



URJS

Mi Universidad

Flash Cards

Bryan Reyes González.

Flash Cards.

Primer parcial.

Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Licenciatura en Medicina Humana.

7° semestre

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 14 de Septiembre del
2024.*

SECUENCIA RAPIDA DE INTUBACIÓN

1 PREPARACIÓN

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



2 PRE-OXIGENACIÓN

- Oxígeno por mascarilla reservorio
- Con FiO2 **80-100% por 5 min**
- Evitar VPP (solamente después de la inducción)



3 PRE-MEDICACIÓN

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



4 INDUCCIÓN

De 3 a 5 min junto con premedicación

- Etomidato **0.2-0.3mg/kg**
- Tiopental **3-5mg/kg**
- Ketamina **1-2mg/kg**
- Propofol **1-3g/kg**
- Fentanilo **1-2mcg/kg**
- Midazolam (individualizar) **0.05-0.1mg/kg**



5 PARÁLISIS

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

6 INTUBACIÓN

- Posición BUHE (Cabezal de respaldo elevado)
- Laringoscopia bimanual
- Evaluación Cormack-Lehane
- TOT recomendado/preferencia 8 y 9
- Mascarilla laríngea y equipo de vía aérea difícil

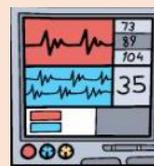
7 COMPROBACIÓN

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



8 CUIDADO POST-INTUBACIÓN

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



Obstrucción intestinal

Definición.

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

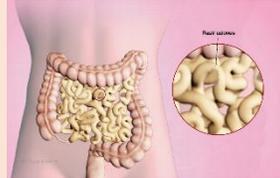


Epidemiología.

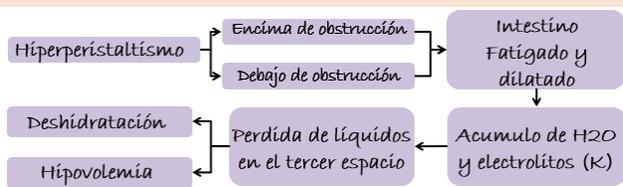
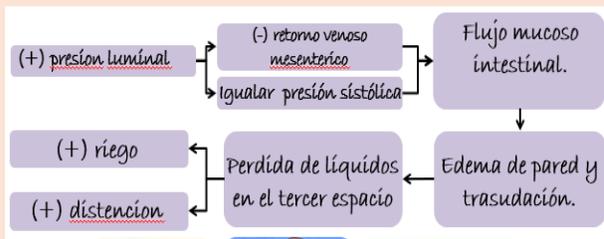
Recién Nacidos	Ileo meconial
Lactantes	Invaginación intestinal
Adultos de 16-50 años	Sin Ant. De Cx: Bidas.
	Ant. De Cx: Hernia Inguinal Encarejada.
Adultos de >50 años	Vólvulo

Factores de riesgo.

- Cirugías previas
- Hernia inguinal o crural
- Cambios en el ámbito intestinal
- Cólicos biliares
- Encamamiento prolongado
- Cardiopatía previa, FA.



Fisiopatología



Clínica

- **Dolor abdominal tipo cólico:** Difuso o periumbilical
- Náuseas, fiebre, vomito y deshidratación
- **Distensión abdominal** con peristalsis disminuida o **ruidos metálicos** de lucha y posterior ausencia de peristalsis
- Heces con sangre. (pensar en estrangulamiento)
- Puede haber masa palpable (pensar en tumores o vólvulo)
- Irritación peritoneal (en perforación o estrangulamiento)

Diagnostico

- **Radiografía abdominal**

(en cubito y de pie) para confirmar rápido diagnostico y buscar daos de perforación.

No se aprecia el sitio de obstrucción ni la causa

- **DLH** (Deshidrogenasa láctica) y **Lactato:**

Su elevación indica datos de **isquemia intestinal**

- **Estandar de oro: Tomografía con contraste** para detectar el sitio de obstrucción (Es la mas sensible).
- En las Hernias el estándar de oro es la **Herniografía.**

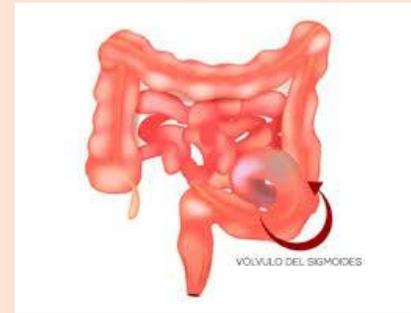
Tratamiento

- Inicial (conservador): sonda nasogástrica (Levine) por 48-72 horas, ayuno y líquidos intravenoso.
- Administrar contraste hidrosoluble por SNG o vía oral.
- Definitivo LAPE y reducción de instrucción íleo.
- En íleo paralítico: Conservador y tratar patología base.
- Tratamiento quirúrgico.



Vólvulos de colon

Definición. (Ciego) (Sigmoides)



Sigmoides: Se produce cuando la última parte del colon se torsiona sobre sí misma, lo que provoca una obstrucción y pone en peligro el suministro de sangre al colon.

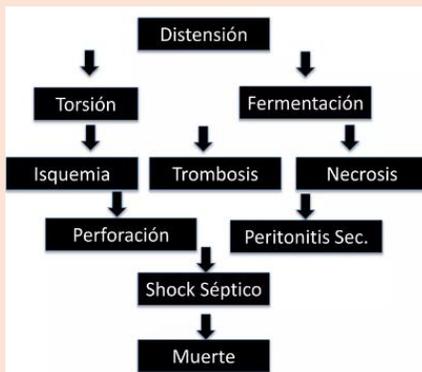
Ciego: Rotación axial del ciego, que se acompaña de una torsión del mesenterio y de sus vasos y habitualmente produce un cuadro de obstrucción intestinal.

Epidemiología.

Es más común en América Latina y África, llegando a tener una tasa de mortalidad del 7 al 20%. Afectando principalmente a hombres, mayores de 60 años.

El sitio más común de afectación es el colon en un 40%, seguido del vólvulo cecal (15%)

Fisiopatología

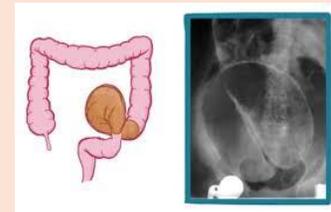


Factores de riesgo.

- Masculino
- Mayor 60 años
- Adulto mayor institucionalizados
- Estreñimiento crónico
- Enfermedades neuropsiquiátricas
- Retraso mental
- Desorden neurológico
- Cirugías abdominales previas

Clínica

- Dolor abdominal súbito, con datos de obstrucción intestinal (distensión abdominal, ausencia de canalización de gases, ausencia de evacuaciones), el cual puede estar acompañado de náusea y vómito.



Diagnóstico

- Exploración física
 - Hipersensibilidad abdominal
 - Resistencia muscular
 - Tono metálico peristáltico
 - Ruidos peristálticos aumentados
 - Ausencia de material fecal en la exploración rectal
 - Melena en recto
- Laboratorios
 - Estudio de gabinete
 - Radiografía abdominal simple

Tratamiento

- **Tratamiento para Vólvulo sigmoideo inicial:**
 - Balance de líquidos, electrolitos.
 - Antibióticos
- Resolutivo:
 - Primera elección: Sigmoidoscopia
- Definitivo:
 - Quirúrgico (Sin gangrena) (Con gangrena)
- **Tratamiento de Vólvulo de ciego:**
 - Resección con hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica primaria o ileostomía con fístula mucosa distal
 - Distorsión y cecopexia o cecocolopexia

Enfermedad diverticular

Definición

Divertículos: Protusión sacular de mucosa a través de la pared muscular del colon.

Diverticulitis: Cambios inflamatorios asintomáticos – peritonitis generalizada con perforación

Epidemiología.

tiene alta prevalencia en la población, afectando al 65% de los mayores de 65 años, y al 5% de los menores de 40 años

Fisiopatología

Vasos rectos penetran en la pared – áreas de debilidad – Mucosa y submucosa se hernian.

¿Por qué?: Aumento de presión intracolónica – Fuertes contracciones musculares para hacer avanzar contenido luminal.

Más elastina entre células musculares = Acortamiento tenia y formación de racimos del M. Circular

Diagnostico

- Clínico
- Colonoscopia
- TAC
- Imagenología (no recomendada en diverticulitis)



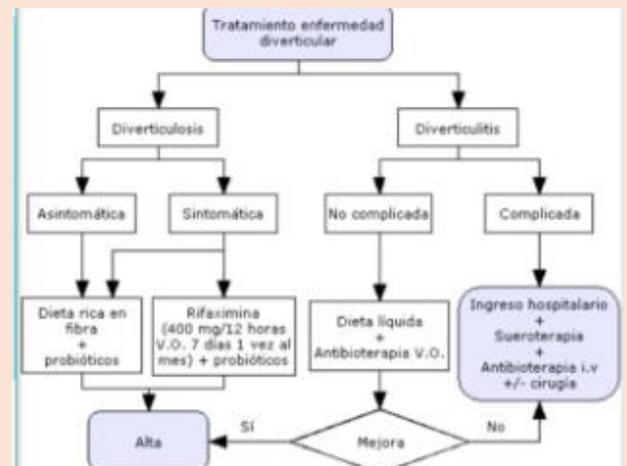
Factores de riesgo.

- Dieta baja en fibra y rica en carnes rojas
- Falta de actividad física
- Consumo de medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, paracetamol, corticoesteroides y opiáceos
- Obesidad
- Tabaquismo
- Antecedentes familiares
- Alteraciones en la estructura del intestino grueso

Clínica

- **Divertículos:**
 - Asintomático 80%
 - Dolor abdominal inespecífico: hemiabdomen izquierdo, tipo cólico continuo con la defecación o gases.
 - Sintomatología de Sd. Intestino irritable
- **Diverticulitis:**
 - Dolor cuadrante inferior izquierdo
 - Nauseas
 - Fiebre
 - Vomito
 - Tumoración abdominal

Tratamiento



Enfermedad hemorroidal

Definición

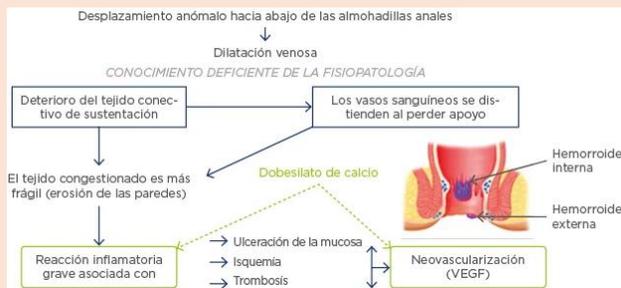
Las hemorroides son cojines de tejido vascular submucoso ubicado en el canal anal comenzando justo distal a la línea dentada. Estas almohadillas vasculares son una estructura anatómica normal del canal anal y su existencia no indica necesariamente la enfermedad hemorroidal

Epidemiología.

1° lugar de enfermedades del recto e intestino grueso.

- La incidencia aumenta a los 45-65 años
- Prevalencia mundial del 2.9-27.9%
- >4% son asintomáticos

Fisiopatología



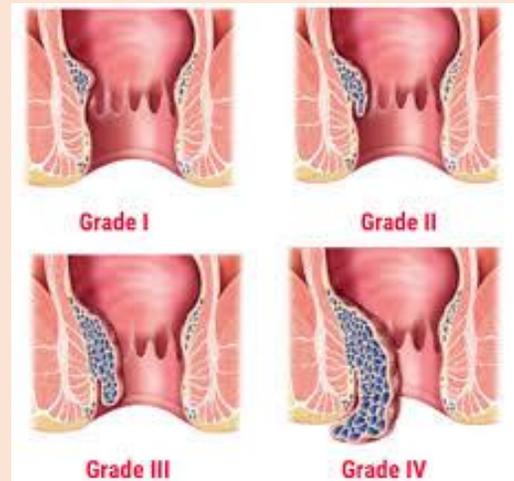
Diagnostico

- Clínico
- Estudios
 - Anuscopia
 - Rectosigmoidoscopia
 - Colonoscopia (si se sospecha de ca de colon)
- Gold estándar: Examen físico + Historia clínica



Factores de riesgo.

- Dieta baja en fibra y rica en carnes rojas



Clínica

- Rectorragia (rojo brillante)
- Prurito
- Dolor por trombosis
- Prolapso (masa palpable)

Tratamiento

- Grado II y III
 - 1° línea: Incrementar ingesta de fibra y líquidos
 - Sediluvios en episodios en agudo
 - Flavonoides (no usar en embarazo)
- Grado I, II, III y IV
 - Con falla al tratamiento médico y alternativa
 - 1.- Ligadura con banda elástica
 - 2.- Escleroterapia
 - 3.- Fotocoagulación
 - Quirúrgico hemorroidectomía

Abscesos y Fístulas Perineales

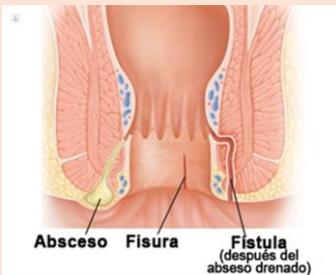
Definición

Absceso: Colección purulenta aguda que ocupa los espacios celuloadiposas que rodean el conducto anal y la porción extra peritoneal del recto.

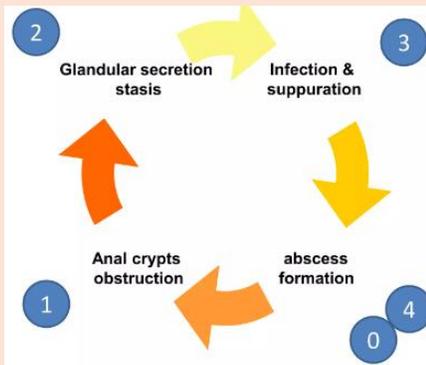
Fístula: Comunicación aberrante entre dos superficies epiteliales (conducto anal y piel perianal) (evolución crónica)

Epidemiología.

- Abscesos:
 - Incidencia: 12,3/100000
 - 3-1 H/M
 - 65% entre los 20 y 40 años
 - Niños: 7-1 hombre/ Mujer
- Fístulas
 - 2/7 H/M
 - 30-50 años
 - 90-95% criptoglandular
 - <1% niños



Fisiopatología

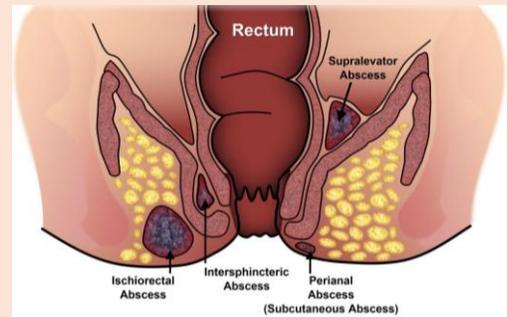


Diagnostico

- Examen físico (fundamentalmente)
- Anoscopia y sigmoideoscopia
- Estudios complementarios (en fístulas complejas)
 - Estudios radiológicos
 - Ecografía endorrectal 360
 - RMN

Factores de riesgo.

- Edad: Las fístulas anales son más comunes en adultos de alrededor de 40 años, pero pueden aparecer en personas más jóvenes, especialmente si tienen enfermedad de Crohn.
- Sexo: Los abscesos anorrectales son más comunes en hombres que en mujeres.
- Pañalización: Los abscesos anorrectales pueden aparecer en bebés y niños pequeños que usan pañales y tienen antecedentes de fisuras anales.



Clínica

- Abscesos:
 - Fiebre
 - Dolor
 - Eritema
 - Masa fluctuante
 - Secreción purulenta
 - Dolor rectal
 - Pujos y tenesmo
 - Irritación peritoneal
 - Sangrado
- Fístula:
 - Antecedentes
 - Senos con descargas
 - Eritema
 - Excoriación perianal
 - Prurito
 - Dolor
 - Sangrado
 - Granuloma

Tratamiento

El tratamiento de los abscesos y fístulas perianales puede incluir:

- Abscesos perianales

Deben drenarse quirúrgicamente de inmediato y se recomienda un tratamiento antibiótico de amplio espectro. Es importante no demorar el tratamiento, ya que la infección puede propagarse.

- Fístulas perianales

El tratamiento depende de la complejidad de la fístula:

- Fistulotomía
- Colgajo de avance endorrectal
- Ligadura del tracto fistuloso interesfínterico

Cáncer colo-rectal

Definición

- Cáncer que se desarrolla en los tejidos del colon o del recto

Epidemiología.

- Es el tumor más frecuente y el segundo como causa de muerte por cáncer (después del pulmón)

Fisiopatología

La fisiopatología del cáncer colorrectal se caracteriza por:

- Inicio

El cáncer colorrectal suele comenzar con el crecimiento de un pólipo no canceroso en la pared del colon o recto.

- Crecimiento

El pólipo puede crecer hacia la pared del colon o recto y, con el tiempo, convertirse en un tumor maligno.

- Metástasis

Las células cancerosas pueden desprenderse y viajar a otras partes del cuerpo, como el hígado, pulmones, cerebro, peritoneo o ganglios linfáticos.

- Etapas

La etapa del cáncer colorrectal depende de la profundidad de su crecimiento en la pared y si se ha extendido fuera del colon o recto.

Diagnostico

- Gold standard: Colonoscopia con biopsia
- Colon por enema: imagen en manzana mordida
- Tc toracoabdominal: descarta existencia de metáís
- Ecografía endorrectal o RM pélvica: técnica de elección para la estadificación local del cáncer del recto



Factores de riesgo.

- > 50 años
- Sexo masculino
- Antecedentes hereditarios
- Antecedentes de pólipos
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Tabaco
- Ingesta de carne roja procesada
- Bacteriemia o endocarditis por streptococcus gallilyticus

Clinica

- Recto: Puede manifestarse como un sx anorrectal con urgencia rectal, tenesmo, diarrea con moco y sangre
- Sigma, colon izquierdo, colon trasverso: se manifiesta en forma de rectorragia y cambios en el ritmo deposicional, manifestación inicial obstrucción intestinal
- Ciego y colon ascendente: Produce anemia ferropénica crónica o enterorragia. El ciego es donde más se perfora el colon por dilatación proximal

Tratamiento

- Cirugía: único tratamiento curativo de elección (colectomía, colectomía laparoscópica)
- Radioterapia: únicamente en tumores de recto
- Quimioterapia: Para aumentar la supervivencia.

