



Nombre de alumno: Deysi Johana Paniagua Morales

Nombre del profesor: Lic. Mahonrry de Jesús Ruiz Guillen

Nombre del trabajo: síntesis

Materia: Enfermería Medico Quirúrgica II

Grado: 6to

Grupo: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2020

Pared abdominal

Se divide en dos partes diferentes, cavidad abdominal en la que se encuentran situados los órganos internos del abdomen, y pared abdominal constituida por un conjunto de estructuras que envuelven la cavidad abdominal y la separan del exterior.

Funciones que realiza:

Proteger los órganos abdominales y mantenerlos en su posición, los movimientos del tronco, aumentar la presión intrabdominal durante la defecación micción o parto, y facilitar el proceso de inspiración y espiración.

Pared anterior y lateral

Abdominal, piramidal,
Músculo transverso del abdomen.
Músculo oblicuo externo del abdomen.
Músculo oblicuo interno del abdomen.
Pared posterior.
Músculo psoas-iliaco.
Músculo cuadrado lumbar.
Pared superior.,

Diafragma. Separa la cavidad abdominal de la cavidad torácica

Capaz

Piel: Fascia superficial, Fascia subserosa.

Apendicitis

Apendicitis aguda.- es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE: La fórmula blanca reporta leucocitosis con neutrofilia y en ocasiones bandemia. En todos los pacientes que presenten SOLO una de las 2 primeras manifestaciones cardinales: a) dolor (que migre de la región periumbilical a CID o con localización inicial en CID) o manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales); deberá solicitar fórmula blanca, examen general de orina y si es del género femenino prueba inmunológica de embarazo. En urgencias un adulto mayor con dolor abdominal agudo o subagudo su evaluación inicial debe incluir examen general de orina, biometría hemática, electrolitos séricos, creatinina, placas simples de abdomen y tórax, El hallazgo habitual en pacientes pediátricos con apendicitis es una leucocitosis por arriba de 15,000 cel/ mm³ con predominio de neutrofilia. Los datos sugestivos de infección de vías urinarias en el examen general de orina es la presencia de más de 20 leucocitos por campo de alto poder o nitritos positivos

En todo paciente pediátrico con dolor abdominal agudo en urgencias se le debe solicitar examen general de orina, fórmula blanca y ultrasonido (en caso de diagnóstico de sospecha

de apendicitis) La leucocitosis suele estar presente de manera normal en el embarazo llegando a niveles hasta 16 mil leucocitos o más durante el parto, por lo que no es considerada como específica; la presencia de neutrofilia y bandas que acompañan a la leucocitosis en niveles hasta por arriba de 16 mil cel/ml puede hacernos sospechar del diagnóstico pero no es confirmatorio del mismo

CUADRO I. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS Y SIGNOS COMUNES DE APENDICITIS
Síntomas o signos Frecuencia (%) Dolor abdominal 99-100 Hipersensibilidad o dolor en cuadrante inferior derecho 96 Anorexia 24-99 Náusea 62-90 Fiebre menor de 30°C 67-69 Vómito 32-75 Migración del dolor (periumbilical a cuadrante inferior derecho) 50 Hipersensibilidad al rebote 26 Defensa muscular en cuadrante inferior derecho 21.

Colecistitis Y Colelitiasis:

La Colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente y la Colelitiasis es la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar La colecistitis es una de las principales causas de consulta en el servicio urgencias y en la consulta externa de cirugía general. La colecistectomía electiva es la intervención quirúrgica más frecuente en los centros hospitalarios del país.

FACTORES DE RIESGO FACTORES DE RIESGO: edad: más frecuente a partir de los 40 años, cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad y del 30% en los mayores de 70 años, Sexo femenino. Embarazo, sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol, normalmente son formas, asintomáticas de litiasis biliar y tanto el barro biliar como los cálculos menores de 10mm habitualmente desaparecen tras el parto, Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos. Otros fármacos como los fibratos y la ceftriaxona, Antecedentes familiares de litiasis biliar, Obesidad, Pérdida rápida de peso, Nutrición parenteral, Diabetes Mellitus, Cirrosis hepática, Enfermedades del íleon, Enfermedad de Crohn, Dislipidemia, Enfermedades hepáticas y metabólicas.

DIAGNÓSTICO CLINICO O CLINICO O CLINICO: Colecistitis y Colelitiasis no complicada: Signo de Murphy positivo, Masa en cuadrante superior derecho, Dolor en cuadrante superior derecho, Resistencia muscular en cuadrante superior derecho, Náusea, Vómito Colecistitis aguda complicada: Vesícula palpable, Fiebre mayor de 39° C, Calosfríos, Inestabilidad hemodinámica Se debe de considerar el diagnóstico de colecistitis o colelitiasis cuando el paciente presente un signo o síntoma local y un signo sistémico, más un estudio de Imagenología que reporte positivo para esta patología. La perforación con peritonitis generalizada se sospecha cuando: Existen signos de irritación peritoneal difusa, Distensión abdominal, Taquicardia, Taquipnea, Acidosis metabólica, Hipotensión, Choque La colecistitis aguda se clasifica en 3 grados, de acuerdo a la afectación a otros órganos medido por pruebas de laboratorio: Grado I. Leve, Grado II. Moderada, Grado III. Grave.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Úlcera péptica perforada, Apendicitis aguda, Obstrucción intestinal, Pancreatitis aguda, Cólico renal o biliar, Colangitis aguda bacteriana, Pielonefritis, Hepatitis aguda, Hígado congestivo, Angina de

pecho, Infarto de miocardio, Rotura de aneurisma aórtico, Tumores o abscesos hepáticos, Herpes zoster, Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO** Para la disolución de los cálculos biliares en pacientes en situaciones especiales (pacientes con alto riesgo quirúrgico y aquellos que rehúsan la cirugía) el tratamiento de elección es con ácidos biliares orales como: Ácido ursodesoxicólico, Ácido quenodeoxicólico Durante 1 a 2 años El ácido ursodeoxicólico se indica como coadyuvante cuando se realiza litotricia, ya que de esta forma se logra mayor efectividad en la destrucción de los litos La administración de AINEs (antinflamatorios no esteroideos) en pacientes con cólico biliar es recomendable, para prevenir la aparición de colecistitis aguda Una vez iniciado el cuadro de colecistitis aguda, la administración de AINEs, no ha demostrado remisión de la enfermedad. En presencia de cólicos biliares y para evitar el progreso de la colecistitis se recomienda una dosis de 75 mg de diclofenaco La selección del antibiótico dependerá de: La susceptibilidad local del germen, conocida por medio del antibiograma, La administración previa de antibiótico, presencia o no, de disfunción renal o hepática, La gravedad de la colecistitis aguda El tratamiento antimicrobiano se usara de acuerdo a gravedad de la colecistitis: colecistitis grado I, un antibiótico, Colecistitis grado II..... doble antibiótico, Colecistitis grado III, doble antibiótico Agregar metronidazol cuando se detecta o se sospecha presencia de anaerobios.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:** Litotricia Litotricia Es el tratamiento de primera elección en pacientes con las características abajo señaladas, que no han sido tratados previamente Indicaciones: Indicaciones: Pacientes con litiasis única, No calcificada, Con diámetros de 20 a 30 mm Contraindicaciones: Contraindicaciones: Pancreatitis Alteraciones de la coagulación, Quistes o aneurismas en el trayecto de las ondas de choque

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO** La elección de la técnica quirúrgica para Colecistitis aguda depende de la gravedad del cuadro: Grado I o leve: Grado I o leve: Colecistectomía temprana por laparoscopia, es el procedimiento de primera elección. Grado II o moderada: Grado II o moderada: Grado II o moderada: Colecistectomía temprana por laparoscopia es de primera elección, sin embargo dependerá de la experiencia del cirujano en la técnica ya que la vesícula puede presentar una inflamación grave que haga difícil el abordaje. Si el paciente presenta inflamación grave de la vesícula se recomienda un drenaje temprano que puede ser quirúrgico o percutáneo. Si el paciente se encuentra en la situación previamente mencionada la colecistectomía temprana puede ser difícil, por lo que se recomienda posponer la cirugía hasta que la inflamación disminuya Grado III o grave: Grado III o grave: Manejo urgente de la falla orgánica. Tratamiento de la inflamación local. Drenaje de vesícula. La colecistectomía se realizara cuando las condiciones generales del paciente mejoren.

Bibliografía

Enfermería medico Quirúrgica II (Antología)

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GRR.pdf>

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GRR.pdf>