

PERIODO PRE-OPERATORIO

1. ¿qué es el periodo preoperatorio?

Lapso transcurrido desde que se toma la decisión de practicar la operación hasta su realización.

2. Objetivo del pre-operatorio

Llevar al paciente en óptimas condiciones para la cirugía

3. ¿Qué exámenes de laboratorio se le realiza a un px que será intervenido quirúrgicamente?

- **Hematología completa:** Hemoglobina, Hematocrito, Plaquetas, Fórmula y cuenta blanca, Glóbulos rojos, Frotis de sangre periférica, Grupo sanguíneo.

1. Hemoglobina:

Valor normal: Mujeres: 12 a 14 gr/dl. Hombres: 13 a 16 gr/dl.

Indica: Estado de Nutrición e Hidratación.

Valor mínimo aceptado en Cirugía Electiva: 10gr/dl. Menor de 10gr/dl: dificultad en la conducción del impulso nervioso por las fibras de purkinje en el corazón.

Pacientes con Anemia: Transporte de O₂ Disminuido.

Elevadas cifras de hemoglobinas: predisposición a formación de coágulos. Riesgo: formación de émbolos, compromiso de riego sanguíneo en órganos nobles: cerebro, corazón y pulmón.

2. Hematocrito:

Valor normal: Mujer (36%). Hombre (42%).

Mide: relación entre cantidad de hematíes y volumen sanguíneo total.

Importancia: cantidad de GR, evaluación de la oxigenación sanguínea, grado de deshidratación y nutrición. Parámetro utilizado para instaurar hidratación al paciente.

3. Fórmula y Cuenta Blanca:

Valor Normal Leucocitos: 4000 a 10000/mm³.

Tipos: Neutrófilos 62%. Linfocitos 30%. Monocitos 5.3%. Basófilos 0.4%. Eosinófilos 2%.

Mide: cantidad de GB en volumen sanguíneo.

Leucocitosis: Posibilidad de infección.

Leucopenia: grado inmunológico bajo, predisposición a sufrir infecciones.

4. Plaquetas:

Valor normal: 150000 a 400000/mm³

Función: tapón plaquetario, necesario para reparación de la pared del vaso sanguíneo. Valoración de hemostasia del paciente.

Importante: buenas condiciones, evitar pérdida de sangre y complicación con shock hipovolémico.

5. Grupo sanguíneo y Factor Rh:

Información del tipo de sangre en caso de transfusión sanguínea durante la intervención quirúrgica.

- **Química sanguínea:** Glicemia, creatinina, urea.
 1. **Glicemia:** VN: 70-110mg/dl. Diabetes, uso terapéutico de glucosa: complicación con coma hiperglucémico.
 2. **Creatinina:** VN: 0.4-1.2mg/dl. Evaluación del funcionamiento Renal. Manejo de volúmenes de medicamentos nefrotóxicos en el paciente.
 3. **Urea:** VN: 15-30mg/dl. Funcionamiento renal. Incrementos, dan Dx de insuficiencia renal, patología a tener en cuenta por manejo de volúmenes y excreción metabólicos.
- **Tiempo de coagulación:** tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinogeno

1. **Tiempo de protombina:** VN: 10-20seg. Indicación de protombina en la sangre. Utilidad: monitorización y control de terapéutica anticoagulante. Prueba funcional hepática. Lapso de tiempo necesario para formación del coagulo por vía extrínseca.
2. **Tiempo Parcial de Tromboplastina:** VN: inferior a 1 min. Detección de defectos de la coagulación del sist. intrínseco. Valoración de capacidad de reparación y hemostasia.

□ **Serología:** VDRL (y HIV

□ **Examen de orina y heces**

1. **Uroanálisis:** descarte de patología urinaria. Estudio de proteínas excretadas por vía renal.
2. **Examen de orina.** Macroscópico: color, aspecto. Microscópico: Bacterias, Leucocitos, eritrocitos, células epiteliales, cilindros, cristales.
3. **Coproanálisis:** parasitosis a nivel del tracto gastrointestinal. Dx de patologías. Macroscópicos: Color, consistencia, olor, moco y sangre. Químicos: sangre oculta, albúmina disuelta, pH, pigmentos biliares, restos alimenticios, esteatorrea. Examen Bacteriológico y parasitológico.

□ **Pruebas de función hepática:** bilirrubina total y directa, transaminasas, albumina y proteína total.

□ **RX de tórax.** Px. Mayor de 30 años. Patologías respiratorias, complicaciones, antecedentes. Valoración de la función cardiovascular.

□ **Electrocardiograma:** Px. mayor de 30 años. Evaluación y estimación de riesgo cardiovascular. Anormalidades que interfieran con el éxito de la cirugía.

□ **Evaluación neumonológica:** gases arteriales.

4.¿Cuáles son los reactantes de fase aguda?

R. PCR (Proteína C Reactiva), VCG (Velocidad de Sedimentación Glomerular)

5. Factores de Riesgo Quirurgico

Clasificación del Paciente Quirúrgico según la ASA.		
ASA	Característica	Tasa de Mortalidad
ASA I	Paciente Normal, Sano.	0.06-0.08
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve o moderada	0.19-0.47
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica severa que no es incapacitante	1.1-1.8
ASA IV	Paciente con enfermedad incapacitante que amenaza vida y no siempre se corrige con cirugía.	7.6-23.5
ASA V	Paciente en extrema gravedad, moribundo que no se espera sobreviva 24 hrs. con o sin cirugía.	9.4-50.8

6.Preparación del paciente

Preparación psicológica y la tranquilizar al paciente comienza con el contacto inicial con el cirujano.
 Ayuno aproximado de 12 horas
 Preparación de la piel (Rasurarse)
 Enema
 Aseo (baño, retirar esmaltes de uñas, etc)
 Administrar medicamentos si están prescritos
 Descanso
 Administrar protocolos de profilaxis antibiótica e insulínica si está prescrito
 Transfusiones
 Sonda nasogástrica
 Catéter vesical
 Acceso venoso y vigilancia de la hemodinamia
 Hidratación preoperatoria

7. Soluciones

Soluciones	Electrolitos meq/1ts	Calorías Kcal./ts.	Osmolaridad mosm./ts.	Ph	indicaciones
Dextrosa al 5% Sol. glucosada)		170	252	3-5 -6	Corrección de hipoglicemia y cetosis. Aporte calórico
Dextrosa al 10% Sol. glucosada hipertónica		340	504	3-5 -6	Corrección de hipoglicemia nutrición parenteral
Dextrosa al 50% Sol. hipertónica		1700	2520	3-5 -6	Corrección de hipoglicemia nutrición parenteral
Cloruro de sodio al 0.9% Sol. fisiológica	Cl=154 Na=154		300	4-5 -7	Corrección del EEC hiponatremia, shock hipovolémico
Cloruro de sodio + Dext. Al 5 %	Cl=177 Na=177	170	400	3-5 -6	Deshidratación hiponatremia - hipovolemia mantenimiento
Cloruro de sodio al 3%	Cl=513 Na=513		1026	4-5 -7	Corrección de hiponatremia hipotónica
Dextrosa al 5% en Sol. Isotónica de cloruro de sodio	Cl=154 Na=154	170	560	3-5 -6	Expansión de volumen
Ringer Lactato Sol. De Harimann	Cl=109 Na=130 K=4 Ca=3 Lactato=20		274	6-7	Shock hipovolémico

8. Diferencia entre urgencia y emergencia

Urgencia: debe recibir atención médica pero puede esperar

Emergencia: se debe actuar inmediatamente.

PERIODO TRANS-OPERATORIO

1. ¿qué es el periodo transoperatorio?

Período de tiempo en el cual transcurre el acto quirúrgico.

2. Objetivo del periodo transoperatorio

Es donde ocurre el acto quirúrgico, y en el que se efectúa una serie de cuidados y controles, que tienen como finalidad mantener al px en un estado lo más cercano posible a la homeostasis.

3.Tres áreas de la zona negra

Sala de reuniones y vestuario, área de faena sucia, baño, oficina de enfermeras

4.Tres áreas de la zona gris

Área de lavado quirúrgico. Central de equipos. Cuarto de anestesia. Sala de Recuperación. Cuarto de Rayos x. Debe comunicar un pasillo con el laboratorio de análisis clínico, al banco de sangre y al servicio de anatomía patológica.

5.Área de la zona blanca

Quirófano

6.Elementos y equipos

MESA DE OPERACIONES

MESA AUXILIAR O DE RIÑÓN

MESA DE MAYO

CUBETA DE PATADA

TRIPIÉ O TRÍPODE

LÁMPARA QUIRÚRGICA

BANCOS DE REPOSO

BANCOS DE ALTURA

LA MÁQUINA DE ANESTESIA

UNIDAD DE ELECTROCAUTERIO

MONITORES

EQUIPO DE ASPIRACIÓN

UNIDAD DE RAYOS X

7.Componentes del equipo quirúrgico

Equipo Humano:

Equipo Estéril:

Cirujano

Ayudante del cirujano:

-Primer ayudante

-Segundo ayudante

Enfermera o técnica instrumentista.

Equipo no Estéril:

Anestesiólogo

Enfermera circulante

Otros (técnicos, estudiantes, etc.):

Equipo no Humano: Mesa de operaciones. Mesa circular. Mesa de mayo. Instrumentos quirúrgicos.

8.Campo estéril

Consta de:

Se colocan cuatro campos alrededor del sitio quirúrgico inmediato, al cual se denomina **encuadramiento del área de la incisión**, los campos son asegurados con las pinzas Backhaus (piel y campo).

Posteriormente se coloca la sábana simple o menor, la cual puede ir colocada en la parte inferior o superior de la incisión.

Finalmente se coloca la sábana fenestrada (con hendidura) cuya abertura se centra en el sitio de la incisión.

Existen campos autoadhesivos a la piel, los cuales se incide cortando a través de la capa de plástico adhesiva.

9. Diéresis

Tiempo quirúrgico por medio del cual, se dividen los tejidos duros y blandos abriendo camino para alcanzar el objetivo de la intervención.

10. Instrumentos de Diéresis

Bisturí

Electrobisturí

Tijeras: Tijera de disección, Tijera de Mayo, Tijera de Metzembaum

Pinza de Ferguson

Costótomo de Gluck

Sierras: Gigli, Amputación

11. Hemostasia

Tiempo quirúrgico en el que se detienen procesos hemorrágicos_→ detener la salida de sangre desde los vasos que se rompen.

12. Instrumentos de Hemostasia

Kocher

Crille

Halsted o mosquito

Kelly

Pean

Hartmann

13. Exposición (separación, aspiración, tracción)

Es la maniobra destinada a la retracción de estructuras (tejidos u órganos) en un sentido tal que se puedan exponer los planos subyacentes y de esta manera dar claridad, calidad, simplicidad y seguridad a todas las maniobras realizadas por el cirujano.

14. Instrumentos de separación:

Valvas maleables

Separadores:

Harman

Automáticos

Farabeuf

Valva de Doyen

Senn

Volkman

Richardson

Finochietto

Gosset

Balfour

Tracción:

Pinza de Kocher, Babcock, Allis, Clamp de Glassman, Jones

15. Disección

Tiempo quirúrgico que consiste en separar metódicamente estructuras anatómicas.

16. Instrumentos para Disección

Curetas de Thomas y Recamier

Sondas acanaladas de Doyen, Nelaton y Stack

Pinzas de disección:

- Pinzas de disección con dientes
- Pinzas de disección sin dientes
- Pinzas de Allis
- Pinzas de Babcock

17. Síntesis

Tiempo quirúrgico en el que el cirujano para reparar las soluciones de continuidad de los tejidos ya sean de origen quirúrgico o traumático.

18. Instrumentos de Síntesis

- Porta-agujas de Mayo-Hegar
- Agujas quirúrgicas
- Hilos
- Clips
- Engrapadoras
- Bandas adhesivas para piel
- Pinzas de disección

19. ¿Cuánto tiempo dura el lavado de manos?

5- 10 minutos

PERIODO POST-OPERATORIO

1. Periodos

Post-operatorio inmediato: Comprende las primeras 24 horas.

Post-operatorio mediano: Comprende del segundo al séptimo día.

Post-operatorio tardío: Después del séptimo día hasta su recuperación total.

2. Complicaciones del Post-operatorio Inmediato

Hemodinámicas:

- Dolor (taquicardia, hipertensión)
- Hemorragias (shock hipovolémico, mala ligadura de vasos sanguíneos seccionados)

Respiratorias:

- Atelectasia
- Neumonitis por aspiración

Desequilibrio hidroelectrolítico

- hipopotasemia: Potasio menor a 3,5 mEq/l Debilidad muscular y alteraciones mentales. Depleción de K+ gastrointestinal: Aspiración nasogástrica. Obstrucción intestinal, diarreas. Fístulas gastrointestinales. Depleción de K+ renal: Tratamiento con diuréticos.

-hiperpotasemia: Potasio mayor a 5,5 mEq/l. Cardíacas: en el ECG ondas T altas y picudas, aplanamiento progresivo de la onda P con alargamiento del PR, QRS ensanchado. Gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas.

-hiponatremia: Potasio mayor a 5,5 mEq/l. Cardíacas: en el ECG ondas T altas y picudas, aplanamiento progresivo de la onda P con alargamiento del PR, QRS ensanchado. Gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas.

Fiebre

Tromboembolismo

3. Complicaciones del Post-operatorio Mediano

Absceso de pared

Seroma

Infección de la herida quirúrgica

Fiebre
 Sepsis
 Neumonía
 Embolismo pulmonar
 Flebitis y tromboflebitis
 Distensión abdominal
 Disfunción hepática post-operatoria
 Infección urinaria
 Oliguria

4. Complicaciones del Post-operatorio Tardío

Dehiscencia de la herida
 Hematomas
 Cicatrices hipertróficas
 Eventración
 Queloides

SUTURAS Y NUDOS

1. Clasificación de las suturas

□ Por su origen los hilos de sutura se pueden clasificar en:

Naturales

- Origen animal: seda.
- Vegetal: lino, algodón.
- Mineral: Acero, titanio.

Sintéticos: poliamida, polietileno

□ Por su permanencia en el organismo:

Reabsorbibles: ácido poliglicólico, poliglactin 910, polidioxanona

No reabsorbibles: seda, lino, poliamidas, poliésteres, polipropileno, polietileno

□ Por su acabado: **mono o multifilamento.**

□ Por su estructura:

Traumáticos: hay que enhebrar la aguja con el hilo (prácticamente ya no se utilizan).

Atraumáticos: La aguja viene incorporada al hilo.

Hilo	Origen	P. en el Organismo	Acabado	Usos	Observación
CATGUT	Natural (animal)	Reabsorbible	Monofilamento	Se emplea en tejidos que cicatrizan rápidamente	Poca fuerza tensil ↑reacción tisular
POLIGLACTIN 910 (VICRYL)	Sintético	Reabsorbible	Multifilamento recubierto	Aponeurosis, peritoneo, estomago, intestino, vesícula y vías biliares, ligaduras de cavidad oral y ginecológica	
ACIDO POLIGLICOLICO (DEXON)	Sintético	Reabsorbible	Multifilamento recubierto	Aponeurosis, peritoneo, estomago, intestino, vesícula y vías biliares, ligaduras de cavidad oral y ginecológica	↑fuerza tensil ↓reacción tisular

POLIDIOXANONA (PDS)	Sintético	Reabsorbible	Monofilamento	Suturas que requieran más resistencia o en oftalmología por su flexibilidad	70% de fuerza tensil
SEDA	Natural (animal)	No absorbible	Multifilamento trenzado	Piel, anastomosis vasculares, arteriotomias, ligaduras, cerebro, oftalmología y aparato digestivo	↓ fuerza tensil ↑ reacción tisular y bacteriana
NYLON	Sintético	No absorbible	Monofilamento	Piel superficial, aponeurosis, sujeción de la pared abdominal, ligamento capsular y sutura tendinosa	↑ fuerza tensil ↓ reacción tisular ↓ costo Gran memoria
LINO	Natural (vegetal)	No absorbible	Multifilamento torcido	Sutura de piel gástrica	↑ mayor resistencia sobre todo húmedo No posee un diámetro homogéneo
POLIPROPILENO (PROLENE)	Sintético	No absorbible	Monofilamento	(intradérmicas) piel, reparación de fascias, malla de refuerzo de hernias y eventraciones	↓ reacción tisular ↑ fuerza tensil Mucha memoria
POLIESTER	Sintético	No absorbible	Multifilamento trenzado	Cirugía general, ortopedia, neurología y cardiovascular	> elasticidad que el polipropileno No pierde fuerza tensil Costos Se quiebra después del nudo
ALGODÓN	Natural (vegetal)	No absorbible	Multifilamento torcido	Se utiliza en casi todos los tejidos	↓ fuerza tensil
ACERO	Natural (mineral)	No absorbible	Monofilamento	Se usa en tendones, pared abdominal	No produce reacción histica ↑ resistencia al ataque químico Difícil manejo

2. Suturas de elección en herida infectada:

Monofilamento y no absorbible o de muy lenta absorción

3. Clasificación de las heridas (Altemeyer)

Limpias <2%

Limpias contaminadas 5-10%

Contaminadas 10-20%

Sucias e infectadas >20%

4. Nombre 3 tipos de material sintético de sutura

Poliglactin 910, dioxanona, nylon

5. Nombre 3 tipos de material natural de sutura

Algodón, lino, seda

6. Tipos de Suturas

Suturas Discontinuas:

- punto simple
- colchonero horizontal
- colchonero vertical
- punto simple inversor
- punto en cruz

Suturas Continuas:

- punto simple continuo
- intradermico
- sutura de jareta
- sutura Lembert
- sutura Connell
- sutura Cushing

7. Hilos de sutura y agujas para los diferentes tejidos:

□ Sutura de piel

Agujas curvas 3/8, o rectas.

Punta triangular, en el caso de pieles muy friables se usan puntas cilíndricas.

Hilos no absorbibles: algodón, seda, nailon, polipropileno.

□ Sutura de tejido celular subcutáneo (grasa)

Puede dejarse sin coser cuando es muy fino, o cuando los bordes de la herida afrontan correctamente a pesar de su grosor.

Como norma general es preferible aplicar el menor número de suturas posibles.

Agujas triangulares de medio círculo.

Hilo de Dexon o Vycril.

□ Sutura de aponeurosis

Agujas triangulares de _ círculo.

Seda, poliéster monofilamento y trenzado, nailon monofilamento y ácido poliglicólico.

Grosos: 0, 00 o 000.

□ Sutura de músculos

Agujas fuertes, de semicírculo y triangulares.

Vycril: 0, 1 o 2. En músculos seccionados transversalmente, mejor usar seda.

Técnicas especiales para no desgarrar el músculo.

□ Sutura de vasos

Punta cónica.

Curvatura de 3/8.

Prolene, o Nailon mejor que seda, por su mejor deslizamiento y menor orificio

Vasos finos 6-7-8/0. Vasos gruesos 4-5/0.

Sin tensión por riesgo de desgarro.

8. Características de la sutura

Calibre: diámetro del material de sutura

Fuerza tensil: fuerza que el hilo de sutura puede soportar antes de romperse al ser anudado

Capilaridad: permite el paso de los líquidos tisulares a lo largo de la línea de sutura

Memoria: tendencia de volver a su estado original

Plasticidad: retener su nueva forma después de ser sometida a tensión

Reacción tisular

Manipuleo o flexibilidad

Extensibilidad o elasticidad

9. Características de una sutura ideal (Mohynihan 1912)

Estéril

Elevada resistencia a la tracción

Flexible

Pequeño calibre

Atraumática

No debe ser tóxica o alérgica

Mantener sus propiedades en el tiempo

Debe prevenir la formación de dehiscencias, cavidades, huecos y hernias incisionales.

Eficiente

Resultados predecibles

Económica

DRENAJES

1. ¿Qué es un drenaje?

Los drenajes son tubos u otros elementos que ayudan a evacuar líquidos o gases acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos. Sistema de eliminación o evacuación de colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas, desde los diferentes órganos y/o tejidos al exterior.

2. Clasificación de los drenajes

Mecanismo de acción: abierto, simple, pasivo y cerrado, activo o de succión

Finalidad: terapéuticos y profilácticos

Mixtos: cigarrillo, corola, mikolika y pasman

Extensión: selectivo o limitado y amplio

Numero: único o amplio

Material empleado: simple o mixto

Según su sitio de acción: recesos producidos por la operación y cavidades naturales.

3. Drenes Pasivos

Por capilaridad: filiforme, con gasas, en cigarrillo, penrose, tubos de goma.

Por gravedad: tubo T o Ker, pleural simple.

4. Drenes Activos

Aspirativos: Jackson-Pratt, Redon, Vacu-drain, Pleur-evac

5. ¿Cuándo se retiran?

Cuando el objetivo por el cual se colocó se cumplió.

6. Usos

Intervención	Motivo	Tipo de dren	Sitio de colocación
Cavidad de un absceso	Favorecer el colapso y cicatrización de sus paredes, de la profundidad a la superficie.	Penrose, tubos y sondas.	Dentro de la cavidad.

Intervenciones de cuello (disección de cuello, tiroidectomía).	Recoger escapes de sangre, visualizar sangrado.	Hemovac. Penrose.	Cuello.
Intervenciones menores y mayores de la mama.	Recoger escapes de sangre, visualizar sangrado.	Penrose. Hemovac.	Mama.
Oclusión insegura de una viscera hueca. a) Después de una gastrectomía. b) Resección rectal anterior baja.	Evitar la fuga de aquellas anastomosis por su tamaño, tensión, aporte sanguíneo deficiente e infección.	Penrose.	Cerca de las anastomosis.
Escapes previstos. a) Colectectomía. b) Cirugía pancreática.	Para recoger los escapes de bilis y jugo pancreático, visualizar sangramiento.	Hemovac. Penrose. Sondas.	Hiato de Winslow. Transcavidad de los epiplones.
Descompresión del aparato digestivo. a) Colédoco. b) Duodeno.	Para evitar la insuficiencia temporal de la ampolla de Váter que puede producir un aumento de la presión intracoledocal. Cuando se trata de un cierre difícil de muñón duodenal.	Tubo de Kehr. Penrose y sonda.	Intracoledociano. Adyacente al duodeno o intraduodenal.
Intervenciones abdominales (laparotomías). Traumatismos abdominales.	Para recoger líquidos y restos tisulares, así como cuerpos extraños inadvertidos que favorecen la formación de abscesos.	Penrose, sondas y tubos.	Correderas parietocólicas y fondo de saco de Douglas o vesicorectal.
Cirugía radical para carcinoma.	Para recoger la linfa y sangre durante varios días después de la operación.	Sondas con perforaciones múltiples. Hemovac.	En el interior de la herida, conectada a un sistema de inspiración.
Cirugías urológicas.	Recoger escapes de sangre, visualizar sangrado.	Penrose.	Vejiga, escroto, etc.

7. ¿Dónde se realiza la toracotomía de drenaje?

En el segundo espacio intercostal por el borde superior de la 3ra costilla. Siguiendo la línea axilar media (ojo revisar)

8. Dren en una toracocentesis

Toracocentesis es punción qx de pared torácica para evacuar por aspiración líquido acumulado en cavidad pleural. Se realiza en línea axilar media entre 6to y 8vo espacio intercostal.

9. Ejemplo de dren filiforme

Haz de hilos de nylon (recesiones de nódulos mamarios)

10. Sondas. Propósito. Tipos. Complicaciones

Son instrumentos que se utilizan para acceder a cavidades anatómicas o neoformadas. Cada sonda va a tener un diseño diferente dependiendo de la cavidad a abordar.

Propósitos: Descompresión, Alimentación, Profilaxis

Tipos de sondas:

Nasogástrica:

-Sonda Levin (<120cm)

-Sonda Nelaton (42cm)

Nasoyeyunal:

-Sonda Miller Abbott (2.5-3m)

Vesical:

-Sonda de Foley

Hemorragico-digestivo:

-Sonda Sengstaken Blakemore (tres vías: 1 lavado, 1 balón gástrico, 1 balón esofágico)

Complicaciones:

Infecciones locales y generalizadas.

Úlceras por decúbito.

Fístulas.

Hemorragias.

Obstrucción del sistema de drenaje.

Perdida del drenaje por arrancamiento.

Hernias o eventraciones por el orificio de salida.

CABEZA Y CUELLO

1. Zonas del cuello (división topográfica)

Zona 1: se extiende desde el borde superior de las clavículas, hasta el borde inferior del cartílago cricoides

Zona 2: va desde el borde inferior del cartílago cricoides hasta el ángulo de la mandíbula.

Zona 3: se extiende del ángulo de la mandíbula hasta la base del cráneo.

2. Ganglios Linfáticos

Lesión a nivel de la lengua, del labio inferior, o del surco gingivolingual, esta lesión va a drenar a **los ganglios submentonianos**.

Lesión a nivel de la faringe, laringe, tiroides las estructuras que están a nivel del cuello, vamos a tener que ellos drenan a nivel **en la cadena la regional del tercio medio del cuello**.

Tumores a nivel de estómago, mama, mediastino, pulmón, colon, páncreas, o sea, a distantes, estructuras a nivel del abdomen y tenemos un ganglio supraclavicular nosotros estamos examinando a un paciente y palpamos un ganglio supraclavicular que se conoce como el **Ganglio De Virchow**, nosotros podemos pensar que estamos en presencia de una patología tumoral neoplásica maligna a nivel de cualquiera de estos órganos.

3. Tumores benignos de labios

Hemangioma

Linfangioma

Mucocele

4. Tumores malignos de labios

Carcinoma basocelular

Carcinoma escamocelular

Melanoma maligno

5. Tumores de la lengua

Úlcero

Vegetante

Adenoide

6. Límites del triángulo cervical anterior: carotideo y muscular

Superior: borde inferior de la mandíbula y una línea trazada desde el ángulo de esta hasta la apófisis mastoides

Anterior: línea media del cuello

Posterior: borde anterior del músculo esternocleidomastoideo

7. Límites del triángulo carotideo

Borde inferior de la mandíbula

Músculo omohioideo

Borde anterior del músculo esternocleidomastoideo

Contenido: Bifurcación carotidea, vena yugular interna, nervio neumogátrico, nervio hipogloso

8. Límite del triángulo muscular

Músculo omohioideo

Borde anterior del músculo esternocleidomastoideo

Línea media del cuello

Contenido: glándula tiroides, paratiroides, esternohioideo, tirohioideo, tráquea

9. Límites del triángulo cervical posterior: occipital y supraclavicular

Anterior: borde post del músculo esternocleidomastoideo

Posterior: Borde anterior del músculo trapecio

Base: clavícula

Límite del triángulo occipital

Esternocleidomastoideo

Trapecio

Ventre post del músculo omohioideo

Contenido: XI par craneal, art occipital, nervio mastoideo, grupo ganglionar

Límites del triángulo supraclavicular

Músculo esternocleidomastoideo

Clavícula

Ventre posterior del músculo omohioideo

Contenido: plexo braquial, escaleno anterior, arteria y vena subclavia

ABDOMEN

1. Capas de la pared abdominal de superficial a profunda

Piel

Tejido subcutáneo

Fascia

Músculo

Peritoneo parietal

2. División topográfica del abdomen

4 cuadrantes: dos líneas que pasan por el ombligo, una horizontal y otra vertical

9 cuadrantes: línea horizontal superior que pase por el borde inferior de la décima costilla, línea horizontal inferior que pasa a través de las crestas ilíacas y dos líneas verticales que pasan por el punto medio entre la espina iliaca anterosuperior y la línea media

3. Mencione que órganos se encuentran en:

Epigastrio: estómago, lóbulo izquierdo del hígado, aorta, cabeza del páncreas

Región umbilical: colón transverso, yeyuno, aorta abdominal, mesenterio, epiplón, duodeno (porción 2, 3, 4)

Hipogastrio: vejiga, útero, íleon, sigmoides, recto, próstata

Hipocondrio derecho: ángulo hepático del colón, lóbulo derecho del hígado, riñón, glándula suprarrenal derecha, vesícula biliar

Hipocondrio izquierdo: bazo, fondo y cuerpo del estómago, lóbulo izquierdo del hígado, cola del páncreas, glándula suprarrenal izquierda, ángulo esplácnico del colón

Flanco derecho: colon ascendente, parte inferior del riñón

Flanco izquierdo: Uréter izquierdo, colón descendente, parte inferior del riñón izquierdo

Fosa iliaca derecha: ovario y trompa derecha, uréter derecho, ciego, apéndice, cordón espermático derecho

Fosa iliaca izquierda: ovario y trompa izquierda, conducto espermático izquierdo, uréter izquierdo

4.Órganos retroperitoneales

Riñones

2da, 3era y 4ta porción del duodeno

Glándulas suprarrenales

Ureteres

Esófago

Aorta y vena cava inferior

Plexo lumbar

5.Órganos intraperitoneales

Estómago

Hígado

1era porción del duodeno

Yeyuno

Íleon

Apéndice

Útero

Bazo

6. Espacio Subfrénico:

Cara superior del hígado y cara inferior del diafragma

7. Espacio subhepático:

Debajo de la cara visceral del hígado y el ligamento falciforme

8. Espacio parietocólico:

Pared ya sea derecha o izquierda y la pared lateral del colón ascendente o descendente

9. Espacio subperitoneal:

Detrás del colón sigmoides y el colón descendente

10. Mujer: fondo de saco de Douglas; **Hombre:** fondo rectovesical

11. Síndrome de grey- Turner:

Equimosis en flancos

12. Síndrome de Cullen:

Equimosis en región periumbilical. Pancreatitis necrohemorrágica

13. Signo de Jubert:

Perdida de la matidez hepática

14. Signo radiológico:

Neumoperitoneo

15. Hernia:

Salida del peritoneo parietal acompañado o no de vísceras intraabdominales a través de un orificio anatómico preexistente

16. Eventración:

Salida de peritoneo parietal acompañado de vísceras intraabdominales a través de una cicatriz, es decir, una intervención quirúrgica previa, está cubierta como todas las hernias con piel y peritoneo

17. Evisceración:

Salida de vísceras no recubiertas de peritoneo la cual puede ser traumática o quirúrgica

18. Maniobra de Landivar:

Se ocluye anillo inguinal profundo con presión, se solicita al px que realice maniobra de Valsalva, si hay aumento de volumen es hernia directa, si no pasa nada pero cuando se retira el dedo si es indirecta.

19. Hiato de Winslow:

Es el orificio que comunica el epiploon mayor, con la transcavidad de los epiploones.

20. Maniobras para la palpación del hígado

-Maniobra del gancho o Mathieu: px en decúbito dorsal, examinador del lado derecho, con las dos manos y los dedos unidos por los dedos medios y los dedos índice superpuestos, formando una paralela con el reborde costal se va desde la fosa iliaca derecha intentando localizar el borde anterior del hígado

-Maniobra de Chauffard: px en decúbito dorsal, examinador del lado derecho, dedos índice y medio de la mano izquierda en el ángulo costomuscular derecho dando suaves impulsos hacia arriba después de la inspiración para proyectar el hígado hacia adelante. La mano derecha se coloca debajo del reborde costal derecho y se hace respirar profundo al px

21. Maniobras para la palpación del bazo

-Naegeli: px en decúbito lateral intermedio lateral 45° con el miembro superior izquierdo flexionado sobre el tórax y el derecho extendido. Examinador a la izquierda. Mano derecha desplaza la parrilla costal hacia abajo, mientras la mano izquierda en forma de cuchara se ubica por debajo del reborde costal buscando el borde en inspiración profunda

-Merlo: px en decúbito lateral intermedio lateral 45° con el miembro superior izquierdo flexionado sobre el tórax y el derecho extendido. Examinador a la izquierda. Mano derecha desplaza la parrilla costal hacia abajo, mientras la mano izquierda presiona la pared abdominal desde la fosa iliaca derecha

22. Maniobra para palpación de riñón

-Guyon: px en decúbito dorsal, examinador del mismo lado del riñón que va a examinar, mano opuesta al riñón que va a palpar se coloca en el ángulo costomuscular, la mano opuesta, se coloca paralela a la línea media por fuera de los rectos anteriores del abdomen. Se avanza lentamente desde la fosa iliaca derecha hacia arriba durante la inspiración, mientras la mano opuesta deprime el punto costomuscular de forma intermitente para acercar el riñón a la mano anterior

23. Ley de Laplace:

La tensión de la pared de un cilindro es directamente proporcional al producto del radio por la presión que soporta la pared. Con esto se quiere decir que a menor radio mayor presión en la superficie, y a mayor radio menor presión

24. ¿Cuáles divertículos se perforan más y cuáles sangran más?

Los divertículos izquierdos se perforan más porque manejan presión mientras que los derechos sangran más porque manejan volumen.

25. Complicaciones de la litiasis vesicular

Colecistitis aguda, coledocolitiasis, colangitis aguda, pancreatitis aguda

26. Complicaciones de la enfermedad vesicular

Hidrocolecisto, piocolecisto, plastrón, gangrena, perforación, peritonitis química, fistula

27. Evento fisiopatológico que desencadena la apendicitis aguda

Obstrucción de la luz apendicular

28. Maniobras apendiculares

Dumphy, Pie/ talón, Hollman

29. Plexo esplácnico responsable de la diarrea

30. Inflamatorias:

Apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, diverticulitis aguda, salpingitis, pielitis

31. Obstructivas:

Hernias, intususcepción, obstrucción intestinal por bridas, vólvulo

32. Perforativas:

Úlcera péptica perforada, colecistitis aguda perforada, perforación diverticular del colon, perforación del íleon terminal por fiebre tifoidea, apendicitis perforada

33. Hemorrágicas:

Embarazo ectópico roto

34. Divertículo de Meckel ectopia de secreción gástrica

35. ¿Cuántos cc de líquido hay entre la pleura parietal y pleura visceral?

Menos de 100cc de líquido, se habla de 50cc

35. Criterios de Ranson

Esta escala está basado en la medición de 11 factores. 5 controlados en la admisión y 6 chequeados a las 48 horas. La presencia de 3 ó más de los siguientes factores predicen un mayor riesgo de muerte o la gravedad de la enfermedad.

Criterios de Ranson para pancreatitis aguda.

Pancreatitis biliar			
Ingreso		48 horas de hospitalización	
Edad	>70 años	Caída del hematocrito	>10 puntos
Leucocitos	>18.000	Aumento del BUN	>2 mg/dl
Glucosa	>220 mg/dl	Calcio sérico	<8 mg/dl
LDH	>400 U/l	Déficit base	>5 mEq/l
GOT	>250 U/l	Déficit volumen	>4 L

Pancreatitis no biliar			
Ingreso		48 horas de hospitalización	
Edad	>55 años	Caída del hematocrito	>10 puntos
Leucocitos	>16.000	Aumento del BUN	>5 mg/dl
Glucosa	>200 mg/dl	Calcio sérico	<8 mg/dl
LDH	>350 U/l	Déficit base	>4 mEq/L
GOT	>250 U/l	paO ₂	<60 mm Hg
		Déficit volumen	> 6 L

36. Complicaciones de la enfermedad diverticular

Diverticulitis, plastrón, fistula, absceso, hemorragia, perforación y obstrucción intestinal

37. Clasificación de Hinchey (enf diverticular aguda complicada)

I	o pericólico o mesentérico
II	o pélvico tabicado
III	itis purulenta
IV	itis fecal

38. Clínica patognomónica de obstrucción intestinal

Dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos, ausencia de evacuaciones y expulsión de flatos

39. Maniobra de Carret

Utilizada para diferenciar el dolor abdominal visceral del superficial parietal. Se coloca al px en decúbito supino y se presiona el punto doloroso al mismo tiempo que el px contrae los músculos intentando levantar la cabeza de la almohada contra resistencia. Si el dolor persiste es superficial, mientras que si desaparece o mitiga es visceral.

40. Ramas del tronco celiaco

1. Arteria hepática común, 2. arteria gástrica izquierda y 3. la arteria esplénica

41. Tres tipos de hernia de la pared abdominal anterior

Epigástricas, umbilicales, obturatriz y Spieghele

42. Capas de la pared abdominal anterior

Piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, músculos rectos anteriores y peritoneo parietal

43. Capas de tejido celular subcutáneo

Fascia de Camper y Scarpa (primero camper luego scarpa)

44. Tres patologías que producen aumento de volumen escrotal

Hidrocele, hematocele y Tu. testicular

45. Método Dx y que se busca en ese método en la obstrucción intestinal

Rx simple de abdomen, y se busca distensión de las asas intestinales, niveles hidroaéreos en pila de moneda (ID) o copa invertida (IG)

46. Dif. Entre los niveles hidroaéreos del intestino delgado y del colon

Niveles hidroaéreos en el intestino delgado se ven en pila de monedas, y en el colon tienen forma de copa invertida.

47. ¿Cómo se Dx el hidrocele?

Prueba de transiluminación. Con el px en un cuarto oscuro se aplica luz con una linterna a nivel escrotal y se está alumbrando, da transiluminación positiva y estamos en presencia de un hidrocele, si fuera un hematocele, o un TU estos dan transiluminación negativa.

48. ¿Qué es melena?

Heces alquitranadas, evacuación negruzca con un olor sui generis, es sangre digerida proveniente del tracto digestivo superior

49. ¿Cómo se llama el vómito en borra de café?

Melanomesis

50. Entre la hernia inguinal directa e indirecta ¿Cuál es congénita y cuál es la adquirida? ¿Por qué? La indirecta es la congénita y se esta se debe a una falla de obliteración del peritoneo vaginal en testículo mientras que La directa es adquirida por una debilidad en la pared de la fosa inguinal media

51. 4 Complicaciones de la litiasis vesicular

Colecistitis aguda, coledocolitiasis, colangitis aguda, pancreatitis aguda

52. Evento fisiopatológico que desencadena la apendicitis aguda

Obstrucción de la luz apendicular

53. Px pediátrico con sintomatología de apendicitis ¿Cuál sería la fisiopatología?

Hiperplasia linfóide, debido a que el apéndice está constituido por folículos linfoides y aparte de la sintomatología provocara inflamación de todo órgano linfóide (glándulas, bazo, timo, ganglios)

54. ¿Cuáles son los límites del canal inguinal?

Superior: Tendón conjunto (**hoz inguinal área conjunta, ligamento de Henle.** es la inserción inferomedial de la aponeurosis del músculo transverso del abdomen en el ligamento pectíneo)

Inferior: Ligamento inguinal

Piso: Fascia transversal (pared post, emergen hernias directas)

Techo: músculo oblicuo externo

55. ¿Por dónde emergen las hernias directas?

Fascia transversal, pared posterior conducto inguinal

56. Límites de la fosa inguinal interna

Uraco y los vasos umbilicales obliterados

57. Límites de la fosa inguinal externa

Esta por fuera de los vasos epigástricos

58. 3 patologías benignas de cuello:

Quiste tirogloso, bocio, plastrón ganglionar

59. Estudio de elección para dx de ca cuello ut.

Citología

60. Límites de la fosa inguinal

Interna: uraco y vasos umbilicales obliterados

Media: vasos umbilicales obliterados y arterias epigástricas

Lateral: por fuera de las arterias epigástricas.

61. Clasificación de hernias inguinales

Directa, indirecta, oblicua interna y externa

62. ¿Por dónde emerge hernia inguinal indirecta?

Anillo inguinal profundo

63. Fosa inguinal por la que emerge hernia indirecta

Externa

65. Médico padre de la medicina venezolana

Jose Maria Vargas

66. Enzima patognomónica de la pancreatitis

Lipasas

MAMAS

1. 3 Patologías benignas de mama

Ectasia ductal, fibroadenoma, papiloma intraductal, mastitis

2. Patologías Inflamatorias

Mastitis Agudas

Ectasia Ductal

Necrosis Grasa

3. Patologías Malignas

Carcinoma ductal in situ

Carcinoma lobulillar in situ

Carcinoma ductal infiltrante

Carcinoma lobulillar infiltrante

Carcinoma medular

Carcinoma papilar

1. **Dolor referido:** es dolor que se percibe en una localización diferente del sitio del estímulo dolorido
2. **Dolor irradiado:** El dolor irradiado es el producido por una irritación de un tronco o raíz nerviosa, el paciente nota el dolor en el territorio cuya sensibilidad recoge esta raíz o tronco, y no en el lugar en el que ésta está siendo comprimida.
3. **Dolor somático:** dolor agudo o punzante, bien localizado y de inicio y finalización brusca en relación con la aplicación de la noxa. Es originado en piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos. Es llevado por fibras tipo A delta de 5 micras de diámetro a una velocidad de 20 m/segundo.
4. **Dolor visceral:** dolor urente o quemante, difuso, poco localizado, que comienza mucho después de la aplicación del estímulo y a veces después que este ha cesado. Es originado en las vísceras internas o sus serosas. Es llevado por fibras C amielínicas de 1,5 micras de diámetro a una velocidad de 2 m/seg.
5. **De quien es rama la arteria ovárica?** Arteria aorta.
6. **Complicaciones de la colecistitis aguda:** Hidrocolecisto, piocolecisto, gangrena y perforación o fistula.
7. Porque el dolor de apendicitis cecal primero se localiza en el mesogastrio?
8. **Dos órganos que se encuentren en el hipocondrio derecho:** hígado y vesícula biliar.
9. **Dos órganos que se encuentren en epigastrio:** estómago y cabeza del páncreas.
10. **Dos órganos que se encuentren en hipocondrio izquierdo:** glándula suprarrenal izquierda y cola del páncreas.
11. **Dos órganos que se encuentren flanco derecho:** colon ascendente y asas intestinales.
12. **Dos órganos que se encuentren en Mesogastrio:** aorta e intestino delgado.
13. **Dos órganos que se encuentren en flanco izquierdo:** colon descendente y asas de intestino delgado.
14. **Dos órganos que se encuentren en fosa iliaca derecha:** ciego y apéndice cecal.
15. **Dos órganos que se encuentren en hipogastrio:** vejiga urinaria y utero

16. **Dos órganos que se encuentren en fosa iliaca izquierda:** ccolon sigmoide y ovario izquierdo.
17. **Dos pinzas de tracción:** Pinza de kocher y pinza de Oschener.
18. **Dos pinzas de hemostasia:** Pinza de Kelly y pinza de halsted.
19. **Dos instrumentos de síntesis:** Porta aguja y sutura.
20. **Dos instrumentos de diéresis:** Bisturí y tijera de metzembaum
21. **Dos instrumentos de disección:** Pinza de diseccion y curetas de thomas y recamier.
22. **Tres complicaciones del PPI:** Hemorragias y atelectasia
23. **Tres complicaciones del PPM:** Infección del sitio operatorio y dehiscencia de la herida.
24. **Tres complicaciones del PPT:** Cicatrices queloides y evisceraciones.
25. **Ejemplos de tres drenes terapéuticos:** gasa en mecha, pleural simple y HEMO vac
26. **Ejemplos de tres drenes profilácticos:** sonda de Foley, sonda de pezzet y sonda nasogastrica.
27. **Complicaciones de los drenajes:** hemorragias, fistulas, obstruccion, etc.
28. **Criterios para quitar un drenaje:** Disminución o cese del gasto por el dren y cambios en las características del fluido.
29. **Clasificación de las fistulas :**
 - Según hacia donde se drene la secreción:
 - ✓ Internas:
 - ✓ Externas:
 - Organica:
 - ✓ Esófago
 - ✓ Estomago
 - ✓ Duodeno
 - ✓ Intestino delgado
 - ✓ Colon
 - ✓ Páncreas
 - ✓ Vías biliares.

- Fisiológica:
 - ✓ Gasto bajo: 200 cc en 24 horas.
 - ✓ Gasto moderado: 200-500 cc en 24 horas.
 - ✓ Gasto alto: mas de 500 cc en 24 horas.
- Sitges-serra:
 - ✓ Tipo I: esofágicas, gástricas y duodenales.
 - ✓ Tipo II: intestino delgado
 - ✓ Tipo III: colonicas.
 - ✓ Tipo IV: cualquiera de las anteriores drenando por un defecto de la pared mayor de 20 cm.

30. Criterios Tomograficos Pancreatitis

31. **Cuáles son las capas de la pared abdominal, de afuera hacia adentro:** piel, tejido subcutáneo (lamina adiposa de camper y lamina membranosa de scarpa), aponeurosis, músculos, peritoneo.

32. **Dos maniobras de palpación del hígado:** maniobra de chaffard y maniobra de mathiu.

33. **Dos maniobras de palpación del bazo:** maniobra de nagueli y maniobra de merlo.

34. **Puntos dolorosos en la apendicitis:** punto de mcburney, punto de Morris, punto de lanz.

35. **5 maniobras positivas en apendicitis:**

- ✓ Hollman:
- ✓ Dumphy:
- ✓ Pie-talon:
- ✓ Obturador o sachary-cope
- ✓ Metlzer-lapinsky o psoas:

SEMIOLOGIA quirúrgica del abdomen:

● **INFLAMATORIAS:**

✓ **Apendicitis aguda:**

- **Aparición:** súbita

- **Localización:** en un primer momento en la región umbilical, pero migra y se localiza en fosa iliaca derecha.
- **Irradiado:**
- **Carácter:** fijo o continuo.
- **Intensidad:** variable.
- **Duración:** variable.
- **Atenuado:** analgésicos.
- **Exacerbado:** palpación del abdomen, marcha, movimiento de los miembros inferiores.
- **Concomitantes:** anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, taquifigmia, taquicardia, fiebre.
- **Examen físico:** punto de mcbruney, Morris y lanz dolorosos. Signo de roux +(retrocecal) Maniobras apendiculares positivas (obturador (apéndice pélvico) y psoas +(retrocecal) hollman, dumphy y pie-talon positiva.
- **Dx:** clínico.
- **Tto:** apendicectomía

✓ **Colecistitis aguda (90% es por litiasis vesicular):**

- **Aparición:** súbita
- **Localización:** hipocondrio derecho o epigastrio.
- **Irradiación:** región interescapular o infraescapular, hemitorax y hombro derecho.
- **Carácter:** cólico
- **Intensidad:** variable.
- **Duración:** variable.
- **Atenuado:** antiespasmódicos.
- **Exacerbado:** con la ingesta de comidas grasas.
- **Concomitantes:** vómitos, fiebre, hipotensión, sudoración, etc.
- **Examen físico:** punto cólico doloroso a la palpación.

- **Dx:** ECOGRAFIA □ Los criterios ecográficos de la colecistitis aguda están bien establecidos: grosor de la pared vesicular igual o mayor de 4 mm, presencia de edema de la pared vesicular, litiasis intravesicular proyectada en el cuello, tamaño superior a 100 x 60 mm y líquido perivesicular.
- **Tto:** colecistectomía

✓ **Pancreatitis aguda:**

- **Aparición:** brusco y progresivo.
- **Localización:** epigastrio.
- **Irradiado:** en banda hacia la región dorsal
- **Carácter:** terebrante o transfixiante.
- **Intensidad:** intenso.
- **Duración:** 2-3 días.
- **Atenuantes:** ayuno y anticolinérgicos, posición antalgica.
- **Exacerbantes:** ingesta de comidas copiosas o de alcohol.
- **Concomitantes:** hipotensión, sudoración, taquicardia o shock, náuseas y vómitos (que no alivian el dolor), fiebre y distensión abdominal (alimenticios al principio, luego biliosos).
- **Examen Físico:** Dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal y con disminución de los ruidos intestinales. Signo de halsted-cullen +, signo de grey Turner + (pancreatitis necrohemorrágica)
- **Dx: química sanguínea** □ aumento de la amilasa sérica (2-3 veces su valor normal en sangre) y lipasa (mayor sensibilidad y especificidad que la amilasa. TAC □ áreas de necrosis en el páncreas.
- **Tto:** CONSERVADOR: administración intensiva de líquidos intravenosos y suspensión de la ingesta oral para dar reposo al páncreas. QUIRURGICO: necrosectomía pancreática.

Cuadro 42-13-3. Signos pronósticos tempranos de Ranson de la gravedad de la pancreatitis aguda

<i>Al ingreso</i>	<i>Durante las primeras 24 horas</i>
Edad mayor de 55 años	Disminución del hematocrito >10%
Glucemia >200 mg/dL	Aumento de la uremia >5 mg/dL
Leucocitosis > 16.000/mm ³	PaO ₂ < 60 mm Hg
LDH sérica >350 UI/L	Déficit de base > 4 mEq/L
GOT sérica >250 UI/L	Retención de líquido > 6 litros
	Calcemia < de 8 mg/dL

✓ Diverticulitis aguda:

- **Clínica:** dolor abdominal en fosa iliaca izquierda que se alivia con la defecación, diarrea alternada con constipación, náuseas, vómitos, rectorragia, síntomas urinarios y fiebre.
- **Examen Físico:** Distensión abdominal, Signos de irritación peritoneal e Hipersensibilidad y masa palpable en fosa iliaca izquierda.
- **Dx:** colon por enema de bario (Rx de abdomen con contraste bario)
□ dilataciones saculares en la pared colonica.
- **Tto:** **CONSEVADOR** dieta rica en fibra, antibióticoterapia, hidratación endovenosa. **QUIRURGICO:** colostomía de derivación con resección del colon afectado.

- **Complicaciones:** sangrado, obstrucción, perforación o fistulas.

✓ **Divertículo de merckel:**

- **Aparicion:** Progresiva
- **Localizacion:** Dolor en fosa ilica izquierda
- **Irradiacion:** region lumbar izquierda y region periumbilical
- **Caracter:** colico
- **Intensidad:** severa
- **Duracion:** de minutos a horas
- **Atenuantes:** antibioticoterapia.
- **Exacerbantes:** con la actividad fisica intensa
- **Concomitantes:** Diarrea alternada con constipación Nauseas – vómitos Rectorragia Síntomas urinarios Fiebre
- **Dx:**
- **Tto:**

✓ **Salpingitis:**

- **Clínica:** leucorrea, dolor abdominal bajo y fiebre.
- **Dx:** examen ginecológico + palpación de una tumoración.
- **Tto:** reposo, antibióticoterapia y antiinflamatorios.

✓ **Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI):** La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), conocida también como salpingitis, es una enfermedad infecciosa que afecta el tracto superior del aparato reproductor femenino (útero, ovarios y trompas de Falopio). Se presenta por el ascenso de bacterias patógenas desde la vagina y el cuello uterino hacia la cavidad uterina y de allí a las estructuras adyacentes.

- **Clinica:** fiebre (infrecuente), dolor pélvico, flujo vaginal de olor, color y cantidad anormal, coitorragia, dispareunia, menorragia, dismenorrea, náuseas o vomitos (si existe peritonitis)
- **Factores de riesgo:**
 1. Inserción de DIU.

2. Antecedentes de cualquier enfermedad de transmisión sexual.
3. Parejas sexuales múltiples.
4. No uso de preservativo.
5. Antecedentes de EPI.
6. Actividad sexual durante la adolescencia.
7. Consumo de drogas

- **Complicaciones:** absceso tuboovarico, **Sx de fitz-hugh-cutis** (perihepatitis que produce dolor en el CSD del abdomen, ocurre en salpingitis por infección con gonococos o por clamidias).
Hydrosalpingitis (obstrucción de las fimbrias tubaricas y distención de las trompas con liquido no purulento), **infertilidad y embarazos ectópicos**.
- **Clasificación:** según Monif (1982):
 - **Estadio I:** salpingitis aguda limitada a trompas y avarios (salnpingitis aguda sin pelviperitonitis). NO QUIRURGICA.
 - **Estadio II:** salpingitis aguda complicada con masa o absceso involucrando trompas y ovarios (salpinfitis aguda con pelviperitonitis). QUIRURGICA.
 - **Estadio III:** salpingitis severa diseminada a estructuras extrapelvicas absceso tuvo ovárico o pelviperitonitis (salpingitis con formación de abscesos tubo-ovaricos). QUIRURGICA.
 - **Estadio IV:** ruptura de absceso. Quirúrgica.
- **Clasificación de EPI según Monif (otra forma de verla):**
 - **Estadio I (leve):** no complicada, sin masa anexial ni datos de abdomen agudo ni signos de irritación peritoneal. NO QUIRURGICA.
 - **Estadio II (moderada):** complicada, presencia de masa anexial o absceso que involucra las trompas y/o ovarios.

Con o sin presencia de signos de irritación peritoneal.

QUIRURGICA.

- **Estadio III (grave):** diseminada a estructuras extra pélvicas, absceso tubo-ovarico roto o pelvisperitonitis.

QUIRURGICA.

- **Clasificación laparoscópica de la EPI:**

- **Leve:** eritema, edema, las trompas se mueven libremente.

No hay exudado purulento.

- **Moderada:** eritema, edema más marcado, hay presencia de material purulento y limitación del movimiento libre de las trompas. La fimbria puede ser no evidente.

- **Grave:** presencia de piosalpinx y/o absceso.

- **Examen físico:** maniobra de san marino +.

- **Dx: cultivo de secreciones vaginales** □ presencia de Chlamydia, Gonococo y Micoplasma; **Ecografia** □ permite observar si existe inflamación; **PCR**

- **Tto:** QUIRURFICO.

- ✓ **Pielonefritis:** inflamación que involucra el riñón y el sistema pielocalicial. Se debe a infección ascendente de las vías urinarias o es secundarias a litiasis renal.

- **Aparición:** súbita, por lo general matutino.
- **Localización:** región lumbar.
- **Irradiado:** flancos, hipogastrio, fosas iliacas y región inguinal.
- **Carácter:** sordo y profundo
- **Intensidad:** variable.
- **Duración:** de horas a días.
- **Atenuado:** reposo y antiespasmódicos
- **Exacerbado:** marcha y la micción.

- **Concomitantes:** disuria, polaquiria, fiebre, anorexia, hematuria macro o microscópica.
- **Complicaciones:** Recurrencia de pielonefritis, Absceso perinéfrico (infección alrededor del riñón), Septicemiae Insuficiencia renal aguda.
- **Examen físico:** puntos uretrales dolorosos a la palpación (superior, medio e inferior). Puño-percusión positiva.
- **Dx: examen de orina** □ piuria y presencia de nitritos, hematuria microscópica; **hemograma** □ leucocitosis (indican infección); **evaluar la función renal** □ creatinina y urea (son indicadores de mal pronóstico) **urocultivo** □ saberu7 que microorganismo es el causante de la pielnefritis. **Rx simple de abdomen y Ecografía** □ para descartar urolitiasis y/o obstrucción. **GOLD STANDARD** □ gammagrafía con DMSA (BUSQUEN ESO)
- **Tto:** antibiótico-terapia + reposo + consumo de abundantes líquido o hidratación parenteral.

- **Obstructivos:**

- ✓ **Obstrucción intestinal:** Es la interrupción del libre tránsito del contenido intestinal y/o cualquier segmento del tracto gastrointestinal.
 - **Clínica:** dolor abdominal tipo colico, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones y flatos, ausencia o disminución de los ruidos hidroaereos, nausea y vómitos alimentarios o biliares (frecuentes en obstrucciones de intestino delgado altas).
 - **Examen físico:** abdomen globoso, doloroso a la palpación. Aumento de RIH en fase de lucha y Ausencia de RIH en fase avanzada.
 - **Complicaciones:** necrosis del intestino. Ruptura del intestino con posterior peritonitis fecal.

- **Dx:** Rx simple de abdomen □ niveles hidroaereos en pila de monedas (obstrucción de intestino delgado) y en copa invertida (obstrucción de intestino grueso).
- **Tto:** quirúrgico (resección intestinal y anastomosis) y antibioticoterapia.

- **Perforativas:**

✓ **Enfermedad ulcero-peptica:** lesión circumscripción en mucosa gástrica o duodenal que ocurre en áreas de exposición al ácido clorhídrico y a la pepsina, con infección por *helicobacter pylori*.

- **Aparición:** brusca.
- **Localización:** epigastrio
- **Irradiado:** hacia la región dorsal.
- **Carácter:** urente.
- **Intensidad:** variable, severa en caso de perforación.
- **Duración:** horas.
- **Atenuantes:** leche, alcalinos, antiácidos y a veces el vómito.
- **Exacerbado:** ingesta de comidas ácidas o grasas, alcohol e ingesta de analgésicos, estrés.
- **Concomitantes:** pirosis, dispepsia, frialdad.
- **Complicaciones:** hemorragia digestiva y perforación que lleva a peritonitis química, que luego evoluciona a peritonitis infecciosa.
- **Examen físico:** en caso de perforación: paciente puede estar en malas condiciones generales, taquipneico, febril, taquicárdico, taquifrénico, sudoroso. Abdomen: en tabla, doloroso a la palpación en epigastrio, con signos de irritación peritoneal localizado (**blumberg +**) o generalizado (**gueneau de mussy +**). Ausencia de la matidez hepática (**jobert +**).
- **Dx:** en caso de úlcera péptica no perforada □ endoscopia de tracto digestivo superior.. SI SE SOSPECHA DE PERFORACION □ **RX**

simple de abdomen en bipedestación con visualización de hemidiafragmas □ presencia de aire subdiafragmatico en los hemidiafragmas (neumoperitoneo). Si no hay neumoperitoneo, pero se sigue sospechando de que es una ulcera péptica perforada, se puede colocar una sonda nasogástrica y se inyecta aire y se repite la Rx.

▪ **Tto:**

No perforadas		Perforadas.	
conservador	Quirúrgico	conservador	quirúrgico
- Inhibidores de los receptores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol) - Inhibidores de los receptores H2 (ranitidina) - Suspensión de los AINES, alcohol y tabaco.	- Vagotomía + piloroplastia. - Fotocoagulación.(sangrantes) - Electrocoagulación.(sangrantes) - Farmacoterapia (administración de adrenalina en úlceras sangrantes).	- Inhibidores de los receptores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol) - Inhibidores de los receptores H2 (ranitidina) - Suspensión de los AINES, alcohol y tabaco	- Gastrectomía - Billroth I o gastroduodenoanastomosis (gastrectomía de los 2/3 distales del estómago, con anastomosis del estomago restante con la primera porción del duodeno) - Billroth II gastroyeyunoanastomosis (gastrectomía del 75-80% del estomago distal, con cierre de la primera porción

			del duodeno y anastomosis del estómago restante con al yeyuno proximal.
--	--	--	---

✓ **Colecistitis aguda perforada:**

- **Dx:** ecografía abdominal.
- **Tto:** quirúrgico.

✓ **Perforación del divertículo colónico:**

- **Dx:**
- **Tto:** MEDICO: antibióticos. QUIRURGICA: colostomía de derivación con resección del colon afectado.

✓ **Apendicitis perforada:**

- **Clínica:** fiebre, leucocitosis > de 18000 leucocitos x mm³ y signos de irritación peritoneal localizada (blumberg +) o generalizada (gueneau de mussy +).
- **Tto:** quirúrgico.

● **Hemorragías:**

✓ **Embarazo ectópico roto:** Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio.

- **Clínica:** paciente femenina en edad fértil (obviamente sexualmente activa), con dolor pélvico o en abdomen inferior y amenorrea, metrorragia, náuseas y vómitos.
- **Dx:** prueba de embarazo +; ecografía pélvica y culdocentesis cuando no se cuentan con el resto (punción- aspiración del fondo de saca de Douglas, en busca de la presencia de liquido)

- **Tto:** administración de metrotexato (detener el crecimiento del embrión) o laparotomía o laparoscopia □ explorar el abdomen y extraer el embrión.
- **Clasificación:**
 - **Tubarico (95%):** en la ampolla (80%), istmo (12%), fimbria (5%) e intersticio (2%).
 - **No tubarico (5%):** ovarios, cérvix o estructuras intraabdominales.

✓ **Tromboembolismo de la arteria mesentérica superior:**

- **Clínica:** dolor periumbilical, vómitos, diarrea y antecedentes de embolismo previo.
- **Dx:** angiotomografía.
- **Tto:** administración de tratamiento trombolítico y tratamiento quirúrgico (Bypass aortomesentérico)

✓ **Colitis isquémica:** Es una enfermedad originada por una disminución de la circulación de la sangre en el intestino grueso (colon).

- **Clínica:** dolor abdominal tipo cólico, hematoquecia y urgencia en la defecación.
- **Dx:** colonoscopia
- **Tto:** **CONSERVADOR:** dieta absoluta, hidratación intravenosa y antibióticoterapia. **NO CONSERVADOR:** resección de la porción del colon afectado.

✓ **Colelitiasis:**

- **Clínica:** intolerancia a la ingesta de comidas grasas, flatulencias, distensión abdominal e incluso vómitos. Dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico irradiado a la región infraescapular, atenuado con los antiespasmódicos, exacerbado con la ingesta de comidas grasas.
- **Dx:** ecografía abdominal

- **Tto:** colecistectomía.