



Mi Universidad

Flashcards

Dulce Mirely Torres Narvaez

Flashcards

Primer parcial

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina Humana

7°C

Comitán de Domínguez a 15 de septiembre del 2024

SECUENCIA RAPIDA DE INTUBACION

¿Qué es?

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 paciente

Indicaciones

Neurológicas

- Glasgow <8
- Deterioro súbito del estado de alerta (intoxicación drogas/fármacos o alcohol, EVC, enfermedad metabólica)

Clínicas

- Taquipnea >35 min persistente.
- Compromiso de la vía aérea.

Terapéuticas

- Cirugía urgente.
- Reanimación cardiopulmonar

Gasométricas

- Hipoxemia severa (pH <7.25, pCO₂ >60 y pO₂ <60)

Factores de riesgo

- Ayuno incompleto o preoperatorio inadecuado
- Evidencia de quemadura de vía aérea
- Patología obstructiva abdominal
- Esfínter esofágico incompetente
- Vía aérea difícil
- Embarazo

7P

1. Preparación -10min
2. Preoxigenación - 5min
3. Premidación - 3min
4. Protección y posicionamiento - 20-30sg
5. Parálisis- 0
6. Procedimiento de intubación - 45sg
7. Postintubación - 1min

1- Preparación: materiales

- Guantes y jeringas 10 ml.
- Fuente de oxígeno y sistema de aspiración
- Bolsa-válvula-mascarilla
- Mascarilla facial
- Cánulas bucofaríngeas (Guedel)
- Cánulas endotraqueales.
Mujeres: 7 a 7.5 mm diámetro, hombres: 8 a 8.5 mm diámetro
- Laringoscopio rígido con hojas rectas y curvas, Macintosh Hoja 3 y 4

2- Preoxigenación

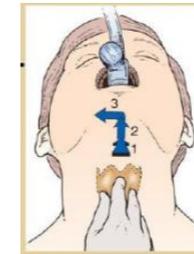
- Ejecución por dos personas, intubador principal y un asistente.
- A través de máscara facial se suministra oxígeno al 100%: si el estado de conciencia del paciente lo permite, se le solicita que respire profundamente durante 90 s o de otro modo, se le suministra pasivamente durante 3 a 5 min

3-Premedicación

- Glasgow <4 o paciente en paro cardiorrespiratorio no se necesitan medicamentos.
- Lidocaína: disminuye presión intracraneal, evita y disminuye broncoespasmo **Dosis 1 mg/kg**
- Fentanilo: disminuye efectos hemodinámicos de laringoscopia, efecto analgésico y sedación. **Dosis 0,5 mcg/kg**

4- Inducción

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



5- Parálisis

Se administra inmediatamente después del inductor

- Rocuronio 1-1.2 mg/kg
- Succinilcolina 1-2 mg/kg
- Midazolam 0.1-0.2 mg/kg

6- Procedimiento de intubación

- Buena ventilación y oxigenación.
- Equipo de succión disponible.
- Verificar balón del tubo endotraqueal y laringoscopio.
- Inmovilización manual de la cabeza y cuello.
- El laringoscopio debe ser empuñado con la mano izquierda.
- Maniobras laríngeas externas: Man. de BURP.mejora hasta 30% la visión de la glotis, empuja hacia abajo y la derecha
- Intubación con laringoscopio, tomarlo con mano izq. se tracciona 45° introducir por el lado derecho de la boca y desplazar la lengua a la izquierda. se pasa a través de las cuerdas bucales, se ubica de 18 a 24cm de la comisura labial.
- En niños 12+(edad/2), se realiza auscultación



7- Postintubación

- Rx Tórax (TOT 2cm arriba de la Carina)
- Monitorear SpO₂ >90%,
- TA adecuado, ETCO₂ 35-45mmhg
- Adecuada analgesia
- Ajustar parámetros de ventilación
- Tratar la etiología base



Obstrucción Intestinal

¿Qué es?

Detención completa y persistente del tránsito de las heces y los gases en un segmento del intestino.

Es una de las urgencias más frecuentes y más graves de la patología abdominal. Son fundamentales el diagnóstico y tratamiento precoz.

Epidemiología

- Las causas más frecuentes son:
- Bridas y adherencias postoperatorias (60-70%) --> Intestino delgado
- -Hernias (15-20%)-Tumores (10-15%) --> I. grueso-
- El nivel más frecuente de asentamiento de obstrucción intestinal es el **INTESTINO DELGADO**

Factores de riesgo

- Adherencias
- Hernia inguinal (primera causa en pacientes sin cirugía previa)
- Hernia de pared estrangulada
- Neoplasias
- Enfermedad de Crohn
- Vólvulo
- Intususcepción
- Divertículo de Meckel
- Cuerpo Extraño
- Íleo por cálculo biliar

Causas +FCTE por edad

- RN: Malformaciones congénitas, Íleo meconial
- Lactante: Megacolon congénito.
- Infancia: Invaginación intestinal
- Adultos: Bridas y adherencias postoperatorias (60-70). -Hernia estrangulada
- Ancianos: Cáncer de colon, Fecaloma

Clasificación

Obstrucción mecánica (íleo mecánico)

Oclusión de la luz intestinal por un obstáculo orgánico, anatómico o estructural que impide la progresión del contenido intestinal

Obstrucción paralítica (íleo paralítico)

Alteración de la función motora digestiva sin que exista un obstáculo.

Fisiopatología

- Alteraciones en motilidad intestinal (distensión abdominal)
- Acumulación de gas
- Acumulación de líquidos
- Acumulación de la flora intestinal (proliferación bacteriana)--- estancamiento de contenido intestinal
- Pérdida líquidos, ↓absorción.
- Mucosa produce: mediadores inflamatorios, citoquinas.

Clínica

DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO + NÁUSEA, VÓMITO Y ESTREÑIMIENTO

- El vómito es más prominente en las obstrucciones proximales
- La distensión se asocia al íleon distal.
- Los ruidos intestinales son hiperactivos al principio, luego son mínimos

Diagnostico

GOLD STANDARD: Tele de Tórax

Inicial: RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN (En decúbito y de pie)

TRIADA DE RX:

- Asas en Intestino delgado dilatadas (+3 cm de diámetro)
- Niveles hidroaéreos
- Escasez de aire en el colon

Tratamiento

Conservador

SONDA NASOGÁSTRICA / TUBO INTESTINAL LARGO

- El 90% de las obstrucciones de ID se resuelven con SNG y reposición hidroelectrolítica

Quirúrgico

- laparotomía exploradora
- laparoscopia

Volvulo de colon

¿Qué es?

Volvulo → Se forma al rotarse un segmento de intestino sobre sí mismo

Ocurre sobre todo en sigmoides, aunque también puede ocurrir en ciego

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 volvulo cecal (15%)

Factores de riesgo

Volvulo sigmoide:

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

Volvulo de ciego:

- Femenino
- Cirugías abdominales previas
- Adulto mayor con inactividad prolongada



Volvulo sigmoide

- Frecuente
- Torsión se produce en sentido antihorario.
- Edad: 70 - 80 años.
- Sexo: > fcte en hombres.

Clínica

- Dolor abdominal, distensión abdominal
- leucocitosis.
- Al comprometerse la irrigación procedente del mesenterio puede aparecer isquemia, manifestándose como rectorragia, fiebre y shock (gangrena del volvulo)

Diagnostico

- Rx simple de abdomen: Imagen en grano de café gigante, que es el asa de sigmoides dilatada y doblada sobre sí misma



Tratamiento

Primera elección:

- Descompresión endoscópica (colonoscopia)
- Seguida de colocación de sonda rectal (para evitar la recidiva)

Segunda elección:

- Qx (distorsionar el volvulo y fijar el sigmoides al meso para que recidive)
- Si ya hay sufrimiento del sigmoides, se debe resear (Qx de Hartmann)

Volvulo de ciego

- Segunda localización > fcte.
- Rotación horaria (íleon terminal – ciego y colon Ascendente).
- Causa: falta de fijación del ciego al retroperitoneo.
- Sexo: > fcte mujeres de edad media <40 años.

Clínica

- Dolor agudo tipo cólico en FID + obstrucción de Intestino delgado
- vómitos
- distensión abdominal brusco

Diagnostico

- Rx simple de abdomen: Imagen de un ciego muy dilatado, verticalizado, que llega hasta hipocondrio izquierdo o epigastrio



Tratamiento

Sin gangrena:

- colectomía derecha + anastomosis íleo transverso.

Con gangrena:

- colectomía derecha + ileostomía primaria

Enfermedad diverticular

¿Qué es?

Enfermedad diverticular = presencia divertículos sintomáticos.

Diverticulosis = divertículos sin inflamación. + fcte >50ª. + fcte sigmoides

Diverticulitis = inflamación e infección relacionada a divertículos.

Epidemiología

- Prevalencia estimada: 15-37%.
- Según sexo: < 50 más común en hombres
- O 50 – 70 leve ponderancia femenina

Factores de riesgo

- La baja ingesta de fibras en la dieta y mayor consumo de hidratos de carbono y carnes rojas.
- Obesidad
- Inactividad física
- Constipación
- Tabaquismo
- Consumo de AINES

+FCTE por edad

- Población mayor a 45 años: 5-10%.
- - Mayores de 65 años: 50%.
- - Mayores de 85 años: 80%.
- - De los pacientes con diverticulosis, 10 a 25% desarrollarán diverticulitis.

Clasificación clínica

- Enfermedad diverticular asintomática (más frecuente)
- Enfermedad diverticular sintomática
SIMPLE: 75% COMPLICADA: 25%
- Diverticulitis
- Perforación
- Obstrucción
- Abscesos
- Fístulas
- Hemorragia.



Fisiopatología

Al penetrar en la pared intestinal, los Vasos Rectos crean áreas de debilidad en dicha pared, a través de las cuales pueden herniarse porciones de la mucosa submucosa colónicas (cubiertas de serosa).

La anomalía muscular (engrosamiento de la capa muscular) sería secundaria a una disminución de la fibra de la dieta, que reduce el volumen de las deposiciones de manera que, para propulsarlos a lo largo del colon zonas de alta presión intraluminal, produciendo así la pulsión de la mucosa

Clínica

- Asintomático 80%
- Dolor abdominal inespecífico: hemiabdomen izquierdo, tipo cólico continuo que alivia con la defecación o gases.
- Sintomatología de Sd. Intestino irritable.

Diagnostico

- TC Abdominal (+FCTE) con contraste
- PCR
- BHC
- EGO
- RX de abdomen
- COLONOSCOPIA EN PX ESTABLES

Tratamiento

QUIRURGICO Si o si primero à drenaje

1. TECNICA TIPO HARTMANN:

- Resección del sigmoides (sigmoidectomía)
- Bolsa de Hartmann o muñón rectal.
- Restitución del tránsito en segundo tiempo (colostomía)

2. Colectomía + anastomosis

CONSERVADOR

Hinchey 0: fibra, aine, probioticos, mezalazina)

Hinchey I y II: hospitalizacion (ayuno, analgésico, antibiotico) >5 cm drenaje percutáneo

Enfermedad hemorroidal

¿Qué es?

Dilataciones venosas del conducto anal, que se desarrollan a partir de los plexos hemorroidales interno y externo.

Es la patología anorrectal más frecuente. La incidencia aumenta con la edad, multiparidad, alteraciones del tránsito intestinal

Epidemiología

- Es común en países occidentales, sobre todo entre los 45 y 65 años de edad.
- Se considera que el 5% de los mexicanos las sufren

Factores de riesgo

- Presiones anales alteradas.
- Distensión anal incompleta.
- Constipación y estreñimiento
- Anatomía y herencia.
- Bipedestación.
- El embarazo agrava la enfermedad

Clasificación

Colgajos cutáneos externos: Repliegues de piel que crecen fuera del margen anal.

Hemorroides externas: Debajo de la línea dentada y cubiertos de tejido escamoso.

Hemorroides internas: Arriba de la línea dentada y se encuentran cubiertas de epitelio transición al o columnar, se clasifican en:

- I: Protruyen en el canal anal y hay sangrado sin dolor.
- II: Protruyen en la evacuación y reducen espontáneamente.
- III: Requiere acción manual para su corrección.
- IV: Están permanentemente prolapsadas.

Hemorroides mixtas: Internas y externas.

Fisiopatología

El mecanismo patogénico más común es el esfuerzo evacuatorio excesivo, con elevación de la presión intraabdominal y endoanal, lo cual dificulta el retorno venoso y desliza hacia afuera el tejido hemorroidal durante la defecación.

La cronificación lleva no sólo a la ruptura vascular en los paquetes hemorroidales internos, sino también a la fragmentación de los elementos fibroelásticos y musculares de la submucosa, lo que permite el prolapso. Asimismo, un hábito intestinal de frecuentes diarreas, también puede producir la congestión crónica de la mucosa y submucosas anales, con similares consecuencias a las de la constipación

Clínica

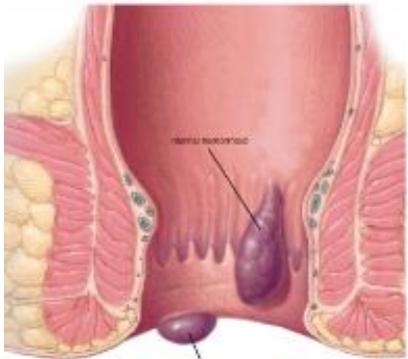
- hemorragia no dolorosa, intermitente, escasa la anemia es inusual, hay prurito, ardor y sensación de cuerpo extraño, el dolor es exclusivo de las hemorroides externas y se presenta generalmente en caso de trombosis hemorroidal.

Diagnostico

- Examen físico: La inspección puede diagnosticar un prolapso hemorroidal
- En el tacto anorrectal, las hemorroides internas no son por lo general palpables ya que se aplanan al ser tocadas. Una trombosis hemorroidal endoanal puede palparse como un nódulo firme por encima de la línea pectínea.

Tratamiento

- Cambios higiénico-dietéticos, buena ingesta de líquidos, suplementación de fibra.
- Para aliviar el dolor en casos agudos son útiles los baños de asiento
- flavonoides,
- ligadura con bandas, fotocoagulación con infrarrojo, electrocoagulación, escleroterapia
- La hemorroidectomía está indicada en prolapso severos



Abscesos y fistulas perinales

¿Qué es?

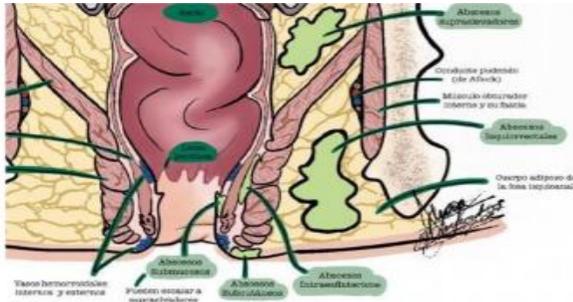
Es una acumulación de líquido purulento en los tejidos orgánicos externos o internos. Se consideran dos formas en una misma entidad.

Abscesos: Forma aguda

Fistula: forma crónica

Epidemiología

- 4 a 10% de hospitalizaciones por problemas anorrectales
- Afecta más a hombres en relación 2 a 1
- Se presenta entre la 3ra y 5ta década de la vida



Diagnostico

- Predominantemente clínico
- Rectosigmoidoscopia
- - TAC y ultrasonografía anal

Absceso

Primarios

- Teoría criptogénica : se produce por una infección en las criptas de Morgani. Se produce el fenómeno absceso-fistula - Infecciones por Staphylococcus.

Secundarios:

- En USA e Inglaterra la causa principal es CROHN
- CUCI, tuberculosis, actinomicosis, traumatismos, uso de enemas

Fisiopatología

- Factor obstructivo (materia fecal, traumatismo, cuerpos extraños)

Clínica

- Dolor agudo de carácter pulsátil que se acentúa al sentarse, toser y defecar.
- Tumefacción
- Fiebre
- Escalofríos
- Diaforesis

Tratamiento

- Cirugía
- Realizar incisión en cruz o “destechamiento” para permitir drenaje quirúrgico
- Desbridamiento cuidadoso
- No hacer cierre primar

Fistula

- Interesfinterica; Atraviesa el esfínter interno y a través del espacio Inter esfinteriano se dirige al margen anal. Transesfinterica: Atraviesa ambos esfínteres antes de dirigirse al margen anal
- Supraesfinterica; Atraviesa el esfínter interno a la altura de la línea pectina, sube hasta el musculo pubo-rectal

Clínica

- Antecedentes de absceso perianal
- formación de orificio externo
- Secreción purulenta intermitente
- Dolor
- Prurito anal

Diagnostico

- Examen físico: Búsqueda de orificio externo y palpación
- de cripta afectada
- Fistulas originadas por delante de la línea transversal, el trayecto es recto.

Tratamiento

- Fistulectomía: reseca todo el trayecto y criptas anexas inflamadas. No se lesiona el mecanismo esfinteriano y se deja la herida abierta.
- Fistulotomía: destechar el trayecto fistuloso, elimina orificios primarios y secundarios y tiene una cicatrización de 2da intención.

Cancer Colorrectal

¿Qué es?

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

Epidemiología

- Afecta con preferencia a varones > 50 años.
- El 30% se diagnostican en fases avanzadas

Factores de riesgo

- > 50 años
- Sexo masculino
- Antecedentes hereditarios
- Antecedente de pólipo
- enfermedad inflamatoria intestinal
- Tabaco
- Ingesta de carne roja procesada
- Bacteremia o endocarditis por *Streptococcus gallolyticus*

Clasificación TNM

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

Fisiopatología

Tipo histológico: Adenocarcinoma

95 % La localización por orden de frecuencia es:

- Recto sigma (mas frecuente)
- Colon ascendente y ciego
- Colon transverso
- Colon descendente

Clínica

- RECTO: Puede manifestarse como un sx anorrectal con urgencia rectal, tenesmo, diarrea con moco y sangre
- SIGMA, COLON IZQUIERDO, COLON TRANSVERSO: 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

Diagnostico

- Colonoscopia con biopsia (ESTANDAR 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 rectal.

Tratamiento

CIRUGÍA

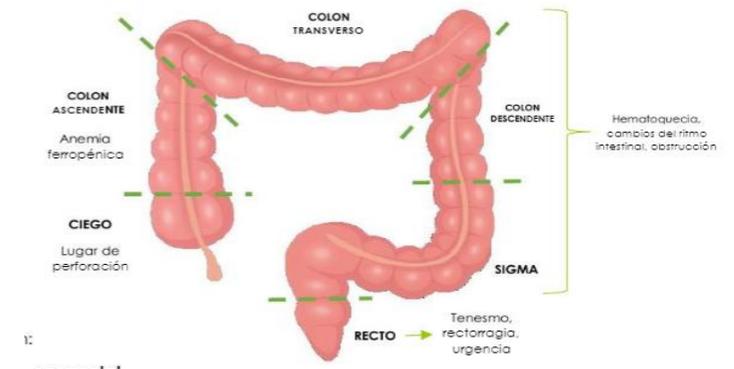
- Único tratamiento curativo de elección (colectomía, colectomía laparoscópica)

RADIOTERAPIA

- Únicamente en tumores de recto •

QUIMIOTERAPIA

- Para aumentar la supervivencia



Bibliografía

- *Absceso perianal*. (s/f). <https://www.cun.es>. Recuperado el 16 de septiembre de 2024, de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/absceso-perianal>
- del Seguro Social, I. M. (s/f). *Hemorroides ¿Qué son? ¿Cómo tratar? ¿Cuáles son sus causas?* gob.mx. Recuperado el 16 de septiembre de 2024, de <https://www.gob.mx/imss/articulos/hemorroides-que-son-como-tratar-cuales-son-sus-causas>
- *Enfermedad diverticular*. (s/f). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Recuperado el 16 de septiembre de 2024, de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/diverticulosis-diverticulitis>
- Poveda Jaramillo, R., Dueñas Castell, C., & Ortiz Ruiz, G. (2013). Secuencia rápida de intubación en cuidados intensivos. *Colombian journal of anesthesiology*, 41(1), 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.07.005>
- *¿Qué es el cáncer colorrectal?* (s/f). Cancer.org. Recuperado el 16 de septiembre de 2024, de <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>

