



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

6to Semestre

Grupo "B"

TECNICAS QUIRURGICAS

Dr. Jhovanny Efrain Farrera

Presenta:

• Víctor Daniel González Hernández

13 de abril del 2021 Comitán, Chis.

ANOMALIAS EN LA CICATRIZACION

Estas situaciones pueden ser locales o sistémicas:

- Locales: vascularización insuficiente, infección, hematoma, movilización exagerada, edema significativo.
- Sistémicas: desnutrición proteica y calórica (déficit aporte energético), deficiencia de vitaminas C y A, deficiencia de minerales (zinc, hierro, cobre), tabaquismo, hiperglicemia, neuropatía en zona de lesión, alcoholismo, radioterapia, inmunosupresión, hipercortisolismo o uso de glucocorticoides, entre otros

Cicatriz hipertrófica: estas **cicatrices** aparecen cuando se produce un exceso de colágeno en la zona de la herida. Son elevaciones gruesas del tejido que sobrepasan el nivel de la superficie normal de la piel. Pueden escocer, dolor y su color suele ser un púrpura o un rojo intenso

Cicatriz Queloides: En el proceso, la herida segrega demasiados factores de crecimiento y provoca el crecimiento anormal de la cicatriz que suele ser grande y roja.

	Cicatriz madura	Plana, ligeramente coloreada, madurez total se alcanza a los 2 años.
	Cicatriz inmadura	Ligeramente elevada, rojiza, presenta prurito y dolor.
	Cicatriz hipertrófica lineal	Elevada, se asocia prurito y se limita al borde de la herida inicial. Aparece semanas después de la lesión. Pueden aumentar de tamaño durante los 3 a 6 meses siguientes y con regresión posterior a una fase estacionaria.
	Cicatriz hipertrófica generalizada	Abarca toda la extensión de la lesión, es elevada, rojiza y presenta prurito. Cicatriz de quemadura.
	Queloides menor	Una elevación focal, pruriginosa que se extiende sobre el tejido normal, no tiene regresión. Si se reseca, asocia alto porcentaje de recidiva. Puede desarrollarse hasta un año posterior a la lesión.
	Queloides mayor	De gran tamaño, elevado (>0,5 cm), presenta dolor y prurito, se extiende sobre tejido normal.

FISIOLOGIA DE LA CICATRIZACION

Las fases de la cicatrización se dividen en inflamación, proliferación y maduración. Aunque algunos autores la describen con algunas fases intermedias.

Fase inflamatoria: Ocurre desde la herida al tercer o cuarto día. Incluye la hemostasia de la hemorragia por la llegada de plaquetas y la formación del trombo de fibrina al lecho de la herida. Las plaquetas atraen a las células más importantes del proceso los polimorfonucleares (polinucleares neutrófilos o PNN) y a los macrófagos que inician la inflamación y que se encargan de la limpieza de restos y contaminantes en el lecho. La primera respuesta a la lesión tiene como función principal mantener la hemostasia en el sitio de la herida. Dos mecanismos aparecen con este propósito: una vasoconstricción refleja importante y la formación del coágulo. Después se produce la vasodilatación en la herida y su entorno, incrementando el flujo sanguíneo para abastecer de neutrófilos, monocitos y linfocitos al sitio de la herida. Los neutrófilos son la línea celular predominante en las primeras 24-48 horas y su función principal es la de realizar una limpieza de la herida, removiendo el coágulo, las bacterias y el tejido lesionado.

Fase proliferativa: Dura hasta los 14 días. En esta se produce la reepitelización, bien desde los bordes de la herida o, si es una quemadura o abrasión superficial, desde los restos de los folículos pilosebáceos. La angiogénesis es lo siguiente que ocurre en esta fase proliferativa y es la neoformación de vasos en el lecho de la herida. Estos neovasos y los fibroblastos atraídos por los PNN y macrófagos se encargan de la formación de la matriz extracelular y de la síntesis y degradación de colágeno. Se caracteriza por tres procesos diferentes, estrechamente relacionados entre sí: la granulación, la epitelización y la contracción.

Fase de maduración: Dura hasta dos años. Se produce la maduración o remodelación de la cicatriz.

Se caracteriza por el depósito de colágeno en la herida. Tiene una importante repercusión clínica, pues de la calidad, cantidad y buena organización del colágeno va a depender la fuerza tensil final de la herida. Como resultado del aumento en cantidad de colágeno surgen problemas clínicos como las cicatrices hipertróficas y los queloides.

En la fase inicial de la cicatrización las proteínas estructurales que predominan son la fibrina y la fibronectina. Estas son reemplazadas por proteoglicanos y glicosaminoglicanos que van a ser el soporte de la cicatriz final, la cual tiene como proteína estructural fundamental, el colágeno.

El colágeno inicial de la cicatriz es de tipo III, el cual no da fuerza tensil apropiada a la cicatriz. Este es reemplazado por colágeno tipo I, que es el predominante en la piel sana.

SEMILOGIA DEL DOLOR

Aparición: El **comienzo y evolución** del dolor también entregan información diagnóstica valiosa. El dolor de inicio insidioso es aquel que aumenta progresivamente hasta alcanzar su máximo en horas. El dolor de inicio brusco es aquel que alcanza su intensidad máxima en segundos o minutos luego de iniciado. El dolor súbito es aquel que alcanza su intensidad máxima desde el comienzo; suele ser de gran intensidad, brutal y persistente. Según cuánto dure el dolor puede catalogarse de agudo [intermitente, continuo o paroxístico], subagudo o crónico.

Localización: Del dolor en general nos orienta al origen del dolor. Un dolor abdominal tendrá su origen en estructuras abdominales, aunque en ciertos casos podría tener su origen en el tórax (y viceversa). Existen ubicaciones e irradiaciones “clásicas” que orientan a patologías puntuales a estudiar.

Irradiación; Se refiere al cambio de ubicación de un dolor respecto al sitio inicial de aparición. Es el que se produce a distancia, debido a una compresión o irritación de una raíz nerviosa. Por lo tanto genera sensaciones dolorosas o de hormigueos en la zona que corresponde al nervio afectado.

Características: corresponde a la descripción de la sensación provocada por el dolor en el paciente. Así, se han configurado tipos de dolor característicos de ciertas enfermedades (opresivo, punzante, lacinante, colico, sordo, taladrante)

Intensidad: Es otro parámetro subjetivo difícil de objetivar. Para ello nos valoraremos de la actitud del paciente frente al dolor. Una manera indirecta de estimarla es a través de las repercusiones físicas y psíquicas (aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria, de la presión arterial, palidez y sudoración de la piel, ansiedad, inquietud psicomotora, llanto).

Atenuante/agravante: Estos nos ayudan a precisar el aparato o sistema comprometido. También los síntomas acompañantes puede ayudarnos a valorar la

gravedad de un mismo cuadro, como en el caso del cólico biliar al que cuando se le agrega fiebre e ictericia se debe sospechar una complicación (cálculo migró al colédoco; una sobreinfección).

ESCALA ANALGESICA OMS

