



Flashcard de patologías

Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.

Flash Card de Patologías.

1er parcial

Clínicas quirúrgicas complementarias.

Dr. Flores Gutierrez Erick Antonio.

Licenciatura en medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 12 de septiembre del 2024.

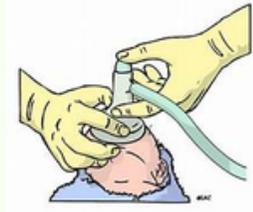
SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA

1. PREPARACION

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

2. PRE-OXIGENACION

- * Oxígeno por mascarilla reservorio con **FiO2 80-100%** por 5 min
- EVITAR VPP (Solamente después de la inducción)

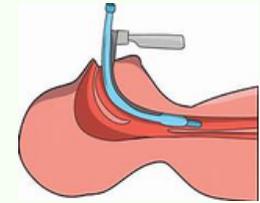


3. PRE-MEDICACION



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

4. INDUCCION



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

5. PARALISIS



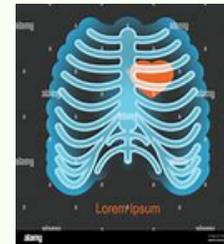
- Se administra inmediatamente después del inductor
- Rocuronio **1-1.2 mg/kg**
- Succinilcolina **1-2 mg/kg**

6. INTUBACION



- Posición BUHE (Cabezal de respaldo elevado)
- * Laringoscopia bimanual
- Evaluación Cormack-Lehane (HII: fácil, III-V: difícil)
 - TOT recomendado/preferencia #8-9
- * Mascarilla laríngea y equipo de Vía Aérea Difícil

7. COMPROBACION



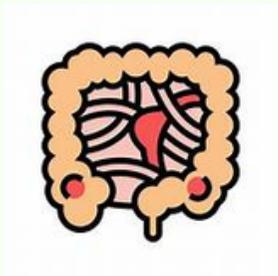
- Visualización directa del tubo endotraqueal
 - Auscultación pulmonar
 - Capnografía
- Rx Tórax (TOT 2cm arriba de la Carina)
- Ultrasonido (deslizamiento pleural)

8. CUIDADOS POST-INTUBACION



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

OBSTRUCCION INTESTINAL



DEFINICION

La obstrucción intestinal es una interrupción parcial o completa del tránsito normal del contenido intestinal. Puede ser de tipo **mecánico** (bloqueo físico) o **funcional** (falta de motilidad intestinal sin bloqueo).



EPIDEMIOLOGIA

- **Incidencia: 2-4 casos por 1,000 hospitalizaciones.**
- Es una **causa común de hospitalización** en pacientes con dolor abdominal agudo.
- Las adherencias **postquirúrgicas representan la causa más común en adultos.**

FACTORES DE RIESGO

- **Cirugía abdominal previa (adherencias).**
- Hernias.
- Tumores intraabdominales.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Volvulus (torsión intestinal).
- Intususcepción (más común en niños).



FISIOPATOLOGIA

Mecánica: El bloqueo impide el paso del contenido intestinal, lo que provoca acumulación de líquidos y gases proximales al sitio de obstrucción.

Funcional (íleo paralítico): Alteración en la motilidad sin obstrucción física. Puede deberse a factores como infecciones, medicamentos, o postoperatorio.

CLINICA

- Dolor abdominal tipo cólico.
- Distensión abdominal.
- Náuseas y vómitos (biliosos si es alta; fecaloides si es baja).
- Ausencia de emisión de gases o heces (si la obstrucción es completa).
- Ruidos intestinales disminuidos o ausentes.



DIAGNOSTICO

- **Clínico: Basado en síntomas y examen físico.**
- Imágenes:
 - a. Radiografía de abdomen: Dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos.
 - b. TC de abdomen: Para determinar el sitio y la causa de la obstrucción.
 - c. Ecografía: Útil en niños para intususcepción.

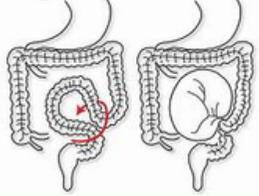
TRATAMIENTO

- NPO (nada por boca).
- Sonda nasogástrica para descompresión.
- Hidratación intravenosa.
- Corrección de electrolitos.
- Quirúrgico: Indicado en casos de obstrucción completa, isquemia, o fracaso del tratamiento conservador.



VOLVULOS DE COLON (CIEGO Y SIGMOIDE)

Sigmoid volvulus



DEFINICION

Vólvulo: Torsión del intestino sobre su eje mesentérico, causando obstrucción intestinal y compromiso vascular.

Ciego: Torsión del ciego y una porción del íleon.

Sigmoide: Torsión del colon sigmoide, la forma más común de vólvulo.

EPIDEMIOLOGIA

- **Vólvulo de ciego:** Poco común (1-3% de todas las obstrucciones intestinales).
- **Vólvulo de sigmoide:** Más frecuente, especialmente en personas mayores y regiones donde las dietas son ricas en fibra.

FACTORES DE RIESGO

Ciego:

- Cirugías abdominales previas.
- Malrotación congénita.
- Embarazo (debido a la movilidad del ciego).

Sigmoide:

- Dieta rica en fibra.
- Estreñimiento crónico.
- Edad avanzada.
- Megacolon o dolico colon.

FISIOPATOLOGIA

Ciego: Torsión del ciego alrededor de su mesenterio, interrumpiendo el flujo sanguíneo y causando necrosis si no se trata rápidamente.

Sigmoide: Segmento largo y redundante del colon se torsiona, provocando obstrucción mecánica e isquemia.

CLINICA

Vólvulo de ciego:

- Dolor en cuadrante inferior derecho.
- Menor distensión inicial que el vólvulo de sigmoide.

Vólvulo de sigmoide:

- Dolor en cuadrante inferior izquierdo.
- Mayor distensión abdominal.

DIAGNOSTICO

- **Radiografía abdominal:**
 - Vólvulo de ciego:** Dilatación cecal en el cuadrante superior izquierdo.
 - Vólvulo de sigmoide:** "Signo del grano de café" o "U invertida".
- **Tomografía Computarizada (TC):** Visualización de la torsión y evaluación del compromiso vascular.

TRATAMIENTO

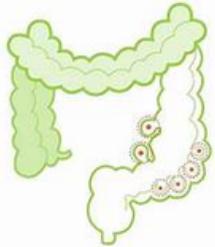
Vólvulo de ciego:

- **Cirugía:** Hemicolectomía derecha si hay compromiso vascular o necrosis.
- Descompresión endoscópica tiene menor éxito que en el sigmoide.

Vólvulo de sigmoide:

- **Descompresión endoscópica:** Primer paso, en ausencia de signos de isquemia.
- **Cirugía:** Sigmoidectomía en casos recurrentes o con isquemia.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR



DEFINICION

Presencia de divertículos en la pared del colon, que son pequeñas bolsas o sacos formados por la herniación de la mucosa a través de la capa muscular del intestino.

La enfermedad diverticular incluye la **diverticulosis (sin inflamación)** y la **diverticulitis (con inflamación)**.

EPIDEMIOLOGIA

- **Prevalencia:** Más común en personas mayores de 50 años.
- **Incidencia:** Aumenta con la edad. Hasta el 70% de las personas de 80 años presentan divertículos.
- **Geografía:** Más frecuente en países occidentales debido a la dieta baja en fibra.

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Dieta baja en fibra
- Obesidad
- Sedentarismo
- Consumo de tabaco
- Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

FISIOPATOLOGIA

Aumento de la presión intracolónica debido a una dieta baja en fibra causa protrusión de la mucosa a través de puntos débiles de la capa muscular, formando los divertículos.

En la diverticulitis, los divertículos se inflaman, posiblemente debido a la obstrucción de su cuello por material fecal, lo que conduce a la infección y microperforación.

CLINICA

Diverticulosis: Asintomática en la mayoría de los casos; puede haber **dolor abdominal leve o cambios en el hábito intestinal**.

Diverticulitis: Dolor abdominal (típicamente en el cuadrante inferior izquierdo), fiebre, náuseas, vómitos y cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento).

DIAGNOSTICO

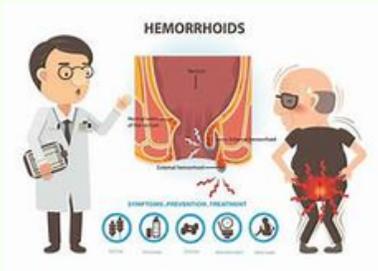
Diverticulosis: Hallazgo incidental en colonoscopia o estudios de imagen como tomografía computarizada (TC).

Diverticulitis: Diagnóstico clínico apoyado por TC de abdomen y pelvis para evaluar la extensión de la inflamación y complicaciones (abscesos, perforación).

TRATAMIENTO

- **Diverticulosis:** Dieta rica en fibra, aumento en la ingesta de líquidos.
- **Diverticulitis leve** (no complicada): Antibióticos orales, reposo intestinal y dieta líquida.
- **Diverticulitis severa o complicada** (absceso, perforación): Hospitalización, antibióticos intravenosos, posible drenaje de abscesos o cirugía.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL



DEFINICION

Dilatación anormal de los plexos venosos hemorroidales, que puede presentarse en forma interna (dentro del recto) o externa (alrededor del ano).



EPIDEMIOLOGIA

- Prevalencia del **4.4%** en la población general.
- Pico de **incidencia entre los 45 y 65 años.**
- **Afecta por igual a hombres y mujeres.**



FACTORES DE RIESGO

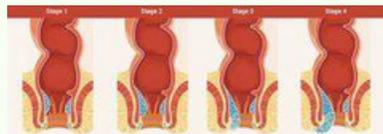
- Estreñimiento crónico.
- Embarazo.
- Esfuerzo defecatorio excesivo.
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Dieta pobre en fibra.
- Levantamiento de peso repetitivo.

FISIOPATOLOGIA

- Aumento de la presión intraabdominal y/o intraluminal que causa dilatación de los plexos venosos anales.
- Desplazamiento del tejido hemorroidal hacia abajo por el deterioro del tejido de soporte.
- Inflamación y trombosis de los vasos hemorroidales.

CLINICA

- **Internas:** Sangrado rectal indoloro, prolapso, prurito, secreción mucosa.
- **Externas:** Dolor anal agudo (trombosis), prurito, masa palpable.



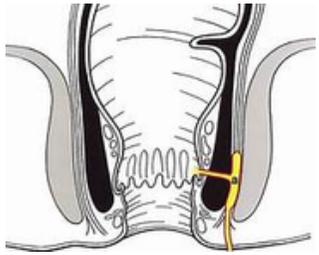
DIAGNOSTICO

- Historia clínica y examen físico (**inspección visual y tacto rectal**).
- Anoscopia para evaluación directa.
- Rectosigmoidoscopia o colonoscopia en casos de sangrado rectal para descartar otras patologías.

TRATAMIENTO

- **Conservador:**
 - Incremento en la ingesta de fibra y líquidos.
 - Baños de asiento.
 - Evitar el esfuerzo defecatorio.
- **Farmacológico:**
 - Cremas tópicas con anestésicos o corticosteroides.
 - Flebotónicos (ej. **diosmina**).
- **Procedimientos:**
 - Ligadura con banda elástica.
 - Escleroterapia.
 - Fotocoagulación infrarroja.
- **Quirúrgico:**
 - Hemorroidectomía tradicional (Milligan-Morgan).
 - Hemorroidopexia con engrapadora (Longo).

ABSCESOS Y FISTULAS PERINEALES



DEFINICION

- **Absceso perianal:** Acumulación de pus en el área perianal debido a infección en las glándulas anales.
- **Fístula perianal:** Conexión anormal entre el canal anal y la piel perianal, generalmente secundaria a un absceso drenado o tratado.

EPIDEMIOLOGIA

- **Incidencia:** Aproximadamente 1 de cada 10,000 personas.
- **Predominio en hombres (2:1).**
- **Edad más común: 20-40 años.**



FACTORES DE RIESGO

- Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) como enfermedad de Crohn.
- Diabetes mellitus.
- Inmunosupresión.
- Traumatismos o cirugías previas en la región anal.
- Infección por VIH.

FISIOPATOLOGIA

- **Absceso:** Oclusión e infección de las glándulas anales que puede expandirse a los tejidos perianales.
- **Fístula:** La persistencia de una infección lleva a la formación de un trayecto anómalo entre el canal anal y la piel perianal.

CLINICA

- **Absceso:** Dolor perianal intenso, inflamación, enrojecimiento, fiebre, y drenaje espontáneo de pus.
- **Fístula:** Dolor recurrente, secreción purulenta crónica o intermitente, irritación cutánea.



DIAGNOSTICO

- **Clínico:** Exploración física y **tacto rectal.**
- **Imágenes:** **Ecografía endoanal, resonancia magnética (RMN)** para visualizar trayectos fistulosos o abscesos profundos.
- **Pruebas adicionales:** **Fistulografía** en casos complejos.

TRATAMIENTO

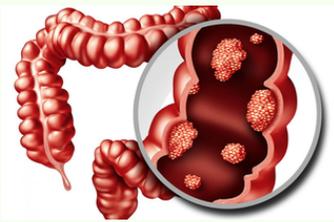
- **Absceso:** **Drenaje quirúrgico urgente**, antibioterapia si hay signos sistémicos o factores de riesgo.
- **Fístula:** **Cirugía (fistulotomía, setón, colgajo avanzado)**, dependiendo de la complejidad del trayecto fistuloso.

CANCER COLO-RECTAL



DEFINICION

El cáncer colo-rectal es un **tumor** maligno que se origina en el colon o en el recto, parte del tracto gastrointestinal. Es la tercera causa de cáncer más común en todo el mundo.



EPIDEMIOLOGIA

- A nivel mundial, es responsable de aproximadamente **1.9 millones de casos anuales**.
- **Más frecuente en personas mayores de 50 años.**
- La incidencia es mayor en **países desarrollados**.

FACTORES DE RIESGO

- **Edad:** Mayores de 50 años.
- **Historia Familiar:** Antecedentes de cáncer colo-rectal o pólipos.
- **Dieta:** Alta en grasas, carnes rojas y procesadas, baja en fibra.
- **Sedentarismo:** Falta de ejercicio regular.
- **Enfermedades Inflammatorias Intestinales:** Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
- Tabaquismo y alcoholismo.

FISIOPATOLOGIA

- Desarrollo de mutaciones genéticas que causan el crecimiento descontrolado de células del revestimiento del colon o recto.
- Puede comenzar como un pólipo (lesión benigna) que, con el tiempo, se vuelve maligno.

CLINICA

- Cambios en los hábitos intestinales (diarrea o estreñimiento).
- Sangrado rectal o sangre en las heces.
- Dolor o malestar abdominal.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Debilidad o fatiga.

DIAGNOSTICO

- **Colonoscopia:** Método principal para la detección de lesiones y toma de biopsia.
- **Biopsia:** Confirmación histológica.
- **Pruebas de sangre oculta en heces:** Para detección temprana.
- **Imágenes:** TAC y RMN para evaluar extensión y estadificación.

TRATAMIENTO

- **Cirugía:** Principal tratamiento en etapas tempranas (resección del tumor).
- **Quimioterapia:** Adyuvante o paliativa.
- **Radioterapia:** Especialmente en cáncer de recto.
- **Terapias dirigidas:** En casos metastásicos o avanzados.