



Licenciatura en Medicina Humana

Alumno:

Jeferson Enrique Ogaldes Norio

Profesor: Erick Antonio Flores Gutierrez

Tema: Flash-Cards

Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

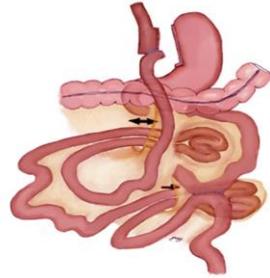
Grado: 7°

Grupo: "C"

1

Obstrucción Intestinal

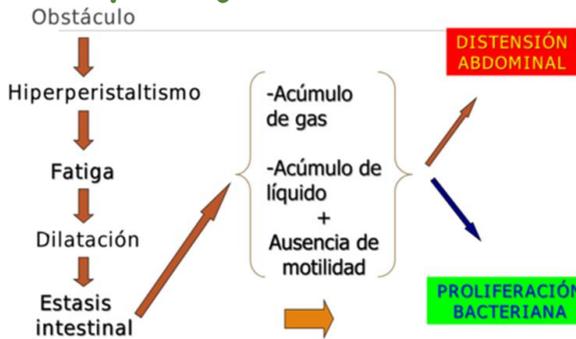
Se define como la detención del contenido intestinal que pudiera ser total o parcial producto de un obstáculo



Epidemiología

- Intestino delgado: 80-90% (adherencias, hernias, neoplasias)
- Intestino grueso: 10-20% (cáncer colo-rectal)

Fisiopatología



Factores de Riesgo

- Cx abdominales previas
- Hernias
- Inflamación intestinal
- Radiación
- Historia ingesta cuerpo extraño

Clinica

	OBSTRUCCIÓN DE ASA DELGADA	OBSTRUCCIÓN DE ASA GRUESA
Inicio	Brusco	Insidioso
Dolor	Síntoma inicial, tipo cólico, intermitente, epigástrico, mesogástrico	Hemiabdomen inferior, leve intensidad
Vómitos	Precoz, abundantes	Tardíos, poco frecuentes
Constipación/No flatos	No inicialmente (A veces si emite flatos)	Siempre (No elimina flatos ni deposiciones)
Distensión abdominal	Leve o moderado	Severo
Estado general	Deterioro rápido	Se altera tardíamente
Rx abdominal simple	<ul style="list-style-type: none"> > Asas distendidas > Niveles H-A > Pila de monedas > Por edema de válvulas coninvueltas 	<ul style="list-style-type: none"> < Asas distendidas > Niveles H-A > Grano de café (Omega) > Patognómico de vólvulo sigmoideo

OBSTRUCCIÓN ALTA:

- Vómitos biliosos/verdosos
- No distensión
- Dolor intermitente

OBSTRUCCIÓN MEDIA:

- Vómitos moderados
- Distensión moderada
- Dolor intermitente (1er síntoma)

OBSTRUCCIÓN DISTAL:

- Vómitos tardíos fecaloideos
- Distensión marcada

DISTENSIÓN ABDOMINAL → es mayor cuando está más cerca del ano

Diagnostico

- Inicial: Rx abdominal (dilatación de asas, edema, signo en pila de moneda)
- Estándar de oro: TAC
- Para hernias: Herniografía
- DHL y Lactato (elevación explica isquemia)



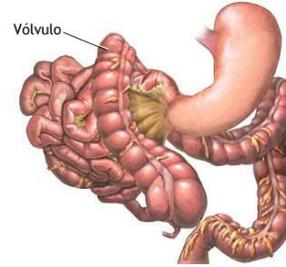
Tratamiento

- Inicial: SNG, corrección hidroelectrolítica y ayuno
- Conservador, si no responde LAPE
- Hernia: conservador o Plastia



Vólvulos de colon

Se presenta cuando hay torsión de un segmento del colon lleno con aire sobre su mesenterio. Afecta colon sigmoide (90%), ciego (20%)



Clinica

- Dolor y distensión abdominal
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento con incapacidad para expulsar gases y heces

Diagnostico

- TAC 1era elección
- Rx de abdomen 2da elección
- Enema bario: pico de ave o as de espadas
- Signo de grano de café: vólvulo sigmoideo



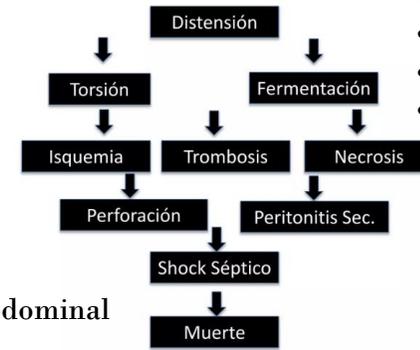
Epidemiología

- Ciego + fcte en mujeres
- Sigmoide + fcte en hombres y embarazadas

Factores de Riesgo

- Edad >60 años
- Estreñimiento crónico
- Cx abdominales previas
- Embarazo
- Enf. De Chagas y Hirschprung

Fisiopatología



Tx

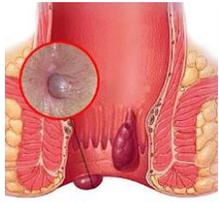
- No complicado: sigmoidoscopia (1era elección)
- Cx (pexia/resección y anastomosis) post sigmoidoscopia o en urgencia
- Descompresión endoscópica
- ATB



Enfermedad Hemorroidal

Factores de Riesgo

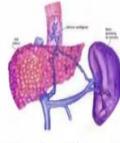
Desplazamiento hacia abajo de los cojinetes vasculares secundario a alteraciones del musculo de Treitz



Estreñimiento



Embarazadas



Hipertensión portal



Ocupación laboral



Herencia



Edad



Consumo de alcohol



Comidas condimentadas picantes

Epidemiología

- 1er lugar de enfermedades del recto e intestino grueso
- Incidencia aumenta a los 45-65 años
- >4% son sintomáticos



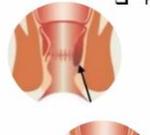
Hemorroides externas

- Dolor
- Tumorción
- Prurito anal

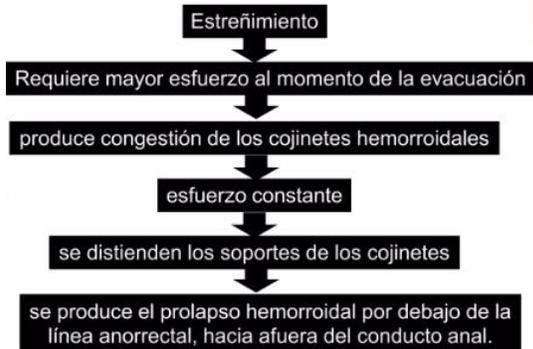
Clinica

Hemorroides internas

- Hemorragia
- Prolapso hemorroidal



Fisiopatología



Diagnostico

- Historia clínica y EF
- Anoscopia
- BH

Tratamiento

- Grado I, II y III
- Regularizar el hábito defecatorio con dieta (rica en fibra, libre de irritantes y con adecuada cantidad de líquidos)
 - Ligadura hemorroidal con banda elástica
 - Escleroterapia (hidroxipolietoxidodecanol al 3%)
 - Fotocoagulación con rayo infrarrojo
 - Crioterapia



Grado IV y externas Hemorroidectomía con rayo laser

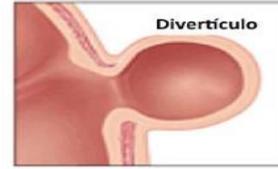
Clasificación

- Grado 1: Sin prolapso
- Grado 2: Prolapso al defecar
- Grado 3: Prolapso al defecar y espontaneo
- Grado 4: Prolapso que no reducen

Enfermedad Diverticular

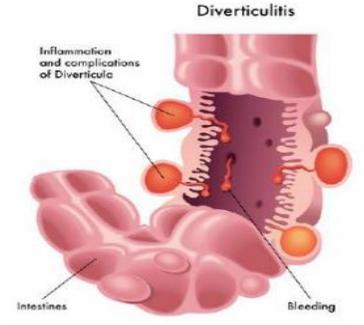
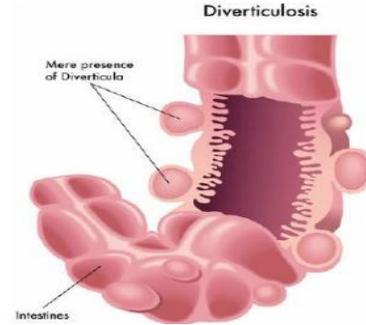
Divertículo: protrusión sacular de la mucosa a través de la pared muscular del colon.

Son FALSOS, solo es mucosa y submucosa cubiertas de serosa
5-10 mm aprox



Diverticulosis o enfermedad diverticular: Presencia de divertículos en el colon

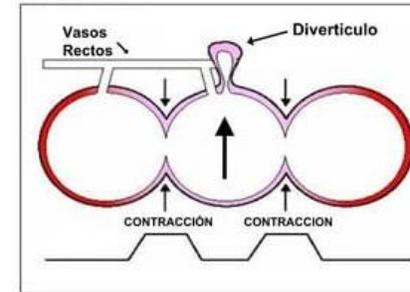
Diverticulitis: Resultado de la inflamación de un divertículo. La inflamación del divertículo y del tejido pericólico



Clinica



Fisiopatología



Epidemiología

- + FCTE >50 años
- + FCTE Sigmoides
- 1 de cada 3 lo padecen

Diagnostico

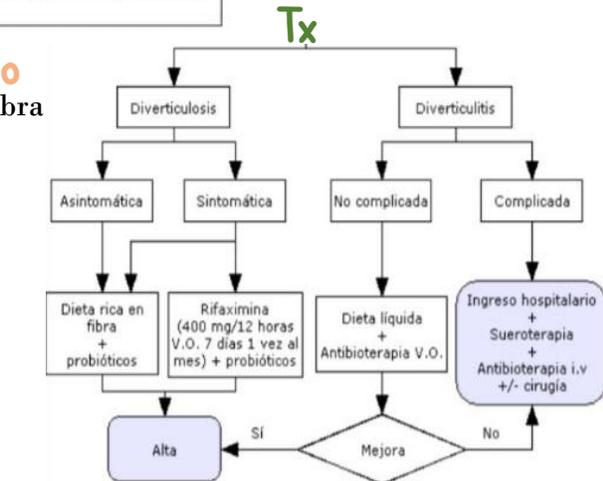
- Colonoscopia
- TAC
- Anoscopia
- Proctoscopia

Factores de Riesgo

- Baja ingesta de fibra
- Obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo

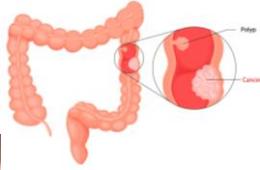
Clasificación

- A Diverticulosis colónica (sin síntomas)
- B Enfermedad diverticular sintomática y sin complicaciones graves
- C Enfermedad diverticular complicada



Cáncer Colo-Rectal

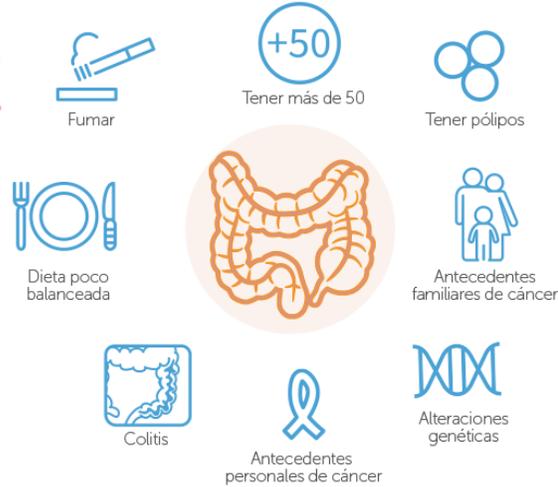
Es el tumor más frecuente y el segundo como causa de muerte por cáncer.



Epidemiología

- Afecta principal varones
- >50 años
- Tercer cáncer más común en México

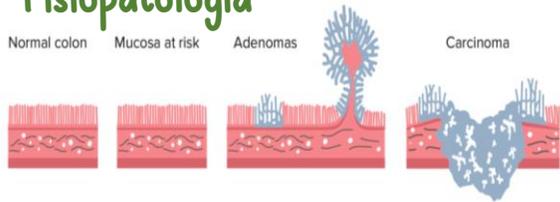
Factores de Riesgo



Clinica

- Sx anorrectal con urgencia rectal
- Tenesmo
- Diarrea con moco y sangre
- Rectorragia
- Obstrucción intestinal

Fisiopatología



Diagnostico

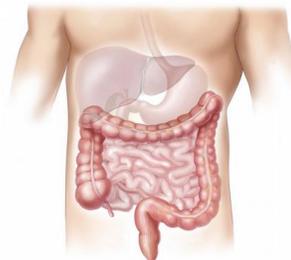
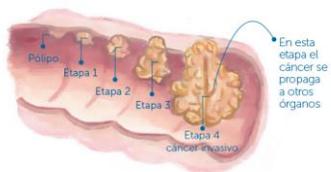
- COLONOSCOPIA CON BIOPSIA (patrón de oro)
- COLON POR ENEMA - Imagen en manzana mordida
- TC TORACOABDOMINAL - Descarta existencia de metástasis
- ECOGRAFÍA ENDORRECTAL O RM PÉLVICA - Técnica de elección para la estadificación local del cáncer de recto

Clasificación

- **Estadio I** - Precoz con invasión hasta la muscular (T1, T2, N0, M0)
- **Estadio II** - Invasión hasta la serosa o local de órganos pericolicorrectales (T3, T4, N0, M0)
- **Estadio III** - Ganglios linfáticos regionales + (cualquier T con N+)
- **Estadio IV** - Metástasis de órganos (M+)



FASES O ESTADIOS DEL CÁNCER DE COLON



Tratamiento

- Cirugía - Único tx curativo de elección
- Radioterapia - Únicamente en tumores de recto
- Quimioterapia - Para aumentar supervivencia

Abscesos y Fistulas Perianales

Abscesos



Son colecciones purulentas que ocupan los espacios celuladiposos que rodean el conducto anal y el segmento extraperitoneal del recto

Epidemiología

- Más fcte adultos jóvenes
- Sexo masculino

Clinica

- Tétrada de Celso: dolor, tumor, calor, rubor
- Decaimiento
- Fiebre
- Tenesmo
- Dolor sacrococcix

Diagnostico

- Tacto rectal
- Anoscopia
- Rectosigmoideoscopia

Tx

- Drenaje desbridamiento precoz
- ATB

Fistula

Comunicación anormal entre dos superficies epiteliales, habrá un orificio anal interno o primario y uno anal externo o secundario

Epidemiología

- Sexo masculino
- Incidencia 5ta y 6ta década de vida

Clinica

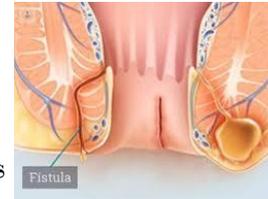
- Antecedente de absceso
- Persistencia de secreción purulenta
- Dolor anal

Diagnostico

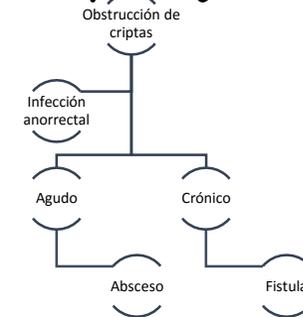
- Clínico
- Dx confirmatorio exposición física
- USG endoanal o RMN

Tx

- Fistulectomía
- Fustulotomía



Fisiopatología



CLASIFICACIÓN DE PARKS	
Fistulas anorrectales	
A	INTERESFINTERIANAS: Las más comunes (perianal).
B	TRANSESFINTERIANAS: Atraviesa ambos esfínteres (isquianal).
C	SUPRAESFINTERIANAS: Giro en U sobre el pubo-rectal, penetra el elevador del ano y sale a piel (interesfinterico).
D	EXTRAESFINTERIANAS: Las más raras, tienen un trayecto complejo por fuera de los esfínteres (supraelevador).

CLASIFICACIÓN DE ABSCESOS ANORRECTALES	
A	SUPRAELEVADOR.
B	INTERESFINTERIANO.
C	ISQUIORRECTAL.
D	PERIANAL.

Secuencia de intubación rápida

Se refiere a la aplicación simultánea de un bloqueador neuromuscular y un agente de inducción, obteniendo como resultado parálisis muscular y pérdida de la conciencia del px, con el objetivo de intubar y asegurar la vía aérea



Técnica: 7 P'S

1. Preparación
2. Pre-oxigenación
3. Pre-intubación
4. Parálisis muscular inducción
5. Posición
6. Colocación
7. Manejo Post-intubación



1.- Preparación

- Monitorización
- Material Necesario: SOAPME
- Evaluar la vía Aérea difícil: LEMON
- Plan alternativo
 - A: Laringoscopia
 - B: Dispositivos supraglóticos
 - C: Quirúrgico

2.- Pre-Oxigenación

- Oxígeno por mascarilla reservorio con FioO₂ del 80-100% por 3 min.
- Evitar ventilación con presión positiva
- Optimice hemodinamia

3.- Pre-Medicación

- Lidocaína: 1:0 mg/kg ▼ PIC y broncoespasmo
- Fentanilo: 0.5-2.0 mcg/kg: para analgesia



SOAPME

- S-uction
- O-xxygen
- A-irway
- P-harmacology
- M-onitoring
- E-quipment

LEMON

- L-ook externally
- E-valuate 3-3-2
- M-allampati
- O-bstruction of airway
- N-eck mobility

MALLAMPATI



4.- Inducción y Parálisis

De 3-5 min posterior al inicio de la pre-medicación:

- Propofol: 1.0-3.0 mg/Kg
- Ketamina: 1.0-3.0 mg/kg
- Etomidato: 0.2-0.3 mg/kg
- Midazolam: 0.05-0.1 mg/kg (poco utilizado)

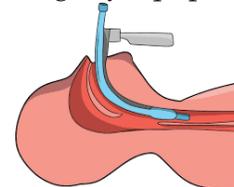
Parálisis

Inmediatamente después del inductor

- Succinilcolina: 1.0-2.0 mg/kg
- Rocuronio: 1.2 mg/kg

5.- Intubación

- Posición de BUHE (back up head elevated)
- Laringoscopia bimanual
- Evaluación con clasificación Cormack-Lehane
- Tubo orotraqueal: M #7-7.5, H #7.5-8 de preferencia # 8-9
- Contar con mascarilla laríngea y equipo VAD

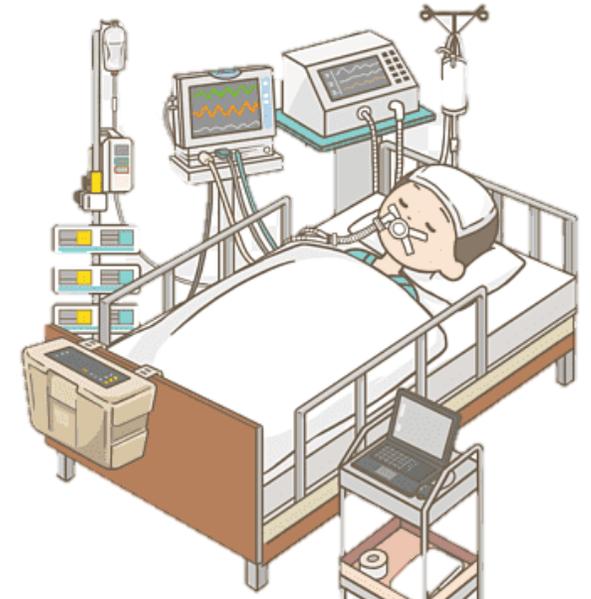


6.- Comprobación

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

7.- Cuidados POST-INTUBACION

- Monitorear Sp=2 >90%, ETCO₂ 35-45 mmHg, TA adecuada
- Tratar enfermedad de base
- Adecuada sedoanalgesia
- Ajustar parámetros de ventilación



BIBLIOGRAFIA

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