



Flashcards

Luis Ángel Vasquez Rueda

Flashcards primera unidad

Primer parcial

Clínicas quirúrgicas complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

Licenciatura En Medicina Humana

7mo Semestre Grupo "C"

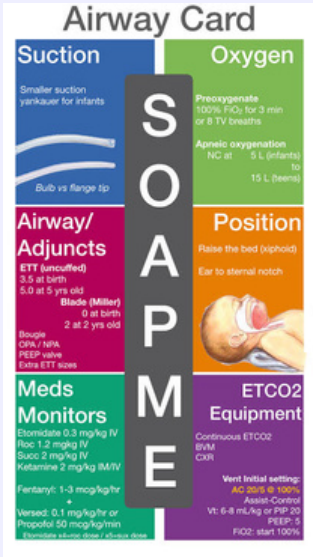
Comitan De Domínguez, Chiapas, 15 de Junio del 2024

SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA

PASOS A SEGUIR

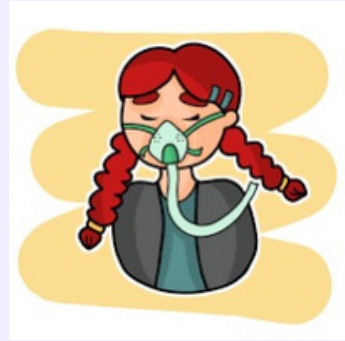
1 PREPARACION

- monitorización
- material necesario (SOAPME)
- evaluación de vía aérea (LEMON)
- planes alternativos (ABC)



2 PRE-OXIGENACION

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



USO DE FARMACOS

3 PRE-MEDICACION

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



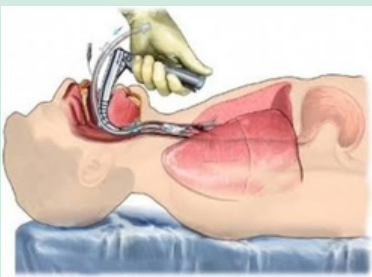
4 INDUCCION

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

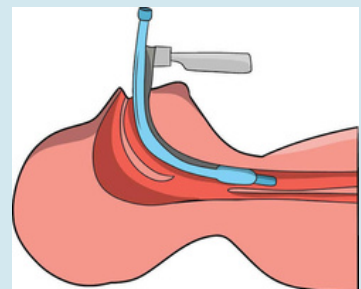
5 PARALISIS

- 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 (I-II: fácil, III-IV: 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 pleura)



8 CUIDADOS POST INTUBACION

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

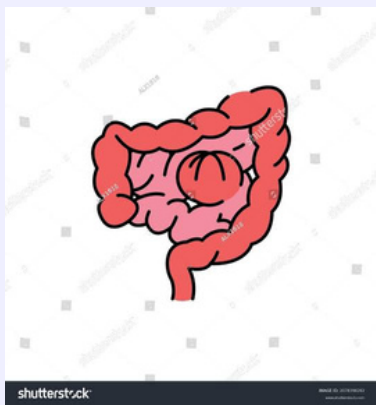


OBSTRUCCION INTESTINAL

GENERALIDADES

1 DEFINICION

Interrupción del tránsito intestinal por una interposición de un bloqueo en ID



2 EPIDEMIOLOGIA

- Trastorno quirúrgico mas común en esa zona anatómica
- 75% por adherencias intraabdominales causadas por intervención quirúrgica previa
- 20% de consultas de emergencias hospitalarias
- 60% - 80% se deben a obstrucción de Intestino delgado

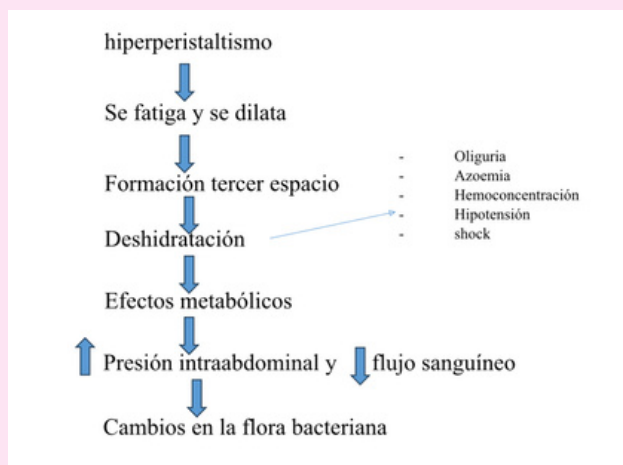


3 FACTORES DE RIESGO

- edad (>60 años)
- adherencias post-cirugia
- neoplasia
- enfermedades intestinales inflamatorias (ej: enf de Chron)
- intususcepcion
- hernias



4 FISIOPATOLOGIA



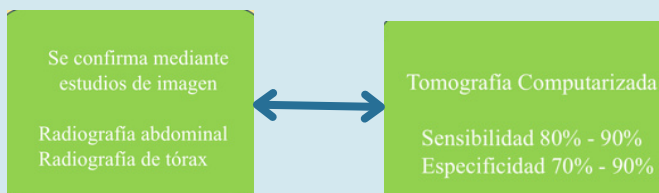
(Dibujo hecho por mi)

5 CLINICA

- Dolor abdominal tipo cólico
- Nauseas y vómitos
- Estreñimiento
- Distensión abdominal (íleo distal)
- Deshidratación
- Hipotensión
- Oliguria
- Insuficiencia renal aguda
- Shock séptico

6 DIAGNOSTICO

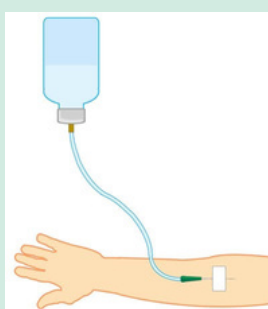
- 1- distinguir obstrucción mecánica del íleon
- 2- determinar la causa de la obstrucción
- 3- diferenciar de obstrucción mecánica y parcial
- 4- distinguir de una simple que se acompaña de estrangulamiento



7 TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Reposición de líquidos IV
- Aspiración nasogástrica
- Analgésicos
- Sonda Foley
- Catéter central
- Vigilar función respiratoria



8 QUIRURGICO

- LAPAROTOMIA (no es obstrucciones avanzadas)
- NECROSIS DEL SEGMENTO (resección y anastomosis)
- CIRUGIA COVENCIONAL (avanzada, carcinomatosis y distensión post intubación nasogástrica)

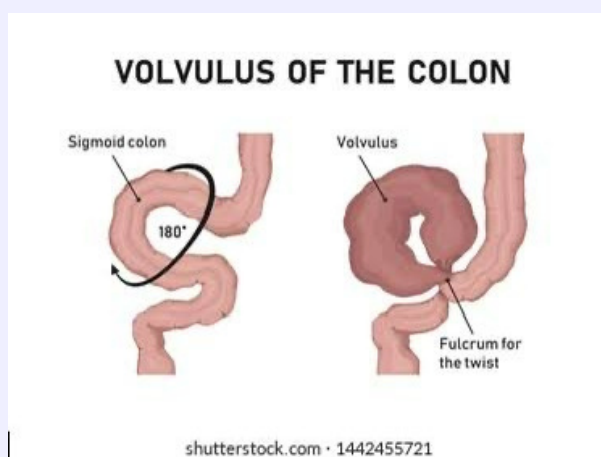


VOLVULOS DE COLON

GENERALIDADES

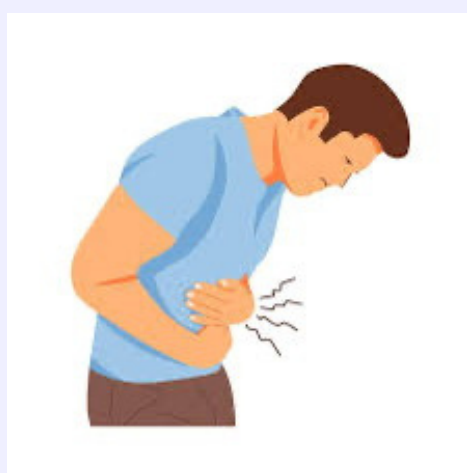
1 DEFINICION

intestino se retorce o gira anormalmente, causando un bloqueo en el flujo intestinal. A continuación



2 EPIDEMIOLOGIA

- mayor en hombres que en mujeres
- >60 años
- px encamados
- px con estreñimiento crónico



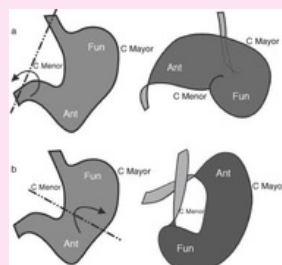
3 FACTORES DE RIESGO

- Anomalías anatómicas
- Adhesiones intestinales
- Hernias
- Tumores
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad de Hirschsprung



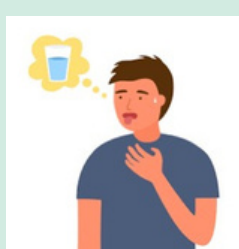
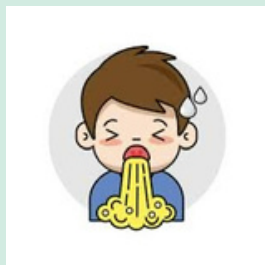
4 FISIOPATOLOGIA

- la obstrucción del intestino produce obstrucción en asa cerrada
- acumulación de gas, agua y heces dentro de asa aumenta la presión intraluminal
- deterioro de la perfusión capilar del intestino
- estrangulamiento e isquemia
- torción del pedículo vascular mesentérico
- isquemia



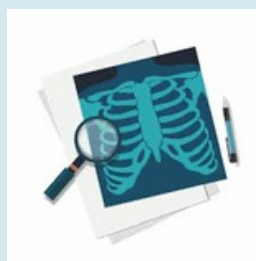
5 CLINICA

- Dolor abdominal intenso
- Vómitos
- Distensión abdominal
- Obstrucción intestinal
- Síntomas de deshidratación



6 DIAGNOSTICO

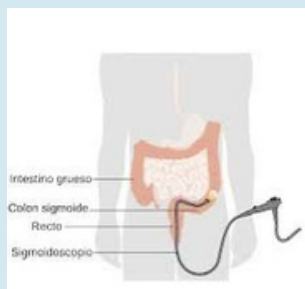
- antecedentes clínicos
- exploración física
- BHC / química sanguínea
- rx ab (volvulo sigmoide - signo del grano de café) (volvulo cecal - signo de la habichuela)
- TC (de confirmación) (signo del remolino)
- enema de contraste



7 TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE SOPORTE

- líquidos iv
- nada por vía oral
- descompresión con sonda nasogástrica
- ATB



VOLVULO SIGMOIDES - sigmoidoscopia con detorsión
VOLVULO CECAL - intervención qx post estabilización

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

GENERALIDADES

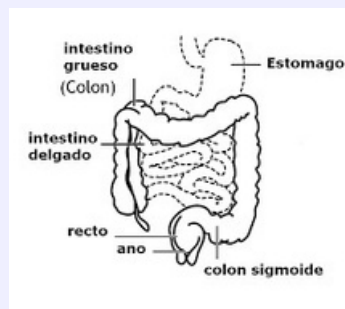
1 DEFINICION

- DIVERTICULOSIS: presencia de divertículos en colon sin clínica
- ENFERMEDAD DIVERTICULAR: signos y síntomas asociados a diverticulosis
- DIVERTICULITIS: inflamación de los divertículos



2 EPIDEMIOLOGIA

- 1/3 >45 años tendran diverticulosis
- 2/3 >85 años tendran diverticulosis
- 95% afecta el sigmoides



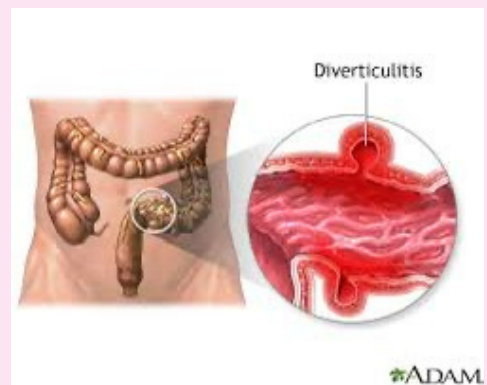
3 FACTORES DE RIESGO

- alimentación baja en fibra y rica en carnes rojas.
- falta de actividad física.
- el uso de medicamentos como antiinflamatorios no esteroides (AINE) y esteroides
- Enlace externo del NIH.
- obesidad.



4 FISIOPATOLOGIA

- coprolito intradiverticular
- aumento de la presión intraluminal
- debilidad de la pared del colon
- edema, infección y microperforacion



5 CLINICA

Enfermedad diverticular

- Dolor crónico en CII sin fiebre ni leucocitosis
- Puede haber sangrado leve

Diverticulitis

- Dolor en FII
- Fiebre y leucos
- Datos de irritación peritoneal
- Puede haber sangrados masivos

6 DIAGNOSTICO

- TC ABDOMINAL (mas util) estadifcs y norma el tx (mejor con contraste)
- PCR >50 es predictor de divertilitis
- BHC
- EGO y Rx de abdomen



7 TRATAMIENTO

CONSERVADOR

- HINCHEY 0 - fibra, AINE, probioticos
- HINCHEY 1-2 - ayuno, ATB, hospitalización
- >5cm drenaje percutaneo

TX QX URGENTE

- HINCHEY III y IV
- inmunocompromiso
- reseccion del sigmoides con anastomosis primaria e ileostomia protectora

2DA ELECCION

- procedimiento de HARTANN
- cx laparoscopica (solo expertos)

8 ESCALA DE HINCHEY

Para clasificar los hallazgos por TC, la utilización de la escala modificada de Hinchey por Kaiser es una buena opción, ya que permite establecer la extensión de la enfermedad y su impacto para la terapéutica que se utilizará

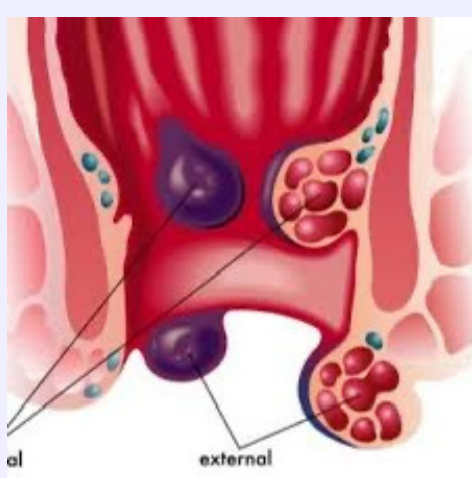
Estadio 0	Diverticulitis leve
Estadio I a	Inflamación pericólica y flemón
Estadio I b	Absceso menor de 5 cm en la proximidad del proceso inflamatorio primario
Estadio II	Absceso intrabdominal, pélvico o retroperitoneal. Absceso distante al sitio inflamatorio primario
Estadio III	Peritonitis purulenta generalizada
Estadio IV	Peritonitis fecal

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

GENERALIDADES

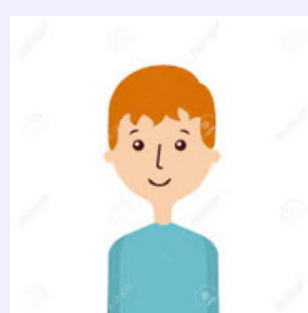
1 DEFINICION

Las hemorroides son almohadillas vasculares normales en el canal anal compuestas de tejido vascular dilatado, músculo liso y tejido conectivo. No causan problemas a menos que estén agrandadas, inflamadas, trombosadas o prolapsadas



2 EPIDEMIOLOGIA

- Prevalencia estimada a nivel mundial: 4,4%
- La prevalencia aumenta con la edad: pico entre los 45–65 años
- Sin predilección sexual conocida
- Presente con mayor frecuencia en:
- Personas de niveles socioeconómicos más altos
- Aquellos que viven en zonas rurales
- Población blanca



3 FACTORES DE RIESGO

- Esfuerzo al defecar
- Permanecer sentado por mucho tiempo
- Diarrea o estreñimiento crónico
- Obesidad
- Embarazo
- Relaciones sexuales anales
- Dieta baja en fibra
- Levantar objetos pesados regularmente
- Genética



4 FISIOPATOLOGIA

- Deterioro del tejido conectivo que ancla las hemorroides
- Hipertrofia o aumento del tono del esfínter anal interno
- Distensión arteriovenosa anormal dentro de las almohadillas hemorroidales
- Dilatación anormal del plexo venoso hemorroidal interno



5 CLINICA

HEMORROIDES EXTERNAS

- Hemorragia rectal agudamente dolorosa con evacuación intestinal asociada
- Dolor perianal
- Masa dolorosa en el recto o sensación de plenitud
- También puede tener pliegues cutáneos dolorosos e irritados

HEMORROIDES INTERNAS

- indoloras, con sangre roja brillante del recto asociada con la evacuación intestinal
- Pueden estar asociadas con secreción mucosa y picazón de la piel perianal

6 DIAGNOSTICO

Examen físico

- Mejor posición del paciente: decúbito lateral izquierdo, rodillas al pecho
- En la inspección visual, busque:
 - Fisuras, dermatitis, pliegues cutáneos, trombosis
 - Sensación intacta (pliegues del anodermo y reflejo)
 - Signos de infección o abscesos
 - Prolapso: masa azulada y sensible alrededor del ano



7 TRATAMIENTO

- tratar solo personas sintomaticas
- Evaluar para atención de emergencia o no emergencia:
- En caso de emergencias:
- Extirpación de hemorroides externas con trombosis aguda.
- Instile anestesia local y cree una escisión elíptica de la hemorroide trombosada.
- Si 72 horas o más después del inicio de los síntomas → tratamiento conservador

- HEMORROIDECTOMIA

Grado	Resultado	Modelo
I	Vasos hemorroidales prominentes; sin prolapso	
II	Prolapso con Valsalva y reducción espontánea	
III	Prolapso con Valsalva que precisa de reducción manual	
IV	Prolapso crónico y reducción manual ineficaz	

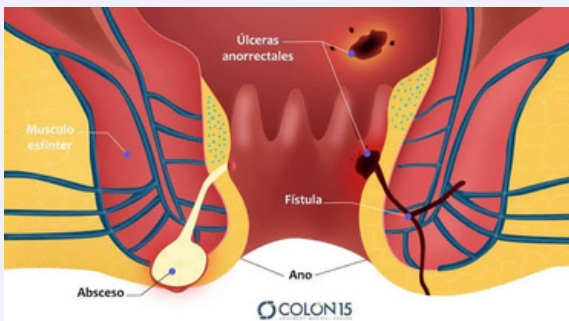
ABCESOS Y FISTULAS PERIANALES

GENERALIDADES

1 DEFINICION

es una comunicación entre dos superficies epiteliales en la piel perineal y la mucosa del canal anal o el recto inferior

Esta apertura puede producirse en forma espontánea o como consecuencia del drenaje quirúrgico del absceso



2 EPIDEMIOLOGIA

- mas frecuentes en hombres 2:1 mujeres
- pico de aparición entre los 30-50 años
- mayor numero de casos en primavera y verano



3 FACTORES DE RIESGO

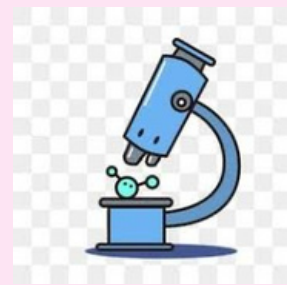
- bacterias, heces, materiales extraños
- enfermedad de Crhon
- cancer
- trauma
- radiacion
- forunculos
- VIH



FISIOPATOLOGIA

4

- origen de esta patología a un mecanismo adquirido, y es conocida como criptoglandular
- Estas glándulas que desembocan en las criptas, se encuentran en número de 6 a 10 alrededor del canal anal, y pueden obstruirse
- desencadenando un proceso infeccioso que desemboca en la formación de un absceso.



5 CLINICA

ABSCESO PERIANAL

- dolor sordo
- fiebre
- escalofrios
- material purulento
- estreñimiento
- hipersensibilidad
- expulsion de material purulento anal

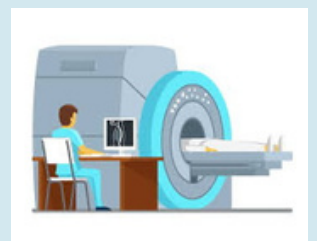
FISTULA PERIANAL

- supuracion ocasional de líquido amarillento rojizo
- fiebre

6 DIAGNOSTICO

6

- tacto rectal
- Proctosigmoidoscopia
- tomografía computarizada
- resonancia magnética
- ecografia endoscopica de pelvis



7 TRATAMIENTO

- Drenaje quirúrgico: Es el tratamiento principal para los abscesos perianales, y se recomienda realizarlo lo antes posible
- ATB (E. Coli / B. Fragillis)
- AINES
- seton de drenaje (en caso de fistula)



8 CLASIFICACIÓN

8

ABCESOS PERIANALES

- perianal
- isquiorrectal
- postanal profundo
- interesfintariano
- supraelevador

FISTULAS PERIANALES

- interesfintarianas
- transesfintarianas
- supraesfintarianas
- extraesfintarianas

CANCER COLO-RECTAL

GENERALIDADES

1 DEFINICION

El cáncer colorrectal es una enfermedad heterogénea que surge de anomalías genéticas y epigenéticas, con influencia de factores ambientales. Casi todos los casos de cáncer colorrectal son adenocarcinomas, y la mayoría de las lesiones provienen de la transformación maligna de un pólipo adenomatoso



2 EPIDEMIOLOGIA

- principal causa de muerte por neoplasias malignas
- la mayoría surgen de polipos



3 FACTORES DE RIESGO

- edad >45 años
- sx hereditarios (Poliposis adenomatosa familiar/Cáncer colorrectal hereditario no polipósico o síndrome de Lynch/Síndrome de Peutz-Jeghers/Poliposis asociada a MUTYH)
- patologías del colon
- tabaquismo
- alcohol



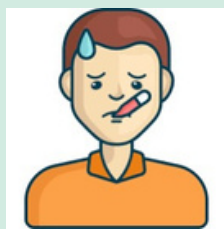
FISIOPATOLOGIA

4

- La mayoría de los adenomas y los cánceres colorrectales comienzan con la inactivación del gen poliposis adenomatosa coli
- La proteína poliposis adenomatosa coli, codificada por el gen poliposis adenomatosa coli, promueve la degradación de la β -catenina.
- Sin la proteína poliposis adenomatosa coli:
- La β -catenina (de la vía Wnt) activa la transcripción dependiente de factor de células T de genes diana específicos.
- Estos genes incluyen MYC y ciclina D1 (oncogenes), que promueven la proliferación

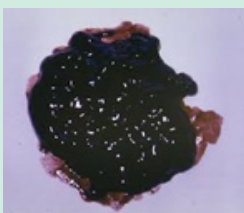
5 CLINICA

- A menudo asintomático
- debilidad
- anemia
- pérdida de peso



DEL LADO DERECHO

- Heces líquidas
- lumen mas grande
- anemia ferropénica
- melena



DEL LADO IZQUIERDO

- calambres
- estreñimiento
- disminución del calibre de las heces

DIAGNOSTICO

6

- colonoscopia (de elección)
- Colonografía por tomografía computarizada
- PILLcam2
- Antígeno carcinoembrionario (Marcador tumoral para el cáncer colorrectal)
- Hemograma
- panel metabólico



7 TRATAMIENTO

- resección del cancer primario
- disección de ganglios linfáticos regionales
- quimioterapia
- Carcinoma en un pólipo (Extirpación endoscópica o polipectomía)
- Cáncer de colon estadio I-III (Se realiza una resección amplia de la lesión con linfadenectomía regional)
- Enfermedad metastásica o estadio IV (quimioterapia)
- Cáncer rectal (Quimioterapia y/o radioterapia preoperatoria)

ESTADIOS

8

Estadio 0	Presencia de células cancerosas en la capa más interna de la pared del intestino.
Estadio 1	El cáncer ha invadido la segunda y tercera capa de la pared del intestino. No hay ganglios ni otros órganos comprometidos.
Estadio 2	El cáncer ha invadido la cuarta capa de la pared del intestino. No hay ganglios ni otros órganos comprometidos.
Estadio 3	El cáncer se diseminó a los ganglios linfáticos cercanos al colon.
Estadio 4	El cáncer se diseminó a otros órganos, tales como el pulmón o hígado.