



Mi Universidad

FLASHCARDS

Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez

Flashcards

1er parcial

Clínica quirúrgica complementaria

Dr. Flores Gutiérrez Erick Antonio

Licenciatura en medicina humana

7mo semestre

Grupo "C"

SECUENCIA RAPIDA DE ENTUBACION

PREPARACION

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

PRE-OXIGENACION

- Oxígeno por mascarilla reservorio con FiO_2 80-100% por 5 minutos
- Evitar VPP

PRE-MEDICACION

- Lidocaína 1mg/kg
- Fentanilo 0.5 mcg/kg

INDUCCION

De 3-5 minutos 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 0.05-0.11 mg/kg

PARALISIS

- Se administra inmediatamente después del inductor
- Rocuronio 1-1.2 mg/kg
- Succinilcolina 1-2 mg/kg
- Vecuronio 0.1 mg/kg

INTUBACION

- 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 de vía aérea difícil

COMPROBACION

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

CUIDADOS POST-INTUBACION

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

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DEFINICIÓN

La obstrucción intestinal es una condición en la que el paso de contenido intestinal se ve bloqueado total o parcialmente en el intestino. Esto puede ocurrir en el intestino delgado o en el intestino grueso.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia varía según la población y la causa subyacente. Afecta aproximadamente a 2-5% de la población general, con mayor frecuencia en personas mayores y tras cirugía abdominal previa.

FACTORES DE RIESGO

- Cirugía abdominal previa
- Hernias
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Tumores intestinales
- Adhesiones postquirúrgicas
- Traumatismos abdominales
- Enfermedades metabólicas

FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción puede ser mecánica (bloqueo físico) o funcional (disfunción del peristaltismo). Las causas mecánicas incluyen hernias, adherencias, tumores y vólvulos. La obstrucción impide el paso del contenido intestinal, lo que lleva a distensión, aumento de presión intraluminal y potencial isquemia del intestino afectado.

CLÍNICA

- Dolor abdominal colicky
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento o ausencia de gases
- Signos de deshidratación
- Puede haber fiebre si hay complicaciones como perforación o infección

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica y examen físico
- Radiografía abdominal (muestra niveles hidroaéreos)
- Tomografía computarizada (TC) con contraste
- Ultrasonido
- Análisis de sangre: hemograma completo, electrolitos, función renal

TRATAMIENTO

- Manejo conservador: NPO (nada por vía oral), sonda nasogástrica para descompresión, fluidoterapia
- Intervención quirúrgica si hay obstrucción mecánica persistente, perforación, isquemia o necrosis intestinal
- Tratamiento de la causa subyacente (por ejemplo, reparación de hernias, resección de tumores)

VÓLVULOS DE COLON

(CIEGO Y SIGMOIDES)

DEFINICIÓN

La obstrucción intestinal es una condición en la que el paso de contenido intestinal se ve bloqueado total o parcialmente en el intestino. Esto puede ocurrir en el intestino delgado o en el intestino grueso.

EPIDEMIOLOGÍA

- **Vólvulo Sigmoide:** Más común, representa aproximadamente el 60-70% de los vólvulos. Afecta principalmente a adultos mayores y es más frecuente en hombres.
- **Vólvulo de Ciego:** Menos común, representa alrededor del 10-15% de los casos. Puede ocurrir en adultos jóvenes y en personas con colon derecho móvil.

FACTORES DE RIESGO

1. **Vólvulo Sigmoide:**
 - Constipación crónica
 - Dieta baja en fibra
 - Edad avanzada
 - Historia de cirugía abdominal previa
2. **Vólvulo de Ciego:**
 - Colon derecho móvil
 - Historia de cirugía abdominal
 - Defectos congénitos en la fijación del colon
 - Constipación crónica

FISIOPATOLOGÍA

- **Vólvulo Sigmoide:** Torsión del colon sigmoide sobre su mesenterio, que puede llevar a obstrucción del flujo sanguíneo, distensión y necrosis si no se corrige.
- **Vólvulo de Ciego:** Torsión del ciego y el colon ascendente, a menudo asociado con una anomalía anatómica que permite el movimiento excesivo del ciego.

CLÍNICA

- Dolor abdominal agudo y distensión
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento o ausencia de gases
- Signos de shock en casos avanzados
- En vólvulo sigmoide: dolor en el cuadrante inferior izquierdo
- En vólvulo de ciego: dolor en el cuadrante inferior derecho

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica y examen físico
- Radiografía abdominal (puede mostrar "doble burbuja" o "signo de la grúa")
- Tomografía computarizada (TC) con contraste, enema opaco (puede mostrar la imagen en "asa de garfio" en el vólvulo sigmoide)
- Análisis de sangre: hemograma completo, electrolitos, función renal

TRATAMIENTO

1. **Manejo Conservador**
 - Descompresión con sonda nasogástrica
2. **Tratamiento Quirúrgico:**
 - Descompresión y resección del segmento afectado si hay isquemia o necrosis
 - Fijación del colon en su lugar (colopexia)
 - Colostomía temporal

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

DEFINICIÓN

La enfermedad diverticular es una condición caracterizada por la presencia de divertículos, que son sacos o bolsillos formados en la pared del colon. La diverticulosis se refiere a la presencia de estos divertículos sin síntomas, mientras que la diverticulitis ocurre cuando estos divertículos se inflaman o infectan.

EPIDEMIOLOGÍA

- Diverticulosis: Afecta a aproximadamente el 50% de las personas mayores de 60 años y es más común en países desarrollados. La prevalencia aumenta con la edad.
- Diverticulitis: Se estima que entre el 10-25% de las personas con diverticulosis desarrollarán diverticulitis en algún momento de su vida.
- 95% afecta sigmoides

FACTORES DE RIESGO

- Dieta baja en fibra
- Estreñimiento crónico
- Edad avanzada
- Obesidad
- Sedentarismo
- Historia familiar de enfermedad diverticular

FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad diverticular ocurre debido a la presión aumentada en el colon, lo que provoca la formación de divertículos en áreas de debilidad de la pared intestinal. La inflamación de estos divertículos (diverticulitis) puede ser causada por la obstrucción del divertículo con heces, lo que lleva a la proliferación bacteriana y la inflamación.

CLÍNICA

- Diverticulosis: Generalmente asintomática. Puede haber síntomas leves como dolor abdominal difuso, hinchazón o cambios en el hábito intestinal.
- Diverticulitis: Dolor abdominal agudo, generalmente en el cuadrante inferior izquierdo; fiebre; náuseas y vómitos; cambios en el hábito intestinal (estreñimiento o diarrea); sensibilidad abdominal y posible masa palpable.

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica y examen físico
- TC abdominal (mas útil)
- PCR > 50
- BHC
- EGO

TRATAMIENTO

- Resección de sigmoides con anastomosis primaria e ileostomía protectora
- procedimiento de Hartmann
- Sigmoidectomía laparoscópica

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

DEFINICIÓN

La enfermedad hemorroidal es una condición en la que los vasos sanguíneos del recto y el ano se inflaman y dilatan, formando hemorroides. Estas pueden ser internas (dentro del canal anal) o externas (bajo la piel alrededor del ano).

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta a aproximadamente el 50% de la población adulta en algún momento de su vida.
- Más común entre los 45 y 65 años.
- La prevalencia es similar en hombres y mujeres, aunque algunas mujeres pueden experimentar hemorroides durante el embarazo.

FACTORES DE RIESGO

- Estreñimiento crónico y esfuerzo durante las evacuaciones
- Embarazo y parto
- Dieta baja en fibra
- Sedentarismo
- Obesidad
- Historia familiar de enfermedad hemorroidal
- Levantamiento frecuente de objetos pesados

FISIOPATOLOGÍA

Las hemorroides internas se desarrollan debido a la dilatación de los plexos hemorroidales dentro del canal anal, mientras que las hemorroides externas se originan de los plexos venosos situados debajo de la piel perianal. La presión aumentada en estas áreas provoca el desarrollo de estas estructuras inflamadas y distendidas.

CLÍNICA

- Hemorroides Internas: Sangrado rojo brillante en el papel higiénico o en las heces, prolapso durante la defecación, y dolor o malestar ocasional.
- Hemorroides Externas: Dolor agudo, especialmente durante la defecación; prurito; y presencia de una masa dolorosa o sensible alrededor del ano.

DIAGNÓSTICO

- Examen Anorrectal
- Sigmoidoscopia: Para evaluar hemorroides internas y descartar otras patologías.
- Colonoscopia: En casos de sangrado rectal persistente o para evaluación en pacientes mayores de 45 años.

TRATAMIENTO

- Hemorroidectomía
- Procedimiento de Hemorroidopexia (o Técnica de Stapling)
- Escleroterapia
- Baños de Asiento

ABSCESOS Y FÍSTULAS PERINEALES

DEFINICIÓN

- Absceso Perineal: Acumulación localizada de pus en el área perineal debido a una infección.
- Fístula Perineal: Conexión anormal entre el canal anal o recto y la piel perineal, que a menudo es una complicación de un absceso perineal no tratado o mal manejado.

EPIDEMIOLOGÍA

- Los abscesos perineales son relativamente raros, pero su incidencia aumenta en personas con enfermedades inflamatorias intestinales o infecciones de las glándulas anales.
- Las fístulas perineales son más comunes en hombres. incidencia de 1-2% de la población general con enfermedades inflamatorias crónicas.

FACTORES DE RIESGO

- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- Infecciones de las glándulas anales (como abscesos anales)
- Diabetes mellitus
- Inmunosupresión
- Trauma o cirugía perineal previa
- Infección por tuberculosis o actinomicosis

FISIOPATOLOGÍA

- Absceso Perineal: Se forma cuando una infección en las glándulas anales o en el tejido perineal conduce a la acumulación de pus.
- Fístula Perineal: Surge a partir de un absceso que drena a través de un trayecto anormal hacia la piel perineal, formando un canal persistente entre el interior del canal anal o recto y la superficie de la piel.

CLÍNICA

- Absceso Perineal: Dolor agudo, inflamación y enrojecimiento en el área perineal; fiebre; malestar general; posible drenaje de pus.
- Fístula Perineal: Se presenta como una abertura anormal en la piel perineal que puede drenar material fecal o pus; puede haber dolor crónico, secreción continua o intermitente, y mal olor.

DIAGNÓSTICO

- Examen Anorrectal
- Ultrasonido Endorrectal: Para evaluar abscesos y fístulas internas.
- Tomografía Computarizada (TC) con Contraste: Para identificar abscesos profundos y trayectos fistulosos.
- Resonancia Magnética (RM): Método de elección para evaluar fístulas complejas y sus relaciones anatómicas.

TRATAMIENTO

1. Absceso Perineal:
 - Drenaje Quirúrgico
 - Antibióticos
2. Fístula Perineal:
 - Fistulectomía
 - Seton (o Técnica de Seton)
 - Colocación de Plug Biológico
 - Procedimientos de Flap

CÁNCER COLO-RECTAL

DEFINICIÓN

El cáncer colo-rectal es un tipo de cáncer que se origina en el colon o el recto, partes del intestino grueso. Es una de las neoplasias malignas más comunes y puede presentarse como adenocarcinomas primarios.

EPIDEMIOLOGÍA

- Es el tercer cáncer más común en hombres y el segundo en mujeres a nivel mundial.
- La incidencia aumenta con la edad, siendo más común en personas mayores de 50 años.
- La prevalencia varía según el país, con tasas más altas en países desarrollados.

FACTORES DE RIESGO

- Edad > 50 años.
- Historial Familiar.
- Síndromes Genéticos
- Enfermedades Inflammatorias Intestinales
- Estilo de Vida: Sedentarismo, obesidad y consumo excesivo de alcohol y tabaco.
- Pólipos Colo-Rectales

FISIOPATOLOGÍA

El cáncer colo-rectal suele comenzar como pólipos benignos en la mucosa del colon o recto. Con el tiempo, algunos de estos pólipos pueden volverse malignos mediante un proceso gradual que involucra mutaciones genéticas acumulativas y alteraciones epigenéticas. La progresión desde un pólipo adenomatoso a un carcinoma invasivo puede tomar años.

CLÍNICA

- Síntomas del Colon: Cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento), sangre en las heces, dolor abdominal, y pérdida de peso inexplicada.
- Síntomas del Recto: Sangrado rectal, tenesmo (sensación de necesidad continua de defecar), y dolor rectal.

DIAGNÓSTICO

- Colonoscopia
- Prueba de Sangre Oculta en Heces (PSOH)
- Tomografía Computarizada (TC) Abdominal y Pélvica
- Ecografía Endorrectal

TRATAMIENTO

1. Tratamiento Quirúrgico:
 - Colectomía
 - Proctectomía
2. Tratamiento Adyuvante:
 - Quimioterapia
 - Radioterapia
3. Tratamiento de Metástasis:
 - Terapias Dirigidas: Uso de medicamentos específicos
 - Inmunoterapia