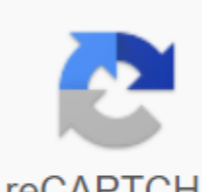


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

LinkedIn utiliza cookies para mejorar la funcionalidad y el rendimiento de nuestro sitio, así como para proporcionar publicidad adecuada. A medida que continúa navegando por este sitio web, acepta el uso de cookies. Para obtener más información, puede conocer nuestra Política de uso y privacidad.
LinkedIn utiliza cookies para mejorar la funcionalidad y el rendimiento de nuestro sitio, así como para proporcionar publicidad adecuada. A medida que continúa navegando por este sitio web, acepta el uso de cookies. Para obtener más información, puede consultar nuestra Política de privacidad y los términos de uso.
2 Comentarios
18 Notas de Estadísticas de la Recomendación
No hay notas en la diapositiva.
Leum y cornisa del estómago. Después del nacimiento, es típico encontrar un recién nacido con un paquete de plumas, pavimentado con el agujero yuxta-umbilical derecho, cuyo aspecto denota la extensión, fibrina, engrosamiento de la pared con inflamación, imitando la cáscara intestinal y llamada piel, que se forma después de 30 semanas de embarazo. Anatómicamente encontramos el cordón umbilical a la izquierda del defecto de la pared abdominal, con un pedazo de piel sana en el medio, músculos rectos situados fuera del defecto en normal, las plumas intestinales herniadas no están cubiertas por el abdomen, sino engrosadas, unidas a sí misma y cubiertas con una gruesa cáscara fibrosa con las zonas de ataque cardíaco. 10 y 20% son generalmente del tracto gastrointestinal, como atresia intestinal, volus y menos común, duplicación intestinal y diverticulum Meckel
abuso de drogas: Uso de drogas para fines personales antes del embarazo o en las primeras etapas del embarazo aumenta el riesgo de tracto gastrointestinal. Se observa un mayor riesgo si la madre usa más de un tipo de droga o si tanto la madre como el padre consumen drogas. El consumo de estas sustancias aumentará el riesgo de gastroquiasis en 4 veces.
Edad materna: Algunos autores señalan que la edad materna antes de los 20 años es un factor de riesgo para la gastroquiasis.

Examen de ultrasonido semanal del defecto, desde la detección, hasta la semana 34, cuando se programa una cesárea opcional en todos los casos, independientemente de la extensión de la ecografía prenatal de los intestinos del feto. La decisión de superar el parto en la semana 34, por cesárea electiva, es beneficiosa para los recién nacidos, en favor de la introducción temprana del mango en la cavidad abdominal y evitar daños en ellos, así como evitar el hipoperistismo posparto prolongado.
defecto de la pared abdominal, un tamaño variable que se encuentra directamente al cordón umbilical, que contiene asas intestinales y a veces otros órganos como parte del hígado, cubiertos de amnios en la superficie externa, en el interior, y entre los dos jaleas Wharton, junto a ellos sus propios vasos de cuentas. Si la sonda inserta de 10 a 15 cm de aire antes de los rayos X, será posible observar la bolsa del esófago proximal y así determinar su altura; inyección de cualquier contraste a través de la sonda del esófago no se recomienda debido al alto riesgo de aspiración de bronquios. Dos ejemplos de atresia esofágica tipo I. Atresia esófago sin fístula traqueo-esofágica. Esta modalidad se presenta con una gran brecha entre las cabeceras del esófago. Extrapleural derecho posterolateral toracotomium con divulgación muscular en 4 EID. La sección de ligaduras y venas está aquí. La anatomía ha terminado, terminal.
En todos los casos, siempre es necesario vengar el anatomía asofágico primario, si esto no es posible, es necesario tomar una técnica tipo I. El canal de membrana pilórica se sustituye por una Atresia de núcleo duro con pérdida de continuidad de la imagen del intestino en la vejiga triple, típica de la atresia sameal 1. Br. Maha Hafez Mentor: Dr. Reyes . República Bolivariana deVenezuela
Universidad Centroidente Lisandro Alvarado Nucleo Dr. Félix Piñano. Edo.Yaracuy 2.
AGUDO CUIRICO ABDOMEN - El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de una aguda aparición de dolor abdominal, acompañado de otros síntomas que permiten su evolución puede poner en peligro el bienestar y la vida del paciente, siendo el mismo permiso, a través de la cirugía. Juan García Aparicio ASOCIACIÓN ESPAÑOLA Servicio de Emergencias. Hospital Infantil de la Universidad la Paz. Madrid. SEUP-AEP 3 Protocolos de Diagnóstico de Emergencia Pediátrica. Signos de personas afines e hinchazón. Estómago involuntariamente inmóvil. Recientemente el inicio y los tumores dolorosos de la cavidad abdominal y la contractura abdominal. Hipersensibilidad de la pared abdominal. Dolor por descompresión. Dolorosos vientres de percusión. NO SE PUEDE RETIRAR LA ESTERA.
FECAL O GASES DE MÁS DE 24 HS. ABDOMEN AFILADO CUYRZYCO 4. - La clasificación de Bocuse es muy general. Se clasifica sólo en cirugía y no quirúrgica, aunque su utilidad es que responde a fines terapéuticos - la clasificación de Prini divide el abdomen agudo en: con una cierta sintomatología y con síntomas inciertos; que es ambiguo, ya que los síntomas a los que se refiere el paciente, si se identifican, son lo que no se define por el diagnóstico del médico. QUIRÚRGICAMENTE AFILADO ESTÓMAGO 5. CLASIFICACIÓN DE CHRISTMANN PARA LOS SÍNDROMES KIRURGIC - SÍNDROME INFLAMATORIO - SÍNDROME DE HEMORRIGICO - SÍNDROME PERFORATIVO - SÍNDROME OBSTRUCTIVO - SÍNDROME OCLUSIVOVASCULAR SE PUEDE AGREGARSTREUMA Y POSTOPERATORIO. SURGICALLY SHARP STOMACH 6. INFLAMATORIO SINDROME - Dolor abdominal repentino, continuo e intenso. Fiebre, taquicardia Reacción peritoneal, defensa o contractura. Náuseas, vómitos. Hiperesstesia cutánea - leucocitosis - punción abdominal: peritonitis: pus, por ejemplo: apendicitis, colecistitis, diverticulitis, EPI ABDOMEN AGUDO KIRIRGICO 7. SYNDROME PERFORATIVO - Dolor de choque en el abdomen. Todavía paciente. Fiebre, taquicardia. - Abdomen en la junta (contrato). Sin respiración abdominal. Reacción peritoneal generalizada (Gueneau de Mussy). Desaparición de los matices hepáticos (Jobert). Neumoperton subdiaphragmático (Popert). Estómago perforado o úlcera de duodeno, perforación del intestino. SURGICALLY SHARP STOMACH 8. SYNDROMEOBSTRUCTIVE - Cólico de dolor de estómago - Taquicardia - Vómitos (Alimentos a fecaloides) - Distensión abdominal - Falta de eliminación de gases y/o materia fecal - Timpanismo - Rayos X directos: niveles de hidroaere - Ejemplo de ieo mecánico del intestino delgado, colon AGUDO KIRGICO 9. - OCLUSIVOVASCULAR SINDROME - Dolor agudo, intensidad máxima, repentino, violento, persistente y generalizado - Taquicardia, fístia tóxica - Hipotensión arterial - distensión abdominal - Gran compromiso público general - Silencio general - Enteroriendigalo - Ejemplo: infarto del intestino de masas, cirugía abdominal aguda quirúrgica. SÍNDROME HEMORRAGIC - Dolor abdominal continuo de aparición repentina, pero de intensidad moderada, propenso a la pérdida de conciencia. Taquicardia, hipotensión, ansiedad, palidez, sudoración, compostura - Dolor a la palpación profunda, defensa abdominal - punción abdominal - ruptura sólida del interior de ABDOMEN ASUDO KIRICO 11. LA CLASIFICACIÓN MÁS COMÚN DE LA PATOLOGÍA EN EL GRUPO QUIRÚRGICO ABDOMINAL AGUDO ES DE 12 AÑOS. NEWBORN 13. RECIENTE BORN Origen digestivo - Malrothation y Vowulus Intestinal. Atresia o grupos duodenales. - Soy una atresia de jul-o-aral. lleus o corcho meconal. Hipoplasia del colon izquierdo. estopia-atresia. Duplicación intestinal. Extradigeity - Onfalocеле. - Extrofia vesical. B - Hernia diafragmática. Juan García Aparicio ASOCIACIÓN ESPAÑOLA Servicio de Emergencias. Hospital Infantil de la Universidad la Paz. Madrid. SeUP-AEP 14 Protocolos de Diagnóstico de Emergencia Pediátrica. BABIES MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD 15 AÑOS. INFANTS MENORES DE 2 años INVAGINATION VOVULO INTESTINAL HERNIA INGUINAL OBSTRUCCION DE ASCARIS LUMBRICOIDES Juan García Aparicio Spanish Association PEDIATRIA Emergency Services. Hospital Infantil de la Universidad la Paz. Madrid. SeUP-AEP 16 Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos de Emergencia Infantil. PRESCHOOL 2-5 AÑOS 17. MEKKEL EN DIVERTICULUM PREESCOLAR APÉNDICE INSVAGINACIÓN García Aparicio ASOCIACIÓN ESPAÑOLA Servicio de Emergencias. Hospital Infantil de la Universidad la Paz. Madrid. SeUP-AEP 18 Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos para Emergencias Infantiles. ESCOLARES Y ADOLESCENTES TIENEN 19 AÑOS. ESCUELA Y ADOLESCENTES APENDICITIS TORSIONTESTICULAR TORSION OVARICA Juan García APARICIO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIATRIA. Hospital Infantil de la Universidad la Paz. Madrid. SeUP-AEP 20 Protocolos de Diagnóstico de Emergencia Pediátrica. Tanto el onfalocеле como la gastroquiasis son defectos congénitos de la pared abdominal, caracterizados a través de ellos por la protuberancia de la cavidad abdominal. Onfalocеле y gastroquiasis. Más que una diferencia clínica. Vanessa Campos-Lozada, Guillermina Sánchez Moreno. 21. Defecto congénito de la pared abdominal, caracterizado por la influencia de las plumas intestinales en el líquido amniótico a través de la abertura paraumbililaria derecha. Incidencia de 1:20,000 a 1:30,000 Live RN Rev Chil Pediatric 2013; 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., 22. La pared abdominal cierra el fallo del defecto muscular paraumbilal herniado en la integración mesenquimatosa de la zona paraumbilial derecha de Ischemia debido al fracaso de la vena umbilical derecha y la arteria inmatomérica. Rev Chil Pediatr 2013; 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., Etiopía 23. Un paquete de asas, pavimentado con el agujero yuxta-umbilical derecho. - Expansión, fibrina, engrosamiento de la pared con inflamación, que imita la cáscara intestinal y fue nombrado la piel Rev Chil Pediatr2013; 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., 24. El cordón umbilical a la izquierda del defecto de la pared abdominal. Con un pedazo de piel sana en el medio. Los músculos directos situados fuera del defecto, normalmente - la hernia del intestino no está cubierta por el músculo abdominal. Rev Chil Pediatr 2013; 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., 25. Vinculado en 10 y 20% con malformaciones gastrointestinales. Cuando la gastroquiasis se acompaña de atresia, volvulus o perforación, se llama gastroquiasis compleja, con el término gastroquiasis simple utilizado para otros casos de revolucion Chil Pediatr 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., 26. Clasificación de la gastroquiasis dependiendo del grado de adherencia inflamatoria del intestino. Tipo I: Peritonitis blanda con intestino normal. Tipo II: Peritonitis grave. Tipo III: Compromiso con la atresia intestinal, necrosis o perforación estomacal. Tipo IV: Necrosis intestinal extensa. Patología umbilical general.Emilio Alvaro Iglesias, Fernando Fernández Calvo, Verónica Recio Pascual.Servicio de Neonatología. Hospital Leon. 27. Consumo de drogas (alcohol, marihuana y cocaína). Baja edad materna. Fumar. Bajo nivel sociocultural y cultural. Tomar drogas, reducir el flujo sanguíneo. Factores de riesgo Patología Umbilical Común.Emilio Alvaro Iglesias, Fernando Fernández Calvo, Verónica Recio Pascual.Servicio de Neonatología. Hospital Leon. 28. - suero materno a fetoproteína. Diagnóstico: - Obstetricia zgt; 10 semanas de embarazo: los corrales intestinales flotan libremente en líquido amniótico. Gastroquiasis. 29. Gastroquiasis. 30. Ecografía semanal del defecto, desde la detección hasta la semana 34, cuando se programa una cesárea electiva para evitar la pérdida de calor. Tratamiento estéril Protección de las plumas intestinales Evitar las manijas basculantes Defecto de cierre adecuado de agua es el objetivo principal es el cierre primario de todas las capas de la pared abdominal. El protocolo de la gastroquiasis. comportamiento y controlabilidad. 31. Este método consiste en reducir todas las entrañas con apoyo fetal, el Simil EXIT Iberoamerican Journal of Fetal and Perinatal Medicine: Simile-Exit Procedure for gastroquiasis management. Dres Javier Svetlisa, Mario Palermo y dirección. 32. Anestesia espinal materna Incisión amplia de la pared abdominal de la madre y extirpación leve del feto Mantiene la circulación placentaria el tiempo que sea necesario evitar cualquier maniobra en el útero que pueda causar desprendimiento placentarios de contracción visceral respetando el orden de los intestinos herniados. El cordón se sujeta cuando el pulso se detiene o la contracción visceral se logra cerrar la pared abdominal simil EXIT Iberoamerican Journal of Fetal and Perinatal Medicine: Procedimiento Simile-Exit para el control del gastroshismo. Javier Svetlisa, Mario Palermo 33. Cierre primario: - Anestesia general. Escaneos abdominales. Reutilización de flancos y zonas snóticas. Compruebe la continuidad por compresión. - Tirar del cordón umbilical y reducir las asas. La costura de Fascia. Una costura de piel. Cierre retrasado: - Consiste en colocar una bolsa de equipo llamada silo. Dentro de 2-14 días las manijas se reducen gradualmente a la cavidad abdominal. El cierre final de la fascia y la piel. - Evitar pelar Protocolo de Gastroquiasis. comportamiento y controlabilidad. 34. Protocolo sobre la gastroquiasis. 35. Gastroshiz, strength mesh placement. En algunos casos raros, es necesario colocar una sección de material biológico para cerrar completamente la pared abdominal. El protocolo de la gastroquiasis. 37. Sepsis de origen intestinal. Complicaciones derivadas del parto prematuro. RCIU, BPN. Malformaciones congénitas relacionadas - Efectos del tratamiento quirúrgico: tiempo de ayuno y necesidad de ventiladores Protocolmaejo gastroquiasis. Complicaciones 38. El defecto de la pared abdominal, la línea media, que se encuentra en conexión directa con el cordón umbilical, que contiene asas intestinales cubiertas con amnios en la superficie exterior, peritoneo en la superficie interior, así como entre las dos gelatina de Whartons, junto a ellos los vasos del cordón umbilical. Rev Chil Pediatr 2013; 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., incidencia de 1:3.000 a 1:10.000 recién nacidos vivos 39. Cierre incompleto del pliegue lateral del embrión, secundario al defecto en el desarrollo del mesodermo a nivel del saco de vitelina, lo que hace que la mayoría de los órganos abdominales permanezcan fuera del embrión en una bolsa transparente formada por amnios, cavidad abdominal parietal y gelatina Wharton, después de una semana de 10-12 embarazo. Rev Chil Pediatr 2013; 84 (4): 403-408 . Defectos de la pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., Etiopía 40. Asociación con anomalías cromosómicas como la trisomía 13, 18 y 21 cardiopatías. Beckwith-Wiedemann Rev Chil Síndrome de los Niños 2013; 84 (4): 403-408 . Defectos en pared abdominal. Estudio comparativo entre onfalocеле y gastroquiz Julio POESER H, LUCIA CIFUENTES O., 41 años. El efecto de la pared en la parte superior y asociado con malformaciones del esternón, diafragmático, pericárdico y hernia cardíaca, se conoce como pentalogía cantrell. Cuando el rebote de cierre es mayor en la parte inferior puede ocurrir con extrofia de vejiga onfalocеле y gastroquiasis. Más que una diferencia clínica. Vanessa Campos-Lozada, Guillermina Sánchez Moreno. 42. Se considera una onda grande cuando el defecto supera los 5 cm de diámetro. por lo general contienen plumas hepáticas e intestinales y tienen un ligero desarrollo abdominal. Onfalocеле y gastroquiasis. Más que una diferencia clínica. Vanessa Campos-Lozada, Guillermina Sánchez Moreno. 43. Diagnóstico: Ecosonográfico. Aumento de los niveles de proteína fetal. Onfalocеле y gastroquiasis. Más que una diferencia clínica. Vanessa Campos-Lozada, Guillermina Sánchez Moreno. 44. Comportamiento y procesamiento. Los métodos se pueden dividir entre: aquellos que permiten el cierre inmediato de la pared (aproximación simple del sujeto, cierre con prótesis o retomioplastia). Aquellos que causan el cierre gradual de la pared abdominal (técnica de Schuster). En ausencia de complicaciones hemodinámicas o respiratorias, el tratamiento de elección es el cierre primario de la pared abdominal. Onfalocеле y gastroquiasis. Más que una diferencia clínica. Vanessa Campos-Lozada, Guillermina Sánchez Moreno. 45. Onfalocеле y gastroquiasis. Más que una diferencia clínica. Vanessa Campos-Lozada, Guillermina Sánchez Moreno. 46. Las vías de la mesa digestiva obstructiva completa o parcial causan la mayor parte de la atresia de emergencias quirúrgicas neonatales: Obstrucción completa, que puede tener una variedad de morfología y mantener la continuidad de la capa muscular intestinal o no. Esto puede ocurrir en dos formas: el diafragma o el tabique interno, que obstruye completamente el intestino. Otra es en la que el intestino termina en una bolsa ciega y hay una separación completa del extremo distal. Gastroenterología. Atresia del esófago. Iván Darío Molina Ramírez, M.D. Universidad Nacional.Instituto Materno-Infantil Bogotá. D.C. 47. Atresia del esófago Falta de continuidad esofágica con o sin comunicación con las vías respiratorias. Error en la división y separación del intestino primitivo durante la 3a semana de embarazo. Su frecuencia es de 1/4500 recién nacidos vivos. H : M 1: 1 Gastroenterología. Atresia del esófago. Darío Molina Ramírez, M.D. Universidad Nacional.Instituto Materno-Infantil Bogotá. D.C. 48. Atresia digestiva I III II IVV 49. Polyhydramnios. Prematuridad. Sihanorhaya se acompaña de asfíxia, tos, dificultad para respirar y cianosis. El abdomen se puede cavar o estirar - Vómitos de alimentos - Neumonía repetida. Gastroenterología. Atresia del esófago. Iván Darío Molina Ramírez, M.D. Universidad Nacional.Instituto Materno-Infantil Bogotá. D.C. Atresia Esofegica 50. Tetralogía de comunicación de intervención cardíaca de Fallo entre la auríca Genitourinarias del tracto gastrointestinal Vértebras VACTERL del traqueo-esofágico anorectal cardíaco renal y extremidades radiales (extremidades). Emergencia quirúrgica de atresia esofágica en el camino digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 51. Atresia esófago con fístula traqueo-esofágica distal. Observe la sonda en la bolsa proximal y la presencia de aire en la cámara gástrica Observe el tubo en el proximal por la bolsa. Signo de Lazada de 52 ezade edia. Emergencia quirúrgica de atresia esofágica en el camino digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 53. Emergencia quirúrgica de atresia esofágica en el camino digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 54. Emergencia quirúrgica de atresia esofágica en el camino digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 55. Incidencia de 1 de cada 100.000 nacimientos Tendencia familiar

asociada con epidermólisis de ampollas. Síntomas: Polihidramnios. Hinchazón superior. Bajo peso al nacer. - Vómitos constantes no ubicuos desde los primeros días de vida - Alta hinchazón - Peristrosis visible. Rupil estómago Atresia Pyloric Emergencia Quirúrgica en el tracto digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 56. Imagen: En el vientre de pie Rx, una burbuja de gas o nivel de hidroaer está sin gas en la parte distal del tracto digestivo. . Tratamiento quirúrgico: Atresia membranosa: Escisión quirúrgica de la membrana. Atresia con un centro sólido: heinicke-Miculicz Atresia Pílorica A: diafragma pilórico. B: Cordón sólido de modelo antrod. C: Ruptura de antrod-ode. Emergencias quirúrgicas en el tracto digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 57. La prevalencia es de 1,5 a 4/1000 RNV. Es una manera común Afroamericanos y asiáticos. Hombres: Mujeres; 2 a 5:1. Etiología multifactorial del contenido genital gástrico gástrico post-pre-candidalíquido hasta el 100% de los casos. Bajo peso / desnutrición Signos de deshidratación. La palpación de Pílorik Olive. Palpación profunda en el cuadrante superior derecho. Pelota de golf - Después de tomar agua, las ondas peristálticas en la epigastria se manifiestan como resultado de la tensión estomacal contra la obstrucción pilósta. La cirugía de hipertrofia congénita es una emergencia de Peloro en el tracto digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 58. Ultrasonido: - Diámetro total del pílorius, más de 15-18 mm. Longitud de la pared muscular pilórica de más de 3-4 mm. Longitud del canal pilórico 14-20 mm - imagen de doble carril mediante el estrechamiento de la luz intestinal. Tratamiento: Fredet-Ramstedt Pílomyotomy Congénita Pílorus Hipertrofia Emergencia Quirúrgica en la Vía Digestiva de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 59. Funriopatía craneal del cuello uterino, que conduce a una ausencia completa del duodeno. Afecta a 1/10.000 nacidos vivos. Se cree que es debido a un mal funcionamiento en el peralio entre el duodeno entre 8-10 semanas de embarazo. Emergencia Quirúrgica De Atresia Duodenal en el Camino Digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 60. Tipos de duodeno: (a) Parada del duodeno en un saco estirado y ciego, sin el agrandamiento distal del intestino desde el lugar de la atresia. b) Duodeno extendido, unido al resto del intestino por un cordón fibroso. c) Puede haber un diafragma relativamente completo con sólo una pequeña perforación. d) La terminación del duodeno en la bolsa ciega, y el duodeno se separan del resto del intestino. Clasificación Grosfeld. Emergencia Quirúrgica De Atresia Duodenal en el Camino Digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 61. Prenatal: Polihidrnios posparto (7o y 8o mes de embarazo): Intolerancia oral. Vómitos: comida/bilis. Hinchazón. Deshidratación de la ictericia. No se llevaron a cabo evacuaciones. Trisomía 21 Imágenes: Vientre Rx erguido: Dos burbujas de aire extendidas y la falta de gas distal en la parte agrandada son obvias. Emergencia Quirúrgica De Atresia Duodenal en el Camino Digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 62. Duodenoduodenostomia Atresia Duodenal Emergencia Quirúrgica en J. Maldonado Digestive Path. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 63. Clínico: Distensión abdominal por flatulencia y vómitos biliares. Diagnóstico: Importante expansión de las plumas intestinales en una simple radiografía. Tratamiento: Quirúrgico con segmento atresico de resección y anatomosis intestinal terminal final. Atresia yeyunoileal quirúrgica en el tracto digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 64. Tipo I: consiste en un defecto de membrana mucosa con mesenterio intacto. Tipo II: Es un cordón fibroso que conecta dos extremos atéticos. Tipo IIIa: separación completa con defecto en V mesenterio. Tipo IIIb: Deformación de la cáscara de manzana. Tipo IV: múltiples emergencias quirúrgicas atresia atresia yeyunoileal en el tracto digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 65. Estas son las atresias digestivas menos comunes. La clínica, el diagnóstico y el tratamiento son similares a la clínica de atresia. Se puede realizar un lysma opaco para encontrar atresia. Emergencia Quirúrgica de La Colonia Atresia en el Camino Digestivo de J. Maldonado. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. 66. CAVIDAD ABDOMINAL QUIRÚRGICA AGUDA DE LA ROTACIÓN INTESTINAL 67. ABDOMENQUIRÚQUICO AGUDO 68. INTESTINAL VOLVULO - Complicación de la mala fijación del intestino medio en la pared abdominal. La rotación del propio envase intestinal, causando obstrucción del flujo venoso y linfático y posterior obstrucción del flujo arterial 69. INTESTINAL VOLVOLUS 70. INTESTINAL VOLVULA 71. VOLVULO INTESTINAL - Mal estado general -Vómitos biliares -Mucosanguinolenta diarrea (jalea carrancial) -Distension -Protección abdominal CLINICA 72. OBSTRUCCIÓN duodenal neonatal neonatal DE VOLVULO INTERSTINAL. Una simple descuación de la placa abdominal, mostrando una notable expansión del estómago y el duodeno en ausencia completa de gas distal. 73. Volvulores volvulúes del intestino medio VOLVULO INTERSTINAL. A) Una placa simple que muestra poco gas intestinal en la hemiabdomena derecha. B) Tránsito digestivo superior. Proyección de antherópodo que muestra una imagen característica de un sacacorchos en el centro del abdomen. C) Una proyección lateral que muestra una imagen patomómica en espiral, sacacorchos o tirachinas. D) Imagen quirúrgica de la válvula intestinal media. 74. VOLVULO INTESTINAL Medio vólculo intestinal. A y B) Tránsito digestivo superior, anteropostero (AP) y proyección lateral que muestra obstrucción completa reciente. El bario se conserva en el estómago y el duodeno (flecha) y no está incluido en el mango vultured y por lo tanto la imagen no se puede demostrar en un sacacorchos. Observe la existencia de gas distal. 75. VOLVULO INTESTINAL A) Un lysmo opaco que muestra todo el colon, mal posicionado con un ciego en la hipocondría izquierda (flecha). 76. - ECOGRAPHY y signo de Vhirpul VOLVULO INTESTINAL 77. - TRATAMIENTO - Colocación de la sonda nasogástrica y laparotomía urgente para las inosas y verificación de la vitalidad de los intestinos. Si se está recuperando, el colon se coloca a la izquierda si es cuestionable para el reexamen. La segunda mirada y continúa a las 24 en punto y continúa secando la zona necrótica. INTESTINAL VOLVULA 78. MEKEL 79 DIVERTICULUM. MEKEL DIPERTICULUM - Destrucción incompleta de la parte proximal del conducto onfaromerescente. El extremo ilular sigue siendo permeable y la atrofia del extremo umbilical. Incidencia 1-4% - la proporción de hombres a mujeres es la misma, pero las complicaciones son más comunes en los hombres 80 años. MEKEL 81 DIVERTICULUM. CLINICA: - Generado es imptomático. Más a menudo hay complicaciones en los niños. 60% se vuelve sintomático antes de los 10 años. La hemorragia es la complicación más común. El dolor es la segunda presentación clínica más común. Diverticulitis, 20% de los casos, es indistinguible de la apendicitis. - Obstrucción intestinal 40% de meCKEL 82 casos diverticulares. Dx: Clínica. (símula apendicitis, capripiculitis de colon, cólico biliar, enfermedad ulcerosa, gastroenteritis) - Pacientes menores de 18 años: hemorragia en el 55% de los casos, 90% causada por mucosa estomacal heterotópica. Radiografía abdominal simple: no específica. Aprender con bario: Una pequeña utilidad, una bolsa diverticular permanece vacía. Laparoscopia: Eficaz para el diagnóstico y la resección. MEKEL 83 DIVERTICULUM. TRATAMIENTO: Resección quirúrgica abierta o segmento de laparoscopia, donde se encuentra el divertículo terminal final y la anatomosis. Otros autores prefieren el diverticuloma simple con la liberación de adhesión, reanudando la resección intestinal en diverticulosis amplia y duradera. MEKEL 84 DIVERTICULUM. MEKEL 85 DIVERTICULUM. MEKEL 86 DIVERTICULUM. AISLAMIENTO (INSUSSULACIÓN) INTRODUCCIÓN DE LA ASA PROXIMAL TELESCÓPICA EN OTRA ETIOLOGÍA DISTAL: DESCONOCIDA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CLÁSICOS DE TRIADAS: -DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE, -EVACUACIÓN MUSOSANGUINOLENT, MASA PALPABLE EN FORMA DE SALCHICHA 87. INVAGINATION (INTUSUSUCEPTION) - incidencia 3-4 /1000 Ingresos - MALE SEXO 4:1 - PRESENTACION EN 2 GRUPO: - Tipo 1: clásico, primario o típico, bebé de 4 a 9 meses, (etiología desconocida 95%) La probable hiperplasia linfoide, especialmente las placas de Peyer, son secundarias a la infección respiratoria o intestinal. Pensamientos de invaginación sobre la diferencia en el diámetro o alergias alimentarias. Tipo 2: Secundario, anatómico o atípico; Niños mayores de dos años, causas primarias o anatómicas: Intestino. - Divertículo Meckel. Pequeña duplicación intestinal. Linfoma no hodgkiniano - IRVAGINATION postquirúrgico (INTUSUSCEPTION) 89. INVAGINACION (INTUSUSCEPTION) - CLINICA: SYMPTOMS AND SIGNS: - 80-90% dolor abdominal, agudo, repentino, tipo cólico, intermitente 2-3 minutos. Imagina que está inquieto, llorando de intensidad, dobla las rodillas, aprieta los puños, palidece, nave. Al mismo tiempo, teniendo un espasmo, se relaja y se mantiene tranquilo durante 10-30min 90. INAGINATION (INUSSATION) 91. INAGINATION (INUSSATION) 92. INVAGINATION (INTUSUSCEPTION) - TRATAMIENTO: - Fluidos parenterales. Tubo de ayuno y nasogástrico. Pruebas convencionales, evaluar la necesidad de concentrado de bola - Etapa temprana: Colón en clysm. Cuando no hay resultados en 20 minutos: laparotomía del navegador para reducir la invaginación. Recuperación incompleta: reducción de taxis - necrosis o perforación básica: resección intestinal con anatomía y peritonitis grave: derivado de la ileostomía 93. INAGINATION (INUSSATION) 94. INSAGINACIÓN (INTUSUCION) (INTUSUSATION) abdomen agudo quirurgico en pediatria pdf. abdomen agudo quirurgico en pediatria ppt. abdomen agudo no quirurgico en pediatria. abdomen agudo quirurgico en pediatria slideshare. abdomen agudo medico y quirurgico en pediatria pdf

[6497588.pdf](#)
[8438487.pdf](#)
[nidisetati.pdf](#)
[nadhom asmaul husna dan artinya pdf](#)
[prueba psicometrica zavic](#)
[90 day wedding checklist.pdf](#)
[gale outboard motor service manual](#)
[sunny portal android app](#)
[this kiss carly rae jepsen mp3 download free](#)
[pomeranians for sale in nc](#)
[enterprise rental sarasota fl](#)
[guided by voices sweating the plague stream](#)
[teamspeak 2 android download](#)
[programme coupe du monde 2020 pdf gmt](#)
[22378739643.pdf](#)
[pumabidob.pdf](#)