



Mi Universidad

Flashcards

Galia Madeline Morales Irecta

Secuencia de Intubación Rápida, Obstrucción intestinal, Vólvulos, Enfermedad Diverticular, Enfermedad Hemorroidal, Abscesos y Fístulas y Cáncer Colo-rectal.

Parcial I

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Licenciatura en Medicina Humana

7to Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de Septiembre de 2024



FLASHCARDS

SIR (SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA)

1 PREPARACIÓN

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



2 PRE-OXIGENACIÓN



Administrar oxígeno al 100% durante 3-5 minutos o realizar 8 respiraciones profundas con máscara de bolsa-válvula o mascarilla con reservorio

3 PRE-MEDICACIÓN

Administrar fármacos para mitigar efectos secundarios de la intubación

- Lidocaína 1mg/kg
- Fentanilo: 0,5 mg/kg



4 PARÁLISIS E INDUCCIÓN

Administrar un sedante y un agente bloqueador neuromuscular de manera rápida:

- Sedantes: Etomidato(0.2-0.3mg/kg) Propofol, Midazolam, Ketamina (1-2mg/kg)
- Bloqueador neuromuscular: Succinilcolina o Rocuronio para parálisis muscular.

5 POSICIONAMIENTO Y PROTECCIÓN

Alinear correctamente la vía aérea para facilitar la intubación: posición de "olfateo" (extensión del cuello y flexión de la cabeza).



6 PASAR TUBO (intubación)

- Introducir el tubo endotraqueal usando un laringoscopio y pasar a través de las cuerdas vocales.
- Confirmar visualización de las cuerdas vocales abiertas y pasar el tubo entre ellas.

6 POST-INTUBACIÓN



- Verificar la correcta colocación del tubo con:
- Auscultación de ambos campos pulmonares.
- Confirmación con capnografía (presencia de CO2).
- Radiografía de tórax para asegurar colocación adecuada.
- Fijar el tubo endotraqueal y asegurar la ventilación continua.

Obstrucción intestinal

Definición: La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso.

Etiología

- Aguda o crónica
- Mecánica o adinámica
- Simple o estrangulada

Síntomas:

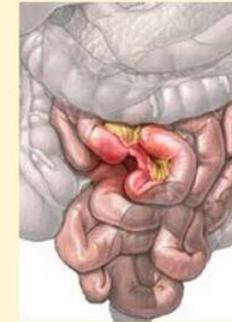
- Dolor abdominal (tipo cólic, insidioso e intenso)
- Vómitos
- Ausencia deposiciones
- Distensión abdominal

Causas:

Mecánica	Ileo Paralítico
<ul style="list-style-type: none"> • Hernia • Bridas adhesivas • Torsión • Vólvulo • Invaginación • Compresión extrínseca 	<ul style="list-style-type: none"> • Peritonitis • Alteraciones metabólicas (uremia, hipocaliemia) • Traumatismos • Apendicitis • Pancreatitis • Fármaco

Diagnóstico

- Exploración Física
- Biometría Hemática
- Radiografía simple de abdomen
- Exografía abdominal
- Colonoscopia
- TAC y RMN



Tratamiento

Íleo mecánico

El íleo mecánico simple se trata al inicio de forma conservadora: con descompresión nasogástrica

Íleo funcional

1. Iniciamos un tratamiento conservador mediante:
2. Dieta absoluta.
3. Reposición hidroelectrolítica, guiada por ionograma.
4. Colocación de sonda nasogástrica aspirativa si existe dilatación de asas de delgado o vómitos asociados.
5. Control de diuresis: valorar si precisa sondaje vesical.
6. Antibioterapia empírica:

VÓLVULO DE COLON Y CIEGO



Definición: El vólvulo es una torsión del colon sobre su propio eje, lo que provoca obstrucción intestinal. El vólvulo del ciego se refiere a la torsión del ciego y del íleon terminal.

Epidemiología:

- Más frecuente en adultos mayores, aunque el vólvulo de ciego suele afectar a personas más jóvenes.
- Representa el 10-15% de las obstrucciones del intestino grueso.
- El vólvulo de sigmoides es más común que el de ciego.



Factores de Riesgo ⚠️

- Dieta rica en fibra.
- Estreñimiento crónico.
- Afecciones neurológicas (Parkinson, demencia).
- Cirugías abdominales previas.
- Malformaciones congénitas en el vólvulo de ciego

Fisiopatología:

- La torsión causa compresión de los vasos sanguíneos, lo que puede provocar isquemia intestinal.
- Se produce una obstrucción mecánica del flujo del contenido



Clínica:

- Dolor abdominal súbito y severo.
- Distensión abdominal.
- Náuseas, vómitos.
- Ausencia de evacuación de gases o heces.



Diagnóstico:

- Radiografía abdominal: signo del "grano de café" en el vólvulo de sigmoides y distensión en vólvulo de ciego.
- Tomografía computarizada (TC): visualización precisa de la torsión.

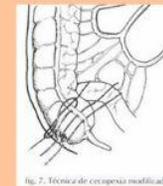


Fig. 7. Técnica de cecopexia modificada



Tratamiento:

- Descompresión endoscópica: primera línea en vólvulo de sigmoides.
- Cirugía: si hay isquemia, perforación, o fracaso del manejo endoscópico (resección intestinal o cecopexia).
- Antibióticos: en caso de sospecha de necrosis o perforación.

Enfermedad Diverticular

Definición: La enfermedad diverticular es la presencia de divertículos, pequeñas bolsas o sacos que se forman en la pared del colon, usualmente en el colon sigmoide. Cuando se inflaman o infectan, se conoce como diverticulitis.



Epidemiología:

- Afecta principalmente a personas mayores de 50 años.
- La prevalencia aumenta con la edad, alcanzando el 60% en mayores de 80 años.
- Común en países occidentales debido a dietas bajas en fibra.

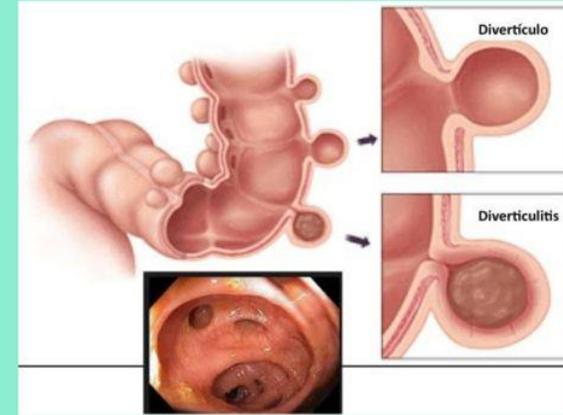
Factores de Riesgo:

- Dieta baja en fibra.
- Estreñimiento crónico.
- Edad avanzada.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Consumo elevado de carne roja.



Fisiopatología:

- El aumento de la presión en el colon, por el esfuerzo de la defecación, provoca que la mucosa y la submucosa prolapsen a través de la capa muscular, formando divertículos.
- La inflamación o infección ocurre cuando las heces quedan atrapadas en los divertículos.

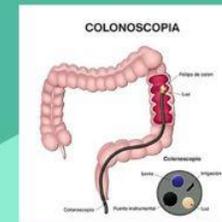
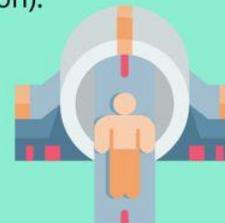


Clínica:

- Diverticulosis: generalmente asintomática.
- Diverticulitis: dolor abdominal (usualmente en el cuadrante inferior izquierdo), fiebre, náuseas, cambios en el hábito intestinal (estreñimiento o diarrea).

Tratamiento:

- Diverticulosis asintomática: dieta rica en fibra y control de factores de riesgo.
- Diverticulitis leve: antibióticos orales, dieta líquida.
- Diverticulitis severa o complicada (absceso, perforación): hospitalización, antibióticos intravenosos, y en algunos casos, cirugía (resección del segmento afectado del colon).



Diagnóstico:

- Tomografía computarizada (TC): método de elección para el diagnóstico de diverticulitis aguda.
- Colonoscopia

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Definición: La enfermedad hemorroidal se refiere a la inflamación y dilatación de las venas hemorroidales ubicadas en el canal anal. Se clasifican en hemorroides internas (por encima de la línea dentada) y externas (por debajo de la línea dentada).

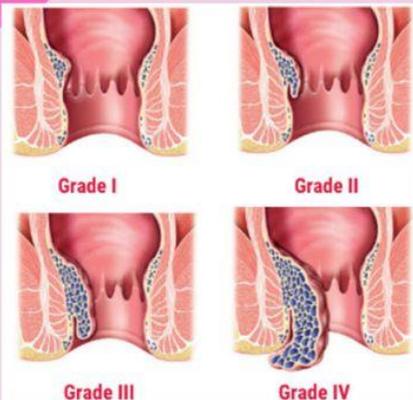
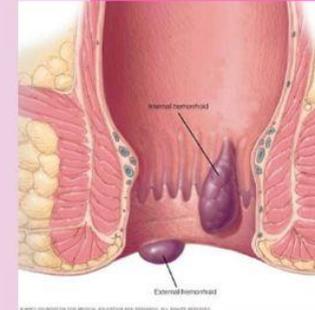
Epidemiología:

- Personas mayores de 50 años.
- Más frecuente en individuos con antecedentes de estreñimiento crónico,
- embarazo o trabajo que implica esfuerzos físicos.



Factores de Riesgo:

- Estreñimiento crónico.
- Esfuerzo al defecar.
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Embarazo y parto vaginal.
- Dieta baja en fibra..



Fisiopatología:

- El aumento de la presión venosa en el plexo hemorroidal causa dilatación y congestión de las venas.
- Las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados según el prolapso (Grado I-IV).
- Las hemorroides externas pueden trombosarse, causando dolor agudo.

Clínica:

- Hemorroides internas: sangrado rectal indoloro, especialmente al defecar, prurito, y en grados avanzados, prolapso.
- Hemorroides externas: dolor agudo si están trombosadas, sensación de masa dolorosa en el ano.

Diagnóstico:

- Examen físico: tacto rectal.
- Anoscopia: para visualizar las hemorroides internas.
- Colonoscopia o sigmoidoscopia: para descartar otras causas de sangrado rectal.



Tratamiento:

- Medidas conservadoras (dieta rica en fibra, líquidos abundantes)
- Tratamiento médico: cremas tópicas con esteroides, analgésicos
- Procedimientos: ligadura con banda elástica, escleroterapia, coagulación infrarroja (para hemorroides internas).
- Cirugía: hemorroidectomía en casos severos o recurrentes.

Abscesos y Fístulas Perianales

Definición

Absceso perianal: acumulación de pus en el área perianal o rectal debido a una infección.

Fístula perianal: comunicación anormal entre el canal anal y la piel perianal, generalmente resultado de un absceso drenado o no tratado adecuadamente.

Epidemiología:

- Los abscesos perianales son más comunes en hombres jóvenes y de mediana edad.
- Aproximadamente el 30-50% de los pacientes con absceso desarrollan una fístula posterior al drenaje.



Fisiopatología:

- Los abscesos surgen de la infección de las glándulas anales, que se propaga a los tejidos circundantes.
- La fístula se desarrolla cuando el tracto del absceso persiste o se reabre, formando un conducto entre el canal anal y la piel perianal.

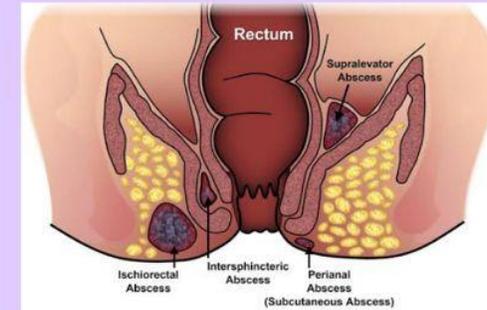
Clínica:

Absceso perianal:

- dolor anal intenso
- fiebre
- masa o dolorosa en la región perianal
- enrojecimiento

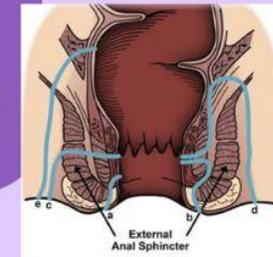
Fístula perianal:

- drenaje persistente de pus o secreciones fétidas
- irritación cutánea
- episodios recurrentes de absceso.



Diagnóstico:

- Examen físico: palpación de masa dolorosa o drenaje purulento.
- Anoscopia o proctoscopia para visualizar la fístula interna.
- Ecografía endoanal o resonancia magnética (RM): para evaluar el trayecto de la fístula.



Tratamiento:

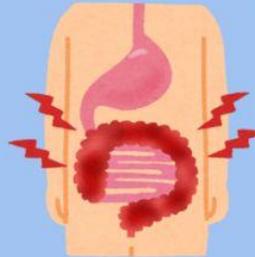
- Absceso perianal: drenaje quirúrgico urgente; antibióticos en casos con celulitis extensa, inmunosupresión o diabetes.
- Fístula perianal: tratamiento quirúrgico (fistulotomía, colocación de setón, colgajos endorrectales o tapones de fístula) dependiendo de la complejidad.
- Antibióticos: en pacientes con infección extensa, pero no reemplazan el drenaje.

Cáncer Colo-rectal

Definición: El cáncer colorrectal (CCR) es una neoplasia maligna que se origina en el colon o el recto. Puede comenzar como un pólipo adenomatoso que con el tiempo se transforma en un tumor maligno.

Epidemiología:

- Tercer cáncer más común en el mundo.
- Afecta principalmente a personas mayores de 50 años.
- Mayor incidencia en países desarrollados debido a factores dietéticos y estilo de vida.

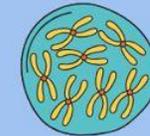


Factores de Riesgo:

- Edad mayor de 50 años.
- Historia familiar de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos.
- Enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn).
- Dieta alta en grasas y baja en fibra.
- Obesidad, sedentarismo, tabaquismo, y consumo excesivo de alcohol.

Fisiopatología:

- Se inicia generalmente como un pólipo adenomatoso en la mucosa del colon o recto.
- Las mutaciones en genes supresores tumorales (como APC, p53) y oncogenes (como KRAS) facilitan la progresión hacia un carcinoma invasivo.
- La diseminación ocurre localmente y a través de la vía linfática o sanguínea hacia hígado, pulmón y otros órganos.

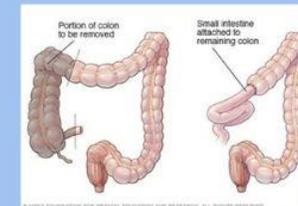


Clínica:

- Síntomas iniciales inespecíficos: cambios en el hábito intestinal (diarrea, estreñimiento), sangre en heces, anemia.
- Dolor abdominal, pérdida de peso no intencionada, fatiga.
- Obstrucción intestinal en etapas avanzadas.

Tratamiento:

- Colectomía parcial o total
- Quimioterapia: para etapas avanzadas o postquirúrgicas.
- Radioterapia: en cáncer de recto.
- Terapias dirigidas: en pacientes con mutaciones específicas (por ejemplo, inhibidores de EGFR o VEGF).



Prevención:

- Cribado regular a partir de los 50 años (o antes en personas con alto riesgo).
- Dieta rica en fibra, baja en grasas animales.
- Ejercicio regular, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

