



Mi Universidad

Cuadros comparativos

Alexa Avendaño Trujillo

Patologías

6 "A"

Técnicas quirúrgicas básicas

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Comitán de Domínguez Chiapas



SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

DEFENICIÓN	Todo aquel sangrado originado por lesiones del tubo digestivo en forma proximal al ligamento de Treitz.
ETIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none">• Presentan el 80%• Diagnóstico en 24hrs reduce estancia y necesidad de transfusión
NO VARICOSAS 80%	<ul style="list-style-type: none">• Úlceras pépticas 30-40%• Gastritis 20%: Numerosas erosiones superficiales pangastricas• Esofagitis 5- 10%: Inflamación por exposición repetida de HCL• D. mallory weiss 5-10% : Desgarro mucosos y submucosa• Tumores 2%
VARICOSAS 20%	<ul style="list-style-type: none">• Varices gastroesofagicas 90%• Gastropatia HTP 5%• Varices aisladas <5%
INDICACIONES PARA CIRUGÍA	<ul style="list-style-type: none">• Inestabilidad hemodinámica a pesar de reanimación vigorosa (transfusión de > 6 unidades)• Imposibilidad de detener la hemorragia con las técnicas endoscópicas• Recidiva de la hemorragia tras la estabilización inicial• Shock asociado a hemorragia recurrente



SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO BAJO

DEFENICIÓN	Todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz (entre el intestino delgado y ano)
ETIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none">• Tasa de mortalidad del 2-4%• Hemorragia diverticular• Angiodisplasias• Enfermedades perianales
COLON 95%	<ul style="list-style-type: none">• Diverticulosis 30-40%:• P. ano rectal 5-15%• Isquemia 5-10%• Neoplasia 5-10%• EII 4%
INTESTINO DELGADO 5%	<ul style="list-style-type: none">• Angiodisplasias: Malformaciones arteriovenosa- dilatacion progresiva• Ulceras• Enfermedad de Crohn• D. Meckel• Neoplasia
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none">• Clínica• Glóbulos rojos marcados con TC99• Angiografía• Tratamiento: Colectomia total y parcial



ABDOMEN AGUDO

DEFENICIÓN	Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (< 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión de estado general.
ETIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none">• De los casos de dolor abdominal agudo, el 50% requiere hospitalización y cirugía 30 - 40%• Aproximadamente el 40% obtienen un diagnóstico erróneo a su ingreso• Solo el 60% de los casos que ingresan son diagnosticados correctamente
CUADRO CLÍNICO	Dolor, rigidez abdominal, incremento de la sensibilidad abdominal con o sin rebote, resistencia abdominal involuntaria y afectación al estado general.
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica• Biométrica hemática• Química sanguínea completa• Examen general de orina• Tomografía• Ecografía abdominal.
SIGNOS DE ALARMA	<ul style="list-style-type: none">• Fiebre > 38 C• Frecuencia cardiaca alta• Frecuencia respiratoria alta• Tensión arterial baja• Leucocito <4000 o > 10000• Mal estado general• Irritación peritoneal