

MATERIA:

CLINICA QUIRURGICA

NOMBRE DEL TRABAJO:

“Resumen U2 QX”

ALUMNA:

Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: “A”

GRADO: “6”

PASIÓN POR EDUCAR

DOCENTE:

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solis

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de mayo de 2024

Suey

SINDROME	DEFINICION	INSPECCION	PALPACION	PERCUSION	AUSCULTACION
CONDENSACION <ul style="list-style-type: none"> • Neumonía • Tuberculosis • TB • Absceso • IAM 	Cambio en el contenido alveolar, que sustituye el aire por otro contenido: <ul style="list-style-type: none"> - Exudado - Fibrina - Células 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ Movimientos respiratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ Vibraciones vocales • ↓ Amplexión y apexación 	Matez o submate	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ Ruidos respiratorios • Sopro bronquial o tubarico • Estertores crepitaciones localizadas • Pectoriloquia atofia • Ausencia de ruidos respiratorios • ↓ Trasmisión de la voz
ATELECTASIA <ul style="list-style-type: none"> • Cirugia • Fibrosis q. • Tumores • Lesiones 	Causado por una obstrucción bronquial. El aire es obstruido por la sangre circulante, causando un colapso alveolar.	<ul style="list-style-type: none"> • Retracción de hermitórax • ↓ Volumen • ↓ Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Vibraciones vocales abolidas • ↓ Amplexión y apexación en hermitorax afectado 	Mate o submate	<ul style="list-style-type: none"> • Sopro cavitario
CAVITACION <ul style="list-style-type: none"> • Absceso • Pulmonar • Tuberculosis • Bullas por destrucción del parénquima 	Destrucción del parénquima bronquial Y la formación de una cavidad	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ Movilidad del lado afectado. 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ Amplexión y apexación • ↑ Fremito vocal • ↓ Vibraciones vocales 	Hiperclaridad localizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Sopro cavitario
RAREFACCION <ul style="list-style-type: none"> • Enfisema pulmonar • Tórax en tonel 	Distención permanente de los alveolos, con atrapamiento de aire y ruptura de las paredes alveolares.	<ul style="list-style-type: none"> • Costilla horizontalizadas • Movilidad o ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos de espiración e inspiración serán disminuidos de 1 a 2 cm. ↓ Vibraciones vocales. 	Hipersonoridad línea de mouriquand descendida	<ul style="list-style-type: none"> • Estertores rocantes o sibilantes

Suef 2

TORAX

La pared torácica está formada por la caja torácica y los músculos que se extienden entre las costillas, así como por la piel, el tejido subcutáneo, los músculos y las fascias que cubren su cara anterolateral. Las mismas estructuras que cubren su cara posterior se consideran pertenecientes al dorso. Las glándulas mamarias de las mamas se localizan dentro del tejido subcutáneo de la pared torácica.

La forma abovedada de la caja torácica le proporciona una rigidez notable, considerando el escaso peso de sus componentes, lo que permite:

- Proteger los órganos vitales del tórax y del abdomen (la mayor parte contienen aire o líquido) frente a las fuerzas del exterior.
- Resistir las presiones negativas internas (subatmosféricas) que se generan por el retroceso elástico de los pulmones y por los movimientos de inspiración.
- Proporcionar inserción para los miembros superiores y sostener su peso.
- Proporcionar inserción (origen) a muchos de los músculos que mantienen la posición de los miembros superiores en relación con el tronco, así como a los músculos del abdomen, el cuello, el dorso y la respiración.

ESQUELETO DE LA PARED TORÁCICA

El esqueleto del tórax forma la caja torácica osteocartilaginosa, que protege las vísceras torácicas y algunos órganos abdominales. El esqueleto del tórax incluye 12 pares de costillas y los cartílagos costales asociados, 12 vértebras torácicas con los discos intervertebrales interpuestos entre ellas, y el esternón. Las costillas y los cartílagos costales forman la mayor parte de la caja torácica; ambos se identifican numéricamente, desde el más superior (1.ª costilla o cartílago costal) hasta el más inferior (12.ª).

Las costillas son huesos planos y curvos que constituyen la mayor parte de la caja torácica.

Cada costilla posee un interior esponjoso que contiene la médula ósea (tejido hematopoyético), productora de células sanguíneas.

Hay tres tipos de costillas que pueden clasificarse como típicas o atípicas:

1. Las costillas verdaderas (vertebrocostales, 1.ª a 7.ª costillas) se unen directamente al esternón mediante sus propios cartílagos costales.
2. Las costillas falsas (vertebrocondrales, las costillas 8.ª, 9.ª y normalmente la 10.ª) tienen cartílagos que se unen al de la costilla inmediatamente superior a ella; de este modo, su conexión con el esternón es indirecta.
3. Las costillas flotantes (libres, costillas 11.ª, 12.ª y a veces la 10.ª) tienen cartílagos rudimentarios que nunca conectan, ni directa ni indirectamente, con el esternón; por el contrario, terminan en la musculatura posterior del abdomen.

Los cartílagos costales prolongan las costillas anteriormente y contribuyen a la elasticidad de la pared torácica, proporcionando una inserción flexible para sus terminaciones anteriores (extremos).

Los espacios intercostales separan las costillas y sus cartílagos costales entre sí. Los espacios se denominan de acuerdo con la costilla que forma el borde superior del espacio—por ejemplo, el 4.º

*Wesley 2-0
Menciona para
que utilicemos
cada misión.*

→ANATOMIA ABDOMINAL

Es la parte del tronco situada entre el tórax y la pelvis. Se trata de un receptáculo flexible y dinámico que alberga la mayoría de los órganos del sistema digestivo y parte del sistema urogenital. La contención de los órganos abdominales y su contenido se lleva a cabo mediante paredes musculoponeuróticas anterolateralmente, el diafragma superiormente, y los músculos de la pelvis inferiormente.

Las paredes abdominales musculoponeuróticas no sólo se contraen, para aumentar la presión intraabdominal, sino que también se distienden considerablemente para dar cabida a las expansiones provocadas por la ingestión, el embarazo, la acumulación de grasa o las enfermedades.

La pared anterolateral del abdomen y varios órganos situados en la pared posterior están recubiertos en sus caras internas por una membrana serosa o peritoneo (serosa) que se refleja (gira abruptamente y continúa) sobre las vísceras abdominales como el estómago, el intestino, el hígado y el bazo. De este modo, se forma un saco o espacio virtual revestido (cavidad peritoneal) entre las paredes y las vísceras, que normalmente sólo contiene líquido extracelular (parietal) en cantidad suficiente para lubricar la membrana que cubre las superficies de las estructuras que forman u ocupan la cavidad abdominal. Las vísceras pueden moverse libremente durante la digestión, y las reflexiones bilaminares del peritoneo que pasan entre las paredes y las vísceras permiten el paso de los vasos sanguíneos, los linfáticos y los nervios. También pueden encontrarse cantidades variables de grasa entre las paredes y las vísceras y el peritoneo que las recubre.

Para describir la localización de los órganos, zonas dolorosas o patologías abdominales, se divide la cavidad abdominal en nueve zonas. Estas regiones están delimitadas por cuatro planos: dos planos sagitales (medioclaviculares) y dos transversales (plano subcostal y plano interbecular- tubérculos oílicos). Estos dos planos tienen la ventaja de cruzar estructuras palpables. Los 4 cuadrantes divididos por el plano medio y el plano transumbilical.

Músculos anterolaterales:

- Forman un soporte firme y dilatante para la pared anterolateral del abdomen.
- Sostienen las vísceras abdominales y las protegen contra la mayoría de las lesiones.
- Comprimen el contenido abdominal para mantener o aumentar la presión intraabdominal, oponiéndose al diafragma (el aumento de la presión intraabdominal facilita la expulsión).
- Mueven el tronco y ayudan a mantener la postura

Cuadrantes Abdominales

