ayuno y líquidos intravenosos.
 - Administrar contraste hidrosoluble por SNG o VO (50-150 ml)
- Definitivo.**
- LAPE y reducción de obstrucción íleo y/o ileostomía (HARMANT).

Cuando no se ha resuelto el cuadro con medidas conservadoras en 48-72 hrs, a pesar de utilizar contraste hidrosoluble, **realizar laparotomía**.



- Quirúrgico: indicaciones.**
- Ileo persistente (con más 72hrs o 3 días).
 - Drenaje por SNG > 500 ml al 3 día.
 - Menores de 40 años de edad o adherencias compleja.
 - Obstrucción completa del intestino delgado (sin evidencia de aire en intestino grueso y CPK > 130 U/L).



Vólvulos de colon.

DEFINICIÓN

Vólvulo es la torsión de un órgano a través de un eje, sobre su pedículo vascular.

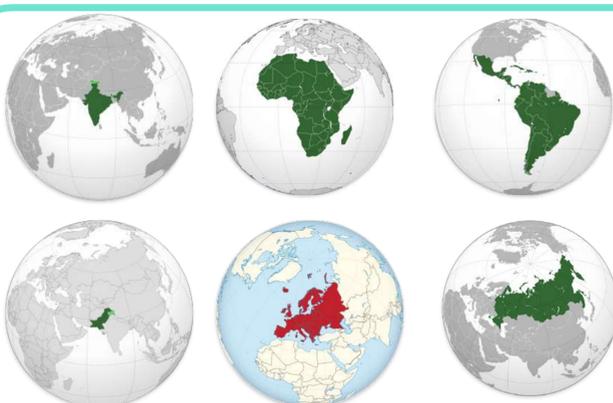
El vólvulo del colon típicamente resulta en una obstrucción intestinal en asa cerrada.

Rotación del pedículo vascular.



Dilatación de Colón.

Compromiso de perfusión del colon.



EPIDEMIOLOGIA

Emergencia obstructiva. Los segmentos anatómicos (+) FCTE que presentan vólvulo son el **Colón sigmoide y ciego**.

- Vólvulo de sigmoides (20 a 54% de obstrucciones intestinales agudas) en América Latina, África, Europa del Este, entre otros.
- Mortalidad de vólvulo sigma 7 a 20%.
- Vólvulo cecal en 15% y 40%.

FACTORES DE RIESGO.



Para vólvulo de sigmoides:

- Sexo masculino.
- Edad >60 años.
- Px adultos mayores institucionalizados.
- Estreñimiento crónica.
- Enfermedades neuropsiquiátricas.
- Retraso mental.
- Desórdenes neurológicos.
- Cirugías abdominales previas.

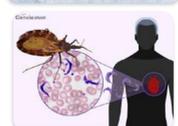


Para vólvulo de ciego:

- Sexo femenino.
- Cirugías abdominales previas.
- Pacientes adultos mayores con inactividad prolongada.

RECORDAR..

- El vólvulo sigmoide realiza su giro en sentido anti horario.
- La dieta rica en fibra, la enfermedad de chagas y la constipación crónica son factores frecuentes en vólvulo sigmoide.



- El vólvulo ve al ocurre por falta de fijación de Colón derecho y en casos de basculación cecal (Colón se pliega el Colón ascendente).
- El cuadro clínico de vólvulo de ciego es difícil de distinguir entre oclusión aguda de intestino delgado.

CLINICA.

VÓLVULOS DEL COLÓN.

- Dolor abdominal.
- Distensión abdominal.
- Ausencia de canalización de gases.
- Náuseas y vómitos.



VÓLVULO DEL SIGMA.

- Hipersensibilidad a la palpación.
- Ruidos metálicos.
- Fosa Ileaca Izquierda vacía a la palpación.

DATOS DE GANGRENA DEL VÓLVULO.

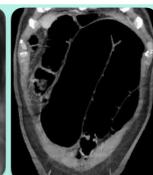
- Rectorragia.
- Fiebre.
- Shock.
- Leucocitosis.



DIAGNÓSTICO.

VÓLVULO DEL SIGMA: CLÍNICA Y EXPLORACIÓN.

- Signos de sepsis: fiebre, taquicardia, taquipnea e hipotensión.
- Tacto recta: **ausencia de heces** en la **ampolla rectal** (primer signo).
- Lab: BH, QS, Electrolitos séricos y pruebas de coagulación.
- RADIOGRAFÍA ABDOMINAL SIMPLE, TAC Y ENEMA DE BARIO:
- Rx: **ausencia de gas rectal**, sigmoide distendido en forma de "U invertida", signo de "grano de café" Y ampliación del sigmoide.
- TAC (confirmatorio): signo de "grano de café" y nivel hidroaereo único.
- Enema de Bario: imagen en "pico de ave" o "as de espadas".



VÓLVULO DEL CIEGO.

- TAC: Asa desproporcionadamente dilatada + patrón de oclusión de intestino delgado distal.
- TAC: Nivel hidroaereo único en el ciego y colapso de Colón distal.
- TAC: "signo de remolino" y distensión del ciego de más de 10cm.
- RX: Signo en "grano de café" o "forma de riñón".

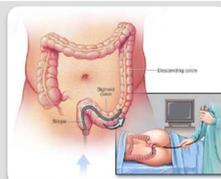
TRATAMIENTO.



TRATAMIENTO MÉDICO.

- Reanimación temprana: alcanzar balance de líquidos y electrolito.
- Apoyo ventilatorio.
- Descompresión intestinal por succión nasogástrica.
- Antibióticos de amplio espectro (anaerobios).
- Monitorización urinaria y sonda transuretral.

TRATAMIENTO.

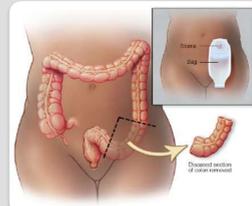


TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO: VÓLVULO DEL SIGMA.

- 1ra elección: **Sigmoidoscopia** o **Colonoscopia** c/s inserción tubo rectal.
- Intento de reducción **endoscópica**.

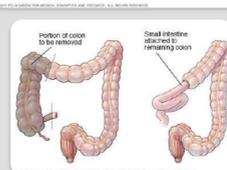
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: VÓLVULO DEL SIGMA.

- Resección de sigmoides c/ anastomosis primaria en pacientes con resolución no quirúrgica (**colectomía**) con realización de **HARTMANN**.
- Tx quirúrgico definitivo en pacientes con destorsión exitosa.
- Mesosigmoidoplastia (opción terapéutica definitiva).



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: VÓLVULO DE CIEGO.

- **Hemicolectomía** derecha e ileostomía con una fístula mucosa distal.
- **Destorsión** y **cecopexia** o **cecocolopexia** (px c/ alto riegos de mortalidad).

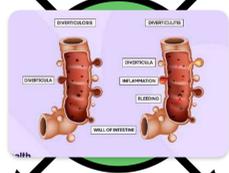


Enfermedad diverticular.

DEFINICIONES.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR:
Tiene sintomatología variada, como el dolor crónico o el sangrado de los divertículos.

DIVERTICULITIS AGUDA:
Complicación de la diverticulosis que se debe a la inflamación de un divertículo que involucra la pared del Colón.



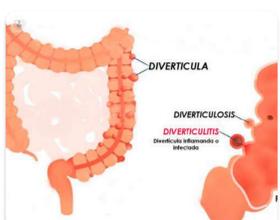
DIVERTICULOSIS:
Presencia de pseudodiverticulosis (formados por mucosa y submucosa). Suele ser asintomático.
En ocasiones pueden presentar dolor recurrente (CII) generalmente en un periodo de estreñimiento y meteorismo

DIVERTICULOS REALES O CONGÉNITOS.
Involucran todas las capas de la pared intestinal y por lo general aparecen individualmente (divertículo de Meckel).

ETIOPATOGÉNIA.

Es multifactorial.

En el Colón se forman por:
Aumento de presión intraluminal + Debilidad de la pared vascular



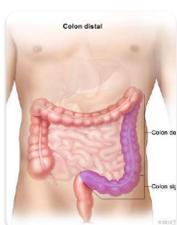
Factor inicial responsable para ser un secuestro de un coprolito intradiverticular.



(+) presión provoca una contracción muscular excesiva (aislado segmentos de sigmoids "tabicados")

En el interior de los segmentos existe un (+) fuerza de pulsión.
= Hernias (mucosa y submucosa) en puntos débiles. En estas zonas débiles entran vasos sanguíneos.

EPIDEMIOLOGÍA.



- El 95% de los divertículos del Colón afectan a sigmoides.
- 35% en otro segmento del Colón.
- Poco frecuente por debajo de la reflexión peritoneal.
- Incidencia actual 5-10% a los 40 años.
- 70 a 80% al llegar a los 80 años.
- 10 y 25% pac c/ diverticulosis presentan diverticulitis a los 62 años.



CLÍNICA.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR:

- Amplio espectro clínico, va desde malestar en cuadrante inferior izquierdo hasta las complicaciones de la diverticulitis y la hemorragia.
- síntoma clásico: dolor en FII, contantes, sordo, con dificultad para evacuar.



DIVERTICULITIS AGUDA:

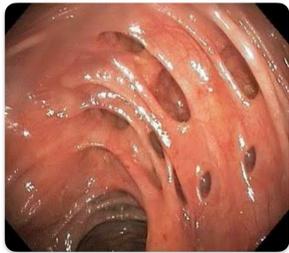
- (+) FCTE en Colón izquierdo.
- Por obstrucción por fecalitos.
- Fácil perforación Por delgada pared del divertículo.

Clínica:

- Dolor constante que puede irradiarse a la espalda, flanco ipsilateral, región umbilical o miembro pélvico.
- Náuseas y vómitos.
- Disuria.
- Fiebre y taquicardia.
- Buscar datos de irritación peritoneal.
- Px con episodios previos se puede palpar en abdomen inferior una masa abdominal "FLEMÓN".



DIAGNÓSTICO.



- Clínica y exploración física.
- Laboratorios: **Biométria Hemática** (leucocitosis con neutrofilia).
- No realizar endoscopia hasta 6 semanas después del cuadro de diverticulitis (por perforación).
- **COLONOSCOPIA:** Si existe sospecha de colitis asociada a divertículos, neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal.

GABINETE.

- LA TC de abdomen y pelvis + contraste IV (gold estándar).
- Junto con la TC se utiliza **Escala Modificada de Hinchey** (establece extensión de la enfermedad y su impacto para la terapéutica).



Descripción	Tratamiento
0 Diverticulitis clinicamente moderada	Conservador
Ia Inflamación pericólica limitada, no absceso	Conservador
Ib Inflamación pericólica limitada, con absceso	<2 cm: Conservador
II Absceso pélvico retroperitoneal o a distancia	>2 cm: Drenaje percutáneo
III Peritonitis generalizada, no comunicación con luz intestinal	Cirugía urgente
IV Peritonitis fecaloidea, comunicación libre con luz intestinal	

TRATAMIENTO.

CONSERVADOR D. NO COMPLICADA.

- Reposo intestinal, fluido terapia y antibiótico terapia.
- Consumo de 20 a 30 gr de fibra al día.
- Disminuir carnes rojas y grasas.
- Ciprofloxacino o Ceftriaxono + metronidazol (VO-IV).
- Monoterapia: Imipenem o Meropenem (VO-IV).
- Px hospitalizados: antibióticos por 7-10 días.

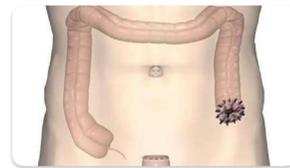


PARA HINCHEY:

- I: manejo ambulatorio (sin antibióticos) u hospitalario con manejo antibiótico en casos especiales.
- II: abscesos <4-5 cm pueden ser tratados con antibióticos IV. >5 (GPC: >6.5 cm) drenaje percutáneo.

Tx Quirúrgico:

- Programada: **no** está justificada la cirugía programada en <50 años. Se prefiere **laparoscopia**.
- Urgencia: recomendable **ileostomía** en asa en lugar de **colostomía** en asa de Colón sin transversa, con **anastomosis colorrectal**. En pacientes sin mejoría en 48hrs (**Hinchey III**).
- Urgencias: **intervención de Hartmann** (poco recomendada).
- **Sigmoidectomía de urgencia:** px con peritonitis difusa o cuando no hay mejoría de la sepsis.



Enfermedad Hemorroidal.

DEFINICIÓN .

Patógena:

Las hemorroides se deben al desplazamiento hacia abajo de estos cojinetes vasculares por alteración del músculo de soporte -TREITZ-.

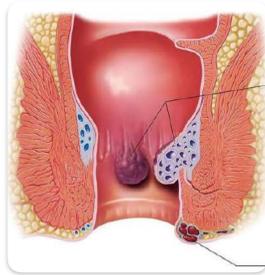
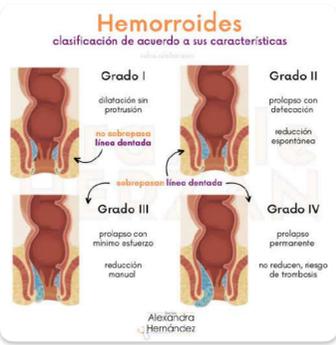


Los cojinetes vasculares anorrectales + esfínter anal interno son esenciales en el mantenimiento de la continencia.

Hemorroides son cojines de tejido vascular submucoso ubicado en el canal anal comenzando junto de distal a la línea dentada. Estas almohadillas son estructuras anatómicas normales del canal anal.

EPIDEMIOLOGÍA .

- Afecta a la cuarta parte de la población adulta en algún momento de su vida.
- 1er lugar entre enfermedades del recto e intestino grueso.
- Prevalencia mundial 2.9% y 27.9%=4% son sintomáticos.
- Incidencia a los 45 y 65 años.
- (+) FCTE en hombres.
- 50% de personas >40 años tienen algún grado de enfermedad.



Tipos.

INTERNOS:

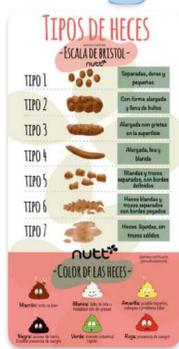
- Por encima de la línea dentada o pectínea (submucosos). Son venas rectales superior y media.

EXTERNO:

- En el canal anal (subcutáneos). Las hemorroides más FCTE. Formadas por las venas hemorroidales o rectales inferiores.

FACTORES DE RIESGO.

- Dieta baja en fibra.
- Esfuerzo prolongado.
- Diarrea.
- Heces duras.



ETIOLOGÍA.

- Bipedestación.
- Sedestación.
- Estreñimiento.



CLÍNICA.

- Rectorragia (+ FCTE).
- Sangre roja brillante.
- Prolapso hemorroidal (picor, escozor, ano humero).
- Trombosis hemorroidal (gran dolor anal, hemorroide indurada y azulada).
- Incontinencia de líquidos.



DIAGNÓSTICO.

- Clínico y exploración física.
- Anuscopia (RECOMENDADO).
- Recomienda Rectosigmoidoscopia (para DX diferencial).
- Colonoscopia, Colón por enema o tomografía axial en PAC con hemorroides y sangrado constantes que se acompañe con tenesmo, moco en evacuaciones, pérdida de peso o sensación de evacuación incompleta.



TRATAMIENTO.

MEDIDAS HIGIÉNICAS DIETÉTICAS.

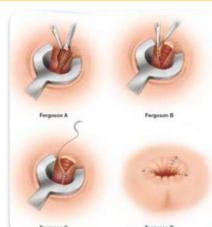
- Incrementar dieta en fibra y líquidos.
- Sediluvios con agua templada en episodios agudos.



- Alternativos.
Enfermedad grado I, II y III, y tx médico fallido.
- Ligadura con banda elástica.
 - Escleroterapia.
 - Foto-coagulación



- Quirúrgico.
Grado III o IV:
- Hemorroidectomía (técnica cerrada-Ferguson).
 - Hemorroidopexia c/ engrapado (retornó a actividades + rápido)
 - Técnica de ligadura de arteria hemorroidal con doppler (grado II y III).



- Farmacológico.
- Flavonoides en episodios agudos y trombosis (No en mujeres embarazadas).



Abscesos y fístulas perineales.

DEFINICIÓN.

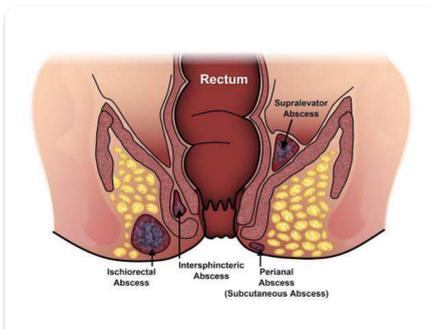
Absceso anal.

Colección de pus en los espacios perianales. Como consecuencia de una glándula anal, con estasis bacteriana. Se puede extender en fosa isquiorectal, en el espacio supra elevador, en 1 o ambos lados, formando una colección en herradura.



Fístula anorrectal.

Trayecto inflamatorio crónico entre el canal anal o recto inferior (orificio interno) y piel perianal (orificio externo).



EPIDEMIOLOGÍA.

- El absceso anal son lesiones ano rectales (+) FCTE; resulta en trayectos fistulosos.
- Absceso ano rectal (+) común en pacientes sanos.
- Pico de incidencia 20-60 años.
- Fístula anal se desarrolló en 1/3 de los pacientes que fueron sometidos a un drenaje de absceso ano rectal.



ETIOLOGÍA.

Fístula anorrectal:

- Secundarias a un absceso anorrectal previo.
- Traumatismo.
- Enfermedad de Crohn.
- Tuberculosis.



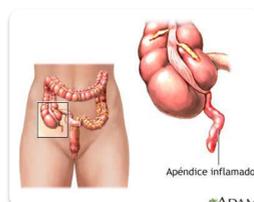
Absceso anal:

- Obstrucción criptoglandular 90-97% (E.Coli, S. Aureus).
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Infecciones por hongos.
- Neoplasias.
- Traumatismo.

FACTORES DE RIESGO.



- Vida sedentaria.
- Radioterapia.
- Edad de 20 y 60 años (media 40 años).
- Sepsis abdominal secundaria a apendicitis complicada.
- Espinas de pescado y huesos de pollo impactándose.



CLÍNICA.

ABSCESO ANAL:

- Dolor intenso, continuó y progresivo en región anal (aparición súbita).
- Dolor que se exagera con toser, posición sentada, deambular o defecar.
- Abscesos supra elevadores: fiebre, dolor no localizado y tenesmo rectal.
- Absceso Inter esfintéricos: dolor severo.



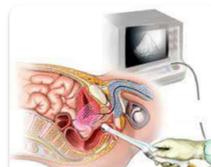
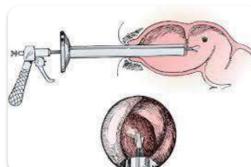
COMPARACIÓN:

- ABSCESO: dolor, eritema, tumor, supuración espontánea, tenesmo moderado.
- FÍSTULA: sangrado moderado, supuración severa.



DIAGNÓSTICO.

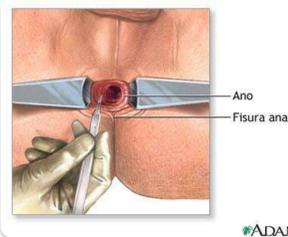
- Diagnóstico clínico.
- Estudios radiológicos (no concluye exploración física).
- Proctoscopia y rectoscopia (causan dolor severo al Pac).
- Ultrasonido endoanal (elección: abscesos anales complejos).
- Tomografía y Resonancia Magnética (GOLD STANDAR).



TRATAMIENTO.

MANEJO INICIAL:

- Drenaje independientemente de la edad.
- Abscesos superficiales drenar en sala de exploración o sala de urgencias.
- Abscesos isquiorectales o supra elevadores bajo anestesia.

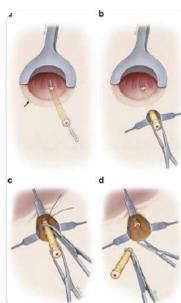
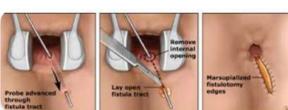


FÍSTULA ANORRECTAL:

- Fistulectomía Marsupialización de bordes (no afecta mucho esfínter anal)
- Colgajo de avance rectal o LIFT (afecta esfínter anal).
- Seton de drenaje para drenar contenido purulento (para 2 cirugía).

ABSCESO ANAL:

- Personal e isquiorectal: drenaje externo (zona de mayor fluctuación).
- Submucoso: drenaje interno a través del recto.
- Pelvirrectal: drenaje interno a través del recto (zona de mayo fluctuación).
- Interesfinteriano: drenaje interno + esfinterotomía interna.

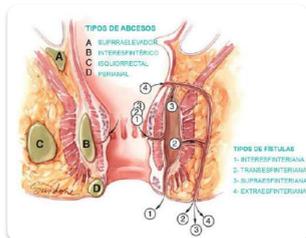


CLASIFICACIÓN.

FÍSTULA ANORRECTAL:

- Clasificación de PARKS.
- ORIGEN:
 - CRIPTOGLANDULAR #1 SEC. ABSCESO ANAL.
 - NO CRIPTOGLANDULAR: SEC. CROHN, TB y TUMORES.
- CARACTERÍSTICAS:
 - SIMPLES: PARKS A y B.
 - COMPLEJA: PARKS B, C y D o recurrentes.

CLASIFICACIÓN DE PARKS		
TIPO	DESCRIPCIÓN	
A	Superficial	Subcutánea
B	Interesfinteriana	(45%) Trayecto corto
C	Transesfinteriana	(30%) Pasa ambos esfínteres anales
D	Supraesfinteriana	(20%) Giro en "U" sobre músculo puborrectal
E	Extraesfinteriana	(5%) Sale de esfínteres



FISTULA ANORRECTAL TRATAMIENTO	
FISTULA	TRATAMIENTO
INTERESFINTERIANA	FISTULOTOMÍA
TRASESFINTERIANA	TECNICA DE SEDAL O SETON
SUPRAESFINTERIANA	TECNICA DE SEDAL O SETON
EXTRAESFINTERIANA	COLGAJO

Cancer colo-rectal.

DEFINICIÓN .

Tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye segmentos: ciego, Colón ascendente, Colón transverso, Colón descendente, sigmoides y recto.

Adenomas.

Tumores benignos epiteliales considerados lesiones precancerosas.



EPIDEMIOLOGÍA .

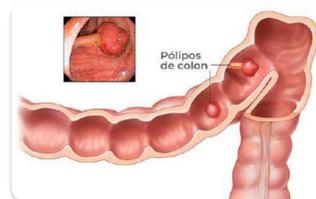
- 3% de los casos en el país (MÉXICO).
- 2do lugar en enfermedades del tubo digestivo.
- 5.9% hombres y 5.4% mujeres.
- Mortalidad 2.4% y 3.3%.



POSIBLES CAUSAS.

Se origina de lesiones ya existente:

- Pólipos adenomatosos.
- Tabaquismo (# al día y tiempo de exposición).



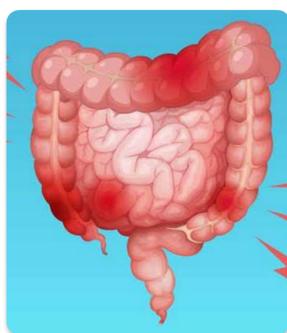
FACTORES DE RIESGO.

MEDIANO RIESGO.

- Individuo con antecedentes de pólipos adenomatosos y hemartomatosos en Colón o recto.
- Enfermedad inflamatoria intestinal c/ 10 años de evolución.

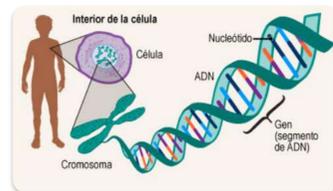
ALTO RIESGO.

- >edad de 50 años hasta 76 años.
- Sexo masculino.
- Raza negra.
- Familiar de 1er grado con Cancer Colorrectal.
- Familiar de 1er grado con Sx de Lynch.



BAJO RIESGO.

- 50 años, afroamericanos a los 45 años.
- Sin historia personal de pólipos o cancer de colo-rectal.
- Sin historia personal de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Sin historia familiar de CCR en familiar de 1er grado diagnosticado antes de los 60 años.
- Dos familiares de primer grado diagnosticados a cualquier edad.



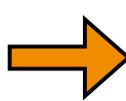
DETECCIÓN.

Prueba de búsqueda de sangre oculta en heces:

Basado en **guayaco**.

- Detecta Hb a través de actividad pseudoperoxidasa grupo hemo.
- (-) mortalidad de 15-30%.
- Px con bajo riesgo.
- Evitar AINES, carnes rojas, vitamina C previo a estudio.
- 2-3 muestras.
- Adhesión anual.

PRUEBAS GENÉTICAS PARA CCRNHP.

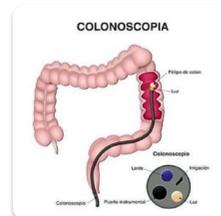


Positividad se realiza COLONOSCOPIA.

Prueba de búsqueda de sangre oculta en heces:

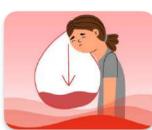
Basado en **inmunoquímica**.

- Adhesión anual.
- No produce resultados falsos negativos.
- No requiere restricción en la dieta



CLÍNICA.

- Dolor abdominal.
- Cambio de hábitos intestinales.
- Pérdida de peso involuntario.
- Rectorragia, melena y/o hematoquezia.
- Anemia microcirugía hipocrómica.



DIAGNÓSTICO.

COLONOSCOPIA (GOLD STANDARD).

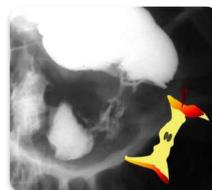
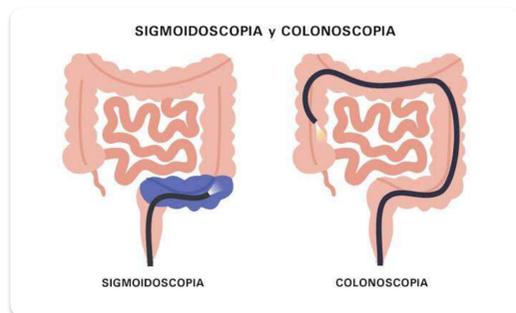
- Px con bajo riesgo, moderado y alto riesgo.
- Px alto riesgo asintomáticos: 10 años.
- Px alto riesgo sintomático: 2 años.
- Px mediano riesgo asintomático: 10 años.
- Px mediano riesgo sintomático: 5 años.

SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE.

- Px con lesiones sospechosas en Colón izquierdo.
- Px bajo, mediano y alto riesgo: 5 años.

COLÓN POR ENEMA.

- Px con lesiones sospechosas en Colón izquierdo.
- Px bajo, mediano y alto riesgo: 5 años.
- Signo de manzana mordida



Bibliografía.

- Minguez García J., García Septiem J. & García J. (2021). Manual de CTO de Medicina y Cirugía: Digestivo y cirugía digestiva. *CTO EDITORIAL*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2010). Detección oportuna y diagnóstico de cáncer de colon y recto no hereditario en adultos en primer, segundo y tercer nivel de atención. *México, IMSS*.
- Secretaría de Salud, SS. (2013). Diagnóstico y tratamiento de absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. *México, SS*.
- Secretaría de Salud, SS. (2015). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemorroidal en la adultez. *México, SS, CENETEC*.
- Secretaría de Salud, SS. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular de colon. *México, SS*.
- Secretaría de Salud, SS. Diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico del vólvulo de colon en el adulto. *México, SS, CENETEC*.