



UDS

Mi Universidad

Flashcards

Andrea Díaz Santiago

Flashcard

1º parcial

Clínicas quirúrgicas complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Medicina humana

7°C

Comitán de Domínguez, a 15 de septiembre de 2024

Secuencia de Intubación Rápida

Es un proceso utilizado para asegurar la vía aérea en pacientes con riesgo elevado de broncoaspiración y regurgitación, mediante la colocación de un tubo endotraqueal en salas de emergencias y de operaciones.

Preparación

1

- Monitorización
- Material necesario:
SOAPME
- Evaluar vía aérea difícil:
LEMON
- Plan alternativo



Preoxigenación

2

- Oxígeno por mascarilla reservorio con Fioz del 80-100% por 3 min.
- Evitar VPP. Optimice hemodinamia!



Premedicación

3

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



Inducción

4

- De 35 min posterior al inicio de la pre-medicación, individualizar
- Propofol 1.0-3.0 mg/kg o
 - Ketamina: 1.0-3.0 mg/kg o
 - Etomidato: 0.2-0.3 mg/kg o
 - Midazolam: 0.05-0.1 mg/kg (poco utilizado).

Parálisis

5

- Se administra inmediatamente después del inductor
- Succinilcolina (despolarizante) 1-2 mg/kg
- Rocuronio (no despolarizante) 1-1.2 mg/kg



Intubación

6

- 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 de VAD.



Comprobación

7

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



Cuidados post-intubación

8

- Monitorear SpO2 >90%, ETCO2 35-45 mmHg, TA adecuada.
- Tratar enfermedad de base.
- Adecuada sedoanalgesia.
- Ajustar parámetros de ventilación.

Obstrucción intestinal

DEFINICIÓN

Es una interrupción parcial o completa del paso del contenido a través del intestino delgado o grueso.

Puede ser causada por una variedad de factores, incluidos bloqueos mecánicos (como adherencias, hernias o tumores) o alteraciones funcionales (como íleo paralítico).



EPIDEMIOLOGÍA

Es una causa frecuente de ingreso hospitalario y cirugía de urgencia.

Es más común en adultos mayores, pero puede afectar a cualquier grupo de edad. Las causas más comunes en el intestino delgado son adherencias postquirúrgicas y hernias, mientras que en el intestino grueso, los tumores son más frecuentes.



FACTORES DE RIESGO

- Cirugías abdominales previas (adherencias)
- Hernias abdominales o inguinales
- Tumores (especialmente en el colon)
- Enfermedad de Crohn
- Diverticulitis
- Volvulus (torsión del intestino)
- Impactación fecal (especialmente en ancianos)
- Ingestión de cuerpos extraños



FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción mecánica impide el tránsito intestinal normal, lo que provoca acumulación de líquidos y gases proximales al sitio de obstrucción. Esta distensión provoca aumento de la presión intraluminal, disminución del flujo sanguíneo y, eventualmente, necrosis intestinal si no se trata. En el caso del íleo paralítico (funcional), el intestino pierde la capacidad de moverse adecuadamente, sin que haya un bloqueo físico

CLÍNICA

- Dolor abdominal (generalmente cólico)
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos (vómitos biliosos si es alta, fecaloides si es baja)
- Ausencia de evacuaciones y gases en caso de obstrucción completa
- Ruidos intestinales alterados (hiperactivos inicialmente, luego disminuyen o desaparecen en obstrucciones avanzadas)



DIAGNÓSTICO

1. Historia clínica y exploración física: la presencia de distensión, dolor abdominal y ausencia de ruidos intestinales son indicativos.

2. Imágenes: Radiografía de abdomen: puede mostrar niveles hidroaéreos y distensión intestinal.

TC): es el método de elección para confirmar el diagnóstico, localizar la obstrucción y determinar su causa.

Ecografía abdominal: útil en algunos casos, especialmente en niños.



TRATAMIENTO

Manejo conservador
Hidratación intravenosa.

Descompresión mediante sonda nasogástrica.

Intervención quirúrgica

- Laparotomía o laparoscopia para resolver la causa subyacente, como remover adherencias o tumores, corregir hernias, o resolver torsiones intestinales.

Tratamiento específico

- En casos de íleo paralítico, se utilizan medidas para reactivar la motilidad intestinal, como el manejo de electrolitos, y en algunos casos, fármacos procinéticos.

Vólvulo de colon (ciego y sigmoides)

DEFINICIÓN

El vólvulo de colon es una torsión del intestino que provoca una obstrucción. Es una emergencia abdominal que puede interrumpir el flujo sanguíneo al segmento afectado del colon y llevar a necrosis si no se trata a tiempo.

EPIDEMIOLOGÍA

- Vólvulo de Sigmoides: Es más común que el vólvulo de ciego y suele afectar a adultos mayores. Es una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en este grupo etario.
- Vólvulo de Ciego: Es menos frecuente que el vólvulo de sigmoides y puede ocurrir en personas más jóvenes.

FACTORES DE RIESGO

- Vólvulo de Sigmoides:
 - Edad avanzada.
 - Historia de constipación crónica.
 - Anatomía anormal del colon (colon redundante o dilatado).
 - Uso prolongado de enemas o laxantes.
 - Enfermedades neuromusculares.
- Vólvulo de Ciego:
 - Historia de cirugía abdominal previa.
 - Presencia de un colon ciego en una posición anatómica alta.
 - Condiciones que aumentan la movilidad del ciego (colon móvil).

FISIOPATOLOGÍA

- Vólvulo de Sigmoides: La torsión del colon sigmoide puede llevar a obstrucción completa o parcial del intestino. La torsión impide el paso del contenido intestinal y puede comprimir los vasos sanguíneos, causando isquemia y potencialmente necrosis si no se trata.
- Vólvulo de Ciego: Similar al sigmoide, pero afecta al ciego. La torsión también interfiere con el flujo sanguíneo y puede llevar a una obstrucción con potencial daño isquémico

CLÍNICA

- Dolor abdominal agudo y distensión.
- Náuseas y vómitos.
- Estreñimiento o cambios en el patrón de las heces.
- En casos graves, signos de peritonitis y shock.
- Vólvulo de Sigmoides: Puede presentar dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, distensión abdominal significativa y ausencia de gases o heces.
- Vólvulo de Ciego: Generalmente se presenta con dolor en el cuadrante inferior derecho, que puede ser difuso. También puede haber distensión abdominal y signos de obstrucción intestinal.

DIAGNÓSTICO

Historia Clínica y Examen Físico: Evaluar los síntomas y signos de obstrucción intestinal.

Imágenes:

Radiografía Abdominal: Puede mostrar dilatación del colon y "signo del grano de café" en el vólvulo de sigmoides.

Tomografía Computarizada (TC): Es el estudio de elección para confirmar el diagnóstico y evaluar la extensión del vólvulo. Puede mostrar la torsión del intestino y la distensión.

Enema Baritado: Puede ayudar a identificar la torsión y la localización del vólvulo.

TRATAMIENTO

Tratamiento Quirúrgico:

- Vólvulo de Sigmoides: Se realiza una desrotación del colon, y se puede realizar una resección si hay necrosis. En algunos casos, se realiza una anastomosis primaria o una colostomía.
- Vólvulo de Ciego: También se puede realizar una desrotación y resección si es necesario. A menudo se hace una apendicectomía en el contexto de un ciego en posición anómala para evitar recurrencias.

Enfermedad Diverticular

DEFINICIÓN

presencia de divertículos (pequeñas bolsas o sacos que se forman en la pared del intestino) en el colon. Existen dos formas principales: diverticulosis, que es la presencia de divertículos sin síntomas o complicaciones, y diverticulitis, que es la inflamación o infección de estos divertículos.

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta a 1/3 de mayores de 45 años
- 2/3 de los mayores de 85 años
- De 10-25% van a desarrollar diverticulitis a los 62 años

FACTORES DE RIESGO

- **Edad Avanzada:** La prevalencia aumenta con la edad.
- **Dieta Baja en Fibra:** El bajo consumo de fibra está asociado con un mayor riesgo de desarrollar diverticulosis.
- **Estilo de Vida:** Sedentarismo y obesidad son factores de riesgo.
- **Historial Familiar:** Puede haber una predisposición genética.
- **Uso de Medicamentos:** El uso prolongado de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y esteroides puede aumentar el riesgo de diverticulitis.

FISIOPATOLOGÍA

- Los divertículos se forman debido a la presión alta en el interior del colon, que empuja a través de áreas débiles en la pared intestinal, generalmente en los puntos donde los vasos sanguíneos penetran la pared del colon. Esto puede ser causado por una dieta baja en fibra, que resulta en heces más duras y una mayor presión intraluminal.
- La diverticulitis ocurre cuando uno o más divertículos se inflaman o se infectan. Esta inflamación puede resultar en la formación de abscesos, perforación del colon, o peritonitis.

CLÍNICA

- Fiebre, dolor en hipogastrio
- signos de irritación peritoneal "apendicitis izquierda"
- Estreñimiento
- 25% hemorragia

DIAGNÓSTICO

- **Historia Clínica y Examen Físico:** Evaluar síntomas típicos y signos físicos, especialmente dolor en el cuadrante inferior izquierdo.
- **Imágenes:**
 - **Tomografía Computarizada (TC):** Es el estudio de elección para diagnosticar diverticulitis, mostrando divertículos, inflamación, y posibles complicaciones como abscesos o perforación.
 - **Ecografía Abdominal:** Puede ser útil, especialmente en pacientes que no pueden recibir contraste por TC.
 - **Colonoscopia:** Generalmente se evita durante la fase aguda de diverticulitis debido al riesgo de perforación, pero se puede realizar posteriormente para evaluar la diverticulosis y descartar otras patologías.

TRATAMIENTO

Hinchey 1a: antibiótico IV
Hinchey 1b: vigilancia intrahospitalaria
Hinchey 2: drenaje percutáneo
Hinchey 3y4: laparotomía exploradora urgente
Tratamiento Quirúrgico (Para casos graves o complicados)

Enfermedad Hemorroidal

DEFINICIÓN

Es una condición en la que las hemorroides (estructuras vasculares normales en el canal anal) se inflaman o se dilatan. Estas pueden ser internas (ubicadas dentro del canal anal) o externas (ubicadas fuera del canal anal). La enfermedad hemorroidal puede causar dolor, sangrado, picazón y malestar.

CLÍNICA

Rectorragia
Masa palpable
Prurito
Dolor prolapso
Anemia

EPIDEMIOLOGÍA

- Es una condición común que afecta a una gran parte de la población en algún momento de su vida.
- La prevalencia varía, pero se estima que alrededor del 50% de las personas experimentarán síntomas hemorroidales a los 50 años.
- A menudo afecta a adultos y puede ser más común en mujeres durante el embarazo y el posparto.

DIAGNÓSTICO

- Historia Clínica y Examen Físico: Evaluar síntomas típicos y realizar un examen físico. El examen físico puede incluir la inspección visual y el tacto rectal.
- Examen Anoscópico: Para visualizar el canal anal y confirmar la presencia de hemorroides internas.
- Sigmoidoscopia o Colonoscopia: En casos de sangrado rectal para descartar otras patologías como cáncer colorrectal.

FACTORES DE RIESGO

- Dieta Baja en Fibra
- Estreñimiento Crónico
- Embarazo
- Sedentarismo
- Obesidad
- Levantar Pesos
- Enfermedades Hepáticas Crónicas

TRATAMIENTO

Hemorroides externas: tratamiento conservador
Hemorroides internas: o Grado 1 y 2: Tratamiento conservador y ligadura con bandas elásticas o Grado 3 y 4: hemorroidectomía cerrada (Parks O Ferguson) y hemorroidectomía abierta (Milligan Morgan)

FISIOPATOLOGÍA

- Hemorroides Internas: Son estructuras vasculares situadas por encima de la línea dentada en el canal anal, rodeadas por mucosa rectal. La dilatación de los vasos venosos en esta área puede provocar sangrado y prolapso.
- Hemorroides Externas: Se localizan por debajo de la línea dentada, en el área cubierta por piel. Se desarrollan a partir de la dilatación de los vasos venosos que están en contacto con la piel del ano. La inflamación y la formación de coágulos en estas hemorroides pueden causar dolor y malestar.

Abscesos y Fístulas Perineales

DEFINICIÓN

- Absceso Perineal: Es una acumulación localizada de pus en el área perineal (la región entre el ano y los genitales). Generalmente resulta de una infección bacteriana. Puede ocurrir en el espacio isquiorrectal, el espacio interglúteo o el espacio suprapúbico, entre otros.
- Fístula Perineal: Es un canal anormal que conecta un órgano interno o un espacio con el área perineal, a menudo resultante de una complicación de un absceso perineal. Es una conexión patológica entre dos cavidades o un órgano y la piel.

CLÍNICA

- Tumoración rojiza, caliente e inflamatoria en el margen del ano
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor sordo
- Material purulento

EPIDEMIOLOGÍA

- La fístula interesfinteriana es la más común y representa más del 60% de los casos.
- Más frecuente en hombres

FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Sexo
- Pañalitos: Los abscesos anorrectales pueden presentarse en bebés y niños pequeños que usan pañales y tienen antecedentes de fisuras anales.

FISIOPATOLOGÍA

- Absceso Perineal: La infección bacteriana en el tejido perineal causa una inflamación y acumulación de pus. La presión del pus dentro del espacio perineal puede llevar a la formación de una cavidad llena de pus, que puede extenderse si no se drena adecuadamente.
- Fístula Perineal: A menudo resulta de un absceso que no se ha curado completamente y ha formado un canal anormal. Este canal puede conectar el espacio infectado con el exterior del cuerpo o con otro órgano, como el recto o la vagina. Las fístulas pueden ser complicaciones de abscesos perineales no tratados o recurrentes.

DIAGNÓSTICO

- Historia Clínica y Examen Físico: Evaluación de síntomas, historia de abscesos previos y examen físico para detectar signos de infección y fístulas.
- Imágenes:
 - Ultrasonido: Puede ayudar a identificar abscesos y su localización.
 - Tomografía Computarizada (TC): Proporciona una imagen detallada de la extensión del absceso y la posible presencia de fístulas.
 - Resonancia Magnética (RM): Utilizada en casos complejos para evaluar la anatomía de las fístulas y abscesos.
- Exploración Quirúrgica: A veces necesaria para diagnosticar y tratar fístulas y abscesos que no responden a otros tratamientos.

TRATAMIENTO

Inicialmente es conservador y consiste en baños de asiento con agua templada, laxantes, pomadas de diltiazem tópico y analgésicos

Cáncer Colorrectal

DEFINICIÓN

se origina en el colon o el recto. Es uno de los cánceres más comunes y puede comenzar como una pequeña masa benigna llamada pólipo adenoma que, con el tiempo, puede convertirse en cáncer.

CLÍNICA

- Dolor abdominal
- Cambio del hábito intestinal
- Pérdida de peso
- Sangrado rectal
- Anemia sin causa conocida

EPIDEMIOLOGÍA

- Es uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial.
- Es el tercer cáncer más común en hombres
- En personas mayores de 50 años. Sin embargo, la incidencia en jóvenes ha ido en aumento en los últimos años.
- Tiene una mayor incidencia en países desarrollados y en aquellos con dietas ricas en grasas y bajas en fibra.

DIAGNÓSTICO

- Colon por enema: imagen típica de manzana mordida ☐
- Colonoscopia: Gold standard
- Pruebas de Sangre Oculta en Heces (SOH): Para detectar sangre oculta en las heces, lo que puede ser indicativo de cáncer colorrectal.

FACTORES DE RIESGO

- Después de los 50 años.
- La presencia de cáncer colorrectal en familiares de primer grado aumenta el riesgo. Las síndromes genéticas como el síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar
- Enfermedades Inflamatorias Intestinales: La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa
- El sedentarismo, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo están asociados con un mayor riesgo.

TRATAMIENTO

- Resección: La cirugía es el tratamiento principal para el cáncer colorrectal, e incluye la resección del segmento afectado del colon o recto, junto con los ganglios linfáticos cercanos.
- Cirugía de Paliación: En casos avanzados, puede ser necesaria para aliviar síntomas sin intención curativa.
- Quimioterapia: Se utiliza después de la cirugía para eliminar cualquier célula cancerosa residual y reducir el riesgo de recurrencia, especialmente en cánceres en etapas más avanzadas o con metástasis.
- Radioterapia: Es utilizada principalmente para cánceres rectales para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o para tratar el cáncer localmente avanzado.

FISIOPATOLOGÍA

- Carcinogénesis: El cáncer colorrectal generalmente se desarrolla a partir de pólipos adenomatosos en el revestimiento del colon o el recto. Los cambios genéticos en las células del pólipo pueden llevar a la formación de células cancerosas. Los genes implicados incluyen APC, KRAS, y p53, entre otros.
- Metástasis: El cáncer colorrectal puede metastatizar a través del sistema linfático o sanguíneo a órganos como el hígado, los pulmones y los huesos.

Bibliografía:

- "Harrison's Principles of Internal Medicine" - Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, et al.
- "Cancer: Principles and Practice of Oncology"
- "NCCN Guidelines for Colon Cancer" - National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- Estas directrices proporcionan recomendaciones actualizadas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer colorrectal. Disponible en NCCN.
- "ESMO Clinical Practice Guidelines: Colorectal Cancer" - European Society for Medical Oncology (ESMO)
- Guías de práctica clínica para el manejo del cáncer colorrectal. Disponibles en ESMO.