



Mi Universidad

Flashcards

Martín Mar Calderón

Flashcards

Primer parcial

Clínicas quirúrgicas complementarias

Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina Humana

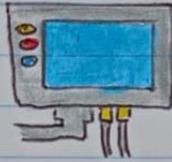
7 semestre

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

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA

① Preparación

- Monitorización
- Material necesario
- Evaluación de la vía aérea
- Planes alternativos: (ABC)



② Pre-oxigenación

- Oxígeno por mascarilla reservorio con FiO_2 80-100% por 5 min
- Evitar VPP (Solo después de la inducción)



③ Pre-medicación

- Lidocaína 1 mg/kg (PIC, Bradicardial)
- Fentanilo 0.5 mcg/kg (Ministrar en todos los casos posibles)



④ Inducción

- De 3-5 min Junto con premedicación
- Etomidato 0.2 - 0.3 mg/kg
- Tiopental 3 - 5 mg/kg
- Ketamina 1 - 2 mg/kg
- Propofol 1 - 3, g/kg
- Fentanilo 1 - 2 mcg/kg
- Midazolam (Individualizar) 0.05 - 0.1 mg/kg

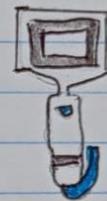
⑤ Parálisis

- Se administra inmediatamente después del inductor
- Rocuronio: 1 - 1,2 mg/kg
- Succinilcolina: 1 - 2 mg/kg



⑥ Intubación

- Posición BUHE (Cabezal de respaldo elevado)
- Laringoscopia bimanual
- Evaluación Cormack-Lehane (I-II: fácil, III-IV: Difícil)
- TOT recomendado / Preferencia #8,9
- Mascarilla laríngea y equipo del VA difícil



⑦ Comprobación

- Visualización directa del tubo endotraqueal
- Auscultación pulmonar
- Capnografía
- Rx tórax (TOT 2 cm arriba de la carina)
- Ultrasonido (Deslizamiento pleural)

⑧ Cuidados post-intubación

- Monitorear $SpO_2 > 90\%$, TA adecuada, $ETCO_2$ 35 - 45 mmHg
- Adecuada analgesia
- Ajustar parámetros de ventilación
- Tratar la etiología base.

METODO LEMON

- L** Look externally
- E** Evaluate
- M** Mallampati
- O** Obstruction of the airway
- N** Neck mobility



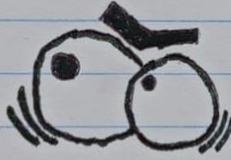
3) Mallampati

- I**: Visibilidad del paladar blando, uvula y pilares amigdalinos.
- II** Paladar blando y uvula
- III** Paladar blando y base de la uvula
- IV** Solo visible paladar duro

1) Mirar externamente.

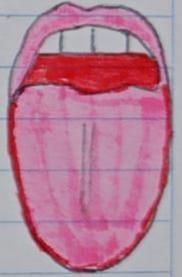
Examen corto dirigido al cuello, boca y vía aérea interna

- Obesidad morbida • Lengua
- OD • Traumas • Barba.



4) Obstrucción de la vía aérea

- Infecciones • Abscesos
- Tumores • Compresión de VA
- Epiglotitis.



2) Evaluación regla 3-3-2

- 3 dedos entre dientes sup e inf.
- 3 dedos entre mentón y cuello
- 2 dedos entre cartilago tiroideo y suelo de la mandíbula.

5) Movilidad del cuello

- Limitación de la flexoextensión del cuello
- Artrosis cervical
- Trauma cervical.

PREPARACIÓN

S Succión

O Oxygen

A Airway

P Positioning



P 4) Pre-oxigenación y posición adecuada

M 5) Equipo para monitorización
• Medicamentos

M Meds

E Equipment / E+CO2

E 6) Verificación de CO2

S 1) Al menos una aspiración

O 2) Preoxigenación

A 3) Medida 7.5 para mujeres y 8.5 para hombres

- Estilete • Laringoscopio listo

OBSTRUCCION INTESTINAL

La obstrucción intestinal es un bloqueo o interferencia en la progresión normal del contenido intestinal total o parcial

> Clínica

- Dolor abdominal
- Náuseas - Distensión abdominal
- Vómito
- Ausencia de peristaltismo

> Generalidades

Se conoce con el nombre genérico de íleo u oclusión a la detención del tránsito digestivo, independientemente de su causa.

> Radiografía

- Gas abundante - Niveles hidroaéreos
- Areas dilatadas

- Paralítica
- Obstructiva / mecánica
-

> Tipos

- Oclusión de intestino delgado (70%) con gas en colon
- Oclusión de colon (30%) Sin gas distal o en colon

- Paralítico o adinámico
- Obstructivo / mecánico
- Espástico
- Íleo de oclusión vascular

> Obstrucción de intestino delgado

- Frecuencia: 70%
- Imagenología: - Dilatación >3cm en Rx >2cm en TC
- Imagen en pila de monedas (en collar de perlas)
- Niveles hidroaéreos >2.5cm
- ↓ Gas colonico - ID desproporcionadamente dilatado vs. colon
- Dilatación gástrica
- Signo de remolino en TC de abdomen con hernia interna

- Etiología: Adherencias y hernias
- Otras causas: Tumores, intususcepción, vólvulo, EII, estenosis y fibrosis quística
- Perforación más FCTE: El Ascá atrapada
- Tx: Generalmente conservador

> Obstrucción de intestino grueso

- Frecuencia: 30%
- Imagenología: - Distensión colonica
- Colon colapsado más allá de la obstrucción
- Dilatación del intestino delgado según la duración de la obstrucción y la competencia de la válvula ileocecal

- Etiología: Tumores colorectales (recto y sigma)
- Otras causas: Vólvulos, EII, colitis actínica, diverticulitis
- Perforación más FCTE: Ciego (Por distensión)
- Tx: Generalmente quirúrgico



¿Qué es?

Es la torsión axial de un segmento intestinal alrededor de su mesenterio.

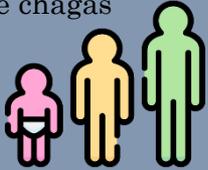
Epidemiología



- Mortalidad: 7%-20%
- Vólvulo cecal: 15%-40%
- América latina: 20-54%

Factores de riesgo

Estreñimiento, genética, alimentos altos en fibra, cirugías previas, embarazos, enfermedad de chagas



Vólvulo de colon

Fisiopatología

Vólvulo cecal

Fallo en la laxitud peritoneal → + un punto de fijación



El ciego rota sobre el punto de fijación y sobre su mismo eje longitudinal



Vólvulo del sigma

Fallo en la laxitud peritoneal → + un punto de fijación



La distensión aumenta la presión intraluminal

Termina en isquemia y aumento de gas por bacterias

Clínica

Dolor abdominal, estreñimiento, fiebre, leucocitosis

Diagnóstico

Historia clínica, laboratorios, y confirmatorio con imagen como rx y TAC

Vólvulo cecal

- Asa dilatada y patrón de oclusión de ID distal
- Nivel hidroaereo único en el ciego

Vólvulo del sigma

- Sigmoide en forma de U invertida (86%)
- Signo del grano del café 76%
- Ampliación sigmoide desproporcionada 76%

Tratamiento

Tratamiento principalmente quirúrgico como resección del intestino con anastomosis o uso de Mesosigmoidoplastia y en vólvulo de ciego Cecopexa

¿Qué es?

Es la presencia de divertículos en el colon, localizados con frecuencia en el colon derecho

- Diverticulosis: presencia de divertículos colonicos
- Enfermedad diverticular: Diverticulos sintomáticos
- Diverticulitis: Inflamación crónica de los divertículos

Epidemiología



- Afecta a 1/3 de mayores de 45 años
- 2/3 de los mayores de 85 años
- De 10-25% van a desarrollar diverticulitis a los 62 años

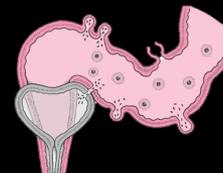
Enfermedad diverticular

Diverticulitis aguda

Es una complicación de la diverticulosis que se debe a la inflamación de un divertículo.

Clínica

Fiebre, dolor en hipogastrio y signos de irritación peritoneal "apendicitis izquierda", estreñimiento y 25% hemorragia



Diagnóstico

Clínica y leucocitosis

La TC de abdomen y pelvis es el método más preciso para el diagnóstico de diverticulitis aguda

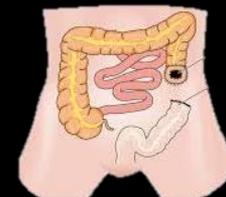
Complicaciones

- Fistulas
- Obstrucción intestinal
- Perforación libre

Tratamiento

Diverticulitis no complicada Tx con antibióticos

- Hinchey 1a: antibiótico IV
- Hinchey 1b: vigilancia intrahospitalaria
- Hinchey 2: drenaje percutáneo
- Hinchey 3y4: laparotomía exploradora urgente



Procedimiento de Hartmann

¿Qué es?

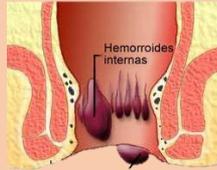
Es el prolapso de estructuras vasculares del canal anal por rotura de los mecanismos de sujeción e implica la dilatación del recto y ano

Clasificación

Hemorroides externas

Hemorroides internas

Hemorroides mixtas



Factores predisponentes

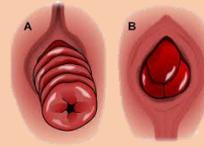
- Herencia
- Anatomía del canal anal
- Profesión
- Diarrea/estreñimiento



Enfermedad hemorroidal

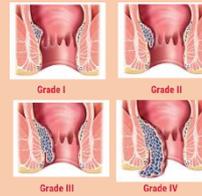
Clínica

- Rectorragia
- Prurito
- Dolor prolapso
- Anemia
- Masa palpable



Diagnostico

Se realiza mediante **historia clínica y exploración.**



Epidemiología

No es posible determinar con precisión la frecuencia de la enfermedad, pero se cree que el **5%** de la población presenta síntomas



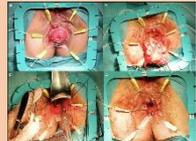
Etiología

Aumento desmedido al momento de la evacuación, lo que aumenta la presión en los vasos del ano y recto, además de una mala higiene y hábitos alimenticios.



Tratamiento

- Hemorroides externas: tratamiento conservador
- Hemorroides internas:
 - Grado 1 y 2: tx conservador y ligadura con bandas elásticas
 - Grado 3 y 4: hemorroidectomía cerrada (Parks O Ferguson) y hemorroidectomía abierta (Milligan Morgan)



¿Qué es?

Es la aparición de un absceso en la **región perineal debido a bacterias**

Clasificación

Se clasifica respecto a su zona de afectación

- Perianal
- Isquiorrectal
- Interesfinteriano
- Supraelevador o pelvirrectal

Clínica

- Dolor intenso
- Tumefacción eritematosa, caliente, en ocasiones fluctuante
- Signos de infección

Diagnostico

Clínico



Abscesos y fistulas perineales

Tratamiento

Drenaje quirúrgico simple, dejando la herida abierta.

Fistula perineal

Epidemiología

50% de probabilidad después de un drenaje en manos expertas.

Clasificación

Trayecto inflamatorio crónico formado por la comunicación entre la mucosa del recto y la piel.

- Interno o primario: en la mucosa rectal
- El externo: en la piel perineal

Etiología

Suele originarse a partir de una infección criptoglandular, es decir, de una glándula interesfinteriana.

Fistulas de Parks

- Hacia abajo
- Lateralmente
- Hacia arriba



Clínica

- Supuración crónica de material purulento
- Dolor por el cúmulo dentro del trayecto fistuloso

Diagnóstico

La ecografía endoanal permite la evaluación de los esfínteres.

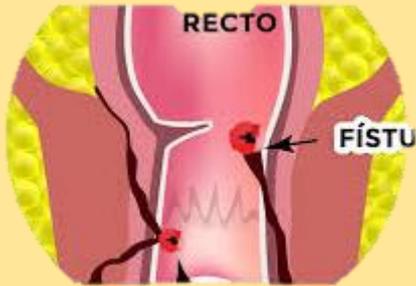
Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico y tiene como objetivo eliminar el trayecto y la infección y sin limitar la función esfinteriana con: fistulotomía, cierre orificio primario, sellado con fibrina, colgajo de avance y setón más fistulotomía

Fistula anal

¿Qué es?

Desgarro de la piel del anodermo que reviste el conducto anal, es decir, desde la línea pectínea o dentada hasta el borde anal.



Clasificación

Por su cronología se clasifica en

- Agudas: desgarro superficial
- Crónicas: desgarro profundo, ulcerado que expone las fibras del esfínter anal interno.

Epidemiología

Afecta a ambos sexos con mayor incidencia en la edad media de la vida

- De origen probablemente isquémico
 - Posterior 90-98%
 - Anterior más frecuente en mujeres
 - Anterior y posterior
- Laterales: Crohn, SIDA, Sífilis, TB y carcinoma anal

Clínica

Dolor intenso lacerante, durante y tras la defecación, acompañado de rectorragia.

Diagnóstico

Es clínico y con la exploración se observa la herida en el borde anal



Tratamiento

Inicialmente es conservador y consiste en baños de asiento con agua templada, laxantes, pomadas de diltiazem tópico y analgésicos

¿Qué es?

Es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio

Epidemiología



El riesgo de padecer esta entidad es del 6% para la población en general. En México, es la tercera causa de incidencia y segunda en mortalidad.

Patogénesis

- Inestabilidad cromosomal 60-70%: alteración en los genes de KRAS, P53
- Inestabilidad microsateletal 15% hMLH1, hMLH2, hMLH3, HpmS1 etc.
- Neoplasia serrata 20%: mutación en el gen **BRAF**

Cáncer colorrectal

Etiología

- Factores ambientales 
- Edad
- Enfermedades asociadas
- Historia personal

Modos de presentación

Afecta a ambos sexos con mayor incidencia en la edad media de la vida

- Espontáneo (70-80%)
- Familiar (10-15%)
- Hereditario (5%)



Localización

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



Clínica

- Dolor abdominal
- Cambio del hábito intestinal
- Pérdida de peso
- Sangrado rectal
- Anemia sin causa conocida



Diagnóstico

- Colon por enema: imagen típica de **manzana mordida**
- Colonoscopia: **Gold standard**



Tratamiento

La mayoría de los tumores de colon son resecables, pero si presentan metástasis, el abordaje es multimodal.

Bibliografía

Cirugía general., Libro CTO de Medicina y Cirugía ENARM México 6ta edición; CTO editorial.