



**Universidad Del Sureste Medicina Humana
Campus Comitán
Licenciatura en medicina humana**

**Nombre del trabajo:
Resumen 1ra unidad**

**Nombre del alumno:
Carlos Omar Jacob Velázquez**

**Grado: 6
Grupo: A**

Materia: Quirurgica

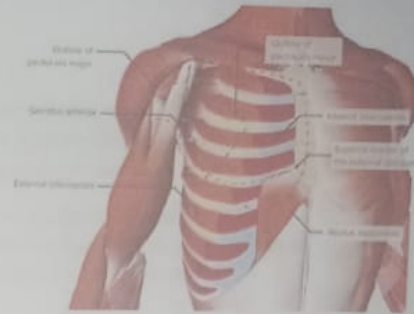
Docente:

Dra. Paulina Solis

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de abril del 2024

Carlos Jacob 6ºA

Sem/2



Tórax

El tórax es la parte superior del tronco, que se encuentra ubicada entre el cuello y el abdomen. Contiene a los pulmones, el corazón, voluminosos vasos sanguíneos, linfáticos y la arteria aorta (ascendente, arco y descendente), la vena cava inferior, la cadena ganglionar simpática de donde salen las ramas espláncnicas, las venas ácigos (mayor y menor), el esófago y el conducto torácico. Su división fundamentalmente consiste en el mediastino y las dos cavidades pulmonares.

Se encuentra formada por varios componentes como son la pared torácica, numerosas cavidades, vasos sanguíneos, nervios, ganglios y vasos linfáticos, órganos internos y mamas.

El tórax tiene forma de cono truncado o pirámide y su pared está formada por las costillas y los músculos intercostales, que se unen anteriormente al hueso esternón por medio de cartílagos y posteriormente a la columna vertebral. La función de esta formación osteocartilaginosa es la de proteger estos órganos internos de los traumatismos mecánicos, que de otra manera podrían lesionarlos.

La estructura esquelética del tórax, tenemos al tórax óseo. Este se encuentra formado por el esternón, doce pares de costillas, doce vértebras torácicas y articulaciones que las conectan. Las principales articulaciones torácicas incluyen los discos intervertebrales, costovertebrales, esternocostales, esternoclaviculares, costochondrales e intercondrales.

Entre dos costillas adyacentes existen espacios denominados espacios intercostales. Son once en total, cada uno contiene a los músculos intercostales (externos, internos e íntimos) junto con el paquete neurovascular intercostal. Este último consiste en la arteria, vena y nervio intercostal.

Además de los músculos intercostales y el diafragma, que son los músculos del tórax más importantes, ya que son responsables por la respiración, hay músculos adicionales involucrados en la formación de la pared torácica.

Éstos incluyen los músculos transversos del tórax, subcostal, elevadores de las costillas, serrato posterior superior y serrato posterior inferior. Hablando de forma general, se insertan en las costillas, sus cartílagos, o vértebras torácicas, descendiendo o elevando las costillas. Además, todos los músculos torácicos proporcionan soporte adicional y fuerza al tórax.

En el tórax también se encuentran órganos vitales y estructuras como el corazón, los pulmones, el timo, la tráquea y el esófago.

Carlos Jacob 6ºA

17/04/24

Suf

SINDROMES PULMONARES

Tipo	Definición	Inspección	Palpación	Percusión	Auscultación	Agregados
Condensación	cambios en el contenido alveolar, normalmente lleno de aire, y cambia por exudado, como: neumonía, tuberculosis o tumores.	La movilidad del hemitórax afectado esta disminuida por estar alterada la ventilación y modificación de las propiedades elásticas del pulmón	hipomovilidad, las vibraciones vocales están aumentadas debido a que la condensación convierte al pulmón en un medio más homogéneo	sonoridad está disminuida o abolida; es decir, no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar; la sonoridad es mate o submate	Ruidos respiratorios aumentados de intensidad y son audibles en la espiración, acompañados de un soplo tubario	Estertores alveolares al final de la inspiración
Atelectasia	existe obstrucción de un bronquio por diversas causas; el aire que queda en los alvéolos que dependen del bronquio es absorbido por la sangre circulante y se produce un colapso pulmonar	disminución del volumen, retracción de los espacios intercostales, hueco supraclavicular o supraesternal e hipomovilidad del lado afectado.	corroborar la disminución de los movimientos respiratorios, las vibraciones vocales están disminuidas o ausentes, a veces el ápex podrá palpase desviado hacia el lado afectado.	mate o submate	abolición de ruidos respiratorios, de la trasmisión de la voz, debido a que los ruidos respiratorios se transmiten a través del árbol bronquial y son amortiguados por la obstrucción.	
Cavitario	hay destrucción del parénquima pulmonar con formación de una cavidad puede aparecer en absceso pulmonar.	disminución de los movimientos respiratorios del lado afectado	corroborar la disminución de los movimientos del tórax del lado afectado.	mate.	Soplo anfórico o soplo cavitario. El sonido es mas grave entre mas grande sea la cavidad.	
Rarefacción	Distención permanente del parénquima pulmonar con atrapamiento de aire y ruptura de las paredes alveolares	Tórax aumentado de volumen en inspiración permanente	Disminución de los movimientos respiratorios y vibraciones vocales disminuidas	hipersonoridad que se corrobora con el atrapamiento de aire como consecuencia de la hiperdistensión pulmonar	ruidos respiratorios disminuidos, trasmisión de la voz disminuida en ambos hemitórax,	

Carlos Jacob

Señal 1.8

Muchas más imágenes que vienen por la sig. No solo IMÁGENES!

ABDOMEN

ANATOMIA

TOPOGRAFÍA DEL ABDOMEN

SIGUEME EN @MEDESTUDIO_

1 HIPOCONDRIO DERECHO
 Límite superior derecho: Escápula y del 5º ar.
 Límite inferior: del 10º ar. derecho.
 Límite posterior: del 12º ar.
 Límite anterior: línea media del esternón.

2 EPIGASTRIO
 Estómago
 Duodeno
 Límite posterior izquierdo: Aorta
 Cálculo del páncreas

3 HIPOCONDRIO IZQUIERDO
 Límite superior: Escápula
 Límite inferior: del 10º ar.
 Límite posterior: del 12º ar. izquierdo.
 Límite anterior: línea media del esternón.

4 FLANCO DERECHO
 Ciego ileocecal
 Hacia inferior: del 10º ar. derecho.
 Hacia del 12º ar. izquierdo.

5 MESOGASTRIO
 Esplén. mayor
 Hémorra. gástrica
 Ciego transverso
 Síndromo de Meckel
 Aorta

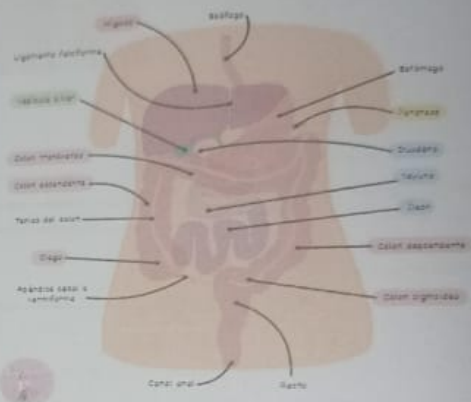
6 FLANCO IZQUIERDO
 Círculo menor del ciego
 Hacia inferior: del 10º ar. izquierdo.
 Hacia del 12º ar. izquierdo.

7 FOSA ILIACA DERECHA
 Ciego
 Apéndice
 Bazo (transverso)
 Ureter derecho
 Ovario derecho
 Córdon espermático derecho
 Trompa uterina derecha

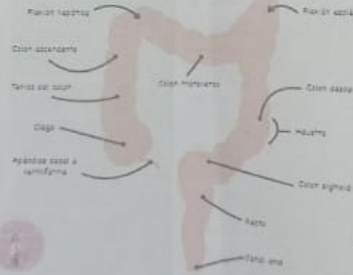
8 HIPOGASTRIO
 Utero
 Vagina

9 FOSA ILIACA IZQUIERDA
 Círculo mayor
 Ureter izquierdo
 Córdon espermático izquierdo
 Trompa uterina izquierda

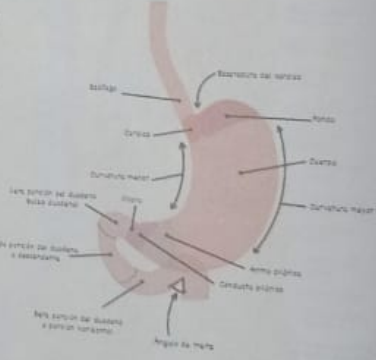
Distribución anatómica



Intestino grueso



Estómago y duodeno



Laparoscopia

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término cirugía de mínima invasión es relativamente reciente, pero los antecedentes de los componentes tienen casi 100 años de antigüedad. Lo que se considera la variante más reciente y más aceptada de MIS es de hecho la más antigua. En 1901, Kelling realizó por primera vez una laparoscopia primitiva, colocando un cistoscopio en el abdomen inflado.

La iluminación del abdomen requería de elementos con alta temperatura en la punta del endoscopio y era peligroso. A finales del decenio de 1950 Hopkins describió las lentes cilíndricas, un método para transmitir la luz a través de barras sólidas de cuarzo sin transmisión de calor y con poca pérdida de la luz. Por las mismas fechas se descubrieron fibras de cuarzo delgadas que eran capaces de atrapar la luz de manera interna y conducirla a través de esquinas, lo que abrió el campo para la fibra óptica y permitió el rápido desarrollo de los endoscopios flexibles.

Laparoscopia

La característica singular de la cirugía laparoscópica es la necesidad de elevar la pared abdominal para separarla de los órganos abdominales. Se diseñaron dos métodos para lograr esto. El primero, utilizado por la mayoría de los cirujanos, es el neumoperitoneo.

Desde los inicios del siglo xx, fue posible la visualización intraperitoneal al inflar la cavidad abdominal con aire, utilizando una perilla de esfigmomanómetro.

El problema con el empleo de aire para inflar el abdomen es que el nitrógeno es poco soluble en sangre y se absorbe con lentitud a través de las superficies peritoneales.

Se cree que el neumoperitoneo con aire es más doloroso que el inducido con óxido nitroso (N₂O), pero es menos doloroso que el inducido con dióxido de carbono (CO₂).

El N₂O tiene la ventaja de ser inerte desde el punto de vista fisiológico y de absorberse con rapidez.

En pacientes con función respiratoria normal, esto no es difícil; el anestesiólogo incrementa la frecuencia respiratoria o la capacidad vital en el ventilador. Si la frecuencia respiratoria necesaria excede respiraciones por minuto (rpm), existe un intercambio gaseoso menos eficiente y se incrementa la hipercarbia. Por el contrario, si se incrementa la capacidad vital de manera sustancial, existe la mayor posibilidad de barotrauma y mayor desplazamiento durante la respiración, lo que afecta el campo quirúrgico en la porción superior del abdomen.

La hipercarbia también causa taquicardia e incremento de las resistencias vasculares sistémicas, lo que aumenta la presión arterial y la demanda de oxígeno miocárdico.

En individuos con hipovolemia, la presión excesiva sobre la vena cava inferior y la posición de Trendelenburg invertida con pérdida del tono muscular de las extremidades inferiores puede causar disminución del retorno venoso y del gasto cardíaco.

APENDICITIS AGUDA

Epidemiología

El riesgo de que se presente apendicitis en el curso de la vida es de 8.6% para los varones y de 6.7% para las mujeres.

Patogenia

La obstrucción proximal de la luz apendicular produce una obstrucción de asa cerrada, y la secreción normal continuada por la mucosa apendicular rápidamente produce distensión. La distensión del apéndice estimula las terminaciones nerviosas de las fibras viscerales aferentes estiradas y produce un dolor vago, sordo, difuso en la parte media del abdomen o en la porción baja del epigastrio. La distensión aumenta por la secreción continuada de la mucosa y la multiplicación rápida de las bacterias residentes del apéndice. Esto ocasiona náusea refleja y vómito, y aumenta el dolor visceral. A medida que aumenta la presión en el órgano, se sobrepasa la presión venosa. Los capilares y las vénulas son ocluidos mientras continúa la afluencia de sangre arterial, lo que produce ingurgitación y congestión vascular. El proceso inflamatorio pronto afecta a la serosa del apéndice y a su vez al peritoneo parietal. Esto produce el cambio característico del dolor hacia la fosa iliaca derecha. La mucosa del apéndice es susceptible a la alteración de la irrigación sanguínea.

Síntomas.

La apendicitis por lo general inicia con dolor periumbilical y difuso que tarde o temprano se circunscribe a la fosa iliaca derecha. Aunque el dolor en la fosa iliaca derecha es uno de los signos más sensibles de apendicitis, el dolor en una ubicación atípica o el dolor mínimo a menudo será la manifestación inicial.

La apendicitis también se acompaña de síntomas del tubo digestivo como náusea, vómito, y anorexia.

Tratamiento

Apendicitis no complicada; tratamiento quirúrgico frente a no quirúrgico.

En pacientes con apendicitis no complicada, el tratamiento quirúrgico ha sido el estándar desde que McBurney comunicó sus experiencias. El concepto de tratamiento no quirúrgico de apendicitis no complicada se desarrolló a partir de dos vertientes de observaciones.

Apendicitis no complicada: apendicectomía con urgencia

Relativa frente a urgente. De forma tradicional, la apendicitis se ha considerado una urgencia quirúrgica; una vez diagnosticado, el paciente se llevaba de manera urgente al quirófano para tratamiento quirúrgico.

En tres estudios retrospectivos se valoró la utilidad de la cirugía con urgencia relativa o urgente por una apendicitis no complicada; el grupo urgente tuvo un tiempo desde la presentación hasta el quirófano < 12 h; en tanto que el grupo con urgencia relativa tuvo un tiempo desde la presentación hasta el quirófano de 12 a 24 h

CATETERISMO

¿Qué es un catéter?

Tubo, generalmente largo, delgado y flexible, de diferentes materiales (goma, plástico, metal, etc.), que se usa en medicina y cirugía con finalidad terapéutica o diagnóstica; se introduce en un conducto, vaso sanguíneo, órgano o cavidad para explorarlo, ensancharlo, desobstruirlo, evaluarlo o inyectarle líquido.

¿Para que sirve?

→Es una sonda que se utiliza como guía, para que otro instrumento o sustancia pase por un canal, o extraiga algún fluido.

→Se utiliza frecuente mente para drenar líquidos, inyectar medicación o como medio de introducción de otros elementos dilatando la zona y canalizándola, o de extracción de sangre , orina u otros fluidos corporales o para efectuar un diagnóstico

→La canalización de un acceso vascular (vena o arteria) consiste en la introducción de un catéter en su interior

ACCESOS VASCULARES VENOSOS

Procedimientos mediante los cuales **se comunica la superficie de una vena con el exterior**. Esto se logra mediante un catéter, que genéricamente recibe el nombre de catéter periférico.

Los accesos venosos **se realizan para administrar fármacos o suero**, de manera continua o discontinua. También para tomar una muestra de sangre, hacer transfusión de hemoderivados o tener acceso inmediato a las venas en caso de urgencia.

-Catéter venoso periférico

- Aquella cuya canalización se realiza a través de una vena periférica (radial, cubital, cefálica, yugular externa).
- Pueden ser de longitud corta, media o larga, y de calibre variable. En general, el calibre de los catéteres periféricos se mide en Gauges o “calibre”; su valor es inversamente proporcional al grosor de la aguja.
- Permiten, a través de una técnica sencilla y relativamente poco cruenta, un acceso venoso de forma rápida
- Se usa más en venas del brazo
- Es el catéter más utilizado
- Produce escasas complicaciones infecciosas
- Clasificación

Referencias

Abel Archundia © 2014 *Cirugía 1. Educación quirúrgica, 5e Quinta edición*
McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Schwartz's Principles of Surgery
Copyright © 2015 by McGraw-Hill Education

Díaz Águila, A. H. (n.d.). *Medicina Intensiva y Emergencias*. Intramed.net.
Retrieved April 29, 2024, from
https://www.intramed.net/userfiles/ebook/Manual_medicina_intensiva.pdf

