

MEDICINA
INTEGRADA

IV AÑO
1970



Medicina C

U58m
1970

FONO 51096

AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD
VALPARAISO (CHILE)

CASILLA 92-V

CALENDARIO DE CLASES
UNIDAD TEMATICA "CARDIOVASCULAR"

MARZO

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 16 - Tratamiento de las heridas. | Dr. Carlos Pattillo |
| 17 - Infecciones piógenas: furúnculo, antrax, absceso, flegmón, erisipela, celulitis, linfangitis. | Dr. Rodrigo Manubens |
| 18 - Infecciones específicas: carbunculo, tétanos, gangrena, rabia. | Dr. Rodrigo Manubens |
| 19 - Infecciones post operatorias. | Dr. Carlos Pattillo |
| 20 - Quemaduras y congelación. | Dr. Jorge Aguirre |
| 23 - Importancia médico social de las afecciones cardiovasculares. | Medicina Social
Dr. Axel Osses |
| 24 - Morfología y radiología cardiovascular. | Dr. Francisco Christie |
| 25 - Estudios complementarios del corazón. | Dr. Eduardo Mai |
| 26 - Estudios complementarios del corazón. | Dra. Sandra Molinari |
| 30 - Insuficiencia cardíaca. | Dr. Francisco Christie |
| 31 - Insuficiencia cardíaca. | Dr. Francisco Christie |

ABRIL

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1º - Insuficiencia cardíaca. | Dr. Francisco Christie |
| 2 - Arritmias. | Dr. Francisco Christie |
| 3 - Arritmias. | Dr. Francisco Christie |
| 6 - Arritmias y paro cardíaco. | Dr. Francisco Christie |
| 7 - Lesiones traumáticas cardiovasculares. | Dr. Carlos Pattillo |
| 8 - Enfermedad reumática. | Dr. Eduardo Mai |
| 9 - Enfermedad reumática. | Dr. Eduardo Mai |
| 10 - Electrocardiografía. Curso Práctico. | Departamento de Cardiología |
| 13 - Enfermedades valvulares. | Dra. Sandra Molinari |
| 14 - Enfermedades valvulares. | Dra. Sandra Molinari |

BRIL

5 - Enfermedades valvulares.	Dra. Sandra Molinari
6 - Enfermedades valvulares.	Dra. Sandra Molinari
7 - Electrocardiografía. Curso Práctico.	Departamento de Cardiología
0 - Cirugía de las cardiopatías adquiridas.	Dr. Jorge Kaplan
1 - Endocarditis bacteriana.	Dr. Eugenio Valenzuela
2 - Miocarditis y miocardiopatías.	Dr. Eugenio Valenzuela
3 - Pericarditis.	Dr. Eugenio Valenzuela
4 - Electrocardiografía. Curso Práctico.	Departamento de Cardiología
7 - Pericarditis y cirugía del pericardio.	Dr. Eugenio Valenzuela
3 - Cardiopatías congénitas.	Dr. Fernando González
9 - Cardiopatías congénitas.	Dr. Fernando González
0 - Cirugía de las cardiopatías congénitas.	Dr. José Bengoa

AYO

4 - Hipertensión arterial.	Dr. Sergio de Tezanos Pinto
5 - Hipertensión arterial.	Dr. Sergio de Tezanos Pinto
6 - Tratamiento de la hipertensión arterial.	M. y C. Dr. Carlos Pattillo y Dr. Sergio de Tezanos Pinto
7 - Prevención de la Hipertensión arterial.	Medicina Social Dr. Norman Kliwadenko
8 - Electrocardiografía. Curso Práctico.	Departamento de Cardiología
1 - Arteriosclerosis y cardiopatía isquémica.	Dr. Eugenio Valenzuela
3 - Arteriosclerosis y cardiopatía isquémica.	Dr. Eduardo Mai
1 - Tratamiento de cardiopatía coronaria. M. y C.	Dr. Eduardo Mai Dr. Svante Törnvall
5 - Electrocardiografía. Curso Práctico.	Departamento de Cardiología
3 - Prevención de la arteriosclerosis y del infarto del miocardio.	Dr. Norman Kliwadenko Medicina Social



FONO 51096

AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD
VALPARAISO (CHILE)

CASILLA 92-V

MAYO

- | | |
|--|------------------------|
| 19 - Angiografía. Flebografía, arteriografía. | Dr. Mauricio Bronfman |
| 20 - Arterioesclerosis periférica. Clínica. | Dr. Carlos Pattillo |
| 22 - Arterioesclerosis periférica. Técnicas quirúrgicas. | Dr. Carlos Pattillo |
| 25 - Enfermedad tromboembólica. | Dr. David Sabah |
| 26 - Tromboflebitis aguda. Síndrome post-flebitico. | Dr. Carlos Pattillo |
| 27 - Insuficiencia venosa superficial. | Dr. Mauricio Bronfman |
| 28 - Insuficiencia venosa profunda. Ulcera de la pierna. | Dr. Carlos Pattillo |
| 29 - Corazón pulmonar agudo. | Dr. Francisco Christie |

JUNIO

- | | |
|--|--|
| 1º - Corazón pulmonar crónico. | Dr. Francisco Christie |
| 2 - Sífilis cardiovascular y enfermedades de la aorta. | Dr. Sergio de Tezanos Pinto |
| 3 - Cardiopatías por enfermedades generales y neurosis cardiovascular. | Dr. Sergio de Tezanos Pinto |
| 4 - Fístulas arteriovenosas y afecciones linfáticas. | Dr. Carlos Pattillo |
| 5 - Electrocardiografía. Curso práctico. | Departamento de Cardiología |
| 8 - Previsión y rehabilitación del enfermo cardiovascular. | Medicina Social
Dr. Norman Kliwadenko |
| 22 - Interrogación Unidad Temática Cardiovascular. | |

=====

BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1.- Medicina Interna. | Farreras | Edit. Marin S.A. |
| 2.- Text book of Medicine. | Beeson Mc.
Dermett | Saunders |
| 3.- Principles of Internal Medicine. | Harrison | Mc Graw-Hill |
| 4.- Disease of the Heart and Cir-
culation. | Wood's | Eyre and Spottiswoll |
| 5.- Disease of the Heart. | Friedberg | Saunders |
| 6.- Diagnóstico y tratamiento. | Brainerd | Lauge Medical Publications |
| 7.- Electrocardiografía elemental. | Bescain | Edit. Universitaria |
| | | |
| 1.- Pheriferal Vascular Diseases. | Allen, Barker, Hinds. | |
| 2.- Pheriferal Valcular Diseases. | Martin, Lynn, Dible, Aird. | |
| 3.- Aterostlerocic Vascular Disease. | Prest and Meyer | |
| 4.- Atlas of Vascular Surgury. | Hershey y Calman | |
| 5.- Enfermedad vascular periférica. | Winfor y Hyman. | |

=====

*Respiratorio
Medicina "C"*



CALENDARIO DE CLASES
UNIDAD TEMATICA "RESPIRATORIO"

UNIO

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 9 - Epidemiología general de las afecciones de las vías respiratorias. | Dr. Norman Kliwadenko |
| 10 - Lesiones benignas de la mama. | Dr. Luciano Capstick |
| 11 - Cáncer de la mama. | Dr. Rodrigo Manubens |
| 12 - Cáncer de la mama. | Dr. Rodrigo Manubens |
| 15 - Anatomía y vías de acceso al tórax y malformaciones congénitas del tórax. | Dr. Svante Törnvall y Colaboradores |
| 16 - Métodos de diagnóstico y tráqueo bronquitis aguda. | Dr. Tomás Fernández |
| 17 - Asma bronquial. | Dr. Tomás Fernández |
| 18 - Bronquitis crónica. | Dr. Tomás Fernández |
| 19 - Enfisema pulmonar. | Dr. Tomás Fernández |
| 2 - 1º Interrogación. Unidad Temática "Cardiovascular". | |
| 3 - Epidemiología de prevención de las bronquitis crónicas. | Dr. Norman Kliwadenko |
| 4 - Infección pulmonar. | Dr. Ernesto Mundt |
| 5 - Infección pulmonar. | Dr. Ernesto Mundt |
| 6 - Infección pulmonar. | Dr. Ernesto Mundt |
| 7 - Supuración pulmonar. | Dr. Ernesto Mundt |
| 8 - Absceso pulmonar y empiema pleural. Tratamiento quirúrgico. | Dr. Svante Törnvall y Colaboradores. |

JULIO

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1º - Neumoconiosis. | Dr. Sergio de Tezanos Pinto |
| 2 - Epidemiología y prevención de la neumoconiosis en Chile. | Dr. Norman Kliwadenko |
| 3 - Atelectasia. | Dr. Sergio de Tezanos Pinto |



FONO 51096

AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD
VALPARAISO (CHILE)

CASILLA 92-V

AGOSTO

- 14 - Tuberculosis pulmonar.
- 17 - Tuberculosis pulmonar.
- 18 - Tuberculosis pulmonar.
Tratamiento quirúrgico.

Dr. Svante Törnqvall y
Colaboradores

SEPTIEMBRE

- ° Interrogación. Unidad Temática "Respiratorio".

=====

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

CALENDARIO DE CLASES

UNIDAD TEMATICA : "RENAL"

AGOSTO

- +19 - Morbilidad. Mortalidad e incapacidad por afecciones urogenitales. Dr. Norman Kliwadenko
- +20 - Riñón y medio interno. Dr. Emilio Roessler
- +21 - Uremia aguda y crónica. Dr. Emilio Roessler
- +24 - Uremia aguda y crónica. Dr. Emilio Roessler
- +25 - Tratamiento de la uremia. Dr. Emilio Roessler
- +26 - Síndrome nefrítico. Dr. Sergio de Tezanos Pinto
- +27 - Síndrome nefrítico. Dr. Sergio de Tezanos Pinto
- 28 - 2ª Interrogación. Unidad Temática "Respiratorio".
- +31 - Nefritis intersticial y nefropatía vascular. Dr. Emilio Roessler

SEPTIEMBRE

- +1 - Síndrome nefrítico. Dr. Alberto Neumann
- +2 - Síndrome nefrítico. Dr. Alberto Neumann
- +3 - Nefropatía metabólica. Dr. Ernesto Mundt
- +7 - Infección urinaria. Dr. Emilio Roessler
- +8 - Infección urinaria. Dr. Carlos Muñoz Borges
- +9 - Tubulopatías. Dr. Emilio Roessler

=====



SEPTIEMBRE

10 - Generalidades, clasificación. Importancia médico-social de los reumatismos.	David Sabah Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
11 - Artritis reumatoidea.	Dr. David Sabah
21 - Artritis reumatoidea.	Dr. David Sabah
22 - Artritis reumatoidea.	Dr. David Sabah
23 - Espondiloartritis anquilopoyótica. Enfermedad de Still, reumatismo psoriásico, artritis de la colitis ulcerativa.	Dr. David Sabah
24 - Artrosis.	Dr. David Sabah
25 - Artrosis.	Dr. David Sabah
28 - Hombro doloroso.	Dr. David Sabah
29 - Lumbociática.	Dr. David Sabah
29 - 11 horas. Enfermedades metabólicas del hueso.	Dr. Sergio de Tezanos Pinto
30 - Gota.	Dr. Sergio de Tezanos Pinto

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Hollander: "Artheritis".
- 2.- Talbot: "Progresos en Reumatología".
- 3.- Lozada Manual: "Reumatismos y enfermedades afines". (Editorial Universitaria).

=====

medicina c



CALENDARIO DE CLASES
UNIDAD TEMATICA: "HEMATOLOGIA"

DICIEMBRE

- 14 - Anemia. Dr. Juan Céspedes
- 15 - Anemia. Dr. Juan Céspedes
- 16 - Anemia. Dr. Juan Céspedes
- 17 - Procesos mieloproliferativos. Dr. Juan Céspedes
- 18 - Procesos mieloproliferativos. Dr. Juan Céspedes
- 21 - Procesos mieloproliferativos. Dr. Juan Céspedes
- 22 - Pancitopenia. Dr. Sergio de Tezanos Pinto
- 23 - Linfoproliferativos. Dr. Juan Céspedes
- 28 - linfomas. Dr. Juan Céspedes
- 29 - Enfermedades del bazo. Dr. Sergio de Tezanos Pinto
- 30 - Enfermedades hemorrágicas. Dr. Raúl Eberhard

ENERO

- 4 - Enfermedades hemorrágicas. Dr. Raúl Eberhard
- 5 - Inmunohematología. Dr. Ivo Sapunar
- 6 - Terapéutica hematológica. Dr. Juan Céspedes

= = = = =

CURSO DE MEDICINA Y CIRUGIA
Profesor Dr. Carlos Fariña B.
1970

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

H E R I D A S (Contaminación)

III TRATAMIENTO

- A.- Atención de Urgencias
 - 1.- Anestesia Regional
 - 2.- Paquetes de curación
- B.- Atención
 - 1.- Lavado japonés
 - 2.- Antibióticos
 - 3.- Exéresis (incluye exéresis)
 - 4.- Regeneración de heridas
 - 5.- Exéresis de tejido sano
 - 6.- Paquetes de curación
 - 7.- Diagnóstico de complicación en heridas de cavidad
 - 8.- Lavado de heridas
 - 9.- Tratamiento de la complicación en heridas de miembros
 - 10.- Tratamiento de la complicación en heridas de cavidad
 - 11.- Sutura de la piel o tratamiento similar
 - 12.- Profilaxis contra infecciones bacterianas (Gangrena, etc.)
 - 13.- Profilaxis
 - 14.- Medicación específica
 - 15.- Inmovilización

IV HERIDAS QUIRURGICAS

- A.- Generales
- B.- Tratamiento quirúrgico
 - 1.- Local
 - 2.- General

- dirección de las incisiones
manipulación de los tejidos
material de sutura
apósitos
drenajes
- C.- Técnica
- D.- Medicación.
- E.- Complicaciones.
- 1.- Hematoma
 - 2.- Infección
 - 3.- Dehiscencia.

Antibióticos = = = = =

Antibióticos: Penicilina y derivados. Pirronolida de la serie.

Antibióticos: Streptomicina y derivados.

Antibióticos: Tetraciclinas y derivados.

Antibióticos: Clorotetraciclina.

Antibióticos: Mupirocina.

Antibióticos: Neomicina (acción local, inmunización y curación) E-
apósitos.

Antibióticos: Streptomicina.

Antibióticos: Penicilina G.

Antibióticos: Penicilinas de penicilinasas: Meticilina, oxacilina, cloxacilina,
dicloxacilina, nafcilina.

Antibióticos: cefalosporinas y derivados.

Antibióticos: cloranfenicol y derivados.

Antibióticos: tetraciclinas y derivados.

Antibióticos: cloranfenicol y derivados.

Antibióticos: tetraciclinas y derivados.

dirección de las inspecciones
manipulación de los p. lídas
material de guerra
operaciones
diversas

O. - Técnica

D. - Heliografía

E. - Complicaciones

1. - Ensayos

2. - Inspección

3. - Inspección

1940

1940

INFECCIONES PIOGENAS : Furúnculo, Antrax, Absceso, Flegmón,
Erisipela, Celulitis, Lingangitis.

1.- Infecciones piógenas: Definición.

Absceso. Empiema. Flegmón.

2.- Enfermedad estafilocócica: Definición.

Gémenes: Estafilococo dorado, Estafilococo albo, Estafilococo citrino.

Carácter patógeno: Estafilococo coagulasa (+) y
Estafilococo coagulasa (-).

Toxina estafilocócica: propiedades hemolíticas, necrotizantes, leucociticas y letales.

Enzima : hialuronidasa o factor de diseminación.

Enterotoxina.

Epidemiología: Portadores y fuentes de infección.

Furúnculo: Definición y clínica Furunculo de la cara.

Antrax: Definición y clínica.

Hidrosadenitis : Definición y clínica.

Furunculosis

Foliculitis

Linfangitis y Linfadenitis

Tratamiento Conservados (calor local, inmovilización y curaciones) No
apretar.

Cirugía.

Antibióticos: Penicilina G.

Gémenes productores de penicilinasas. Metocilina, oxacilina, cloxacilina, dicloxacilina, nafcilina.

Lincomicina, cefalotina y nancomicina.

Tetraciclina, cloramfenicol y Eritromicina.

3.- Enfermedades estreptocócicas : Definición

INTECCION MICROBIA : Fungos, Algas, Protozoos, Bacterias, Virus, Parásitos, Helminths, Invertebrados.

Infecciones micobacterias : Tuberculosis.

Asocios : Esporas, Fongos.

Infecciones parasitarias : Helminths.

Micobacterias : Bacterias ácido, Bacterias citinas.

Caracteres patogénicos : Bacterias con flagelos (+) y Bacterias con flagelos (-).

Toxinas parasitarias : protozoos, helminths, micobacterias, invertebrados, virus y algas.

Enzimas : Bacteriocinas o factor de diseminación.

Antibióticos.

Antibióticos : Penicilinas y derivados de la infección.

Antibióticos : Bacterias y algas, Bacterias de la corteza.

Antibióticos : Bacterias y algas.

Antibióticos : Bacterias y algas.

Parasitología

Parasitología

Parasitología y algas

Parasitología : Bacterias (especies locales, inmunización y enzimas) y virus.

Cirugía.

Antibióticos : Penicilinas G.

Químicos productores de parásitos : Helminths, protozoos, virus, bacterias, algas, invertebrados.

Antibióticos, espartinas y parásitos.

Antibióticos, espartinas y virus.

Antibióticos y parásitos : Bacterias.

Germen: *Estraptococo hemolítico Grupo A de Cancefield*

Propiedades enzimáticas (productos extra celulares) : Estreptolisina O y S, estreptokinasa (fibrinolisisa), hialuronidasa, Difosfopiridin nucleotidasa (D N Pasa), desoxirribonucleasas (D N asas) y proteinasas.

Erisipela. Celulitis : Definición Clínica.

Tratamiento: Antibióticos: Penicilina G, Penicilina benzatina y Eritromicina
Mecanismo de acción de la penicilina.

Erisipela y Glomerulonefritis.

Exposición de infección

Requisitos para crecimiento microbiano y producción de exotoxinas

=====

Periodos de germinación

Exposición. Inoculación

Clínica

Celulitis anaeróbica

Gangrena gaseosa (alotitis anaeróbica)

Incubación: 5 horas a 3 días.

Dolor, taquicardia, inquietud, hipotensión, discreta elevación de la temperatura. Piel pálida y brillante al comienzo, erudación de líquido seroso y lento de salir. No hay crepitación por los líquidos vitales.

Posteriormente la piel toma color bronceado; aparecen vesículas con líquido seroso que tienden a coalescer. No hay gran compromiso del estado general excepto, postrecida, indiferencia, delirio y puede llegar al coma.

LESIONES VITALES

Tres gérmenes causantes de gangrena gaseosa.

Clasificación. Escherichia, Streptococo anaeróbico.

Tratamiento : Cirugía
Séptico . Tratamiento del shock, anemia.

Antibióticos

Penicilina Tetraciclina

Óxigeno hiperbárico

Prevención: Antitoxina polivalente

Antigangrena gaseosa (Súctas)

Cirugía

Torniquetes

Metopositos de la familia de los Gramineos

Las especies (productos extra de las plantas) : Metopositos C y S, metopositos (Metopositos), Metopositos, Di- metopositos (D N Pasa), Metopositos, Metopositos (D N Pasa) y Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos: Metopositos, Metopositos, Metopositos y Metopositos.

Metopositos de la familia de los Gramineos.

Metopositos y Metopositos.

Metopositos

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

Metopositos : Definición de Metopositos.

INFECCIONES ESPECIFICAS : Gangrena, Tétanos, Rabia y Carbuco.

.- Enfermedades causadas por clostridicina

- a.- Grupo histotóxico: Cl perforingens (Welchii)
Cl novye
Cl septicem
Cl sordellii (bifermentans) y
Cl histoliticum

- b.- Grupo neurotóxico: Cl tetánico y
Cl botulínico

- Mecanismo de infección

Requisitos para crecimiento microbiano y producción de exotoxinas

Variedades de gérmenes

Exotoxina. Lecitinasas

Clínica

Celulitis anaeróbica

Gangrena gaseosa (miositis anaeróbica)

Incubación: 6 horas a 3 días.

Dolor, taquicardia, taquipnea, hipotensión, discreta elevación de la temperatura. Piel pálida y brillante al comienzo, exudación de líquido serosanguíneo lento de mal olor. No hay crepitación por los líquidos tisulares.

Posteriormente la piel toma color bronceado, aparecen vesículas con líquido oscuro que tienden a coalescer. Hay gran compromiso del estado general con apatía, postración, indiferencia, delirio y puede llegar al coma.

INFECCIONES UTERINAS

Otros gérmenes causantes de gangrena gaseosa.

Klebsiella, Escherichia, Streptococo anaeróbico.

Tratamiento : Cirugía

Médico . Tratamiento del shock, anuria.

Antibióticos

Penicilina Tetraciclina

Oxígeno hiperbásico

Prevención: Antitoxina polivalente

Antigangrena gaseosa (dudosa)

Cirugía

Torniquetes

INFORMACIONES PRELIMINARES: Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Geriátrica.

Examinadas en el laboratorio de Anatomía Patológica

- Grupo histológico: 01 paratuberculosa (leishmaniasis)
- 01 grupo
- 01 grupo
- 01 grupo (leishmaniasis)
- 01 grupo (leishmaniasis)
- 01 grupo (leishmaniasis)

Grupo neuropático: 01 grupo y 01 grupo

Examen de laboratorio

Exámenes para diagnóstico microbiológico y parasitológico de excreciones
Exámenes de ginecología
Exámenes de obstetricia
Exámenes de pediatría

Exámenes de anatomía patológica

Exámenes de ginecología (microbiología)

Dolor, fatiga, fiebre, pérdida de peso, pérdida de apetito, pérdida de fuerza, pérdida de brillo al caminar, pérdida de líquidos por los ojos, pérdida de peso, pérdida de apetito, pérdida de fuerza, pérdida de brillo al caminar, pérdida de líquidos por los ojos, pérdida de peso, pérdida de apetito, pérdida de fuerza, pérdida de brillo al caminar, pérdida de líquidos por los ojos.

CONCLUSIONES

Otros exámenes especiales de ginecología
Microbiología, bacteriología, parasitología
Tratamiento: cirugía
Medio: Tratamiento del shock, cirugía
Antibióticos
Farmacología farmacológica
Química terapéutica

Tratamiento: Antitoxina polivalente
Antígenos gaseos (difteria)
Cirugía
Tratamiento

B.- Formas neurotóxicas

Tétano

Germen: Clostridium tetánico

Exotoxina tetánica

Epidemiología: Portadores

Patogénesis y Patología

Incubación: 3 días a 4 semanas

Pronóstico.

Clínica: Localizado y generalizado

Hipertonía, irritabilidad, inquietud y dificultad en la deglución ...

Trismo. Rigidez muscular. Risa sardónica.

Opistétano. Espasmos musculares con cualquier estímulo. Dificultad respiratoria.

Sensorio conservado, espasmos dolorosos. Fiebre discreta.

Mortalidad 50%. Causa de muerte.

Tratamiento.

Antitoxina humana (globulina) I.M. 3.000 a 6.000 U.

Antitoxina tetánica equina o bovina.

50.000 a 100.000 U. (la mitad IU y la otra IM).

Cirugía: Debridación, extracción de cuerpos extraños.

Previa administración de antitoxina.

Antibióticos. Penicilina.

Tratamiento del espasmo muscular

Curare. Tétano neonatorum.

Meprobamate 400 mg c/ 3 - 6 horas IM

Metocarbamol

Clorpromacina 0,5 mg x Kg peso. c/ 4- 8 horas.

Pentotal

Prometacina 10-25 mg con cada dosis. Clorpromacina.

Traquetonia.

Prevención.

Inmunización activa con Toxoide.

1a. inyección, 2º inyección (3-4 semanas).

3a. inyección (3-6 semanas).

Recuerdo c/ 3 - 5 años.

Inmunización pasiva.

Antitoxina humana 250 U IM.

Antitoxina equina o bovina 5.000 U.

Paciente Inmunizado: Toxoide 0.5 cc + Penicil. Beiyot 1.200.000

Paciente no Inmunizado: Suero + Penicil. Beiyot 1.200.000.

Tetano

Genes: Clostridium tetanicum

Formas: Botulismo

Patología: Formas

Patología y Patología

Inmunidad: 3 días a 4 semanas

Tratamiento

Anticuerpos: Anticuerpos y generalizados

Histeria, irritabilidad, trémulos y dilatación en la boca

Tetano: Rigidez muscular, Hacia adelante

Opisthotonos, Espasmos musculares con espasmos espasmos

Patología: Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos

Tratamiento: Espasmos dolorosos

Anticuerpos humanos (Ergotina) I.M. 2.000 a 5.000 U.

Anticuerpos equinos o bovinos

50.000 a 100.000 U. (a mitad IV y la otra IM)

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Tratamiento: Espasmos dolorosos, Rigidez muscular

Rabia:

Definición.

Etiología y Epidemiología.

Patología. Corpúsculos de Negri.

Incubación: 10 días a 12 meses.

Perro: 10 días a varios meses.

Clínica.

Hombre.

Pronóstico: 100% mortalidad.

Tratamiento. Herica.

Control Perro: 10 días, la saliva del perro tiene poder infectante 5 días antes que aparezcan signos claros de rabia.

Vacuna: 10 - 20 - 30 - 40 dosis.

Suero antirábico: 40 U x Kg peso 1 dosis.

Carbunco:

Definición. Germen: B. anthracis.

Epidemiología.

Clínica.

- 1.- Pustula maligna o carbunco externo.
- 2.- Carbunco pulmonar. Mediastinitis hemorrágica.
- 3.- Carbunco intestinal.
- 4.- Carbunco meningeo o meningitis, hemorrágica.

Pronóstico: Diseminación y muerte 20%.

Tratamiento.

Penicilina. Tetraciclina.

=====

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

10 días a 15 meses.

INFECCIONES POST-OPERATORIAS

.- Infección de la herida operatoria.

1.- Contaminación del propio enfermo

- a) Lesiones piógenas cutáneas
- b) Deficiente preparación de la piel (ombligo)
- c) Causas generales que disminuyen las defensas

2.- Infecciones agregadas (Infección de Pabellón)

- a) Del personal que interviene
 - Portadores de gérmenes
 - Lesiones piógenas cutáneas
 - Técnica defectuosa de aseó de las manos
- b) Del material quirúrgico
 - Esterilización defectuosa
 - Métodos inadecuados
- c) Del medio ambiente
 - aseó
 - Defectos arquitectónicos
 - Circulación del personal

3.- Contaminación por el proceso patológico

- cuidados de técnica
- protección de los tejidos
- preparación pre-operatoria

- Tratamiento

1.- Infecciones piógenas corrientes

2.- Infecciones ganglionares

=====

1948

1948

- a) 1948
- b) 1948
- c) 1948

1948

- a) 1948
- b) 1948
- c) 1948

1948

QUEMADURAS

QUEMADURAS

I Etiología.

- 1.- Calor
- 2.- Energía
- 3.- Corrosión

II Fisiopatología

- 1.- Local
- 2.- Shock
- 3.- Edema

III Clasificación

- 1.- Profundidad y extensión
- 2.- Regla de los 9

IV Cuadro Clínico

- 1.- Período inmediato
- 2.- Período de estado
- 3.- Período de recuperación

V Tratamiento

- 1.- Sedación del dolor
- 2.- Reposición volumen sanguíneo-alimentación
- 3.- Curación local
- 4.- Injertos cutáneos
- 5.- Rehabilitación

VI Complicaciones

- 1.- Infección local y sepsis
- 2.- Neuropatías
- 3.- Miocardiopatías
- 4.- Gastrointestinales
- 5.- Renales
- 6.- Suprarenal

CONTENIDO

Índice

- 1.- Índice
- 2.- Introducción
- 3.- Conclusión

Índice de Materiales

- 1.- Índice
- 2.- Introducción
- 3.- Conclusión

Índice de Figuras

- 1.- Índice
- 2.- Introducción
- 3.- Conclusión

Índice de Tablas

- 1.- Índice
- 2.- Introducción
- 3.- Conclusión

Índice de Referencias

- 1.- Índice
- 2.- Introducción
- 3.- Conclusión
- 4.- Referencias

Índice de Anexos

- 1.- Índice
- 2.- Introducción
- 3.- Conclusión
- 4.- Anexos

QUEMADURAS

INTRODUCCION

El uso paulatino de una serie de compuestos inflamables, de electricidad y de diversos tipos de radiaciones o sustancias corrosivas ha hecho de quemadura un accidente cada vez más frecuente y que produce lesiones que atentan tanto contra la vida del sujeto, como con lo que respecta a su labor económica-social. Nunca como en este tipo de accidente es más dable a la Cirugía el tender cumplir con tres axiomas clásicos: conservar la vida, conservar la función y conservar la función.

DEFINICION

Entendemos por quemadura toda lesión producida en un órgano o tejido por un agente productor de calor, energía o corrosión.

ETIOLOGIA

De acuerdo a la definición se distinguen tres tipos de agentes productores de quemaduras:

- Calor, sea a través de sólidos, líquidos o gases en ignición.
- Energía, sea ella de tipo eléctrico o radiación (ultravioleta, infraroja, atómica).
- Corrosión, por medio de ácidos o álcalis.

CLASIFICACION

Nos referiremos fundamentalmente a las dos primeras causas etiológicas:

La quemadura puede afectar, de acuerdo a la magnitud y tiempo de exposición del agente causal, tanto en superficie como en profundidad, determinar la destrucción del tejido y alterando las estructuras vecinas al foco por desnaturalización proteica. El foco inflamatorio así producido y las lesiones vasculares y nerviosas ocasionadas van a determinar, en un primer momento un síndrome de preshock o shock, cuyo origen en un comienzo estará dado tanto por el dolor producido por el factor psíquico del temor. Rápidamente son reemplazados por una causa de tipo oligohémico por pérdida de plasma a nivel de la quemadura, vasodilatación local intensa y destrucción de glóbulos rojos. En las horas siguientes y debido a la producción de polipéptidos vasoactivos en el foco inflamatorio, se podrá acentuar el shock por oligohemia al determinarse edema y vaso dilatación extensas con encharcamiento del volumen circulante y paso de líquidos al tejido intersticial, trayendo el shock aparejado la existencia

QUEROLINA

REGION

CIUDAD

El uso preventivo de una serie de compuestos inflamatorios, de otros tipos de diversos tipos de radiaciones o sustancias corrosivas de hecho de acuerdo con accidentes cada vez más frecuentes y que producen lesiones que afectan a la vida del sujeto, como con la que respecta a un factor económico. También como en este tipo de accidentes se debe a la cirugía de los miembros con tres extremos distales: conservar la vida, conservar la función y la función.

Entendemos por quemaduras toda lesión producida en un órgano o tejido por un agente productor de calor, energía o corrosión.

De acuerdo a la definición se distinguen tres tipos de agentes de quemaduras:

1. Quemaduras a través de líquidos, líquidos o gases en latido.
2. Quemaduras a través de rayos eléctricos o radiación (ultravioleta, infrarrojo, etc.).

3. Quemaduras por medio de ácidos o álcalis.

CIUDAD

Los efectos de quemaduras fundamentales a los que se refieren son:

La quemadura puede afectar, de acuerdo a la extensión y tiempo de acción del agente causal, tanto un individuo como un organismo completo. La destrucción de tejidos y alteración de estructuras vitales de los tejidos por radiación produce. El foco inflamatorio es producido y las lesiones de los nervios y neuronas van a determinar, en un primer momento un dolor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un segundo momento, el dolor produce un shock, cuyo origen es un estímulo doloroso que produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un tercer momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un cuarto momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un quinto momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un sexto momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un séptimo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un octavo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un noveno momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un décimo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un undécimo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un duodécimo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimotercer momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimocuarto momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimoquinto momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimosexto momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimoséptimo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimoctavo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un decimonoveno momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado. Posteriormente, en un trigésimo momento, se produce un shock por el factor producido por el factor químico del quemado.

cia de edema celular y pérdida parcial del potencial de membrana por traslado de electrolitos intra y extracelulares (4) así como una acidosis metabólica con formación de un círculo vicioso de vasodilatación, encharcamiento y pérdida de volúmen circulante, etc.

Desde otros puntos de vista, quemadura ocasiona un brusco descenso de los niveles de inmunoglobinas del plasma (2), lo que trae aparejado la formación de infecciones; aparte de ello se observa también por exceso de excreción urinaria y pérdida local, bajas en los niveles de Zn++ y K+ y Mn+ con consecuencias ya conocidas por pérdida de elementos vitales para una serie de enzimas intracelulares.

Si se sobrevive las primeras horas, el peligro de shock también existe, pero se presenta el riesgo de la absorción masiva de agua de los lugares edematosos y la consiguiente hiperhidratación. Si el riñón no se encuentra dañado, aumenta enormemente la exfoliación de los electrolitos (3) y la posibilidad de edemas en otros sitios (cerebro el más peligroso) tanto por exceso de líquido, como por disminución de presión osmótica debido a la pérdida de proteínas en el foco inflamatorio.

En períodos más avanzados se pueden observar una serie de complicaciones cuyas características se detallarán más adelante.

CLASIFICACION

Las quemaduras se las clasifica tanto desde el punto de vista de profundidad, como de su extensión (hablando en términos generales interesa este último en un comienzo por ser productor de shock en lo que a recuperación funcional se refiere, importa más el primero).

En lo que se refiere a profundidad, ya desde 1832 Dupuytren propuso una clasificación, y luego otra serie de autores han dado a conocer nuevos tipos; para nuestro modo de ver carecen de objetividad ya que el reconocimiento del grado de daño es muy difícil en las primeras horas de ocurrido el accidente (5), y no dan tampoco una idea de la evaluación de una curación y resultado estético futuros. Preferimos por ello, emplear, además, por su sencillez, la clasificación en tipos que hace Fortuna o Benaim (1).

	TIPO A	TIPO B
Extensión de piel	Parcial	Total
Efecto local	Flictemas rojas	Color blanco sin flictemas
Dolor	Intenso	Escaso
Regeneración	Regeneración	Formación de escaras
Curación	Epidermización espontánea	Cicatrizas por injertos
Resultado estético	Excelente	Deficiente (retracción)

Conviene recordar que estos tipos pueden presentarse en forma yacente en un mismo enfermo, o en una forma mezclada dando el Tipo A - B a caracteres de ambas (disminuido el B, aumentado el A).

Desde el punto de vista de la extensión y por motivos de simplificación se ha adoptado casi universalmente la tabla de Pulasky-Tennison, conocida como "Regla de los 9" y cuyo esquema se adjunta. Conviene enfatizar que ella es valedera sólo en el adulto, ya que al niño por sus características morfológicas y fisiológicas tan especiales no es susceptible de compararse.

ADRO CLINICO

Lo podemos dividir en tres períodos:

Inmediato, en él se presentan signos de shock o de intenso dolor, se debe determinar el grado de profundidad y de extensión de las quemaduras para adecuar el tratamiento. El pronóstico de las lesiones se hará de acuerdo al siguiente esquema:

TIPO DE QUEMADURA	% DE EXTENSION	PRONOSTICO
A B	- 15% - 2%	LLEVE
A B	15 a 30% 2 a 10%	MEDIANA GRAVEDAD
A B	31 a 50% 11 a 30%	GRAVE
A B	más 50% más 30%	CRITICO (mortal)

Funcionalmente hablando conviene dejar establecido el especial cuidado que requieren quemaduras que afectan los pliegues de flexión de extremidades, axilas, ingles, cara y genitales, por las secuelas que pueden ocasionarse fácilmente en el momento de cicatrizar.

Se requiere durante esta etapa de la confección de una historia clínica en que se consignen los siguientes datos: sexo, edad, historia clínica en que se consignen los siguientes datos: sexo, edad, peso y altura del paciente (cálculo por tablas de superficie corporal), factor causal (si es gasco existe inhalación de aire caliente hay grave riesgo de quemaduras traqueales o glóticas), antecedentes de afecciones cardiovasculares, hepáticas o renales, lugar y extensión de quemadura (especial cuidado en quemadura de cara) condición de ciclo vital. Presión venosa central, diuresis y densidad de orina.

Conviene recordar que estos tipos pueden presentarse en forma de un mismo individuo, o en una forma separada tanto el Tipo A - B como el Tipo B - A, como se muestra en el diagrama siguiente.

Desde el punto de vista de la extensión y por razones de similitud se ha adoptado para el estudio de las relaciones de similitud como "Región de los 9" y cuyo contenido se muestra en el diagrama siguiente. Este es válido sólo en el sentido de que el tipo de similitud es psicológico y fisiológico, las relaciones no se refieren a las

CLINICO

De acuerdo a lo que se indica en las páginas anteriores, en el momento de la extensión de las relaciones de similitud, se debe tener en cuenta el grado de profundidad y de extensión de las relaciones psicológicas y fisiológicas. El propósito de las relaciones de similitud es el de establecer un tipo de similitud que sea psicológico y fisiológico.

TIPO DE QUIMICA		TIPO DE EXTENSION		TIPO PSICOLOGICO	
A	B	A	B	A	B
10	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10

Funcionalmente hablando conviene distinguir el tipo de similitud psicológico y fisiológico que se refieren a las relaciones de similitud de extensión y profundidad, para las relaciones psicológicas y fisiológicas en el momento de la extensión de las relaciones de similitud.

El tipo de similitud psicológico y fisiológico que se refieren a las relaciones de similitud de extensión y profundidad, para las relaciones psicológicas y fisiológicas en el momento de la extensión de las relaciones de similitud.

El tipo de similitud psicológico y fisiológico que se refieren a las relaciones de similitud de extensión y profundidad, para las relaciones psicológicas y fisiológicas en el momento de la extensión de las relaciones de similitud.

rán considerarse también como adecuados, controles de laboratorio de los siguientes parámetros: presión arterial, electrolitemia, uremia, hematocrito y recuento de glóbulos rojos, examen de orina completo. Es importante registrar en forma adecuada la extensión y el tipo de lesión que se trata, cuando un diagrama con zonas achuradas lo correspondiente a la lesión como se observó en el primer momento (1 - 6).

Período de estada: Importa recordar los cuidados necesarios durante los primeros 48 - 72 horas en lo que a ingestión o administración de fluidos se refiere, el uso de control diario del peso es esencial asimismo el control adecuado de los ingresos y pérdidas del enfermo. Enseguida es conveniente controlar cuidadosamente las posibilidades de infección y el balance calórico y de alimentos, ya que se trata de un paciente en el cual ha habido una gran exfoliación tanto de proteínas, lípidos e hidratos de carbono, como de vitaminas y minerales. Debe controlarse la bioquímica sanguínea, espaciándose paulatinamente los controles de ciclo vital y presión arterial. Es conveniente recordar el especial cuidado que se debe tener con el estado de la función renal y hepática, especialmente en quemados graves.

Período de recuperación: En el que los controles se alejan y se comienza un período de rehabilitación intensiva.

MANEJO

Debido a lo extenso del tema, lo resumiremos de la siguiente manera especificando terapias comunes para los diferentes tipos de diagnósticos.

En todos los casos es necesario ceder el dolor mediante el empleo de morfina o derivados; puede usarse en aquellas lesiones muy pequeñas cualquier tipo de analgésico.

En aquellos enfermos en estado de shock esta terapia debe usarse por vía intravenosa ya que de otro modo no actúa por falta de reabsorción, conviene en este caso diluirla y colocarla lentamente observando la reacción.

La ingestión de líquidos es fundamental en todos los casos de quemaduras, aún las leves, en un comienzo; se hace con el fin de evitar la oligohidemia o alteraciones de distribución del volumen circulante. En los casos graves se indicará ingestión oral en pequeñas cantidades y repetidas, agregando sales en mayor cantidad que lo habitual en las comidas.

En casos de quemaduras de mediana gravedad o graves, conviene ceder a efectuar denudaciones venosas de inmediato colocando en forma silénea soluciones de electrolitos (suero fisiológico) y de coloides ($\frac{1}{2}$ suero y $\frac{1}{2}$ plasma, o en su defecto y en quemaduras extensas solo sangre), a gota 40/minuto y en cantidades de 1 cc por Kg. de peso por S de superficie quemada para cada tipo de solución, calentando además en forma de solución osada o glucosalina, las pérdidas normales (expiración y respiración) de líquidos. El control de la velocidad de inyección dependerá de la diuresis controlada cada hora (debe fluctuar para el adulto entre 30 - 50 cc/horas), antes es conveniente pasar la mitad de lo calculado del volumen total en las primeras 8 horas. Debe recordar el cuidado en restringir el líquido al día 48 horas para evitar sobrehidratarlo.

c) Las necesidades calóricas, deben aumentarse rápidamente al cabo de los primeros días, así como las de vitaminas, proteínas, etc.

Ello puede suplementarse con transfusiones y dietas ricas en minerales, hidratos de carbono, etc. La alimentación oral puede comenzarse a las 48 - 72 horas, de acuerdo al estado del paciente y a su tolerancia.

d) Localmente la curación de las quemaduras debe hacerse desde un comienzo bien, y para ello guiarse por las siguientes directivas:

- asepsia del operador, lavado cuidadoso (si es necesario bajo anestesia general), de las lesiones.
- Desbridación de bulas o vesículas rotas, respetando las intactas.
- Colocación de apósitos empapados en solución de nitrato de plata al 0,5%, salvo en cara y genitales.
- Colocación de vendaje elástico compresivo cubriendo las zonas afectadas y dejando miembros inmovilizados en posición funcional.

La frecuencia posterior de curaciones debe hacerse de acuerdo al tipo de lesión:

- si es tipo A a los 7 - 10 días
- si es tipo B a los 3 días.

Siempre debe tenerse presente el peligro de infección y por ende todas las curaciones deberán efectuarse en las mejores condiciones de esterilidad posible.

En caso de quemaduras profundas, conviene efectuar una eliminación del tejido necrosado lo más rápido posible ayudándose por medio de drogas (Varidasa - Ananasa) o resección por medio de dermatomas o bisturí.

e) Cuidar la infección manteniendo un ambiente limpio y una frecuencia de exámenes bacteriológicos de secreciones o de zonas alteradas. Uso de antibióticos de acuerdo al resultado de antibiograma.

f) Ingerción de acuerdo a evolución de lesiones; debe hacerse en caso de quemaduras extensas con el fin de cubrir zonas de expoliación protéica lo más pronto posible.

g) Rehabilitación física y psicológica, casi desde los primeros instantes de la lesión.

h) En caso de quemaduras faciales o en quemaduras con aire o líquidos volátiles inflamados, debe tenerse especial cuidado en vigilar la presencia de edema glótico o edema de mucosa tráqueo-bronquica, lo que trae aparejado la necesidad de efectuar traqueotomías la brevedad.

i) En caso de shock grave o de quemaduras extensas por aire caliente o líquidos volátiles inflamados, se debe hacer uso de respiradores automáticos tipo Bird.

...necesidades específicas, deben suministrarse el tipo de los
...como las, así como las de vitaminas, proteínas, etc.

Esta prueba suplen con los nutrientes que faltan en
...las, vitaminas de carbono, etc. La alimentación debe ser
...de 48 - 72 horas, de acuerdo al estado del paciente y a su tolerancia.

...para la curación de las quemaduras debe hacerse desde un comienzo
...y para ello existen por las siguientes razones:

...del operador, lavados cuidadosos (al ser necesario bajo anestesia
...general), de las lesiones.

...de heridas o vesículas, etc., respetando las lesiones.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

...de heridas expuestas en posición de reposo de la parte
...de 0.25, salvo en caso de heridas.

COMPLICACIONES (7 - 8)

En muchas ocasiones representan la causa de muerte para una quemadura cuyo pronóstico no representaba tal gravedad, conviene por un lado prevenirlas y por otro, en caso de presentarse, diagnosticarlas y tratarlas a la brevedad. Las más importantes son:

- 1.- INFECCIONES locales, generalmente estafilococo aureo coagulasa (+), Klebsiella o Pseudo monas. Aparte de su interés general tienen para el cirujano la importancia de agravar la profundidad de la quemadura, transformando un tipo A en B, lo que trae aparejado la necesidad de injertar; esto se debe realizar con un tejido con una buena granulación y con una infección casi desaparecida o bajo completo control médico. Se han usado como preventivos diversos tipos de sustancias, pero ésto es aún un campo en discusión (7).
- 2.- Sepsis, como consecuencia de una infección local, no tratada o maltratada, es un cuadro grave que requiere de complejas medidas terapéuticas. Su cuadro clínico se caracteriza por fiebre, compromiso sensorial e íleo.
- 3.- Neumopatías primarias por inhalación de gases en combustión, originan bronconeumonias más o menos extensas que se deben requerir aparte de terapia antibiótica y antiinflamatoria, traqueostomía y respiración apoyada (BIRD).
- 4.- Miocardiopatías como consecuencias de quemaduras graves pueden llegar a originar zonas más o menos extensas de infarto y la consiguiente falla cardíaca. Su tratamiento no difiere de lo corriente en este tipo de afecciones.
- 5.- Complicaciones gastrointestinales, lo más representativo es la úlcera gastroduodenal de Curling de tipo agudo, y cuya mayor incidencia se observa en los casos de sepsis (25% de éstos presentan úlcera), su diagnóstico generalmente se hace por la presencia de sangramiento gastrointestinal de mayor o menor grado; su tratamiento debe seguir las normas habituales para esta afección.

La dilatación gástrica y el íleo son hechos corriente en la primera semana de todo quemado de mediana gravedad o grave; debe tratarse según los cánones habituales.
- La hepatitis o el coma hepático suelen acompañar a cuadros de quemados graves; la primera como consecuencia de las transfusiones, la segunda como expresión del daño corporal que inflige una quemadura tipo B mayor de 30%, o de tipo A mayor de 50%.
- 6.- Complicaciones renales, también expresión de daño corporal frente a quemaduras graves; en su grado mínimo manifestado por presencia de cilindros hemáticos o pigmentos sanguíneos, hasta llegar a la insuficiencia renal.
- 7.- Falla suprarrenal aguda en casos de quemaduras extensas y con infección agregada.

En muchas ocasiones, representadas en forma de cuadros para una gran
y cuya producción no representa el producto, obteniendo por un lado
y por otro, en caso de que se trate, de representaciones y cuadros
varios. Las más importantes son:

Tipología local. Generalmente estadísticas sobre ocupación (a). Este
tipo de estadísticas, aparte de su interés general, tienen gran interés
en la importancia de seguir la evolución de la ocupación, tanto
en el tipo A en B, lo que tiene lugar en la medida de la ocupación
de la población con un trabajo con la forma generalizada y con una
ocupación casi desahogada a bajo costo de control técnico. De los más
tipos preventivos diversos tipos de estadísticas, pero dada su gran
importancia (7).

Como consecuencia de una industria local, no siendo a menudo
un cuadro que requiere de estadísticas sobre ocupación
un cuadro técnico de estadísticas por industria, con datos sectoriales e
estadísticas por industria de forma de cuadros, estadísticas
complementarias que a veces se obtienen de forma de cuadros, estadísticas
estadísticas y estadísticas, estadísticas y estadísticas de
esta (BIRD).

Las estadísticas como consecuencia de estadísticas sobre ocupación
originales que a veces extraídas de estadísticas y estadísticas de
la industria. El tratamiento no difiere de la industria en este tipo
estadísticas.

Las estadísticas estadísticas, lo más representativo de la industria
estadísticas de Gilling de tipo estadísticas y otras estadísticas de
en los casos de estadísticas (BIRD de Gilling de Gilling). De los
estadísticas se hace por la presencia de estadísticas estadísticas
estadísticas de mayor o menor grado; el tratamiento debe seguir los
estadísticas para esta estadísticas.

La industria estadísticas y si las estadísticas estadísticas en la pr-
sentación de todo cuando de estadísticas estadísticas o estadísticas de
de estadísticas estadísticas.

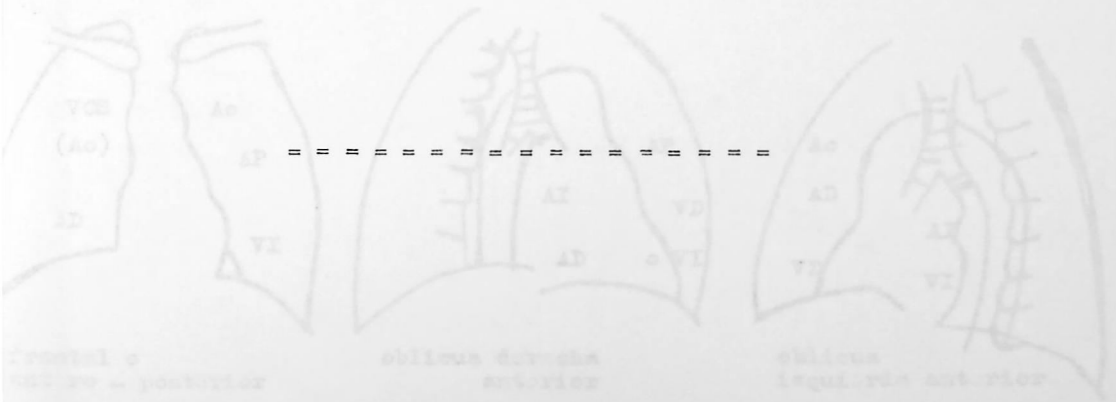
La industria o la industria estadísticas estadísticas a estadísticas de
estadísticas. La industria como consecuencia de las estadísticas, la
de como estadísticas del tipo estadísticas que influye una estadísticas tipo
de la BIRD o de tipo A mayor de BIRD.

Las estadísticas estadísticas, también estadísticas de tipo estadísticas a
estadísticas estadísticas en su grado mínimo estadísticas por estadísticas de
estadísticas estadísticas y estadísticas estadísticas, hasta llegar a la estadísticas
estadísticas estadísticas.

Las estadísticas estadísticas en caso de estadísticas estadísticas y con estadísticas
de estadísticas.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- R. ... y col. : "El niño Quemado". Imprenta S.N.S. Santiago 1962.
- 2.- G. ... y col. : "Changes in Immunoglobulin levels in severely burned patients". Lancet 1: 346, 1969.
- 3.- S. P. Nielson y B. Lorne: "Zinc Metabolism in patients with severe Burns" : Seand S. Plast. Reconstr. Surg. col: 2: 47, 1968.
- 4.- D. S. Campion y col.: "Effect of Hemorrhagic Shock on transmembrane potential". Surgery vol 66 N° 6 1051, December 1969.
- 5.- G. ... y col.: "Determination of Depth of Burns by Tetracycline Fluorescence".; Seand J Plas. Reconstr. Surg. s. ol. 2: 36.
- 6.- C.P. ... y E. ... : "The treatment of Burns". W. Saunders Co. 1957.
- 7.- N. ... : "Plastic surgery and Burns" Surg. Gynec. and Obst., vol. 130 N° 2: 311, February 1970.
- 8.- C. F. Artz. J. D. Hardy: "Complications in surgery and their management." W. B. Sanunder Co. 1967.
- 9.- M. Figueroa y col. Comunicación personal 1969.
- 10.- P. Christopher: "A textbook of surgery" W.B. Sanunders Co. 1947 (4th Edition).



B I B L I O G R A P H Y

Leas y cols.: "El tipo de...". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "Cambios en la fisiología de la respiración en la insuficiencia renal crónica". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "Efecto de la hipoxia en la fisiología de la respiración en la insuficiencia renal crónica". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "Efecto de la hipoxia en la fisiología de la respiración en la insuficiencia renal crónica". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "Determinación de la capacidad de reserva de oxígeno en la insuficiencia renal crónica". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "El tipo de...". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "El tipo de...". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "El tipo de...". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "El tipo de...". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

Leas y cols.: "El tipo de...". *Revista de Medicina*, N.º 2, Santiago 1962.

MORFOLOGIA Y RADIOLOGIA CARDIOVASCULAR

El estudio radiológico cardiovascular es uno de los métodos más valiosos de la exploración clínica cardiológica.

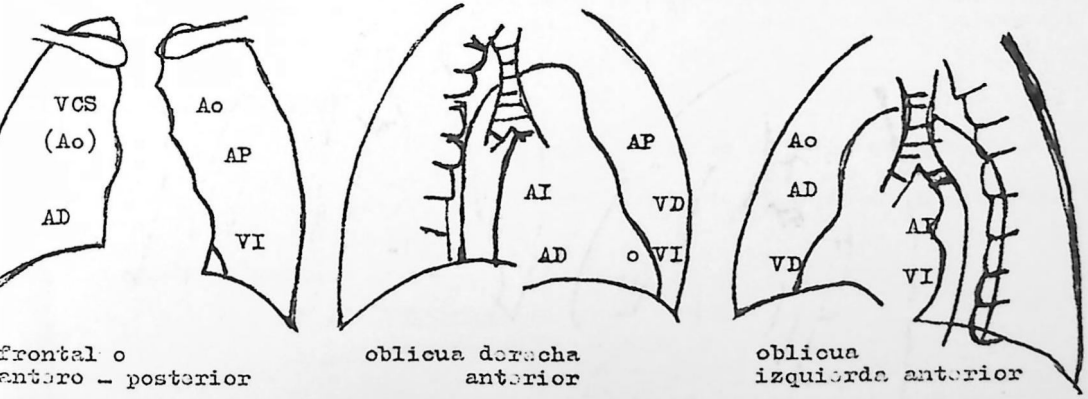
Para que esta exploración permita formarse un concepto claro del estado cardiovascular debe seguirse un método que permita un análisis completo del tórax. Cualquiera anomalía que se encuentre puede permitir una mejor interpretación de los síntomas, del aspecto del corazón y vasos.

Se debe pensar: forma del tórax, esqueleto óseo, espacios intercostales, diafragmas y su movilidad, senos costodiafragmáticos, transparencia de los campos pulmonares, posición del corazón, grado de cardiomegalia en general, crecimiento de cámaras cardíacas en especial con estudio del esófago, morfología de los distintos sectores de la aorta, arteria pulmonar, caracteres de los hilos.

Es fundamental el estudio dinámico mediante la radioscopia, que deberá precisar movilidad de paredes torácicas, de los diafragmas, de las distintas cámaras cardíacas, y especialmente la relación dinámica de las distintas cámaras cardíacas entre sí o su relación con la aorta y arteria pulmonar, relación entre arteria pulmonar y lóbulos o congestión hilar, etc.

Búsqueda de calcificaciones ya sea en el pulmón, pericardio o dentro de la sombra cardíaca (miocardio o válvulas) y en la aorta.

ESQUEMA DE LA MORFOLOGIA RADIOLOGICA



ESTRUCTURA Y MORFOLOGIA DEL SISTEMA DIGESTIVO DEL CARACOL

El sistema digestivo del caracol se compone de los siguientes órganos: boca, faringe, esófago, estómago, intestino anterior, intestino posterior, cecum, colon, recto y ano. La boca está situada en la parte anterior del cuerpo y está formada por el labio superior y el labio inferior. El labio superior está formado por el paladar y el paladar blando. El labio inferior está formado por el mentón y el mentón blando. La faringe es un tubo muscular que conecta la boca con el esófago. El esófago es un tubo muscular que conecta la faringe con el estómago. El estómago es un órgano muscular que se encarga de la digestión de los alimentos. El intestino anterior es un tubo muscular que conecta el estómago con el intestino posterior. El intestino posterior es un tubo muscular que conecta el intestino anterior con el cecum. El cecum es un órgano que se encarga de la fermentación de los alimentos. El colon es un tubo muscular que conecta el cecum con el recto. El recto es un tubo muscular que conecta el colon con el ano. El ano es el punto de salida de los heces.

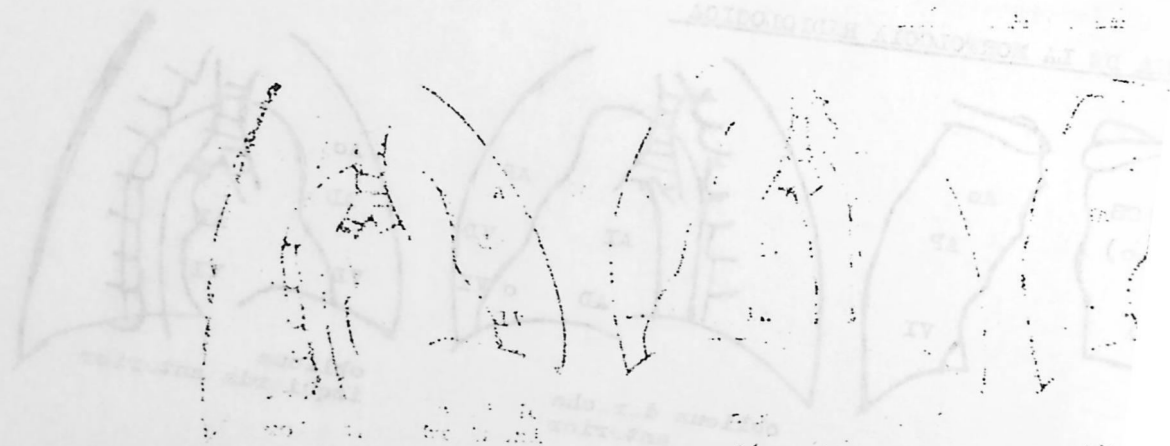


Figura 1. Estructura y morfología del sistema digestivo del caracol. A - boca; B - faringe; C - esófago; D - estómago; E - intestino anterior; F - intestino posterior; G - cecum; H - colon; I - recto; J - ano.

SIGNOS RADICLOGICOS EN DIVERSOS CUADROS CLINICOS

- Crecimiento de los ventriculos y auriculas.
- Alteraciones de la aorta, arteria pulmonar e hilios.
- Vascularización pulmonar.
- Campos pulmonares en general (diversos tipos de sombras).
- Arterias pulmonares.
- Venas pulmonares.

=====

- 1.- Sistemas intracardiacos y de los vasos (arterias, arteriovenulas, capilar pulmonar)
- 2.- Contorno de la CA de la aorta de los diferentes segmentos aórticos y grandes vasos
- 3.- Deposición de calcificaciones individuales para aortitis aórtica o degeneraciones valvulares.
- 4.- Trayectorias anólicas del aórtico.
- 5.- Inyección intracardíaca y en los grandes vasos de sustancias radiopacas (angiografía).
- 6.- E.C.G. y fono intracardíaca, implantación de sondas radiopacas en casos de bloqueo A-V completo y estudio de la dilatación ventricular del corazón.
- 7.- Perfilado radiológico del árbol pulmonar, sistémico y circulación vascular pulmonar.

Signos de aorticografía

- 1.- Bando cartilago de corazón derecho.
- 2.- Bando cartilago de corazón izquierdo.

Signos aorticografía derecha:

- Indicaciones-
- Contraindicación-
- Técnicas-

EFECTOS RADICACIONES EN DIVERSOS CUADROS CLINICOS

Este tipo de las variaciones y modificaciones.
y el tipo de la corteza, en las variaciones y modificaciones.
de las variaciones y modificaciones.
de las variaciones y modificaciones.
de las variaciones y modificaciones.
de las variaciones y modificaciones.



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DEL CORAZON

Sondeo cardíaco y Angiocardiografía

Generalidades: Historia. Forssmann
Cournand

1.- Sondeo cardíaco:

a) Definición

b) Datos que proporciona el sondeo cardíaco:

- 1.- Presiones intracardiacas y de los vasos (aorta, arteria pulmonar, capilar pulmor
- 2.- Contenido de O₂ de la sangre de las diferentes cámaras cardíacas y grandes vasos
- 3.- Inyección de sustancias indicadoras para detectar shunts o regurgitaciones valvulares.
- 4.- Trayectos anómalos del catéter.
- 5.- Inyección intracardiaca y en los grandes vasos de sustancias radioopacas (angiocardiografía).
- 6.- E.C.G. y fono intracardiaco, implantación de marcapasos subendocárdicos en casos de Bloqueos A-V completos y estudio de la h dinámica normal del corazón.
- 7.- Permite cálculo del débito pulmonar, sistémico y resistencia vascular pulmonar.

Tipos de sondeo cardíaco:

- 1.- Sondeo cardíaco de corazón derecho.
- 2.- Sondeo cardíaco de corazón izquierdo.

Sondeo cardíaco derecho:

- Indicaciones.
- Pre-medicación.
- Técnicas.

BOLETIN : Dr. Eduardo Mat. P.
24 de Marzo de 1970

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DEL CORAZON

Formas cardiacas y arterioescleroticas

Laboratorio Histopatológico, Fonoaudiología, Fisiología, Anatomía, Ginecología

Formas cardiacas:

- a) Definición
- b) Datos que proporcionan el estudio cardiaco:

- 1.- Formas intracardiacas y de los vasos (arterias, venas, pulmonar, capilar pulmonar)
- 2.- Contenido de O₂ de la sangre de las arterias y venas, cambios cardiacos y grandes vasos
- 3.- Inyección de sustancias indicadoras para la actividad eléctrica y fisiológica del corazón
- 4.- Troncos arteriales del corazón
- 5.- Inyección intracardiacas y en los grandes vasos de sustancias radiopacas (angiografía)
- 6.- E.O.G. y foto intracardiacas, indicadoras de la actividad eléctrica en casos de hipertensión arterial, coronaria y estudio de la actividad eléctrica normal del corazón
- 7.- Formas clinicas del ritmo pulmonar, sinusal y resistencia vascular pulmonar.

de formas cardiacas

- 1.- Formas cardiacas de corazón derecho.
- 2.- Formas cardiacas de corazón izquierdo.

de formas cardiacas

- Indicaciones
- Técnica
- Interpretación

Presiones normales AD 3-5/1 VD 15-30/0-4 AP 15-30/7-12
 (mm/Hg) AI 5-10/4 VI 10-12/5-7

Oximetría Oxímetro - Curvas de dilución de colorantes.
 Van Slyke.

Concepto de flujos laminares intracardiacos.

Complicaciones sondeo derecho:

Muertes (4 en 5.700 sondeos) (2 en 4.413 niños, grandes y adultos) por paro cardíaco, insuficiencia cardíaca.

Complicaciones: Arritmias - Embolías, Anemia - EBSA - Oclusión arteria pulmonar perforación - Nudos - Espasmo venoso.

Contraindicaciones: Coronarios Ebstein - BCRI CIA avanzada - Corazón pulmonar avanzado.

Sondeo cardíaco izquierdo:

- Indicaciones
- Vías que se pueden usar
- Complicaciones

ANGIOCARDIOGRAFIA

Definición venosa
 Tipos de angiografía selectiva
 aortografía retrógrada

Indicaciones

Técnica

Complicaciones.

=====

Actividad ventricular
 (depolarización y repolarización)

Hipertrofia < izquierda < derecha
 Bloqueo de rama < izquierda < derecha < del haz de His
 Lesión
 Ingesta y en reabsorción
 Reversión

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

1930-1931

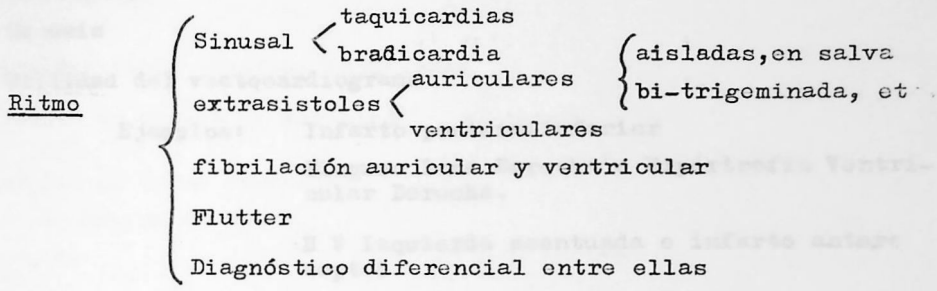
1930-1931

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DEL CORAZON

(Electrocardiograma, Vectocardiograma y Fonocardiograma).

Electrocardiograma

- Definición
- Elementos que se estudian en un electrocardiograma y para los cuales el electrocardiograma es fundamental



Conducción aurículo-ventricular

- | | |
|---|---|
| { | bloqueo a v de 1° - 2° y 3° grado |
| | su significado e interpretación |
| | ateroesclerosis coronaria, enfermedad reumática |
| | intoxicación digitálica, etc. |

Actividad auricular

- | | | |
|------------------|---|--|
| (depolarización) | { | agrandamiento auricular izquierdo |
| | | enfermedad mitral; Hipertensión arterial |
| | | agrandamiento auricular derecho |
| | | primeros signos de corazón pulmonar |
| | | Ebstein - Insuficiencia tricuspídea |

Actividad ventricular

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|---|---|-----------|---|---------|
| (depolarización y repolarización) | { | Hipertrofias | <table border="0"> <tr><td><</td><td>izquierda</td></tr> <tr><td><</td><td>derecha</td></tr> </table> | < | izquierda | < | derecha |
| | | < | izquierda | | | | |
| | | < | derecha | | | | |
| | | Bloqueos de rama del Haz de His | <table border="0"> <tr><td><</td><td>izquierda</td></tr> <tr><td><</td><td>derecha</td></tr> </table> | < | izquierda | < | derecha |
| | | < | izquierda | | | | |
| < | derecha | | | | | | |
| Lesión | } y su evolución | | | | | | |
| Isquemia | | | | | | | |
| Necrosis | | | | | | | |

INFORME COMPLEMENTARIO DEL EXAMEN

(Electrocardiograma, Ecocardiograma y
Fonocardiograma)

Examen

- Definición
- El estudio que se estudia en un electrocardiograma y que se
conoce el electrocardiograma es fundamental

Sinusal }
 Bradicardia }
 arritmias }
 extrasistolos }
 ventriculares }
 fibrilación auricular y ventricular }
 Flutter }
 Bloqueos diferenciales entre ellos }

Condiciones que afectan al ECG

Bloqueos a y de 1º - 2º y 3º grado }
 un significado e interpretación }
 arritmias coronarias, enfermedad coronaria }
 intoxicación digitalis, etc. }

Actividad eléctrica

(depolarización)

agudamiento del QRS }
 enfermedad renal, hipertensión arterial }
 agudamiento del QRS }
 primera rama de coronaria pulmonar }
 bloqueo - Insuficiencia tricuspide }

Actividad eléctrica

(depolarización y repolarización)

Bloqueos de rama }
 del haz de His }
 Bloqueos }
 de rama }
 Bloqueos }
 de rama }

cardiopatías congénitas

Ejemplos varios: A veces el electrocardiograma es de por si diagnóstico.

← Drogas

- Hipo e Hiper potasemia
- Hipo e Hiper calcemia
- Impregnación digitalica
- Intoxicación digitalica

← Varios

- Hipertiroidismo
- Mixedema, etc.

Electrocardiograma

- Definición
- Ge resis
- Utilidad del vectocardiograma

- Ejemplos:
- Infarto postero-inferior
 - Bloqueo Rama Derecha e Hipertrofia Ventricular Derecha.
 - H V Izquierda acentuada o infarto anteroseptal
 - Corazón pulmonar, etc.

Fonocardiograma

(Recuerdo de las Clases de "Soplos" de 1969).

- Definición
- Utilidad del fonocardiograma
- Ejemplos

=====

El presente informe tiene por objeto exponer los resultados obtenidos en el estudio de la fisiología de la respiración en el hombre sano y en el enfermo de tuberculosis pulmonar.

Resumen
Introducción
Materiales y Métodos
Resultados
Discusión
Conclusiones
Bibliografía

RESUMEN

Se estudió la fisiología de la respiración en el hombre sano y en el enfermo de tuberculosis pulmonar.

Se estudió la fisiología de la respiración en el hombre sano y en el enfermo de tuberculosis pulmonar. Se midieron el volumen corriente, el volumen funcional residual, la capacidad pulmonar total y la capacidad vital.

INTRODUCCIÓN

- Definición
- Objetivo
- Metodología

La fisiología de la respiración en el hombre sano y en el enfermo de tuberculosis pulmonar. Se estudió el volumen corriente, el volumen funcional residual, la capacidad pulmonar total y la capacidad vital. Se midieron estos parámetros en el hombre sano y en el enfermo de tuberculosis pulmonar.

CONCLUSIONES

- Definición
- Metodología
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones

.....

INSUFICIENCIA CARDIACA IZQUIERDA
AGUDA Y CRONICA

- .- Concepto de insuficiencia cardíaca.
Mecanismos de compensación y síntomas.
- .- Causas etiológicas.
- .- Causas desencadenantes.
- .- Síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda:
 - a) Diversos grados de disnea de esfuerzo
Ortopnea.
Disnea paroxística (asma cardíaca)
Respiración de Cheyne-Stokes
Edema pulmonar.
 - b) Otros síntomas que pueden ser equivalentes de la disnea o de insuficiencia cardíaca.
 - c) Tos
 - d) Hemoptisis
 - e) Cianosis
 - f) Ronquera
- .- Signos
 - a) Ritmo de galope
 - b) Pulso alternante
 - c) Respiración de Cheyne-Stokes
 - d) Otros signos cardíacos y pulmonares
- Estudio instrumental o de laboratorio.
- Relación con otros síndromes (síndrome anginoso, hipertensión arterial)
- Diagnóstico diferencial. Ciertas claves para el diagnóstico.
- Pronóstico.

Reservado

BOGOTÁ, D. C. - 1970

UNIVERSIDAD DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA Y CRÓNICA

Definición de insuficiencia cardíaca aguda.

Definición de insuficiencia cardíaca crónica.

Clasificación de insuficiencia cardíaca.

Patogénesis de la insuficiencia cardíaca aguda.

Patogénesis de la insuficiencia cardíaca crónica.

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda.

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica.

Hemodinámica

Diagnóstico

Tratamiento

Tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda.

Tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica.

INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA

SINTOMAS Y SIGNOS

- Dismas (menos notoria que en insuficiencia izquierda).
- Fatigabilidad.
- Intumescencia yugular (aumento de la presión venosa).
- Hepatomegalia (reflujo hepatoyugular).
- Edema subcutáneo.
- Ascitis.
- Hidrotórax e hidropericardio.
- Ictericia (pruebas hepáticas, transaminasas).
- Cianosis.
- Trastornos gastrointestinales.
- Manifestaciones del sistema nervioso.
- Manifestaciones renales.
- Otros aspectos: hemograma y sedimentación, trastornos electrolíticos, solución arterial.

PROBLEMAS DEL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA

- Insuficiencia izquierda (post capilar).
- Patología pulmonar (capilar, precapilar).
- Cardiopatías derechas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Combinación de insuficiencia cardíaca izquierda y derecha (global).
- Problemas diagnósticos en este caso.
- Pronóstico.

=====

Medicina

DOCTOR : Dr. FRANCISCO GARCIA
30 de Mayo de 1972

HOSPITAL DE CALLE
DE LA MEDICINA
MEXICO

INVESTIGACION CIENTIFICA

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

(tema de la asignatura de fisiologia)

Titulo: (tema de la presente tesis)

Objetivo: (ver el presente programa)

Justificación: (ver el presente programa)

Resumen: (ver el presente programa)

CONCLUSIONES

1. (ver el presente programa)

2. (ver el presente programa)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. (ver el presente programa)

2. (ver el presente programa)

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Indicación

Dosis

Restricción de Na

- Alimentos ricos en Na
- Sal

efecto

- Mecanismos de acción
- aumenta contractilidad miocárdica
 - aumenta refractariedad nodo A-V y haz de His
 - aumenta sensibilidad al estímulo vagal

Indicaciones

Factores que modifican las indicaciones.

Dosis

Contraindicación

Sobredosis

- Signos y síntomas.
- Tratamiento de la intoxicación digitálica.

efectos

Mecanismos de acción

Indicaciones

Dosis

Contraindicaciones

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca rebelde.

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar).

Medicina

DOCTOR: Dr. Carlos Rodríguez
Calle de la Salud No. 1234
Tel. 555-1234

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
EN FISIOTERAPIA

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Alumno:

Fecha:

El presente trabajo se realizó en el
Laboratorio de Fisiología de la
Universidad Nacional de la Plata

El sistema de acción de los fármacos se basa en la modificación de la actividad de los receptores, lo que produce un efecto terapéutico. Este efecto puede ser directo o indirecto, dependiendo de si el fármaco actúa sobre el receptor o sobre un enzima que participa en la síntesis de un mediador químico.

Los fármacos que actúan sobre los receptores se denominan fármacos de acción directa, mientras que los que actúan sobre los enzimas se denominan fármacos de acción indirecta.

El mecanismo de acción de los fármacos de acción directa se basa en la unión del fármaco al receptor, lo que produce un efecto terapéutico.

Los fármacos de acción indirecta actúan sobre los enzimas que participan en la síntesis de un mediador químico, lo que produce un efecto terapéutico.

Este tipo de fármacos actúan sobre los receptores, lo que produce un efecto terapéutico. Este efecto puede ser directo o indirecto, dependiendo de si el fármaco actúa sobre el receptor o sobre un enzima que participa en la síntesis de un mediador químico.

ARRITMIAS CARDIACAS

Generalidades: Dificultad diagnóstica

Propiedades de excitabilidad y automatismo cardíaco

Cronotropismo - Dromotropismo - Bradotropismo - Intotropismo

Definición

Funciones electrofisiológicas de la contracción muscular

Correlación hallazgos Electrocardiográficos y ciclo cardíaco con modificaciones de potencial celular.

La célula de marcapaso. Curva de excitación.

Manifestaciones clínicas de las arritmias y su patogenia

- Hemodinámicas

Taquicardia

Hipotensión arterial

< Síncope
Convulsiones

Insuficiencia cardíaca

Insuficiencia coronaria. Angor pectoris.

- Electrofisiológicas

Arritmias más graves y bloqueos

- Locales

Palpitaciones de diferentes tipos

Importancia del hallazgo de una arritmia

Tipos benignos

Manifestación monosintomática de una cardiopatía

Causa de cardiopatía

Tipos clínicos de arritmias. Clasificación.

Trastorno formación estímulo

Normotópicos o sinoauriculares

Con frecuencia anormal. Bradicardia
Taquicardia

ARRITMIAS CARDIACAS

Definición: Alteraciones de la frecuencia, ritmo y período de las contracciones cardíacas.

Clasificación:

- Arritmias supraventriculares:
 - Arritmias sinusal: Sinus bradycardia, Sinus tachycardia, Sinus arrhythmia.
 - Arritmias nodales: Sinus node reentry tachycardia, Sinus node block.
 - Arritmias atriales: Atrial tachycardia, Atrial flutter, Atrial fibrillation.
- Arritmias ventriculares:
 - Arritmias ventriculares premortales: Premortale ventricular tachycardia.
 - Arritmias ventriculares mortales: Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation.

Mecanismos fisiopatológicos:

- Alteraciones de la conducción: Sinus node dysfunction, Atrioventricular block, Bundle branch block.
- Alteraciones de la excitabilidad: Early afterdepolarizations, Delayed afterdepolarizations.
- Alteraciones de la autorregulación: Digitalis toxicity, Catecholamine-induced arrhythmias.

Diagnóstico:

- Historia clínica: Síntomas de palpitaciones, síncope, mareos.
- Examen físico: Signos de insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial.
- Pruebas de laboratorio: Hemograma, perfil lipídico, perfil de electrolitos.
- Pruebas de diagnóstico instrumental:
 - Electrocardiograma (ECG): Registro de la actividad eléctrica del corazón.
 - Electrocardiograma de 24 horas (ECG ambulatorio): Registro continuo de la actividad eléctrica.
 - Prueba de esfuerzo: Registro de la actividad eléctrica durante el ejercicio.
 - Prueba de tilt: Registro de la actividad eléctrica durante la inclinación.
 - Prueba de pacing: Estimulación eléctrica controlada.
 - Prueba de abrogación: Bloqueo farmacológico de las vías de conducción.

Tratamiento:

- Tratamiento farmacológico:
 - Arritmias supraventriculares: Beta-bloqueantes, calcioantagonistas, antiarrítmicos de clase I y III.
 - Arritmias ventriculares: Antiarrítmicos de clase I, II, III y IV.
- Tratamiento quirúrgico: Ablación por catéter, cirugía de la vía nodal.
- Tratamiento con dispositivos electrónicos: Marcapasos, desfibrilador automático implantable (DAI).

Con secuencia anormal. Arritmia sinusal
Paro sinusal o auricular

Hetero tópicos o ectópicos

Pasivos o por escape Nodal
Idioventricular

Activos o Extrasistoles
TPA - TPN - Fibrilación A - Flutter A
TPV

I.- Trastorno de la conducción del estímulo

Bloqueo SA - Bloqueo AV - L R HH - WPM

Sintomatología - Electrocardiografía - Tratamiento de las Taquicardias
paroxísticas.

La edad es un factor muy importante en la distribución de la frecuencia de las enfermedades cardiovasculares en tal forma que, en general, las cardiopatías del lactante son congénitas, las del niño mayor son predominantemente congénitas, y las del

Tomados en conjunto, las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las tres grandes causas de morbilidad y mortalidad en la población mundial. Actualmente, la tercera parte de la gente que muere lo hace por estas enfermedades. La proporción está en aumento en relación al avance tecnológico de las poblaciones. Si se incluye la nefritis, que es una complicación frecuente de las enfermedades cardiovasculares, la proporción de muertes por estas causas para la edad del total de muertes.

Del total de muertes por enfermedades cardiovasculares, 70% son debidas a cardiopatías, 25% a hipertensión y arteriosclerosis, 15 a nefritis, el resto a enfermedad reumática y otras causas.

En los países en que la vida media está sobre los 60 años, las cardiopatías constituyen la primera causa de muerte y está en aumento relativo. El mismo no es de estricta monta y válido para la población mayor de 45 años. Sin embargo, la enfermedad coronaria ha tenido, en los últimos 20 años, un desarrollo real de evidencia importante.

Debido a la diferente composición por edades de la población, los países con alta natalidad (subdesarrollados) tienen tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares muy inferiores a los que tienen las poblaciones de los países desarrollados (población envejecida).

Si se compara estas tasas por encima de los 40 años, las diferencias mucho menores y van disminuyendo a medida que se compara en grupos más viejos.

Se observa también, en todas partes, para todos los grupos de edad, la mortalidad secundaria por estas enfermedades va mayor que la primaria, y la diferencia por sexo se hacen menores en los grupos más viejos.

IMPORTANCIA SOCIAL DE LAS AFECIONES CARDIOVASCULARES

Se incluye en el grupo de las enfermedades cardiovasculares condiciones patológicas muy diversas que afectan a este aparato: desórdenes del ritmo cardíaco producidos por neurosis, endocarditis reumática, endocarditis por corea, infecciones estreptocócicas del aparato cardiovascular, pericarditis reumática y de otros orígenes, lesiones valvulares del corazón de diversos orígenes, enfermedades congénitas y malformaciones cardíacas, enfermedad coronaria por arterioesclerosis y por trombosis de los vasos coronarios, etc.

La etiología de las enfermedades cardiovasculares es muy diversa y su epidemiología también es diferente según su naturaleza. Probablemente, sin embargo, en todas partes la arterioesclerosis, la hipertensión y la enfermedad reumática son las etiologías más asociadas con las enfermedades cardiovasculares.

La frecuencia relativa de las enfermedades cardiovasculares varía con la edad, sexo, ocupación, nivel de desarrollo social, etc.

La edad es un factor muy importante en la distribución de la frecuencia de las enfermedades cardiovasculares en tal forma que, en general, las cardiopatías del lactante son congénitas, las del niño mayor son preferentemente reumáticas, y las del adulto son lúeticas y arterioescleróticas.

Tomadas en conjunto, las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las tres grandes causas de morbilidad y mortalidad en la población humana. Actualmente, la tercera parte de la gente que muere lo hace por estas enfermedades. La proporción está en aumento en relación al envejecimiento de las poblaciones. Si se incluye la nefritis, que es una complicación frecuente de las enfermedades cardiovasculares, la proporción de muertes por estas causas suma la mitad del total de muertes.

Del total de muertes por enfermedades cardiovasculares, 70% son debidas a cardiopatías, 25% a hipertensión y arterioesclerosis, 3% a nefritis, el resto a enfermedad reumática y otros casos.

En los países en que la vida media está sobre los 60 años, las cardiopatías constituyen la primera causa de muerte y está en aumento relativo. El aumento real es de escasa monta y válido para la población mayor de 45 años. Sin embargo, la enfermedad coronaria ha tenido, en los últimos 20 años, un aumento real de evidente importancia.

Debido a la diferente composición por edades de la población, los países con alta natalidad (subdesarrollados) tienen tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares muy inferiores a las que tienen las poblaciones de los países desarrollados (población envejeciendo).

Si se compara estas tasas por encima de los 40 años, las diferencias son mucho menores y van disminuyendo a medida que se compara en grupos más viejos.

Se observa también, en todas partes, para todos los grupos de edad, que la mortalidad masculina por estas enfermedades es mayor que la femenina, las diferencias por sexo se hacen menores en los grupos más viejos.

INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Incluye en el grupo de las enfermedades cardiovasculares un conjunto de afecciones muy diversas que afectan a este sistema circulatorio del tipo de productos por nerviosas, endocrínicas, reumáticas, autoinmunitarias y de otros orígenes. Estas enfermedades se caracterizan por sus manifestaciones clínicas y por la presencia de alteraciones anatómicas y fisiológicas en el sistema cardiovascular.

El estudio de las enfermedades cardiovasculares debe ser un estudio integral que considere no sólo el aspecto clínico, sino también el fisiológico, anatómico y bioquímico. En este sentido, el estudio de las enfermedades cardiovasculares debe ser un estudio multidisciplinario que involucre a la medicina interna, la cirugía, la fisiología, la anatomía y la bioquímica.

Del total de muertes por enfermedades cardiovasculares, el 50% corresponden a enfermedades coronarias y afecciones de las arterias. En las enfermedades coronarias, la aterosclerosis es la causa principal de la enfermedad. La aterosclerosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de placas de ateroma en la pared interna de las arterias.

El estudio de las enfermedades cardiovasculares debe ser un estudio integral que considere no sólo el aspecto clínico, sino también el fisiológico, anatómico y bioquímico. En este sentido, el estudio de las enfermedades cardiovasculares debe ser un estudio multidisciplinario que involucre a la medicina interna, la cirugía, la fisiología, la anatomía y la bioquímica.

-- Se observan también variaciones en las tasas, dentro de un mismo país, de una localidad a otra. Esto hace suponer que el modo de vida, tal vez la dieta y los estados de tensión nerviosa permanente, puedan tener influencia en este hecho.

-- Morbilidad y mortalidad en Chile:

En 1966 murieron en Chile, por enfermedades cardiovasculares, 9.733 personas (6.334 ocurrieron en mayores de 65 años) cuyos diagnósticos más frecuentes fueron: arteriosclerosis del corazón incluyendo afecciones coronarias (.825); degeneraciones del miocardio (2.070); arteriosclerosis generalizada (.075).

Desde 1962 a 1966, la frecuencia relativa de las enfermedades del aparato circulatorio ha subido en Chile desde 8,6% a 10,8%.

Para el período 1957-59, la tasa bruta fue, en Chile, de 88.3 x 10.000 habitantes en circunstancias que en Estados Unidos de N.A. era de 365 x 10.000.

-- Importancia social de estas enfermedades:

Por su frecuencia y consecuencias, las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema social y económico de gran importancia. Producen incapacidad para el trabajo en gran número de individuos que aún está en la edad activa de la vida y en los que la rehabilitación es difícil.

Esta situación se agrava al considerar que la prevención de estas enfermedades es todavía de eficacia limitada y que sólo en algunas de ellas podemos contar con seguridad de obtener buenos resultados.

Enfermedades cardiovasculares	453	787	16,7	18,4
(440-463)				
Enfermedades de las arterias	134	148	4,5	3,5
(440-447)				
= = = = =				
Enfermedades de las venas y otros			7,4	2,8
Enfermedades del aparato circulatorio	60	77	1,7	1,8
(460-468)				

FIGURA 1: "Características de la Mortalidad Urbana". Capítulo V. Enfermedades del aparato circulatorio. Chile 1966. Datos: Ruth Hinojosa Piffer y G.M. Griffiths. Mayo 1968. Publicado en "Estadísticas", 1968, N° 131.

TABLE 1. CHARACTERISTICS OF URBAN MORTALITY. Chapter V. Diseases of the Circulatory System. Chile 1966. Data: Ruth Hinojosa Piffer and G.M. Griffiths. May 1968. Published in "Statistics", 1968, No. 131.

observar también variaciones en las tasas, dentro de un mismo país, de localidades a otras. Esto hace suponer que el modo de vida, tal vez la dieta y los hábitos de fumar, así como también las características físicas y psicológicas de las personas, influyen en la incidencia de cáncer.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

Desde 1966, la frecuencia de cáncer de pulmón en Chile ha aumentado considerablemente, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

En 1966 se publicó en Chile, por el Dr. Carlos Cerda, un estudio sobre el cáncer de pulmón en los hombres de Chile, donde se demostró que la incidencia de este tipo de cáncer aumentó considerablemente en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, lo que sugiere que el tabaquismo y la contaminación ambiental son factores importantes en su etiología.

Defunciones y tasas anuales, ajustadas por edad, de mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares, per 100.000 habitantes, por sexo, de 15-74 años de edad, en 12 ciudades, 1962 - 1964

GRUPOS Y CATEGORIAS	DEFUNCIONES		TASAS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
T O T A L	7.715	6.214	221.4	144.2
Lesiones vasculares que afectan el sistema nervioso central (330-334)	1.920	1.949	55.3	45.0
Fiebre reumática y enfermedades reumáticas crónicas del corazón (400-416)	359	674	10.2	16.7
Enfermedad arteriosclerótica del corazón (420)	3.389	1.550	97.1	35.4
Enfermedades degenerativas del corazón (421-422)	428	364	12.3	8.3
Otras enfermedades del corazón (430-434)	437	440	12.5	10.3
Enfermedades cardiacas hipertensivas (440-443)	655	787	18.8	18.0
Otras enfermedades hipertensivas (444-447)	156	149	4.5	3.5
Enfermedades de las arterias (450-456)	311	224	9.0	5.2
Enfermedades de las venas y otras enfermedades del aparato circulatorio (460-468)	60	77	1.7	1.8

FUENTE : " Características de la Mortalidad Urbana ". Capítulo V. Enfermedades Cardiovasculares ". Cuadro 14. Dres. Ruth Rice Puffer y G.W. Griffith. Mayo 1968. Publicación Científica. No. N: 151.

MARIA A. GONZALEZ C. : Dpto. de Matemáticas Area de Ciencias Naturales y Matemáticas. Marzo 1970.- Unidad Estadística.

Definiciones y bases anuales, estatales por día, de
 regularidad de las actividades económicas
 Por 100,000 habitantes, por sexo de 19-18 años de
 edad, en los estados, 1962 - 1964

ESTADOS		MEXICO		TOTAL	
ESTADOS	MEXICO	ESTADOS	MEXICO	ESTADOS	MEXICO
19.1	19.1	19.1	19.1	19.1	19.1
19.2	19.2	19.2	19.2	19.2	19.2
19.3	19.3	19.3	19.3	19.3	19.3
19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4
19.5	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5
19.6	19.6	19.6	19.6	19.6	19.6
19.7	19.7	19.7	19.7	19.7	19.7
19.8	19.8	19.8	19.8	19.8	19.8
19.9	19.9	19.9	19.9	19.9	19.9
20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0

Elaborado por el Centro de Estudios Económicos y Estadísticos del INEGI, México, D.F., 1964.

DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE

CHILE 1964-1968

CAUSAS DE MUERTE	1964		1965		1966		1967		1968	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TAL										
999	94.111	100.0	91.491	100.0	90.489	100.0	86.987	100.0	84.560	100.0
TO RESPIRATORIO										
517	16.507	17.6	16.744	18.3	15.945	17.6	13.431	15.4	14.775	17.5
TO CIRCULATORIO										
468	9.023	9.6	9.692	10.6	9.733	10.8	10.028	11.5	11.215	13.3
TO DIGESTIVO										
87	11.442	12.1	10.146	11.1	10.948	12.1	11.032	12.7	10.646	12.6
S										
39	8.760	9.3	8.912	9.7	9.193	10.2	9.537	11.0	9.727	11.5
S PRIMERA INFANCIA										
76	13.419	14.3	13.285	14.5	12.557	13.9	11.714	13.5	9.029	10.7
NTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS										
99	7.442	7.9	7.648	8.4	7.732	8.5	7.936	9.1	7.678	9.1
ERVIOSO Y ORG. DE LOS SENTIDOS										
98	6.670	7.1	6.743	7.4	6.762	7.5	7.033	8.1	6.805	8.0
AS, SENILIDAD Y ESTADOS MAL DEFINIDOS										
96	6.359	6.8	6.084	6.6	5.319	5.9	5.047	5.8	3.376	4.6
ULOSIS										
19	3.853	4.1	3.682	4.0	3.544	3.9	3.341	3.8	3.150	3.7
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS										
38	5.072	5.4	2.943	3.2	3.062	3.4	2.280	2.6	2.077	2.5
	5.432	5.8	5.612	6.2	5.694	6.2	5.608	6.5	5.582	6.5

: Anuario 1968. Defunciones y Causas de Muerte. Servicio Nacional de Salud. Dirección General. Dpto. Técnico. Sub-Dpto. Estadística. Mayo 1969.-

ESTADÍSTICA DE LA INDUSTRIA Y COMERCIO DE LOS ESTADOS UNIDOS

1928

Categoría	1928		1927		1926		1925	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
Industria y Comercio	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Industria Manufacturera	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0
Comercio	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
Industria de Construcción	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
Industria de Transportación	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Servicios	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Minería	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Energía	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Alimentos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Textiles	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Madera	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Papel	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Metales	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Máquinas	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Instrumentos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos Químicos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Medicamentos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos Plásticos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Caucho	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Vidrio	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Cerámica	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Textil	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Madera	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Papel	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Metales	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Máquinas	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Instrumentos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos Químicos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Medicamentos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Plásticos	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Caucho	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Vidrio	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Industria de Productos de Cerámica	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0

Fuente: Oficina de Estadística Económica, Departamento de Comercio y Minería, Washington, D.C., 1929.

Tasas Anuales, específicas por edad, de mortalidad debido a lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central, por 100.000 habitantes, por tipo de lesión de 15-74 años de edad, en 12 ciudades, 1962-1964.-

PO DE EDAD (años)	TOTAL (330-334)	Hemorragia subaracnoidea (330)	Hemorragia Cerebral (331)	Embolia y trombo- sis cereb. (332)	Otras lesiones y las mal defi- nidas (333-334)
24	1.8	0.8	0.7	0.1	0.2
34	4.6	2.0	1.8	0.5	0.3
44	14.9	3.8	8.6	1.5	1.0
54	54.9	6.8	36.3	6.9	4.9
64	177.2	7.4	106.4	42.3	21.1
74	566.6	8.1	267.2	192.1	99.2

EE : Características de la Mortalidad Urbana. Capítulo V. Enfermedades Cardiovasculares. Dres. Puff y Griffith. Mayo 1968. Publicación Científica NI: 151.-

A. A. GONZALEZ C. : Dpto. de Matemáticas. Area de Ciencias Naturales y Matemáticas. Marzo 1970, Unidad Estadística.

Tasa Anual, expresada por año, de los salarios
 reales a los salarios nominales que existen en el
 período anterior, por 100.000 habitantes, por año
 de 1974 a 1978 en el país, en el período
 1962-1964.

CADA	TOTAL (1962-1964)			
	1962	1963	1964	1965
1.0	0.8	0.7	0.6	0.5
2.0	1.8	1.6	1.5	1.4
3.0	2.8	2.6	2.5	2.4
4.0	3.8	3.6	3.5	3.4
5.0	4.8	4.6	4.5	4.4
6.0	5.8	5.6	5.5	5.4
7.0	6.8	6.6	6.5	6.4
8.0	7.8	7.6	7.5	7.4
9.0	8.8	8.6	8.5	8.4
10.0	9.8	9.6	9.5	9.4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, Uruguay, 1978.
 Elaboración propia.

DEFUNCIONES POR CAUSAS

CAUSAS DE MUERTE

CHILE 1968.-

Clasificación	CAUSAS DE MUERTE	Total
- 458	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	16.454
390	Fiebre reumática sin mención de compl. cardíaca	3
391	Fiebre reumática con complicaciones cardíacas	56
393	Enfermedades del pericardio	2
394	Enfermedades de la válvula mitral	338
395	Enfermedades de la válvula aórtica	116
396	Enfermedades de las válvulas mitral y aórtica	123
397	Enfermedades de otras estructuras del endocardio	38
398	Otras enfermedades del corazón esp. como reumáticas	112
400	Hipertensión maligna	72
401	Hipertensión esencial benigna	220
402	Enfermedad cardíaca hipertensiva	407
403	Enfermedad renal hipertensiva	165
404	Enfermedad cardiorenal hipertensiva	82
410	Infarto agudo del miocardio	3.479
411	Otras formas agudas y subagudas de la enfermedad isquémica del corazón	55
412	Enfermedad isquémica crónica del corazón	1.814
413	Angina de pecho	20
420	Pericarditis aguda no reumática	4
421	Endocarditis aguda y subaguda	25
422	Miocarditis aguda	4
423	Enfermedades crón. no reumáticas del pericardio	9
424	Enfermedades crónicas del endocardio	15
425	Cardiomiopatía	29
426	Enfermedad pulmonar del corazón	28
427	Enfermedades sintomáticas del corazón	377
428	Otras formas de insuficiencia miocárdica	1.924
429	Enfermedades mal definidas del corazón	88
430	Hemorragia subaracnoidea	153
431	Hemorragia cerebral	1.725
432	Oclusión de las arterias precerebrales	1
433	Trombosis cerebral	969
434	Embolia cerebral	49

ANEXO N.º 1

N.º	DESCRIPCIÓN
1	Medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial.
2	Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus.
3	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad coronaria.
4	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
5	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica.
6	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad hepática crónica.
7	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad neurológica.
8	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica.
9	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad infecciosa.
10	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad parasitaria.
11	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad oncológica.
12	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad hematológica.
13	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad inmunológica.
14	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad autoinmune.
15	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad metabólica.
16	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad endocrina.
17	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad osteoarticular.
18	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad dermatológica.
19	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad oftalmológica.
20	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad otorrinolaringológica.
21	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad ginecológica.
22	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad urológica.
23	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad pediátrica.
24	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad geriátrica.
25	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de la mujer embarazada.
26	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de la mujer lactante.
27	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de la mujer en edad fértil.
28	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de la mujer en edad premenopáusica.
29	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de la mujer en edad postmenopáusica.
30	Medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de la mujer en edad avanzada.

Clasificación CAUSAS DE MUERTE Total
Internacional

435	Isquemia cerebral transitoria	2
436	Enfermedad cerebrovascular aguda, pero de causa mal definida	1.922
437	Enfermedad cerebrovascular isquémica generalizada	377
438	Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas	41
440	Arterioesclerosis	1,226
441	Aneurisma aórtico (no sifilítico)	83
442	Otros aneurismas	14
443	Otras enfermedades de los vasos periféricos	6
444	Embolia y trombosis arteriales	61
445	Gangrena	27
446	Poliarteritis nódosa y otras enfermedades afines	9
447	Otras enfermedades de las arterias y de las arteriolas	3
450	Embolia e infarto pulmonares	52
451	Flebitis y Tromboflebitis	39
453	Otras embolias y trombosis de las venas	21
454	Varicos de las extremidades inferiores	6
455	Hemorroides	1
456	Varicos de otros sitios	13
457	Enfermedades no infecciosas de los vasos linfáticos	2
458	Otras enfermedades del aparato circulatorio	47

VALPARAISO		
Lesiones vas. S.F.S.	143	87.9
Flebitis vas. S.F.S. y sin complicaciones	21	12.1
Emb. del corazón con y sin complicaciones	23	13.5
VALPARAISO		
Lesiones vas. S.F.S.	343	99.3
Flebitis vas. S.F.S. y sin complicaciones	41	12.6
Emb. del corazón con y sin complicaciones	58	16.6

1	Introducción
2	Objetivos del curso
3	Programa de estudios
4	Metodología
5	Temario
6	Exámenes
7	Conclusiones
8	Bibliografía
9	Índice

Este curso tiene como finalidad proporcionar al alumno los conocimientos necesarios para el desarrollo de su actividad profesional en el campo de la...

El programa de estudios está diseñado para cubrir los aspectos más importantes de la disciplina, a través de una serie de asignaturas que se desarrollarán durante el curso...

La metodología empleada en este curso es de tipo teórico-práctico, lo que permitirá al alumno adquirir no solo los conocimientos teóricos, sino también las habilidades prácticas necesarias para el ejercicio de su profesión...

Los exámenes se realizarán al final de cada uno de los módulos de estudio, con el fin de evaluar el nivel de comprensión y asimilación de los contenidos impartidos...

En conclusión, este curso ofrece una excelente oportunidad para el desarrollo profesional del alumno, permitiéndole adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñarse exitosamente en su campo de trabajo.

Afecciones Cardiovasculares

- Chile y Areas de Salud de la
IV Zona. Valparaiso

- 1966

D A Ñ O S	M O R T A L I D A D		D E M A N D A			
	DEFUNCIONES		EGRESOS		CONSULTAS	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
<u>CHILE</u>						
Lesiones Vasculares						
Sist.Nerv. Central	5027	56.5	3.851	43.3	24.612	276.5
Fiebre reum.c. y sin compl. cardiaca	667	7.5	3.925	44.1	39.347	442.1
Enf.del corazón con y sin men.de hipert.	7.678	86.3	10.272	115.4	202.961	2.280.5
<u>QUILLOTA</u>						
Lesiones vaso.S.N.C.	76	47.6	95	59.5	205	128.4
Fiebre reum.c.y sin compl. cardiaca	17	10.7	90	56.4	627	392.9
Enf.del corazón con y sin men. de hipert.	189	118.4	305	191.1	1.925	1.206.2
<u>QUILPUE</u>						
Lesiones vaso.S.N.C.	105	96.1	26	23.8	50	45.8
Fiebre reum.c.y sin compl. cardiaca	6	5.5	13	11.9	200	183.1
Enf.del corazón con y sin men.de hipert.	145	132.8	67	61.3	4.203	3.808.2
<u>VIIÑA DEL MAR</u>						
Lesiones vaso.S.N.C.	148	87.9	145	86.1	180	106.9
Fiebre reum.c.y sin compl. cardiaca	21	12.4	68	40.4	60	35.6
Enf.del corazón con y sin men.de hipert.	248	147.4	219	130.1	3.609	2.145.1
<u>VALPARAISO</u>						
Lesiones vaso.S.N.C	323	99.8	324	100.1	839	259.3
Fiebre reum.c.y sin compl. cardiaca	41	12.6	280	86.5	1.530	472.8
Enf.del corazón con y sin men.de hipert.	468	144.6	557	172.2	13.955	4.313.1

ANALYSIS OF THE DATA

1950

TABLE I

Year	Area	Population	Income	Expenditure	Balance	Notes
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960

ARRITMIAS CARDIACAS

TRASTORNOS DE LA CONDUCCION

Condiciones electrofisiológicas normales de la conducción del estímulo.

- Mecanismos que retardan la conducción:
 - Hiperpotasemia
 - Acidosis
 - Digital
 - Quinidina
 - Procainamida

- Tipos de retardo:
 - Transitorio
 - Permanente

Grados de Bloqueo A.V.:

- 1º Grado: Solo hay respuesta en el período refractario relativo.
- 2º Grado: Prolongación combinada del período refractario absoluto y también del relativo.
- 3º Grado: Prolongación del período refractario absoluto.

Relación entre bloqueo y disociación aurículo ventricular:

- Bloqueo completo aurículo ventricular.
- Bradicardia y sus consecuencias clínicas.

- Disminución del débito cardíaco: Síncope (Stokes Adams)
- Insuficiencia cardíaca
- Disminución del débito coronario: Angos pectoris
- Extensión de zonas de isquemias pre-excitantes
- Modificación de los períodos refractarios:
 - Facilita focos ectópicos
 - Ritmos de escape
 - Estímulos de reentrada

Condiciones de aparición del Stokes Adams.

Síntomas clínicos.

Tratamiento de los bloqueos completos.

- Tratamiento: Etiológico.
 - Drogas que estimulan el automatismo: ISUPREL
 - Antiinflamatorios: CORTISONA y derivados
 - Marcapasos: Indicaciones.

=====

SECRET

TO: THE DIRECTOR, CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY
FROM: [Illegible]

OPERATIONAL MATTERS

OPERATIONAL MATTERS

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

4. [Illegible]

5. [Illegible]

6. [Illegible]

7. [Illegible]

8. [Illegible]

9. [Illegible]

10. [Illegible]

11. [Illegible]

12. [Illegible]

13. [Illegible]

14. [Illegible]

15. [Illegible]

16. [Illegible]

17. [Illegible]

18. [Illegible]

19. [Illegible]

20. [Illegible]

21. [Illegible]

22. [Illegible]

23. [Illegible]

24. [Illegible]

25. [Illegible]

26. [Illegible]

27. [Illegible]

28. [Illegible]

29. [Illegible]

30. [Illegible]

31. [Illegible]

32. [Illegible]

33. [Illegible]

34. [Illegible]

35. [Illegible]

36. [Illegible]

37. [Illegible]

38. [Illegible]

39. [Illegible]

40. [Illegible]

41. [Illegible]

42. [Illegible]

43. [Illegible]

44. [Illegible]

45. [Illegible]

46. [Illegible]

47. [Illegible]

48. [Illegible]

49. [Illegible]

50. [Illegible]

51. [Illegible]

52. [Illegible]

53. [Illegible]

54. [Illegible]

55. [Illegible]

56. [Illegible]

57. [Illegible]

58. [Illegible]

59. [Illegible]

60. [Illegible]

61. [Illegible]

62. [Illegible]

63. [Illegible]

64. [Illegible]

65. [Illegible]

66. [Illegible]

67. [Illegible]

68. [Illegible]

69. [Illegible]

70. [Illegible]

71. [Illegible]

72. [Illegible]

73. [Illegible]

74. [Illegible]

75. [Illegible]

76. [Illegible]

77. [Illegible]

78. [Illegible]

79. [Illegible]

80. [Illegible]

81. [Illegible]

82. [Illegible]

83. [Illegible]

84. [Illegible]

85. [Illegible]

86. [Illegible]

87. [Illegible]

88. [Illegible]

89. [Illegible]

90. [Illegible]

91. [Illegible]

92. [Illegible]

93. [Illegible]

94. [Illegible]

95. [Illegible]

96. [Illegible]

97. [Illegible]

98. [Illegible]

99. [Illegible]

100. [Illegible]

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Carlos Pattillo
7 de Abril de 1970.-

LESIONES TRAUMATICAS CARDIOVASCULARES

-- Heridas de Corazón:

I.- Anatomía Patológica

II.- Sintomatología

- 1.- Shock
- 2.- Taponamiento cardíaco

III.- Tratamiento

- 1.- Aspiración pericárdica
- 2.- Sutura del miocardio

-- Traumatismos Arteriales

I.- Anatomía Patológica

- 1.- Herida - nítida
anfractuosa
- 2.- Contusión
- 3.- Espasmo
- 4.- Compresión extrínseca

II.- Sintomatología

- 1.- Hemorragia externa
- 2.- Hematoma
- 3.- Isquemia distal

Fisiopatología:

- a) Espasmo arterial
- b) Trombosis
- c) Compresión extrínseca

III.- Tratamiento inmediato

- 1.- Torniquete - vendaje compresivo
- 2.- Exploración
- 3.- Reparación de la herida arterial
 - a) Sutura
 - b) Injerto
- 4.- Reducción de fracturas
- 5.- Anestesia simpático regional
- 6.- Vasodilatadores intra arteriales

-- Complicaciones del Traumatismo vascular (no tratado)

- 1.- Anemia aguda
- 2.- Isquemia
- 3.- Pseudo aneurisma
- 4.- Aneurisma arteriovenoso
- 5.- Comunicaciones arteriovenosas
(Fistula arteriovenosa traumática).

-- Técnica de sutura arterial

- 1.- Seda o plástico fino-aguja atraumática
- 2.- Regularización de bordes
- 3.- Abocamiento de los cabos sin tensión
- 4.- Heparinización
- 5.- Oclusión arterial temporal adecuada

-- Técnica de injerto arterial

- 1.- Material: vena safena, prótesis
- 2.- Parche - tubular
- 3.- Preparación de la vena
 - a) extracción adventicia
 - b) Inversión
 - c) Corte oblicuo
- 4.- Sutura corrida
- 5.- Heparinización

-- Heridas venosas

I.- Sintomatología

- 1.- Equimosis
- 2.- Hematoma
- 3.- Hemorragia externa

Diagnóstico diferencial con hemorragia arterial

II.- Tratamiento

- 1.- Elevación del miembro
- 2.- Vendaje compresivo
(NUNCA torniquete)
- 3.- Ligadura o reparación venosa.

=====

Aplicaciones del Tratamiento Venoso (no curado)

- 1.- Anemia aguda
- 2.- Insuficiencia venosa
- 3.- Puntos equimóticos
- 4.- Anemias arteriales
- 5.- Comunicaciones arteriovenosas (Tratamiento sintomático)
- 6.- Hematomas
- 7.- Edema o hinchazón linfática crónica
- 8.- Regulación de la presión arterial
- 9.- Abdomen de los casos de insuficiencia venosa
- 4.- Hematomas
- 5.- Coluina arterial después de cirugía

Tratamiento de la insuficiencia venosa

- 1.- Historia: venas varicosas, edema
- 2.- Puntos - equimóticos
- 3.- Preparación de la vena
 - a) extracción de la vena
 - b) Inyección
 - c) Corte oblicuo

- 4.- Genua curada
- 5.- Hematomas

Tratamiento de la insuficiencia venosa

Sintomatología

- 1.- Equimosis
- 2.- Hematomas
- 3.- Hemorragias externas
- 4.- Diagnóstico diferencial con hemorragias internas
- 5.- Insuficiencia venosa
- 6.- Venas de la insuficiencia venosa
- 7.- Tratamiento de la insuficiencia venosa
- 8.- Venas de la insuficiencia venosa (VENA varicosa)
- 9.- Tratamiento de la insuficiencia venosa

E N F E R M E D A D R E U M A T I C A

- Definición
- Sinonimia
- Incidencia
- Etiología

Factores desencadenantes	Infecciones estreptocólicas	anticuerpos antiestreptocóicos
	Terreno	Herencia socio-económicas raza y biotipo sexo y edad clima

- Patogenia

- a) Mecanismo inmuno alérgico
- b) Alteración en la relación ácido hialurónico .. hialuronidasa
- c) Enfermedad de la adaptación

- Anatomía Patológica

- a) Fase de inflamación exudativa valvulitis
pericarditis
sinovitis
- b) Fase proliferativa nódulo de Aschoff
- c) Fase de cicatrización secuelas valvulares

Relación entre Anatomía Patológica y la Clínica

- Cuadro Clínico

- a) Período prodrómico o de latencia
- b) Formas de comienzo de la Enfermedad Reumática
- c) Período de estado o cuadro clínico propiamente tal que conste de:
 - 1.- Manifestaciones o síntomas locales, específicos
 - 2.- Manifestaciones o síntomas generales, no específicos

- 1.- Síntomas locales: Pancarditis (corazón)
- Artritis (articulaciones)
- Corea menor (sistema nervioso)
- Nódulos subcutáneos
- Eritema marginado (Piel)
- Aparato Respiratorio
- Aparato Digestivo
- Riñón

EXPERIENCIA EN PATOLOGIA

Patología
Patología
Patología
Patología

Patología de los tejidos conectivos
Patología de los tejidos epiteliales
Patología de los tejidos musculares
Patología de los tejidos nerviosos
Patología de los tejidos glandulares
Patología de los tejidos hematopoyéticos
Patología de los tejidos mesodermales
Patología de los tejidos ectodermales

Patología

- a) Mecanismo de la lesión
- b) Alteración de la estructura celular
- c) Alteración de la fisiología celular

Patología de los tejidos conectivos
Patología de los tejidos epiteliales
Patología de los tejidos musculares

Patología

- a) Fase de inflamación exudativa
- b) Fase proliferativa
- c) Fase de cicatrización

Patología de los tejidos conectivos y musculares

Patología

- a) Período de latencia o de incubación
 - b) Período de crecimiento de la lesión
 - c) Período de resolución o curación
- 1.- Manifestaciones clínicas
2.- Manifestaciones de laboratorio

1.- Patología de los tejidos conectivos
Arterioesclerosis (arterioesclerosis)
Osteoartritis (osteoartritis)
Hiperplasia epitelial
Eritema nodoso (E.N.)
Apendicitis aguda
Apendicitis crónica
Hidradenoma

- 2.- Síntomas generales : Fiebre
Transpiración
Anorexia
Enflaquecimiento
Taquicardia

I.- Alteraciones de Laboratorio

- 1.- Sedimentación
- 2.- Anemia
- 3.- Leucocitosis
- 4.- Fibrinógeno
- 5.- Proteína C Reactiva
- 6.- Anticuerpos estreptocócicos
- 7.- Alteraciones electrocardiográficas

IX.- Diagnóstico: Criterio de Jones

- a) Manifestaciones mayores
 - b) Manifestaciones menores
- Clínicas
Laboratorio

X.- Diagnóstico diferencial:

- a) Otras artritis
- b) Enfermedad del mesénquimo
- c) E.B.S.A.
- d) Influenza, nasofaringitis
- e) Fiebre ondulante
- f) Apendicitis aguda

II.- Pronóstico:

- a) Inmediato
 - b) Tardío
- 1.- Secuelas valvulares
 - 2.- E.B.S.A.

III.- Tratamiento:

- a) Medidas generales
- b) Tratamiento medicamentoso:
 - 1.- Acido acetyl salicílico (aspirina)
 - 2.- Amino antipirina (Piramidón)
 - 3.- ACTH y corticoides
- c) Erradicación estreptocócica
(Tratamiento de la faringitis)
- d) Profilaxis antiestreptocócica.

=====

Fiebre
Trastornos
Anorexia
Etiopatología
Etiología

2.- Síntomas asociados :

Alimentación de laboratorio

- 1.- Bacteriología
- 2.- Anemia
- 3.- Leucocitosis
- 4.- Eritrocitos
- 5.- Proteína S Negativa
- 6.- Anticuerpos antipatógenos
- 7.- Anticuerpos electrocardiográficos

Exámenes de laboratorio

- a) Hematología general
 - b) Hematología general
- Clínica
Laboratorio

Exámenes de laboratorio

- 1.- Orina completa
- 2.- Bacteriología del suero
- 3.- Bacteriología
- 4.- Influencia bacteriológica
- 5.- Fiebre oculta
- 6.- Agudeza de la agudeza

Exámenes

- 1.- Inmuno
- 2.- Tardío

- 1.- Serología
- 2.- E.E.S.A.

Tratamiento

- a) Medidas generales
- b) Tratamiento farmacológico:
 - 1.- Aislamiento (cuarentena)
 - 2.- Amino antipirina (Piracetam)
 - 3.- ASOM y corticoides
- c) Profilaxis antiepidemiológica
- d) Exámenes antiepidemiológicos
- e) Tratamiento de la familia

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dra. Sandra Molinari
13 de Abril de 1970.-

ESTENOSIS MITRAL

ETIOLOGIA Reumática
Otras

ETIOLOGIA PATOLOGICA Recuerdos breves

EFFECTOS HEMODINAMICOS

PULMON EN LA ESTENOSIS MITRAL

EFECTO FLUJO Y MECANISMOS COMPENSATORIOS

COMPLICACIONES Como consecuencia del aumento de Presión en Aurícula izquierda y Venas Pulmonares
Como consecuencia de la falla del Ventrículo derecho

INDICACIONES (servación, indicación y cultivo) a) En la Estenosis Mitral Pura o complicada
b) En la Estenosis Mitral Pura con hipertensión Pulmonar
c) En la Estenosis Mitral Pura con insuficiencia de Ventrículo derecho
d) En la Estenosis Mitral Pura con fibrilación auricular

EFFECTOS RADIOLOGICOS

EFFECTOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

TRATAMIENTO Médico
Quirúrgico. Indicaciones del tratamiento quirúrgico.

=====

ESTEROSIS NITRILICA

Formas
Otras

Formas
Otras

Formas
Otras

Formas
Otras

Formas
Otras

Como consecuencia de la falta de
y Venas Pulmonares
Como consecuencia de la falta de

- a) En la Estenosis Nitral pura y aislada
- b) En la Estenosis Nitral pura con alteración valvular
- c) En la Estenosis Nitral pura con hipertensión pulmonar
- d) En la Estenosis Nitral pura con hipertensión pulmonar

Formas
Otras

Formas
Otras

Indicaciones del tratamiento quirúrgico.

1950

I N S U F I C I E N C I A M I T R A L

ETIOLOGIA Reumática
 Otras

MODINAMICA Aspectos más significativos (comparación con la Estenosis Mitral)

Determinación cuantitativa de la Insuficiencia Mitral

- a) Pobreza de los métodos técnicos
- b) Semiología (Observación, Palpación y Auscultación)
 - 1.- Primer Ruido
 - 2.- Soplo sistólico
 - 3.- Tercer Ruido
 - 4.- Soplo diastólico de flujo

TOMAS Más tardíos
 En relación a Insuficiencia ventricular izquierda.

ECTOS RADIOLOGICOS

ECTOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

TRATAMIENTO Médico
 Quirúrgico. Indicaciones del tratamiento quirúrgico.

=====

E N F E R M E D A D T R I C U S P I D E A

ETIOLOGIA Reumática (casi siempre asociada a otra valvulopatía)
 Congénita

ANAMNESIS PATOLOGICA Recuerdos breves

EVOLUCION DINAMICA Recuerdos breves

TOMAS En relación a la insuficiencia ventricular derecha

ECG de estenosis tricuspídea
 de insuficiencia tricuspídea
(Observación, Palpación y Auscultación)

DOCUMENTO Nº 1000
de la serie Nº 1000

INSTITUTO DE CIENCIAS
Y MEDICINA
Nº 1000

ANEXO SUPLENTE Nº 1000

DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS

San Juan
O.T. 2

Así como las siguientes: (completadas por la Oficina
Nº 1000)

- a) Tercera de las ciencias de la medicina (Fisiología, Anatomía, Fisiología y Patología)
- b) Fisiología (completa)
- c) Fisiología (completa)
- d) Fisiología (completa)
- e) Fisiología (completa)

Las ciencias de la medicina y fisiología (completa)

En relación a las ciencias de la medicina y fisiología (completa)

En relación a las ciencias de la medicina y fisiología (completa)

En relación a las ciencias de la medicina y fisiología (completa)

En relación a las ciencias de la medicina y fisiología (completa)

En relación a las ciencias de la medicina y fisiología (completa)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LA ENFERMEDAD MITRAL

RADIOLOGIA

ESTENOSIS AORTICA

ELECTROCARDIOGRAMA

TRATAMIENTO

Médico
Quirúrgico. Indicaciones.

ETIOLOGIA

Reumático
Congénita
Arterio = = = = =
Calcificaciones primitivas

ETIOLOGIA PATOGÉNICA

Esclerosis broncos

PREVENCIÓN

INDICACIONES Y MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

- 1.- En relación a la Insuficiencia Ventricular Izquierda
- 2.- En relación a : Débito cardíaco insuficiente
Arritmias

DIAGNÓSTICO

Descripción, localización y extensión

Es Diagnóstico Diferencial con los diferentes tipos de estenosis aórtica.

ETIOLOGIA

Es Diagnóstico Diferencial con los diferentes tipos de estenosis aórtica.

ELECTROCARDIOGRAMA

Expectación aguda

TRATAMIENTO

Médico
Quirúrgico. Indicaciones del Tratamiento quirúrgico.

AMERICAN DICTIONARY OF HISTORY AND BIOGRAPHY

ALPHA

ALPHABETICALLY

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ARTICLE

ESTENOSIS AORTICA

CLASIFICACION: Estenosis valvular
Estenosis supra-valvular
Estenosis sub-valvular

ETIOLOGIA: Reumática
Congénita
Arterioesclerótica
Calcificaciones primitivas

ANATOMIA PATOLOGICA: Recuerdos breves

HEMODINAMICAS

SINTOMAS Y MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS:

- 1.- En relación a la Insuficiencia Ventricular Izquier
- 2.- En relación a : Débito cardíaco insuficiente
Arritmias

DIAGNOSIS

Observación, palpación y auscultación) En Diagnóstico Diferencial con los diferentes tipos de estenosis aórtica.

ETIOLOGIA: En Diagnóstico Diferencial con los diferentes tipos de estenosis aórtica.

ELECTROCARDIOGRAMA

TRATAMIENTO: Expectación armada
Médico
Quirúrgico. Indicaciones del Tratamiento quirúrgico.

=====

INSUFICIENCIA AORTICA

ETIOLOGIA:

- Reumática
- Luética
- Marfan
- Artritis reumatoidea
- Ruptura de válvula

ANAMNESIS PATCLOGICA:

Recuerdos breves

EVOLUCION DINAMICA

DIAGNOSTICO

- De insuficiencia ventricular izquierda
- De insuficiencia cardíaca global
- De insuficiencia coronárica
- Diagnóstico diferencial con I Ao Luética

EXAMEN FISICO

Inspección:

- Danza arterial
- Signos de Musset
- Pulso capilar

Palpación:

- Pulso carotidea de I Ao pura
- Pulso carotidea de Enfermedad Aórtica

Auscultación:

- Lo clásico
- Más Signos de Estenosis Aórtica Relativa
- Más Signos de Estenosis Mitral Relativa (Austin Flint)
- Más Signos de Insuficiencia Mitral por Dilatación de Ventrículo Izquierdo.
- Signo de Traube
- Signo de Durozier
- Diagnóstico Diferencial con Insuficiencia Aórtica Luética
- Diagnóstico Diferencial con Ruptura de Válvula (utilidad del fono en este caso)
- Diagnóstico Diferencial con Gran Insuficiencia Pulmonar

INVESTIGACAO AGUDA

Hemólise
 Leucócitos
 Morfologia
 Arterias renais
 Hipertensão da víscera
 Mecanismos de
 De hipertensão venosa e aguda
 De hipertensão cerebral global
 De hipertensão coronária
 Diagnóstico diferencial com a hipertensão

Exame arterial
 Signos de hipertensão
 Pulso capilar
 Pulso carotídeo de I ao IV
 Pulso carotídeo de hipertensão aguda

Os sinais
 Nos Signos de hipertensão arterial aguda
 Nos Signos de hipertensão arterial aguda (sintomas típicos)
 Nos Signos de hipertensão arterial aguda por hipertensão de
 hipertensão aguda
 Signos de hipertensão
 Signos de hipertensão
 Diagnóstico diferencial com hipertensão arterial aguda
 Diagnóstico diferencial com hipertensão da víscera
 (utilidade dos tons em este caso)
 Diagnóstico diferencial com hipertensão arterial aguda

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

EXAMEN : Dr. Jorge Kaplan
20 de Abril de 1970

Radiología: Y diagnóstico diferencial con Insuficiencia Aórtica Luética

Electrocardiograma: Signos típicos de sobrecarga diastólica de Ventrículo Izquierdo.

Y A Diagnóstico Diferencial con Hipertrofia Ventricular Izquierda y sobrecarga sistólica.

Tratamiento: Observación

Médico

Quirúrgico. Indicaciones quirúrgicas.

=====

... de ...
... de ...

... de ...
... de ...

...

... de ...
... de ...

... de ...
... de ...

... de ...
... de ...

... de ...
... de ...

... de ...
... de ...

V A L V U L O P A T I A S A D Q U I R I D A S

- Indicaciones de tratamiento quirúrgico en Valvulopatía mitral (estenosis e insuficiencia).
- Tratamiento quirúrgico: nociones sobre circulación extracorpórea, Técnica quirúrgica (Valvuloplastia, recambio valvular).
- Complicaciones post-operatorias.
- Resultados.
- Indicaciones de tratamiento quirúrgico en Valvulopatías adquiridas aórticas.
- Tratamiento quirúrgico. Técnica quirúrgica.
- Complicaciones post-operatorias.
- Resultados.
- Indicaciones de tratamiento quirúrgico en Valvulopatías adquiridas tricuspideas.
- Tratamiento quirúrgico. Técnica quirúrgica.
- Complicaciones post-operatorias.
- Resultados.

=====

El fondo de la
"Medicina"

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA



FONO 5561 ESCUELA DE MEDICINA CASILLA 53-V VALPARAISO (CHILE)

INSTITUTO DEL TORAX Y TRASPARENTE
HOSPITAL NAVAL VALPARAISO

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...

En el estudio de la fisiología de la respiración se han observado...



- 8.- Psiquiátricas.
- 9.- Mala técnica quirúrgica. . Indices desecables.

- 1.- Flujo (superficie corporal x 2. Variable).
- Complicaciones durante perfusión.
- 2.- Pr. art. media alrededor 50 mm Hg.
- 1.- Hipotensión arterial.
- 3.- Presión venosa cavas 10 - 15 cm H₂O.
- 2.- Bajo retorno venoso.
- 4.- ECG (muy útil en algunos casos).
- 3.- Paso de aire (arterial-venoso).
- 5.- ECG.
- 4.- Hemorragia OP (desbalance).
- 6.- Control temperatura normotermia.
- 5.- Falla bomba.
- 7.- Control equilibrio ácido-básico.
- 6.- Perfusión larga (más dos y media hora).
- 8.- Oxigenación sangre 7 litros x m² sup. corporal.
- 7.- Alteración canulación arterial.
- 9.- Balance de perfusión.

Perfusión en circulación extracorporea.

Pre-operatorio. Factores susceptibles de determinar.

- 1.- Adquiridas : Enfermedad reumática.

Complicaciones. EBSA. Aneurismas y Perforación de los velos.
Adherencias de Vaso posterior y pared de VI.

- 1.- Grado funcional pre-op (IV) rgico.
Ruptura de cuerdas por: regurgitación aórtica.
- 2.- Hipertensión pulmonar. Infección post operatoria.
Trauma por de edad avanzada.
- 3.- Cardiopatías complicadas (Shunt...) Idiopáticas
Alteración de posición causada por:
Infarto de miocardio
- 4.- Alteración otras parénquimas. Congénitas
Alteración tamaño del VI
- 5.- Digitalización.
- 6.- Electrolitís. Ruptura M. Papilar por:
Infarto del miocardio
- 7.- Diatesis hemorrágica. Lesión quirúrgica.



Patológicas.
 Mala técnica quirúrgica.
 Infecciones durante periostoma.
 Hipotensión arterial.
 Bajo retorno venoso.
 Paso de aire (arterial-venoso).
 Hemorragia OP (desafase).
 Talla corta.
 Perforación larva (más de 7 media hora).
 Alteración canalización arterial.
 Patológicas.
 Unión en circulación extracorpórea.
 Operatorio. Factores susceptibles de determinar.
 Patológicas.
 Grado funcional pre-op (IV)
 Hipertensión pulmonar.
 Cardiopatías complicadas (Shunt...)
 Alteración otras parámetros.
 Distensión.
 Electrolitos.
 Diarrea hemorrágica.



Perfusión en circulación extracorporea.

Controles durante perfusión . Indices deseables.

II.- Congénitas: Uleft aislado del velo anterior o posterior.

1.- Flujo (superficie corporal x 2. Variable).

2.- Pr. art. media alrededor 60 mm Hg.

3.- Presión venosa cava 10 - 15 cm H₂O.

4.- ECG (muy útil en algunos congénitos).

5.- ECG.

6.- Control temperatura normotermia.

7.- Control equilibrio ácido-básico.

8.- Oxigenación sangre 5 litros x m² sup. corporal.

9.- Balance de perfusión.

Regurgitación en complejo mitral.

I.- Adquiridas : Enfermedad reumática.

EBSA. Aneurismas y Perforación de los velos.

Adherencias de Velo posterior y pared de VI.

Trauma quirúrgico.

Ruptura de cuerdas por:

Infección

Trauma

Idiopáticas

Alteración de posición causada por:

Infarto de miocardio

Congénitas

Alteración tamaño del VI

Ruptura M. Papilar por:

Infarto del miocardio

Lesión quirúrgica.

Procedimiento cerrado: en Infancia.



Micocardipatas.
Ciclof. masiva del anillo.

Complicaciones: Clere aialado del velo anterior o posterior.
Quemas tambien largas en velo posterior.
Orificio congnito en velo.
Impugnacion anómala de velos.
Asociada a otras malformaciones más complicadas.

Enfermedad valvular. Reumática u otra.

condimento cerrado:

Clase funcional II o más
Menor de 35 años.

Fibrilación auricular.
Sin escape de apertura.
Bolo rístico mitral.
Signos de enfermedad aguda o tricuspidal.
Signos de HCC de hipertrofia ventricular izquierda.
Evidencia de calcificación.
Cura previa mitral.
Evidencia de trombo embolismo.

reemplazo valvular es una lesión quirúrgica.

Clases avanzadas:
Moderada o severa regurgitación aguda.
Complicaciones trombo embolias post operatorias.
Enfermedad coronaria en grupos de edad avanzadas.

Clase funcional I
Mayor de 60 años estable con tratamiento médico.

Clase operatoria:

Valva aguda

condimento cerrado: en Infancia.



Procedimiento abierto: reemplazo en prótesis o homo y hetero injerto.

A.- Regurgitación aórtica: Clase funcional III y progresiva.

Signos Rx ECG y clínico de agrandamiento ventricular izquierdo.

Soplo diastólico prominente

P.A. diastólica reducida (- de 50 mm Hg).

Pr. del pulso ensanchada moderada o severa regurgitación en cineangiografía izquierda.

B.- Estenosis aórtica: Clase funcional III y progresiva.

Signos clínicos ECG y Rx de hipertrofia VI A₂ disminuido en P.C.G.

Soplo sistólico aórtico.

Pr. diastólica normal con Pr. del pulso normal o disminuida.

Confirmación en el cineangiograma.

II.- Condiciones: Válvula de Paracuida (IM papilar).

Diferir operación: nunca.

Cuidados: Enfermedad coronaria. Insuficiencia cardíaca intratable. Arritmia

Válvula Tricuspídea: (siempre asociada con Patología mitral).

Indicaciones de operación aislada o exploración en multivalvulopatías

Onda V yugular

Soplo paraesternal sistólico y/o diastólico mayor con inspiración.

Agrandamiento de A.D. desproporcionado.

Onda V grande en cateterismo derecho.

Diferir: nunca.

Cuidados: no minimizar el problema de existencia.



Procedimiento diagnóstico: Reemplazo en prótesis o homo y hetero injerto.

Neurólisis adriática: Clase funcional III y progresiva. Signos Rx HCG y clínico de agrandamiento ventricular izquierdo. Signos de insuficiencia cardíaca. Signos de insuficiencia renal. P.A. diastólica reducida (- de 90 mm Hg). Pr. del pulso envejecida moderada o severa. Radiografía en sinostegia reducida.

Estenosis adriática: Clase funcional III y progresiva. Signos clínicos HCG y Rx de hipertrofia VI A₂ diastólica en T.C.C. Signos de insuficiencia cardíaca. Pr. diastólica normal con Pr. del pulso normal o disminuida. Radiografía en sinostegia.

Insuficiencia cardíaca: Insuficiencia cardíaca sintomática. Radiografía en sinostegia.

Insuficiencia cardíaca (siempre asociada con Patología arterial): Insuficiencia cardíaca sintomática o exploración en sinostegia. Signos de insuficiencia cardíaca y/o diastólica mayor con insuficiencia. Agrandamiento de A.D. desproporcionado. Onda V grande en electrocardiograma.

Insuficiencia cardíaca: Insuficiencia cardíaca sintomática. Radiografía en sinostegia.



ENDOCARDITIS BACTERIANA

Obstrucción del Flujo de entrada a VI.

Generalmente se afecta más de un elemento del complejo.

- Definición

Causas más frecuentes:

- Etiología.

- a) Fiebre reumática. Valvulitis cicatrizada con deformación
- b) Tumores de la aurícula.

- Patogenia.

- Mixomas
- Hamatomas
- Masas lipomatosas
- Rabdomiomas
- Mesenchimomas del endocardio.
- Metástasis malignas
- Sarcomas.

- Sintomatología.

- c) Trombos auriculares
- Síntomas d) Procesos degenerativos o ateroescleróticos del anillo o velos
- Signos e) EBSA.- Generalmente produce insuficiencia.
- Síntomas embólicos.

II.- Congénitas: Válvula de Paracaída (IM papilar).

Otras formas de estenosis asociadas a malformaciones más complejas. arteriana aguda y subaguda.
S. de Lutembacher.

Diagnóstico de la endocarditis bacteriana. Importancia del diagnóstico precoz.

=====

Tratamiento de la endocarditis bacteriana.

Tratamiento profiláctico.

Pronóstico.

Causas de muerte.

=====



101

...del Falso de entrada a VI.

...se esta más de un elemento del complejo.

...más frecuentes:

- a) Fibroses reumáticas. Valvulitis aórtica con deformación
- b) Tumor de la aorta.
- Mixomas
- Hemangiomas
- Masa lipomatosa
- Karcinomas
- Mesodermiomas
- Metastasis malignas
- Sarcomas.
- c) Trombos aórticas
- d) Procesos degenerativos o estenosos del anillo
- e) HBA... Generalmente produce insuficiencia.

Condiciones:
 Válvula de Paracónd (IM papilar).
 Otras formas de estenosis asociadas a malformaciones más
 completas.
 S. de Infuenbacher.

ENDOCARDITIS BACTERIANA

- Definición.
- Etiología.
- Patogenia.
 - Puerta de entrada de la infección.
 - Implantación de los bacterias en el endocardio.
- Sintomatología.
 - Síntomas generales o toxémicos.
 - Signos cardíacos.
 - Síntomas embólicos.
 - Signos de laboratorio.
- Concepto de endocarditis bacteriana aguda y subaguda.
- Diagnóstico de la endocarditis bacteriana. Importancia del diagnóstico precoz.
- Tratamiento de la endocarditis bacteriana.
- Tratamiento profiláctico.
- Pronóstico.
- Causas de muerte.

=====

1930

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DOCTOR DR. RICARDO VILLARREAL
CALLE DE LA UNIÓN 100

CARRASCO
DE MEDICINA
DE GRADUADO

ENDOCARDITIS BACTERIANA

Definición: Infección de la pared interna del corazón (endocardio) causada por bacterias que se adhieren a las válvulas cardíacas y producen abscesos y destrucción del tejido cardíaco.

Etiología: Causada por bacterias que se adhieren a las válvulas cardíacas y producen abscesos y destrucción del tejido cardíaco.

Patogenia: Infección de la pared interna del corazón (endocardio) causada por bacterias que se adhieren a las válvulas cardíacas y producen abscesos y destrucción del tejido cardíaco.

Clínica: Síntomas generales de infección, fiebre, pérdida de peso, fatiga, eritema nodoso, síndrome de Osler, síndrome de Roth-Roth, síndrome de Janeway, síndrome de Osler-Rosenhan, síndrome de Roth-Roth, síndrome de Janeway, síndrome de Osler-Rosenhan.

Diagnóstico: Diagnóstico de la endocarditis bacteriana. Importancia del diagnóstico.

Tratamiento: Tratamiento de la endocarditis bacteriana.

Prognóstico: Prognóstico de la endocarditis bacteriana.

Prevalencia: Prevalencia de la endocarditis bacteriana.

Importancia: Importancia de la endocarditis bacteriana.

.....

M I O C A R D I T I S Y M I O C A R D I O P A T I A S

- MIOCARDITIS.

- 1.- Definición.
- 2.- Clasificación.
- 3.- Frecuencia.
- 4.- Cuadro clínico.
- 5.- Diagnóstico de las miocarditis.
- 6.- Miocarditis diftérica.
- 7.- Miocarditis idiopática o de Fiedler.
- 8.- Miocarditis chagásica.

- MIOCARDIOPATIAS.

- 1.- Definición de las miocardiopatías.
- 2.- Clasificación.
- 3.- Miocardiopatías idiopática.
- 4.- Miocardiopatía alcohólica.
- 5.- Miocardiopatía del puerperio o post-partum
- 6.- Otras miocardiopatías.

=====

- 1) Diagnóstico diferencial
- 2) Tratamiento.

MIOCARDIOPATIAS Y MIOCARDIOPATIAS

Definición de las miocardiopatías.
 Clasificación de las miocardiopatías.
 Miocardiopatía dilatada.
 Miocardiopatía hipertrófica.
 Miocardiopatía restrictiva.
 Miocardiopatía alcohólica.
 Miocardiopatía diabética.
 Miocardiopatía del post-parto.
 Otras miocardiopatías.

.....

E : Dr. Eugenio Valenzuela B.
23 y 27 de Abril de 1970.-

23-7-27.-

ERICARDIO

s
cardíaco
ocardiográficos
ológicos.

algunos tipos de pericarditis aguda

al

- 1.- Síndrome de estasis venosa
- 2.- Síndrome de disminución de movilidad cardíaca
- 3.- Síndrome de disminución de volúmen sistólico

d) Diagnóstico diferencial

e) Tratamiento.

=====

EXPERIENCIAS DE LA PRÁCTICA

de la Pericarditis.

casos de las Pericarditis.

diversas causas.

a) Etiología

b) Anatomía Patológica

c) Cuadro Clínico:

- 1. -- Síntomas
- 2. -- Signos físicos
- 3. -- Troncoscopia ecográfica
- 4. -- Signos electrocardiográficos
- 5. -- Signos radiológicos.

d) Características de algunos tipos de pericarditis aguda.

e) Diagnóstico diferencial

f) Tratamiento

diversas causas.

a) Etiología

b) Anatomía Patológica

c) Sintomatología

- 1. -- Síntomas de entasis venosa
- 2. -- Síntomas de distensión de cavidad cardíaca
- 3. -- Síntomas de distensión de vejiga biliar

d) Diagnóstico diferencial

e) Tratamiento.

CIRUGIA DE LAS AFECCIONES DEL PERICARDIO

I INDICACIONES

A. Congénitas: quistes del pericardio
divertículos

B. Traumáticas:

Heridas
Contusiones Tamponamiento cardíaco

C. Inflamatorias

C.1. Agudas

C.1a) Pericarditis serofibrinosa
Volumen excesivo - recidivante

C.1b) Pericarditis supurada
Causas.

C.2. Crónicas

Pericarditis crónica constrictiva.

II TECNICAS QUIRURGICAS

A. Pericardiocentesis

Paraesternal
Angulo xifocostal izquierdo
Riesgos
Condiciones para efectuarla

B. Drenaje pericardiaco

Abdominal
Intercostal

C. Pericardiectomía

ap.

C.- Actitud del médico no diferenciado o no especializado ante un paciente con una probable cardiopatía congénita.

=====

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

A. Administrative
Administrative

B. Academic
Academic
Administrative

C. Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

A. Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative
Administrative

B. Academic
Academic
Administrative

C. Administrative

C A R D I O P A T I A S C O N G E N I T A S

Nociones generales

- 1.- Incidencia
- 2.- Etiología
- 3.- Embriología
- 4.- Consecuencias fisiológicas
 - a.- Desaturación arterial (cianosis)
 - b.- Sobrecarga de los ventrículos
 - c.- Débito cardíaco inadecuado y alteraciones del desarrollo
 - d.- hipertensión pulmonar
- 5.- Clasificación
 - a.- Anatómica
 - b.- Clínico-anatómica

Consideraciones clínicas

A.- Generales

- 1.- ¿Tiene el paciente una hipertrofia ventricular derecha, izquierda o combinada?
- 2.- ¿Tiene el paciente un cortocircuito (Shunt)?
- 3.- ¿Si un cortocircuito existe ¿es este de izquierda a derecha o de derecha a izquierda?

Valor del examen clínico, electrocardiográfico y radiológico en la contestación a estas interrogantes, estableciendo las probabilidades diagnósticas.

B.- Especiales

De las cardiopatías congénitas más importantes y frecuentes.

- 1.- Defecto interventricular
- 2.- Ductus
- 3.- Defecto interauricular
 - a.- Tipo Ostium Secundum
 - b.- Tipo Ostium Primum
- 4.- Estenosis pulmonar
- 5.- Coartación de la aorta
- 6.- Estenosis aórtica
- 7.- Anillos valvulares
- 8.- Tetralogía de Fallot
- 9.- Transposiciones
- 10.- Concepto de Síndrome de Eisenmenger

C.- Actitud del médico no diferenciado o no especializado ante un paciente con una probable cardiopatía congénita.

=====

PODREY & Dr. Hermano González
CALLE DE LA VIGILANCIA, 10
MADRID, ESPAÑA

NO. DE ORDEN
A. INDICATIVO
MATERIAL

CARDIOPATIAS CORONARIAS

El presente estudio se refiere a las lesiones coronarias que se observan en el corazón humano, y a su relación con las enfermedades coronarias. Se describen las características morfológicas y fisiológicas de estas lesiones, así como su evolución y su relación con los factores de riesgo. Se discuten también los métodos de diagnóstico y los tratamientos disponibles.

De las cardiopatías coronarias, las más importantes y frecuentes son:

- 1. Tipo Coronario
- 2. Tipo Mixto
- 3. Tipo Aterioesclerótico

El tipo Coronario se caracteriza por la presencia de placas de ateroma que obstruyen el lumen de las arterias coronarias. El tipo Mixto presenta características de ambos tipos anteriores. El tipo Aterioesclerótico se caracteriza por la presencia de placas de ateroma que obstruyen el lumen de las arterias coronarias, pero sin la presencia de trombos.

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de las cardiopatías coronarias son:

- 1. Hipertensión arterial
- 2. Diabetes mellitus
- 3. Tabaquismo
- 4. Colesterol elevado
- 5. Obesidad
- 6. Estrés
- 7. Sedentarismo
- 8. Edad avanzada
- 9. Sexo masculino
- 10. Antecedentes familiares de enfermedades coronarias

El diagnóstico de las cardiopatías coronarias se realiza mediante:

- 1. Historia clínica
- 2. Examen físico
- 3. Electrocardiograma (ECG)
- 4. Radiografía de tórax
- 5. Ecocardiografía
- 6. Angiografía coronaria
- 7. Pruebas de esfuerzo
- 8. Tomografía axial computarizada (TAC)
- 9. Resonancia magnética nuclear (RMN)
- 10. Cateterismo cardíaco

El tratamiento de las cardiopatías coronarias depende del tipo de lesión y de la gravedad de la enfermedad. Los tratamientos disponibles son:

- 1. Tratamiento médico: medicamentos que mejoran el flujo sanguíneo y reducen el riesgo de complicaciones.
- 2. Tratamiento quirúrgico: cirugía de revascularización coronaria (CABG) o angioplastia percutánea (PCI).
- 3. Tratamiento con dispositivos: stents.
- 4. Tratamiento con medicamentos: aspirina, esteroles, beta-bloqueantes, etc.
- 5. Tratamiento con cambios de estilo de vida: dieta saludable, ejercicio físico, dejar de fumar, etc.

TERISTICAS DE LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS MAS FRECUENTES

TO	CIANOSIS	SOPLO	RUIDOS	EKG	RX
as	Ausente	Continuo en área pulmonar (90%) S.D.punta(25%)	P2 acentuado si hay hipertensión pulmonar	Normal HVI HVD o combinado con HVI	Puede ser normal. Puede mostrar aumento de arteria pulmonar y aorta. Circulación aumentada.
ciación aorta	Ausente	Soplo sistólico suave o moderado en 1-3 EII. Se transmite bien al dorso	Normal	Normal HVI, HVD o HV combinada	Normal o mostrar ensanchamiento de la aorta y cardiomegalia
osis ca	Ausente	Soplo sistólico intenso foco aórtico transmitido al cuello	A2 puede estar disminuido	Normal o HVI	Puede ser normal. Puede haber aumento de la aorta y ventrículo izquierdo.
to venlar	Ausente excepto inversión del Shunt	Soplo sistólico intenso máximo en 3-4 EII	P2 puede estar acentuado	Normal o HVI o HVD combinada	Puede ser normal. Puede mostrar cardiomegalia y aumento de la circulación pulmonar. Arteria pulmonar, aumentada y aorta pequeña.
to auar	Ausente	Soplo sistólico moderado máximo en 2-3 EII. Puede existir s. diastólico en foco tricuspídeo	P2 ampliamente doblado en forma fija y puede estar acentuado	HVD o bloqueo incompleto de rama derecha	Puede ser normal. Puede haber aumento de la arteria pulmonar, aurícula derecha y ventrículo izquierdo.
osis nar	Generalmente ausente	Soplo sistólico intenso en área pulmonar	P2 disminuido o ausente	Generalmente HVD puede ser normal	Arteria pulmonar (tronco) prominente en el tipo valvular. Circulación pulmonar normal o disminuida
logía llot	Presente	Soplo sistólico intenso en 2-4 EII	P2 único	HVD	Ausencia de cardiomegalia. Disminución de la circulación pulmonar
posición cta de los os vasos	Presente	Soplo sistólico suave o moderado en 2-4 EII	P2 doblado y puede estar acentuado	HVD	Cardiomegalia. Pedículo angosto aumento de la circulación pulmonar

. Espacio intercostal izquierdo P2: 2º ruido pulmonar HVI: hipertrofia ventricular izquierda HVD: Hipertrofia ventricular derecha

CLASIFICACION ANATOMICA DE LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS

- Comunicación entre los circuitos pulmonar y sistémico, con shunt predominante de izquierda a derecha:

A.- Comunicaciones interauriculares

- 1.- Persistencia del foramen oval
- 2.- Defecto interauricular tipo secundum (7%)
- 3.- Defecto de los cojinetes endocárdicos
 - a.- Parcial
 - b.- completo

B.- Comunicaciones interventriculares

- 1.- Defecto interventricular aislado (22%)
 - a.- Pequeño
 - b.- Grande
- 2.- Defecto interventricular complicado con:
 - a.- Estenosis pulmonar (T. de Fallot 11%)
 - b.- Insuficiencia aórtica
 - c.- Ausencia de la válvula pulmonar
 - d.- Defecto interauricular
 - e.- Ductus arterioso persistente
 - f.- Coartación de la aorta

3.- Ventrículo único.

4.- Comunicación ventrículo izquierdo a aurícula derecha.

C.- Comunicaciones entre los grandes vasos

- 1.- Ductus arterioso-venoso persistente aislado (17%)
- 2.- Ductus arterioso-venoso persistente complicado con:
 - a.- Hipertensión pulmonar
 - b.- Estenosis aórtica
 - c.- Estenosis pulmonar
 - d.- Coartación de la aorta
 - e.- Defecto interventricular

3.- Ventana aorto-pulmonar.

4.- Tronco arterioso

5.- Aneurisma del seno de Valsalva (roto)

6.- Fístula arteriovenosa coronaria

- Lesiones valvulares y vasculares con shunt de derecha a izquierda o sin shunt

CLASIFICACION ANATOMICA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

Enfermedades de los sistemas respiratorio y circulatorio

- Coartación de la aorta (6%)
- Anillos vasculares
- Estenosis aórtica (4%)
 - 1.- Supravalvular
 - 2.- Valvular
 - 3.- Subvalvular
 - 4.- Muscular
- Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
 - 1.- Atresia aórtica
 - 2.- Atresia mitral
 - 3.- Atresia del cayado aórtico
 - 4.- Hipoplasia del cayado aórtico
- Estenosis mitral
- Insuficiencia mitral
- Cor triatriatum
- Síndrome de obstrucción vascular pulmonar
- Estenosis pulmonar
 - 1.- Con septum interventricular intacto (7%)
 - 2.- Con defecto interventricular
- Atresia pulmonar con septum interventricular intacto
- Insuficiencia pulmonar
- Hipoplasia del ventrículo derecho con atresia tricuspídea
- Enfermedad de Ebstein

Las transposiciones

- A.- Completa transposición de los grandes vasos (8%)
- B.- Inversión parcial de los grandes vasos
 - 1.- Síndrome de Taussig -Berig
 - 2.- Nacimiento de aorta y pulmonar de ventrículo derecho
- C.- Transposición corregida de los grandes vasos
- D.- Transposición completa de las venas pulmonares
- E.- Incompleta transposición de las venas pulmonares
- F.- Transposición de venas cavas
- G.- Dextrocardios
 - 1.- Imagen en espejo
 - 2.- Dextroversión
- H.- Levocardio

=====

(10) Acta

(11) Acta

(12) Acta

(13) Acta

(14) Acta

(15) Acta

(16) Acta

(17) Acta

(18) Acta

(19) Acta

(20) Acta

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. José Bengoa
30 de Abril de 1970.-

CIRUGIA DE LAS MALFORMACIONES CARDIACAS CONGENITAS

GENERALIDADES:

Iniciación: 1938 Gross.

Cirugía electiva.

Década del 40 : Cirugía cerrada.

Década del 50 : Cirugía a corazón abierto:

Hipotermia
Circulación
cruzada
Circulación
E.C.

Cirugía de urgencia en el niño pequeño.

Década del 60.

En: 1.- Insuficiencia cardíaca irreductible

2.- Hipoxia acentuada

DIVISION:

I.- Anomalías vasculares:

A.- De la aorta:

- 1.- Conducto arteriovenoso.
- 2.- Coartación de aorta.
- 3.- Anillos vasculares.

B.- De la arteria pulmonar.

C.- Del retorno venoso.

II.- Cardiopatías acianóticas.

- 1.- Defecto inter-auricular (CIA)
- 2.- Defecto inter-ventricular (CIV)
- 3.- Estenosis aórtica
- 4.- Estenosis mitral

III.- Cardiopatías cianóticas.

- 1.- Estenosis valvular pulmonar.
- 2.- Estenosis infundibular.
- 3.- Tetralogía de Fallot.
- 4.- Atresia tricuspídea.
- 5.- Transposición de los grandes vasos.
- 6.- Enfermedad de Ebstein.
- 7.- Varias.

Nos referimos a algunas de ellas por su mayor frecuencia o gravedad en el niño pequeño.

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

ANOMALIAS VASCULARES:

A.- DE LA AORTA:

1.- Conducto arterio-venoso (C.A.V.).

Función fetal. Cierre funcional y anatómico.

Síntomas clínicos:

- a) Lactante : soplo sistólico
 insuficiencia cardíaca congestiva
- b) Niño mayor: soplo de Gibson

Diagnóstico:

- a) Lactante con C.I.V. (Aortografía retrógrada).
- b) Niño mayor con ventana aorto-pulmonar.
 comunicación I.V. alta.
 fístula seno de Valsalva.
 tronco arterioso.

Complicaciones:

- a) Insuficiencia cardíaca.
- b) Infección bacteriana.
- c) Aneurisma y ruptura.

Tratamiento:

- a) De urgencia en lactante.
- b) Edad ideal.

Técnica:

- a) Sutura-ligadura.
- b) Sección y sutura.

Complicaciones operatorias (Ruptura).

Complicaciones post-operatorias:

- a) Infección estafilocócica)
- b) Aneurisma) ruptura
- c) Fístula aorto-bronquial)

C.A.V. atípico con hipertensión pulmonar.

Resultados. Recanalización.

2.- Joartación de la Aorta:

Referencias históricas:

- Paris (1791). Descripción.
- Bonnet (1903). Clasificación.
- Gross)
- Craford) Operación.
- Blalock)

AS VASOULARES...

...

... (G.A.V.)

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

... (G.A.V.) ...

Clasificación:

- a) Tipo adulto.
- b) Tipo infantil: frente a C.A.V.
preductal
post-ductal

Clínica:

- a) en el lactante
Síntomas además de soplo e hipertensión
dificultad para alimentación
insuficiencia cardíaca
agrandamiento cardíaco
- b) en el niño mayor
asintomática
soplo
hipertensión

Indicaciones operatorias:

- a) en el lactante:
Coart. comprobada con cardiomegalia e insuficiencia cardíaca
Coart. con hipertensión mantenida
Desarrollo fónico estatural deficiente
- b) en el niño mayor
Siempre después de los 3 - 5 años
Hipertensión mantenida
Infección bacteriana } Indic. perentoria
aneurisma }

Técnica:

- a) Resección
- b) Plastías (Blalock - Vosschuldt)
- c) Injertos

Complicaciones:

- a) Muerte por hipotensión
- b) Hemorragia sutura
- c) Ruptura pared
- d) Trombosis aorta
- e) Aneurisma disecante
- f) Síndrome abdominal

Mortalidad y resultados:

- a) en el lactante
- b) en operaciones electivas

3.- Anillos valvulares:

Concepto.

Indicaciones:

- a) Doble arco aórtico { Arco izquierdo
Arco derecho
- b) Aorta a derecha con ligamento arterioso
- c) Arteria innominada anómala
- d) Arteria carótida izquierda anómala
- e) Arteria subclavia aberrante

Síntomas:

- a) Compresión tráquea
- b) Compresión esófago

Diagnóstico: Rx. Esofagograma
Traqueografía

Indicación quirúrgica: Operar solo sintomáticos

Técnica: Sección y sutura.

CARDIOPATIAS ACIANOTICAS:

A.- Defecto inter-auricular (C.I.A.).

B.- Defecto inter-ventricular (C.I.V.).

C.- Estenosis aórtica (E.A.).

A.- Defecto inter-auricular (C.I.A.).

to.
 ía: tabique, caras superior y posterior: ori cios y válvulas.
 logía: septum 1º, intermedio y 2º.
 icación y variedades. Anomalías agregadas.
 o tipo secundum: indicaciones operatorias
 Técnica. Hipotermia. Sutura.

aciones operatorias.
aciones post-operatorias.

dos.
s bajos: ostium primum
canal atrioventricular

Corrección : C.E.C.

tados y resultados.

B.- Defecto inter-ventricular (C.I.V.).

ión.
 e del tabique. Embriología.
 les anatómicas.
 en el lactante
 en el niño mayor
 Hipertensión pulmonar (lactante por flujo exagerado.
 (niño mayor por lesión arterial.

ico diferencial: en el lactante
en C.I.V. altas niño mayor } C.A.V.

a) Comprovisión de trabajos
b) Comprovisión de ensayos
c) Rx. Radiografías
d) Radiografías

En las pruebas de Operar solo sintomáticas
de la Sección y otras.

Patolo Inter-arterial (C.I.A.).

Patolo Interarterial (C.I.V.).

Patolo Interarterial (E.A.).

Patolo Interarterial (C.I.A.).

Patolo Interarterial (E.A.).

Patolo Interarterial (C.I.V.).

Patolo Interarterial (E.A.).

Patolo Interarterial (C.I.V.).

indicaciones operatorias: en el lactante
en el niño mayor

Indicaciones quirúrgicas:
1.- Op. paliativa (banding)
2.- Op. correctora

Indicaciones op.

Resultados.

III.- CARDIOPATIAS CIANOTICAS:

- A.- Estenosis pulmonar pura.
- B.- Estenosis infundibular pura.
- C.- Tetralogía de Fallot.
- D.- Transposición de los grandes vasos.
- E.- Atresia tricuspídea.
- F.- Enfermedad de Ebstein.
- G.- Otras.

Estenosis pulmonar pura:

Caracteres anatómicos.

Indicaciones. Lactante y niño mayor.

Indicaciones quirúrgicas.

Indicaciones:

- 1.- Transventricular (Brock)
- 2.- Valvulotomía a cielo abierto.

Indicaciones op.

Resultados.

Tetralogía de Fallot:

La más frecuente de las cardiopatías cianóticas.

Caracteres anatómicos: estenosis pulmonar
cabalgamiento aórtico
C.I.V.
hipertrofia ventrículo derecho

Asociación con otras anomalías: arco aórtico derecho (Corvisan).

Indicaciones y diagnóstico.

Indicaciones quirúrgicas:

- a) en el niño pequeño
- b) en el niño mayor

Operación paliativa. (Anastomosis arteria pulmonar-aorta o vaso sistémico).

Curativa. C.E.C.

Transposición de los grandes vasos.

Patología que da la más alta mortalidad en la primera infancia.

Alteración anatómica.

Malas cardíacas asociadas.

Tratamiento quirúrgico:

- 1.- paliativo (técnica de Blalock - Hanlon).
- 2.- curativo (Baffles, Serning, Mustard).

Atresia tricuspídea.

Alteraciones anatómicas: falta comunicación aurículo con ventrículo.

- a) ventrículo aislado,
- b) ventrículo funcionante (hipoplasia pulmonar).

Alteración operatoria: oligohemia.

Tratamiento: paliativo. Anastomosis cavo-pulmonar (Glenn).

=====

Operación polifónica. (Anatomía de la voz humana).
Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

Operación de los grandes vasos.
Operación de los grandes vasos.

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Sergio de Tezanos Pinto
4 y 5 de Mayo de 1970.-

H I P E R T E N S I O N A R T E R I A L

Definición y concepto.

Etiología.

Causas etiopatogénicas.

Manifestaciones clínicas.

- A.- Esencial y maligna.
- B.- Transitoria, Paroxística, Persistente.
- C.- Primitiva y secundaria.
- D.- Leve, moderada, severa y maligna.

Síntomas y signos de la hipertensión arterial.

Estado compensado.

Estado de ojo en la hipertensión arterial.

Estado descompensado.

Pronóstico Renal: uremia.

Pronóstico Cardíaco: E.C.G. Angor. Infarto.

Pronóstico Cerebral: Encefalopatía hipertensiva.

Pronóstico Ocular.

Indicaciones hemorrágicas.

Hipertensión arterial secundaria.

- 1.- Enfermedades renales:
 - Nefropatías
 - Lesión vascular renal
- 2.- Enfermedades endocrinas.
- 3.- Enfermedades vasculares.
- 4.- Lesiones cerebrales y del S.N.C.

Tratamiento.

Indicaciones. Factores que indican pronóstico adverso.

Prognóstico.

=====

Handwritten text at the top left of the page.

Dr. Antonio de...
1910

INSTITUTO ANTERIA

1.- ...
 2.- ...
 3.- ...
 4.- ...
 5.- ...
 6.- ...
 7.- ...
 8.- ...
 9.- ...
 10.- ...
 11.- ...
 12.- ...
 13.- ...
 14.- ...
 15.- ...
 16.- ...
 17.- ...
 18.- ...
 19.- ...
 20.- ...
 21.- ...
 22.- ...
 23.- ...
 24.- ...
 25.- ...
 26.- ...
 27.- ...
 28.- ...
 29.- ...
 30.- ...
 31.- ...
 32.- ...
 33.- ...
 34.- ...
 35.- ...
 36.- ...
 37.- ...
 38.- ...
 39.- ...
 40.- ...
 41.- ...
 42.- ...
 43.- ...
 44.- ...
 45.- ...
 46.- ...
 47.- ...
 48.- ...
 49.- ...
 50.- ...
 51.- ...
 52.- ...
 53.- ...
 54.- ...
 55.- ...
 56.- ...
 57.- ...
 58.- ...
 59.- ...
 60.- ...
 61.- ...
 62.- ...
 63.- ...
 64.- ...
 65.- ...
 66.- ...
 67.- ...
 68.- ...
 69.- ...
 70.- ...
 71.- ...
 72.- ...
 73.- ...
 74.- ...
 75.- ...
 76.- ...
 77.- ...
 78.- ...
 79.- ...
 80.- ...
 81.- ...
 82.- ...
 83.- ...
 84.- ...
 85.- ...
 86.- ...
 87.- ...
 88.- ...
 89.- ...
 90.- ...
 91.- ...
 92.- ...
 93.- ...
 94.- ...
 95.- ...
 96.- ...
 97.- ...
 98.- ...
 99.- ...
 100.- ...

Handwritten text at the bottom of the page.

TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

selección de los pacientes para el tratamiento.

tratamiento sintomático

- 1.- Régimen
- 2.- Reposo
- 3.- Sedantes

cooterapia

regimen alimenticio

tratamiento etiológico

tratamiento medicamentoso

I.- Agentes bloqueadores adrenérgicos.

Fentolamina o Regitina

II.- Agentes antiadrenérgicos

Guanetidina (Ismelin)

Rawolfia y derivados

Metil Dopa

Pargilina

III.- Drogas bloqueadoras ganglicnares

Hexametonio

Pentolinium

IV.- Diuréticos

tratamiento de la hipertensión severa y maligna

tratamiento de la crisis hipertensiva

tratamiento de la encefalopatía hipertensiva

=====

Medicina "C"

BOGOTÁ : Dr. Enrique de los Rios Plaza
6 de Mayo de 1970

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA
LABORAL

TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

- I. -- Agentes hipotensivos directos.
 - 1. Hidralazina o Regitina
 - 2. Agentes antidiuréticos
 - Quinacrina (Lanolin)
 - Ramifila y Derivados
 - Metilopa
 - Furosemida
- III. -- Agentes hipotensivos indirectos
 - 1. Reserpina
 - 2. Pseudoefedrina
 - 3. Clonidina
- IV. -- Diuréticos
 - 1. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
 - 2. Inhibidores de la reabsorción de calcio
 - 3. Inhibidores de la reabsorción de sodio y calcio
 - 4. Inhibidores de la reabsorción de sodio

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

- Aspectos generales.
 - a.- Distribución del problema
 - b.- Magnitud del problema
- El problema en Chile
 - a.- Mortalidad.
 - b.- Morbilidad.
 - c.- Invalidez.
 - d.- Evolución.
- Algunos factores epidemiológicos de importancia.
 - a.- Raza y herencia.
 - b.- Edad y sexo.
 - c.- Factores de carácter psicológico.
 - d.- Vida urbana y rural.
 - e.- Factores sociales.
- Prevención de la Hipertensión arterial.
 - a.- Diversos estudios de la enfermedad.
 - b.- Profilaxis de cada uno de los estudios.
- Necesidad de nuevos estudios.

=====

1.- Prácticas de laboratorio
 2.- Prácticas de anatomía
 3.- Prácticas de fisiología
 4.- Prácticas de farmacología
 5.- Prácticas de patología
 6.- Prácticas de cirugía
 7.- Prácticas de ginecología
 8.- Prácticas de pediatría
 9.- Prácticas de dermatología
 10.- Prácticas de oftalmología
 11.- Prácticas de otorrinolaringología
 12.- Prácticas de psiquiatría
 13.- Prácticas de radiología
 14.- Prácticas de neurología
 15.- Prácticas de neofisiología
 16.- Prácticas de bioquímica
 17.- Prácticas de inmunología
 18.- Prácticas de microbiología
 19.- Prácticas de parasitología
 20.- Prácticas de histología
 21.- Prácticas de embriología
 22.- Prácticas de zoología
 23.- Prácticas de botánica
 24.- Prácticas de geología
 25.- Prácticas de astronomía

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Generalidad

Algunos del problema

Algunos del problema

Algunos del problema

Algunos del problema

Algunos del problema

Algunos del problema

Algunos del problema

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

Factores epidemiológicos e importantes

.....

.....

CIRUGIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

1.- Hipertensiones de etiología definida.

1.- Pilocromocitoma:

- a) Exploración pre-operatoria.
- b) Técnica quirúrgica.
- c) Medicación.

2.- Hiperaldosteronismo:

- a) Técnica quirúrgica: adenoma cortical.
Hipertrofia cortical.

3.- Hipertensión renovascular:

- a) Exploración pre-operatoria.
- b) Técnicas quirúrgicas: TEA
Injerto
Nefrectomía
- c) Resultados

4.- Hipertensión nefrónica: (Nefropatía unilateral).

- a) Técnica : nefrectomía.
- b) Resultados.

3.- En hipertensión esencial.

a.- Prácticamente abandonados los procedimientos quirúrgicos.

b.- Fueron usados con mejores resultados:

- 1.- Simpatectomía.
- 2.- Suprarenectomía.

c) Técnica de valoración de resultados.

d) Posición actual.

=====

Autorena C

DOCUMENTO: DR. CARLOS PASTORIS E.
1970 - Mayo 10

1970 - Mayo 10

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
LABORATORIO DE GENÉTICA

CIRCUITO DE LA HERENCIA AUTOSOMAL RECESIVA

T. 1

funciones de etiología genética.

1) Herencia autosómica recesiva

a) Enfermedades genéticas

b) Enfermedades genéticas

c) Enfermedades genéticas

a) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

b) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

c) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

d) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

e) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

f) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

g) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

h) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

i) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

j) Técnicas diagnósticas: métodos genéticos, análisis de sangre, etc.

Herencia autosómica recesiva. Los portadores son asintomáticos.

Herencia autosómica dominante. Los afectados son portadores.

Herencia ligada al cromosoma X recesiva. Los afectados son portadores.

Herencia ligada al cromosoma X dominante. Los afectados son portadores.

Herencia mitocondrial. Los afectados son portadores.

Herencia cromosómica. Los afectados son portadores.

ARTERIOESCLEROSIS Y CARDIOPATIA ISQUEMICA

- 1.- Definición del síndrome anginoso.
- 2.- Características del dolor de la angina de pecho.
 - a.- Localización.
 - b.- irradiación.
 - c.- Carácter del dolor.
 - d.- Duración y alivio del dolor.
- 3.- El electrocardiograma en la agina de pecho.
- 4.- Formas clínicas de la angina de pecho.
- 5.- Patogenia de la angina de pecho.
Insuficiencia coronaria e isquemia del miocardio.
- 6.- Etiología de la angina de pecho.
 - a.- Causas básicas o fundamentales.
 - b.- Factores precipitantes.
 - c.- Factores predisponentes.
 - d.- Factores contribuyentes.
- 7.- Diagnóstico de la angina de pecho.
- 8.- Diagnóstico diferencial de la angina de pecho.
- 9.- Tratamiento de la angina de pecho.
- 10.- Síndrome intermedio o Insuficiencia coronaria aguda.

=====

- 1) Inspección
- 2) Auscultación
- 3) Exámenes de Laboratorio
 - 4) Electrocardiograma
 - 5) Inoculaciones
 - 6) Radiografía
 - 7) Estudios físicos

12 de Mayo de 1970

INSTITUTO DE MEDICINA Y SALUD DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

Características del dolor de la angina de pecho.

Localización.

Carácter del dolor.

Duración y ritmo del dolor.

Relación con la actividad física.

Relación con la angina de pecho.

Factores desencadenantes.

Factores precipitantes.

Factores contribuyentes.

Tratamiento de la angina de pecho.

Prognóstico de la angina de pecho.

Relación con la insuficiencia coronaria aguda.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (I.A.M.).

Definición: de:

- a) Oclusión coronaria
- b) Infarto agudo del miocardio

Frecuencia.

Etiología de la oclusión coronaria.

Factores predisponentes.

Cuadro Clínico:

1.- Manifestaciones subjetivas:

- a) Dolor
- b) Shock
- c) Edema agudo pulmonar
- d) Insuficiencia cardíaca derecha aguda
- e) Complicaciones (embolías, arritmias, etc.)
- f) Síntomas menores

2.- Manifestaciones objetivas:

- a) Inspección
- b) Examen cardíaco
- c) Fiebre - Pulso - Presión Arterial

3.- Exámenes de Laboratorio:

- a) Electrocardiograma
- b) Leucocitosis
- c) Sedimentación
- d) Enzimas séricas

Dr. ...
15 y 16 de Mayo de 1970

ESTADO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE
LABORATORIO

TRATADO AGUDO DEL MIOCARDIO (I.A.M.)

- a) Coluria coronaria
- b) Infarto agudo del miocardio

Clasificación de la coluria coronaria

Formas predominantemente

de tipo Q/T

1.- Manifestaciones subjetivas:

- a) Dolor
- b) Shock
- c) Edema agudo pulmonar
- d) Insuficiencia coronaria de tipo agudo
- e) Complicaciones (embolias, arritmias, etc.)
- f) Síndromes menores

2.- Manifestaciones objetivas:

- a) Insuficiencia
- b) Presión arterial
- c) Frecuencia cardíaca

3.- Exámenes de laboratorio:

- a) Electrocardiograma
- b) Laboratorio
- c) Radiografía
- d) Estudios de laboratorio

VI.- Complicaciones y causas de muerte en el Infarto agudo del Miocardio.

VII.- Diagnóstico del Infarto agudo del Miocardio.

VIII.- Diagnóstico Diferencial.

IX.- Pronóstico del Infarto agudo del Miocardio.

X.- Tratamiento del Infarto agudo del Miocardio:

Objetivos del tratamiento:

- a) Disminuir el trabajo cardíaco (reposo)
- b) Alivio del dolor
- c) Combatir el shock y la insuficiencia cardíaca (cuando existen)
- d) Tratamiento anticoagulante
- e) Tratamiento de las arritmias
- f) Otras medidas terapéuticas (dietas, sedantes, psicoterapia), etc.

=====

... y en caso de que el paciente sea del tipo...
... del tipo de...
... de...
... de...
... de...

- (a) Examinar el trabajo cotidiano (work)
- (b) Alivio del dolor (pain relief)
- (c) Combatir el shock y la ansiedad en el caso (shock/panic)
- (d) Tratamiento antiespasmódico
- (e) Tratamiento de la ansiedad
- (f) Otras medidas terapéuticas (dieta, sed, psicoterapia), etc.

.....

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Norman Kliwadenko
18 de Mayo de 1970.-

S U M A R I O

ASPECTOS GENERALES

La situación en los países industriales desde el punto de vista de la mortalidad.
Datos proporcionados por la Investigación Interamericana de Mortalidad.
Fuentes para el estudio epidemiológico : estudio de la mortalidad, estudio de la morbilidad en Clínica, estudio de la morbilidad con criterio anátomo-patológico, estudio en grupos sociales.

PROBLEMA EN CHILE

Magnitud del problema medido por: Mortalidad - Morbilidad e Invalidez.
Evolución de la enfermedad en Chile.
Encuestas chilenas y sus resultados.

FACTORES EPIDEMIOLOGICOS

- Factores genéticos.
- Factores constitucionales.
- Edad y sexo.
- Trastornos metabólicos.
- Factores emocionales.
- Hipertensión arterial.
- Fluctuaciones estacionales.
- Vida urbana y rural.
- Factores sociales.
- Tabaco y Alcohol.
- Alimentación y Arterioesclerosis.

Medidas de prevención.

=====

DOCUMENTO : Dr. Norman K. ...
18 de Mayo de 1970

ENCUENTRO DE ...

- (1) ...
- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...
- (5) ...

ENCUENTRO DE ...

... para el estudio epidemiológico y estudio de la morbilidad, como la morbilidad en Chile, estudio de la morbilidad con criterios ...

ENCUENTRO DE ...

... del problema debido por morbilidad e Invalidez. ...

ENCUENTRO DE ...

... morbilidad y discapacidad. ...

ENCUENTRO DE ...

... y Alcohol. ...

ANGIOGRAFIAS

Arteriografías

1.- Aortografía por cateterismo

- a) Técnica
 - Punción (Seldinger)
 - Arteriotomía (humeral-femoral)
 - Inyección del medio de contraste
- b) Morfología
 - Arteriografía coronaria selectiva
 - Troncos supra aórticos
 - Arteriografías selectivas abdominales (t. celiaco - renales - uterina, etc.)

c) Indicaciones

2.- Arteriografías periféricas

- a) - a. carotídea
- b) - aortografía por punción lumbar (Dos Santos)
- c) - a. miembro superior
- d) - a. miembro inferior
- e) - Técnica e indicaciones

Flebografías

1.- Varicografía

- a) Técnica
- b) Indicaciones

2.- Flebografías funcionales
(miembro inferior)

- a) Técnicas
- b) Indicaciones

3.- Flebografía en miembro superior

- a) Técnica
- b) Indicaciones

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SCHOOL OF DISTANCE EDUCATION
DEPARTMENT OF POLITICAL SCIENCE
POL 100 - Introduction to Political Science

NAME _____
ID# _____

ANSWERS
TO QUESTIONS

1. (a) ...
2. (a) ...
3. (a) ...
4. (a) ...
5. (a) ...
6. (a) ...
7. (a) ...
8. (a) ...
9. (a) ...
10. (a) ...
11. (a) ...
12. (a) ...
13. (a) ...
14. (a) ...
15. (a) ...
16. (a) ...
17. (a) ...
18. (a) ...
19. (a) ...
20. (a) ...

4.- Iliocavografía

- a) Técnica
- b) Indicaciones

5.- Esplenoportografía

Complicaciones de las angiografías

Generales: medio de contraste

Especiales:

- 1.- De la punción arterial
- 2.- De la arteriotomía
- 3.- Del cateterismo arterial
- 4.- De la aortografía lumbar
- 5.- De las arteriografías selectivas
- 6.- De las flebografías

=====

a) Síntomatología

b) Examen físico

a) Síntomatología

b) Examen físico

2.- Estenosis u obstrucción de la arteria mesentérica superior.

3.- Estenosis u obstrucción de la arteria renal.

6.- Inocuosidad

4.- (a) Tercera

b) Inocuosidad

5.- Inocuosidad

3.- Inocuosidad

Sección de las actividades

Actividades de la sección

1.- De la sección

2.- De la sección

3.- De la sección

4.- De la sección

5.- De la sección

6.- De la sección

7.- De la sección

8.- De la sección

ARTERIOESCLEROSIS PERIFERICA - CLINICA

Complicaciones de la enfermedad arterioesclerótica que pueden resolverse quirúrgicamente.

Estenosis hasta obstrucción completa (Isquemia).

Dilatación (Aneurisma).

Síndromes isquémicos.

1.- Estenosis u obstrucción de los troncos supraaórticos.

A - Accidentes vasculares encefálicos de origen extracraneano.

- a) Sintomatología: trastornos visuales
- mareos
- vértigo
- parestesia - paresia
- Ictus
- hemiplegia

- b) Examen físico: Thrill
- latidos arteriales
- fondo de ojo
- examen angiográfico

B - Isquemia de los miembros superiores.

- a) Sintomatología: leve
- grave

- b) Examen físico: pulso de relleno
- examen angiográfico

2.- Estenosis u obstrucción de la arteria mesentérica superior.

- a) Sintomatología: angina abdominal
- ileo vascular

- b) Examen físico: examen abdominal
- examen de las heces

3.- Estenosis u obstrucción de la arteria renal.

E hipertensión renovascular.

ANATOMIA DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso es el encargado de la coordinación de las actividades orgánicas que realizan los organismos pluricelulares.

La parte más importante del sistema nervioso es el cerebro.

a) Anatomía del sistema nervioso

El sistema nervioso se divide en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

b) Examen clínico del sistema nervioso

El examen clínico del sistema nervioso se realiza mediante la observación de los signos y síntomas.

c) Anatomía del sistema nervioso

El sistema nervioso se divide en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

d) Examen clínico del sistema nervioso

El examen clínico del sistema nervioso se realiza mediante la observación de los signos y síntomas.

e) Anatomía del sistema nervioso

El sistema nervioso se divide en el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

- Estenosis u obstrucción aortoiliaca. (Sindrome de Leriche).

- a) Sintomatología: claudicación intermitente (tipo)
 - isquemia miembros inferiores
 - impotencia
- b) Examen físico: lesiones tróficas tardías
 - angiografía - lesiones ilíacas

- Estenosis u obstrucción arterias de los miembros inferiores.

- A.- Lesiones fémoro -poplíteas
 - Sintomatología: tipo de claudicación
 - lesiones múltiples
 - frecuencia
 - Examen físico: angiografía

B.- Lesiones distales.

- Sintomatología:
- Examen físico:
- Lesiones parciales
- completas
- Sindrome de la tibial anterior.

- Diagnostico diferencial con isquemia de otra causa.

- a) En casos agudos: embolia
 - trombosis aguda
- b) En casos crónicos: arterioesclerosis
 - tromboangeitis
 - mesénquimopatías
 - enfermedades infecciosas

- Aneurismas.

- A.- Aorta torácica - cayado aórtico.
- aorta abdominal.
- B.- Arterias viscerales.
- C.- Arterias periféricas.
- D.- aneurisma disecante.
- E.- aneurismas micóticos.

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

... (Sintomas de ...)

ARTERIOESCLEROSIS PERIFERICA - TECNICAS QUIRURGICAS

I.- Fisiopatología.

A.- Desarrollo colaterales:

- 1.- Inyección intraarterial de vasodilatadores
- 2.- Simpatectomía.

B.- Reconstitución del lumen:

- 1.- Trombo endoarterectomía
- 2.- Injertos

I.- Procedimientos.

A.- Inyección intraarterial:

- 1.- Indicaciones
- 2.- Metódica - periodicidad
- 3.- Fármacos

B.- Simpatectomía:

- 1.- Indicaciones y contraindicaciones
- 2.- Técnica - miembro superior
miembro inferior

C.- Tromboendoarteriectomía:

- 1.- Indicaciones
- 2.- Técnica :
abierta - simple
parche
semicerrada.

D.- Injertos:

- 1.- Indicaciones
- 2.- Técnica: material - arteria homóloga
vena autóloga
protésico
procedimiento: continuidad
"by-pass"

I.- Resultados.

=====

Reservado

BOGOTÁ, D. C. - 1970

DE CELLS
CHICINA
20

ARTERIOESCLEROSIS PERIPHERICA - PERIPHERAL ARTERIOSCLEROSIS

1. -- Ipsocilia (arterioesclerosis de vasos) -
 2. -- Sinusocilia

1. -- Tumor arterioesclerosis
 2. -- Infarto

1. -- Infarto
 2. -- Infarto - peritonitis
 3. -- Infarto

1. -- Infarto con y arterioesclerosis
 2. -- Infarto - infarto superior
 3. -- Infarto inferior

1. -- Infarto
 2. -- Infarto - infarto superior
 3. -- Infarto inferior

1. -- Infarto
 2. -- Infarto - infarto superior
 3. -- Infarto inferior

procedimientos: controlados
 "pr-gram"

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

- Definición.

- Frecuencia e importancia.

- TROMBOSIS VENOSA:

A.- Flebotrombosis

B.- Tromboflebitis

- Etiología.

- Fisiopatología.

- Anatomía Patológica.

- Clasificación:

I.- De causa local:

- a) química
- b) lesión mecánica
- c) inflamatoria
- d) supurativa
- e) venas varicosas
- d) otras venopatías locales
- e) isquémica

II.- De causa general:

Primarias:

- Tromboangcitis obliterante
- Tromboflebitis idiopática
- Recurrente
- No recurrente

Secundarias o complicantes:

- Post-parto
- Post-operatoria
- Post-injuria
- Infecciosas
- Discrasias sanguíneas
- Embarazo
- Cardiopatías
- Cáncer

REVISIÓN DE LA LECTURA

tema: Patología del sistema respiratorio

tema: Neumonías

tema: Neumonía bacteriana

tema: Neumonía viral

tema: Neumonía fúngica

tema: Neumonía parasitaria

tema: Neumonía eosinofílica

a) Definición

b) Localización

c) Etiología

d) Signos y síntomas

e) Diagnóstico

f) Tratamiento

g) Pronóstico

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía intersticial

tema: Neumonía crónica obstructiva

tema: Neumonía crónica difusa

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

tema: Neumonía crónica

. Otras enfermedades no infecciosas

Medicamentos

Síntomas y signos.

Tratamiento.

EMBO L. E INFARTO PULMONAR:

Generalidades

Fisiopatología

Anatomía Patológica

Laboratorio

Radiología

E.C.G.

Diagnóstico Diferencial

Tratamiento:

General

Anticoagulantes.

a) Patología

b) Exploración angiográfica

c) Medicamentos

=====

a) Patología

b) Exploración angiográfica

c) Indicaciones

d) Medicamentos

a) Drenaje postural

b) Precoocimiento de la actividad diurna

c) Soporte externo

d) Control de las infecciones (artrópodos, micosis).

Other information on infectious
Medicines

17 pages.
1950.

REPORT FURNISHED

General
Pathology
Anatomical Pathology
Laboratory
Histology
E.O.S.
Infectious Diseases
Treatment

General

1950

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Carlos Pattillo
26 de Mayo de 1970.-

VARIAS. INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL

CIRUGIA DE LA TROMBOFLEBITIS Y DEL SINDROME POST-FLEBITICO

Procedimientos aplicables en el cuadro agudo.

A.- Tromboflebitis en período precoz:

- Trombectomía
- Indicaciones
- Técnica

B.- Tromboflebitis embolizante:

- Ligaduras venosas
- Indicaciones
- Técnica

C.- Asociación con tratamiento médico.

Procedimientos aplicables en las secuelas post-flebíticas.

A.- En la estenosis femoral o ilíaca.

- a) Patología
- b) Exploración angiográfica
- c) Técnicas quirúrgicas

B.- En la insuficiencia valvular.

- a) Patología
- b) Exploración angiográfica
- c) Indicaciones
- d) Técnicas

C.- Medidas generales en el manejo del paciente post-flebítico.

- a) Drenaje postural
- b) Fraccionamiento de la actividad diaria
- c) Soporte externo
- d) Control de las infecciones (erisipela, micosis).

=====

Manuscript

DOCTORAL THESIS
1970

LIBRARY

LA ECONOMÍA DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI

Este capítulo se refiere a...

En el presente capítulo se...

Los principales aspectos...

El presente capítulo...

Este capítulo se refiere...

El presente capítulo...

Los principales aspectos...

En el presente capítulo...

Este capítulo se refiere...

Los principales aspectos...

En el presente capítulo...

Este capítulo se refiere...

Los principales aspectos...

Este capítulo se refiere...

Los principales aspectos...

En el presente capítulo...

Este capítulo se refiere...

Los principales aspectos...

VARICES. INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL

1.- Definición.

2.- Nociones anatómicas:

Venas superficiales

- a) Safena interna: cayado safeno femoral
- b) Safena externa: cayado safeno poplíteo
- c) Comunicantes - perforantes

Venas profundas

- a) pierna
- b) muslo

3.- Fisiología de la circulación venosa (extremidad inferior).

4.- Etiopatogenia de las várices:

A.- Varicosis primaria (esencial)
(sin compromiso del sistema profundo):

- a) herencia
- b) civilización
- c) posición ortostática
- d) factores hormonales
- e) Constitución mesénquimo hipotónica

B.- Varicosis secundaria:

- 1.- Tromboflebitis: obstructiva y/o recanalización defectuosa de las venas profundas - reflujo.
- 2.- Tumores intrapélvicos: genitales: útero-ovario.
digestivos: recto
linfáticos: adenopatías.
- 3.- Comunicaciones arteriovenosas.

5.- Cuadro clínico - Sintomatología:

- a) dolor
- b) sensación del cansancio o pesadez
- c) calambres
- d) edema

VARIOS - INSUFICIENCIA VENTILADORA

Definición:

... estado de...

Venas y Arterias

- a) Arterias pulmonares - oxígeno
- b) Arterias pulmonares - oxígeno
- c) Arterias pulmonares - oxígeno

Venas y Arterias

- a) Arterias pulmonares
- b) Arterias pulmonares

... de la circulación...
... de las venas...

Arterias y Venas (Arterias y Venas)

- a) Arterias pulmonares
- b) Arterias pulmonares
- c) Arterias pulmonares
- d) Arterias pulmonares
- e) Arterias pulmonares

Arterias y Venas

... Arterias y Venas...
... Arterias y Venas...

... Arterias y Venas...
... Arterias y Venas...

... Arterias y Venas...

Arterias y Venas

... Arterias y Venas...
... Arterias y Venas...

-) úlceras varicosas
-) varico y periflebitis

EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO
 19 de Mayo de 1970

- Examen físico y diagnóstico:

- a) Examen general.
- b) Examen local : Trendelenburg
triple ligadura

Clasificación:

- 1.- de acuerdo a la intensidad
mínimas - moderadas - avanzadas
- 2.- de acuerdo a la ubicación
 - a) de colaterales en relación a comunicantes insuficientes
 - b) de safena interna y/o externa exclusivas
 - c) de safenas y comunicantes insuficientes

- Tratamiento:

- a) Médico - drogas
venda elástica
inyección esclerosante
- b) Quirúrgico - safenectomía
ligadura selectiva de comunicantes
escoplaje
resección cutánea simple.

=====

En insuficiencia valvular:
 - inyección cutánea esclerosante
 - ligadura perforante
 - safenectomía
 - eventual injerto decompresivo

En estero venoso dificultado:
 - reparación ilíaca (o femoral)
 - tratamiento de la insuficiencia valvular

En comunicaciones arteriovenosas:
 - tratamiento de la insuficiencia valvular
 - disección arteriovenosa
 - ligaduras arteriales selectivas

SECRET

General

Local : ...
Triple ...

...

1. - de ...
... - ...

2. - de ...

- (a) de ...
- (b) de ...
- (c) de ...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

ULCERA DE LA PIERNA. INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA

Cuadro Clínico:

- A) Ulcera venosa - características clínicas
 várices (o ausencia)
 aumento volumen (pantorrilla - todo el miembro inferior)
 dermatocelulitis crónica indurada
 evolución rebelde al tratamiento
 Flebomanometría.
- B) Ulcera varicosa - características clínicas
 várices (siempre)
 ausencia dermatocelulitis (periflebitis)
 evolución benigna
 Flebomanometría.

Etiopatogenia:

- A) Insuficiencia de perforantes:
- idiopática
 - post-flebitica
 - comunicaciones arteriovenosas

Tratamiento quirúrgico:

- A) En insuficiencia valvular:
- resección cutáneo aponeurótica
 - ligadura perforante
 - safenectomía
 - eventual injerto dermoepidérmico
- En retorno venoso dificultado:
- reparación ilíaca (o femoral)
 - tratamiento de la insuficiencia valvular
- En comunicaciones arteriovenosas:
- tratamiento de la insuficiencia valvular
 - disección arterio-venosa
 - ligaduras arteriales selectivas

Tratamiento médico:

(Pre operatorio y manejo del operado -
Manejo del inoperable).

A.- Curaciones

B.- Soporte externo

C.- Incapacidad o cambio de faena (reservada).

Resultados a largo plazo.

a) Pulmones no complicados.

Corazón pulmonar crónico compensado

Corazón pulmonar crónico descompensado.

b) Pulmones:

=====

Electrocardiograma

Alimentación, gases de la sangre y equilibrio ácido-base
Otros exámenes.

Diagnóstico diferencial.

Tratamiento:

Medidas generales:

- antibióticos
- Broncodilatadores
- Control de la tos y secreciones
- Oxígeno
- Corticoides
- Estimulantes respiratorios
- Cama con mantado hipercorreo
- Tragotomía y respiración asistida
- Digitálicas
- Diuréticos.

Estado Médico

Operación y manejo del aparato -

(admisión)

Operación

Operación externa

Operación o cambio de lugar

Operación

Operación a largo plazo

Operación

CORAZON PULMONAR CRONICO

- Definición.
- Bases fisiopatológicas.
(ventilación, intercambio gaseoso, circulación).
- Etiología.
- Cuadro clínico:
 - a) Enfisema no complicado.
 - Corazón pulmonar crónico compensado
 - Corazón pulmonar crónico descompensado.
 - b) Síntomas.
 - Aspecto radiológico
 - Electrocardiograma
 - Alteraciones grasas de la sangre y equilibrio ácido-básico
 - Otros exámenes.
- Diagnóstico diferencial.
- Tratamiento:
 - Medidas generales:
 - antibióticos
 - Broncodilatadores
 - Control de la tos y secreciones
 - Oxígeno
 - Corticoides
 - Estimulantes respiratorios
 - Casos con acentuado hipercapnea
 - Traqueotomía y respiración asistida
 - Digitálicos
 - Diuréticos.

CONSEJO FARMACIA GONZALEZ

Definición de Farmacología

Definición de Farmacología: ciencia que estudia los efectos de los fármacos en el organismo.

Historia de la Farmacología

Origen de la Farmacología

1) Farmacología en el antiguo Egipto

2) Farmacología en la Grecia clásica

3) Farmacología en el Renacimiento

4) Farmacología en el siglo XVIII

5) Farmacología en el siglo XIX

6) Farmacología en el siglo XX

7) Farmacología en el siglo XXI

8) Farmacología en el futuro

Clasificación de los fármacos

Clasificación de los fármacos según su origen

Medicinas convencionales

Medicinas naturales

Medicinas sintéticas

Medicinas biológicas

Medicinas físicas

Medicinas químicas

Medicinas psicológicas

Medicinas sociológicas

Medicinas legales

Medicinas económicas

Medicinas políticas

CORAZON PULMONAR AGUDO

1.- Cuando pensar en tromboembolismo

Fisiopatología.

Síntomas:

- Shock o muerte brusca
- Disnea, taquipnea, cianosis
- Manifestaciones pleuropulmonar
- Manifestaciones cardíacas
- Otros síntomas y signos

Diagnóstico diferencial:

- Neumonía
- Pleuritis
- Pericarditis (post-infarto)
- Infarto del miocardio
- Edema pulmonar agudo
- Otros.

Tratamiento.

=====

CORAZÓN PULMONAR ABUJO

Quando pensar en trombocitosis
Metaplasia.
Síntomas:
Shock o muerte brusca
Dinam. respirat. cianosis
Manifestaciones pleuro-pulmonares
Manifestaciones cardíacas
Opresión alveolar y signos
Discrepancia de saturación
Neumonía
Neuritis
Pneumonitis (post-infarcto)
Infarto del miocardio
Edema pulmonar agudo
Gross.

Tratamiento.

A.- SIFILIS CARDIOVASCULAR

Variaciones y Patogenia

- 1.- Destrucción de la capa media de las arterias
 - a) Aneurisma aórtico
 - b) Lesión valvular aórtica con insuficiencia
 - c) Estrechamiento de los ostium coronarios
- 2.- Reacción inflamatoria difusa del miocardio
- 3.- Invasión gomosa del corazón.

Causas de muerte:

- Insuficiencia aórtica 55%
- Compromiso de los ostium 22,6%
- Rotura de un aneurisma aórtico 20,8%
- Goma del miocardio 1,5%

B.- ENFERMEDADES DE LA AORTA

1.- Aneurisma aórtico sífilítico.

Frecuencia decreciente

Variaciones:

- 1.- Único - múltiple
- 2.- Difuso - localizado
- 3.- Fusiforme - sacular

Síntomas: localización intratorácica

Angor pectoris (ostium)

Rotura:

- a) externa
- b) interna
 - tráquea
 - arterias pulmonares
 - cava superior
 - pericardio
 - arbol tráqueo bronquial
 - esófago

Síntomas de compresión

Síntomas de erosión

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

... de la ...

Tratamiento:

- Específico
- Quirúrgico

2.- Aneurisma arterioesclerótico

Predominio abdominal

3.- Síndrome de Leriche

4.- Aneurisma del seno aórtico

5.- Aneurisma disecante de la aorta

- Elementos causales:
- necrosis quística de la media
 - Hipertensión arterial
 - Estenosis aórtica
 - Síndrome de Marfan

Etiopatogenia:

- Fisura de la íntima
- Hematoma por sangramiento vasa vasorum

Sintomatología:

- Dolor
- Insuficiencia aórtica
- Bloqueo de ramas de la aorta
- Rotura aórtica
- Imagen radiológica
- Fiebre - leucocitosis - Velocidad de sedimentación - por destrucción tisular

Tratamiento:

Hipotensión - Corrección quirúrgica.

6.- Síndrome del arco aórtico (Enfermedad sin pulso. Síndrome de Takayasu).

- Obliteración de las ramas mayores del arco aórtico
- Arterioesclerosis - Sífilis - Traumatismos
- Arteritis de la mujer joven
- Coartación invertida

7.- Otras formas:

- 1.- Aneurisma micótico
- 2.- Arteritis temporal
- 3.- Aortitis granulomatosa (Espondiloartrosis anquilopoyética)

Español

Guatemala

Comunicación de los señores

señores

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

señores de la corte

CARDIOPATIAS POR ENFERMEDADES GENERALES

Hipertiroidismo

Vasodilatación periférica
Acción cardíaca enérgica
Alteraciones del ritmo
Hipertensión arterial
Compromiso coronario

Hipotiroidismo

Agrandamiento cardíaco
Insuficiencia cardíaca
Insuficiencia coronaria
Derrame pericardíaco
Hipo o hipertensión arterial

Estados circulatorios hiperquinéticos

Anemia

Embarazo

Neurosis cardíaca

Síndrome de D'Acosta - Corazón del Soldado - Síndrome de esfuerzo.

Etiología

Edad - sexo - herencia - tensión - otros.

Síntomas:

Disnea
Dolor precordial
Palpitaciones
Fatigabilidad
Síntomas psíquicos
Fiebre
Otros: Sudoración - Palidez - Vértigo - etc.

Tratamiento.

=====

CARDIOPATIAS POR ENFERMEDADES GENERALES

- Cardiopatías
- Cardiopatía coronaria
- Hipertensión arterial
- Alteraciones del ritmo
- Acidosis cardíaca anóxica
- Cardiopatía por insuficiencia cardíaca
- Cardiopatía por insuficiencia coronaria
- Cardiopatía por insuficiencia pulmonar
- Hipo e hipertensión arterial
- Cardiopatía por hipertensión arterial

Síntomas de T. Aorta - Corazón del pulmón - Síntomas de
estertor.

Más - sexo - herencia - tensión - otros.

- Síntomas
- Dianosis
- Dolor precordial
- Fatigabilidad
- Síntomas pulmonares
- Fiebre
- Otros: Substancia - Pulmón - Vértigo - etc.
- Prognóstico

FISTULAS ARTERIOVENOSAS

- I.- Fístulas arteriovenosas congénitas.
(Angiodisplasias arteriovenosas de E. Malan)
- A.- Embriología - Anatomía Patológica.
- 1.- Hiperactivas.
 - 2.- Hipoactivas.
 - 3.- Localizadas.
 - 4.- Extensas.
 - 5.- Viscerales.
 - 6.- Periféricas.
- B.- Cuadros clínicos.
- 1.- Síndrome de Klippel - Treunaumay.
 - a) Típicos
 - b) Atípicos
 - 2.- Síndrome de Parkes-Webber
 - 3.- Várices arterializadas. Úlcera de la pierna.
 - 4.- Hiperostomía en la obstrucción arterial crónica.
 - 5.- Aneurismas cirsoideos.
- C.- Diagnóstico angiográfico.
Diagnóstico diferencial con tumores.
Angiomatosis (histopatología).
- D.- Tratamiento.
- En lesiones periféricas:
- a) Disección arteriovenosas
 - b) Ligaduras arteriales selectivas
 - c) Tratamiento nevus angiomatosos
Extirpación e injerto
 - d) Tratamiento úlceras de la pierna: resección cutáneo - aponeurótica.

AFECCIONES DEL SISTEMA LINFATICO

- Linfedema.

I.- Primario.

- a) Linfedema precoz
- b) Linfedema congénito (enfermedad de Miloy)

II.- Secundario.

- a) post traumático, post operatorio (adenectomía)
- b) neoplásico
- o) parasitario (Filaria)

- Linfangiografía.

- Tratamiento del linfedema

op. de Kondoleon

op. de Charles

Modificaciones a las técnicas mencionadas.

=====

SECRET
CONFIDENTIAL

- (a) [illegible]
- (b) [illegible]
- (c) [illegible]
- (d) [illegible]
- (e) [illegible]
- (f) [illegible]
- (g) [illegible]
- (h) [illegible]
- (i) [illegible]
- (j) [illegible]
- (k) [illegible]
- (l) [illegible]
- (m) [illegible]
- (n) [illegible]
- (o) [illegible]
- (p) [illegible]
- (q) [illegible]
- (r) [illegible]
- (s) [illegible]
- (t) [illegible]
- (u) [illegible]
- (v) [illegible]
- (w) [illegible]
- (x) [illegible]
- (y) [illegible]
- (z) [illegible]

[illegible text]

PREVISION Y REHABILITACION DEL ENFERMO CARDIOVASCULAR

I.- REHABILITACION:

A.- Aspectos generales:

- 1.- Concepto de Salud y Enfermedad desde el punto de vista ecológico.
- 2.- Definición de Rehabilitación en su aspecto amplio.
- 3.- Componentes de la Rehabilitación:
Rehabilitación física
Rehabilitación psicológica
Rehabilitación social

B.- REHABILITACION DEL ENFERMO CARDIOVASCULAR:

- 1.- Factores que condicionan la rehabilitación del enfermo cardiovascular.
- 2.- Objetivos que persigue la rehabilitación del enfermo cardiovascular.
- 3.- Características generales de la rehabilitación del enfermo cardiovascular.
- 4.- La rehabilitación según grupos etiológicos:
 - a) Cardiopatías congénitas y reumáticas.
 - b) Cardiopatías reumáticas en los adolescentes y adultos.
 - c) Hipertensión arterial.
 - d) Cardiopatía isquémica.
 - e) Cardiopatía pulmonar crónico.
 - f) Cardiopatías: especial Enfermedad de Chagas.
 - g) Trastornos neurovegetativos.

II.- PREVISION DEL ENFERMO CARDIOVASCULAR:

- 1.- Justificación de la previsión.
- 2.- Legislación existentes.
- 3.- Beneficios otorgados.
- 4.- Mecanismos administrativos: Comisión de Medicina Preventiva.

MEMORIA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ASesoramiento TÉCNICO

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN

- 1.- Descripción de la situación y del contexto de la política económica.
- 2.- Metodología de la investigación.
- 3.- Resultados de la investigación.
- 4.- Conclusiones y recomendaciones.

2. INVESTIGACIÓN DE LA SITUACIÓN

- 1.- Factores que condicionan la evolución del sector.
- 2.- Objetivos que persigue la investigación del sector.
- 3.- Metodología general de la investigación del sector.
- 4.- La investigación según grupos económicos:
 - a) Descripción económica y social.
 - b) Descripción económica de los sectores y subsectores.
 - c) Descripción sectorial.
 - d) Descripción regional.
 - e) Descripción por tipo de actividad.
 - f) Descripción según el nivel de ingresos.
 - g) Descripción por actividad.

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- Descripción de la situación.
- 2.- Descripción económica.
- 3.- Descripción social.
- 4.- Descripción económica: Comisión de Estudios Económicos.

LESIONES BENIGNAS DE LA MAMA

I.- INTRODUCCION:

Importancia del tema.

Recuerdos fisiológicos.

Datos importantes para la anamnesis: sexo, edad, examen físico.

II.- PATOLOGIA:

A.- Hipertrofia:

- a) neonatal
- b) desarrollo prematuro
- c) desarrollo precoz
- d) gineconastia
- e) gigantomastia
- f) hipertrofia senil
- g) orgánica

B.- Displasia:

- a) sinonimia
- b) mastodinia
- c) enfermedad quística
- d) adonosis
- e) mastitis crónica
- f) ectasia mamaria

C.- Fibroadenoma.

D.- Papiloma intraductal.

E.- Infecciones inespecíficas.

F.- Infecciones específicas.

G.- Necrosis grasa.

NOTA: Los cuadros patológicos se describen:

- a) Definición
- b) Patología
- c) Clínica
- d) Diagnóstico
- e) Tratamiento

RESUMEN DE LA HISTORIA

Después de haberse examinado los antecedentes de la enfermedad, se ha observado que el paciente ha estado sufriendo desde hace algunos meses una enfermedad que se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas:

A.- Neurastenia:

- a) cansancio
- b) debilidad general
- c) trastorno de la memoria
- d) insomnio
- e) hiperestesia
- f) hiperestesia sensitiva
- g) opresión

B.- Neuritis:

- a) ataxia
- b) parálisis
- c) espasmos de la musculatura
- d) dolor
- e) eritema
- f) edema

C.- Trastornos:

- 1.- Trastorno intelectual:
- 2.- Trastorno de la sensibilidad:
- 3.- Trastorno de la motricidad:
- 4.- Trastorno de la nutrición:
- 5.- Trastorno de la reproducción:

- a) Trastorno intelectual:
- b) Trastorno de la sensibilidad:
- c) Trastorno de la motricidad:
- d) Trastorno de la nutrición:
- e) Trastorno de la reproducción:

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Rodrigo Manubens
11 de Junio de 1970.-

C A N C E R D E L A M A M A

- 1.- Importancia del problema.
- 2.- Edad.
- 3.- Herencia.
- 4.- Lactancia y frecuencia.
- 5.- Traumatismos.
- 6.- Cáncer bilateral.
- 7.- Cáncer oculto.

EVOLUCION NATURAL DEL CANCER DE LA MAMA

Tamaño promedio del tumor para ser palpado: 2 cm. de diámetro.
 Velocidad promedio de crecimiento: 1 cm. cada tres meses.

METASTASIS:

Linfáticas: axila homolateral, mamaria interna, supraclavicular y rara vez axila contralateral.

Hematógenas:

- a) pulmones : tipo nodular
 tipo linfangítico
- b) hígado.
- c) Huesos: Asintomática, hasta que aparece la fractura patológica o dolor y sensibilidad durante 6 - 12 meses antes que aparezca la lesión radiológica.

Tipos:

- 1.- Intertrabecular (Rayos X (-))
- 2.- Osteclíticos (Sindrome de hipercalcemia)
- 3.- Osteoplásticos.
- 4.- Mixtas.

Fractura patológica:

CONFERENCIA DE LA MANA

Comunicación del problema

La

de

de la medicina y la veterinaria

de la medicina

de la medicina

de la medicina

ANEXO A LA COMUNICACION DEL PROBLEMA

El problema de la medicina y la veterinaria se plantea en los siguientes términos:

¿Cómo puede ser resuelto el problema de la medicina y la veterinaria?

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta investigación es determinar el grado de conocimiento y la actitud de los médicos y veterinarios respecto a la medicina y la veterinaria.

DESARROLLO

a) Definición de los términos: medicina y veterinaria

b) Metodología

c) Resultados: Se obtuvieron los siguientes resultados: 1. El 80% de los médicos y veterinarios conocen la medicina y la veterinaria. 2. El 70% de los médicos y veterinarios tienen una actitud positiva respecto a la medicina y la veterinaria.

1. - Introducción (página 1)

2. - Metodología (página 2)

3. - Resultados (página 3)

4. - Conclusión (página 4)

5. - Anexos (página 5)

- d) Cerebro: generalmente múltiples, puede ser solitaria.
- e) Ovarios.
- f) Ojos.
- g) Gastrointestinales.

SOBREVIDA A LARGO PLAZO SIN TRATAMIENTO

3 años : 40% sobrevida
5 años : 20% sobrevida
0 años : 5% sobrevida

CLASIFICACION HISTOLOGICA DEL CANCER DE LA MAMA (según Stewart).

I.- Enfermedad de Paget del pezón (3%).

II.- Carcinomas mamarios de conductos (90%).

a) No infiltrantes:

1.- Carcinoma papilar.

2.- Comedocarcinoma.

b) Infiltrantes:

1.- Carcinoma papilar (1,5%).

2.- Comedocarcinoma (3,3%).

3.- Carcinoma con fibrosis (Esclirro) (50%).

4.- Carcinoma medular con infiltración linfoidea (2 - 5%).

5.- Carcinoma coloideo (1 - 5%).

III.- Carcinoma de los lóbulos.

a) No infiltrante.

b) Infiltrante.

IV.- Carcinomas relativamente raros.

a) Carcinoma de glándulas sudoríparas.

b) Carcinoma intraquístico.

c) Carcinoma adenoquístico.

d) Carcinoma de células escamosas.

e) Carcinoma de células en avena.

f) Carcinoma con metaplasia ósea o cartilaginosa.

- 5) Carcinoma de células escuadradas.
- 4) Carcinoma.
- 3) Ojoc.
- 2) Carcinomas.

A LA DERECHA DEL TITULO

- 100 Sobrevividos
- 200 Sobrevividos
- 300 Sobrevividos

ACION HISTOLOGICA DE CADA UNO DE LOS CARCINOMAS

- 1.- Carcinoma papilar.
- 2.- Carcinoma.
- 3.- Carcinoma papilar (1, 2, 3).
- 4.- Carcinoma (1, 2, 3).
- 5.- Carcinoma con fibrosis (1, 2, 3).
- 6.- Carcinoma papilar con infiltración linfática (1 - 3).
- 7.- Carcinoma papilar.
- 8.- Carcinoma papilar.
- 9.- Carcinoma papilar.
- 10.- Carcinoma papilar.
- 11.- Carcinoma papilar.
- 12.- Carcinoma papilar.
- 13.- Carcinoma papilar.
- 14.- Carcinoma papilar.
- 15.- Carcinoma papilar.
- 16.- Carcinoma papilar.
- 17.- Carcinoma papilar.
- 18.- Carcinoma papilar.
- 19.- Carcinoma papilar.
- 20.- Carcinoma papilar.
- 21.- Carcinoma papilar.
- 22.- Carcinoma papilar.
- 23.- Carcinoma papilar.
- 24.- Carcinoma papilar.
- 25.- Carcinoma papilar.
- 26.- Carcinoma papilar.
- 27.- Carcinoma papilar.
- 28.- Carcinoma papilar.
- 29.- Carcinoma papilar.
- 30.- Carcinoma papilar.
- 31.- Carcinoma papilar.
- 32.- Carcinoma papilar.
- 33.- Carcinoma papilar.
- 34.- Carcinoma papilar.
- 35.- Carcinoma papilar.
- 36.- Carcinoma papilar.
- 37.- Carcinoma papilar.
- 38.- Carcinoma papilar.
- 39.- Carcinoma papilar.
- 40.- Carcinoma papilar.
- 41.- Carcinoma papilar.
- 42.- Carcinoma papilar.
- 43.- Carcinoma papilar.
- 44.- Carcinoma papilar.
- 45.- Carcinoma papilar.
- 46.- Carcinoma papilar.
- 47.- Carcinoma papilar.
- 48.- Carcinoma papilar.
- 49.- Carcinoma papilar.
- 50.- Carcinoma papilar.
- 51.- Carcinoma papilar.
- 52.- Carcinoma papilar.
- 53.- Carcinoma papilar.
- 54.- Carcinoma papilar.
- 55.- Carcinoma papilar.
- 56.- Carcinoma papilar.
- 57.- Carcinoma papilar.
- 58.- Carcinoma papilar.
- 59.- Carcinoma papilar.
- 60.- Carcinoma papilar.
- 61.- Carcinoma papilar.
- 62.- Carcinoma papilar.
- 63.- Carcinoma papilar.
- 64.- Carcinoma papilar.
- 65.- Carcinoma papilar.
- 66.- Carcinoma papilar.
- 67.- Carcinoma papilar.
- 68.- Carcinoma papilar.
- 69.- Carcinoma papilar.
- 70.- Carcinoma papilar.
- 71.- Carcinoma papilar.
- 72.- Carcinoma papilar.
- 73.- Carcinoma papilar.
- 74.- Carcinoma papilar.
- 75.- Carcinoma papilar.
- 76.- Carcinoma papilar.
- 77.- Carcinoma papilar.
- 78.- Carcinoma papilar.
- 79.- Carcinoma papilar.
- 80.- Carcinoma papilar.
- 81.- Carcinoma papilar.
- 82.- Carcinoma papilar.
- 83.- Carcinoma papilar.
- 84.- Carcinoma papilar.
- 85.- Carcinoma papilar.
- 86.- Carcinoma papilar.
- 87.- Carcinoma papilar.
- 88.- Carcinoma papilar.
- 89.- Carcinoma papilar.
- 90.- Carcinoma papilar.
- 91.- Carcinoma papilar.
- 92.- Carcinoma papilar.
- 93.- Carcinoma papilar.
- 94.- Carcinoma papilar.
- 95.- Carcinoma papilar.
- 96.- Carcinoma papilar.
- 97.- Carcinoma papilar.
- 98.- Carcinoma papilar.
- 99.- Carcinoma papilar.
- 100.- Carcinoma papilar.

V.- Cystosarcoma filodes maligno.

I.- Liposarcoma.

II.- Angiosarcoma.

III.- Linfosarcoma.

a) Folicular.

b) Difuso.

c) Reticular.

IX.- Sarcomas miscelaneos.

X.- Formas combinadas.

- 1 - Tumor mayor de 5 cm. y hasta 10 cm. en su diametro mayor. Fijación completa del tumor a la piel (incluyendo a su vez el areolo) en el área del tumor. Sin fijación a los músculos pectorales o pared torácica.
- 2 - Tumor de más de 5 cm. y hasta 10 cm. en su diametro mayor. Compromiso de la piel o piel en areolo en todo el área del tumor. Fijación completa a los pectorales y pared torácica.
- 3 - Sin ganglios homolaterales axilares palpables.
- 4 - Ganglios homolaterales bilaterales palpables pero libremente móviles.
- 5 - Ganglios homolaterales axilares palpables fijos entre si o a otras estructuras.
- 6 - Ganglios homolaterales infra e supraclaviculares, libres o fijos.
- 7 - Metástasis a distancia.

Grado I	I	T1	N0
		T2	N0
Grado II	II	T1	N1
		T2	N1
Grado III	III	T1	N2 o N3
		T2	N2 o N3
		T3	N1 N2 N3 o N3
		T4	N3 N1 N2 o N3
Grado IV	IV	Cualquier T y N con M.	

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

CANCER DE LA MAMA

Clasificación de la Liga Internacional contra el cancer (1958).

- T = Tumor N = Ganglios (Nodos) M = Metastasis.
- T1 = Tumor de 2 cm. o menos en su diámetro mayor
Sin compromiso de la piel
Sin retracción del pezón
Sin fijación a la pared costal o músculo pectoral
- T2 = Tumor de 2 cm. y hasta 5 cm. en su diámetro mayor
Fijación incompleta a la piel, retracción del pezón en tumores subareolares o Enfermedad de Paget
Sin fijación al músculo pectoral o pared costal
- T3 = Tumor mayor de 5 cm. y hasta 10 cm. en su diámetro mayor
Fijación completa del tumor a la piel (indurada o ulcerada) o piel de naranja en el área del tumor
Sin fijación a la pared costal
- T4 = Tumor de más de 10 cm.
Compromiso de la piel o piel de naranja en toda el área del tumor
Fijación completa a los pectorales o pared torácica
- N 0 = Sin ganglios homolaterales axilares palpables
- N1 = Ganglios homolaterales axilares palpables pero libremente movibles
- N2 = Ganglios homolaterales axilares palpables fijos entre sí o a otras estructuras
- N3 = Ganglios homolaterales infra o supraclaviculares, libres o fijos.
- M = Metastasis a distancia

Grado I	I	T1	NO
		T2	NO
Grado II	II	T1	N1
		T2	N1
Grado III	III	T1	N2 o N3
		T2	N2 o N3
		T3	N1 N1 N2 o N3
		T4	NO N1 N2 o N3
Grado IV	IV	Cualquier T y N con M.	

U N I V E R S I D A D

Exposición de la tesis de grado de medicina (1950)

Nombre: Dr. Gerardo (Rodríguez) M. - Rodríguez

Grado de 2 años de curso en el distrito mayor

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

Grado de 3 años y hasta 5 años en el distrito mayor

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

Grado mayor de 5 años y hasta 10 años en el distrito mayor

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

En el hospital de la ciudad

DIAGNOSTICO DEL CANCER. BIOPSIA CANCER Y EMBARAZO

Tratamiento del Cáncer de la Mama.

1.- Mastectomia radical (Halsted)

Elementos que se extirpan y principios de Cirugia cancerológica que se deben seguir.

Resultados: 1000 enfermos teóricos portadores de cáncer de la mama:

Sobrevida a 5 años

250:	fuera de posibilidad quirúrgica	(-)
450:	Cirugia + Rø postoperatoria	30% (135)
300:	Cirugia exclusiva	80% (240)
750:	pueden ser operados	50% (375)
	muerdos de cáncer	38% (380)

Mortalidad: 0 - 1%

Radioterapia postoperatoria.

2.- Mastectomia simple combinada con Radioterapia (Mc Whirter)

42% sobrevida 5 años

25% sobrevida 10 años

3.- Tratamientos paliativos.

Radioterapia

Tratamiento hormonal

- a) Castración
- b) Adrenalectomía
- c) Hipofisectomía
- d) Administración de hormonas: andrógenos, estrógenos, corticoides.

CAMINOS A SEGUIR PARA MEJORAR LOS RESULTADOS

1.- Diagnóstico precoz. Mamografía

2.- Operaciones ampliadas.

3.- Mejorar la calidad de las radiaciones,

=====

- a) inspección
- b) palpación
- c) provisión
- d) auscultación

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO Y TRAQUEO BRONQUITIS AGUDA

A.- Historia clínica y valoración de los síntomas.

1.- Tipos de dolor torácico:

- a) dolor pleural
- b) neuritis intercostal
- c) dolor muscular
- d) dolor costochondral
- e) otros tipos de dolor

2.- Tos y expectoración:

- a) Tos del fumador
- b) bronquitis aguda
- c) bronquitis crónica
- d) bronquiectasia
- e) bronquitis por aspiración
- f) asma bronquial
- g) tuberculosis pulmonar
- h) carcinoma broncogénico
- i) tos paroxística

3.- Hemoptisis.

4.- Disnea:

- a) del cardíaco
- b) pulmonar
- c) emocional

5.- Manifestaciones generales de Enfermedad torácica.

6.- Molestias anteriores y exposición al contagio.

7.- Trastornos psicósomáticos que simulan Enfermedad torácica:

- a) disnea funcional
- b) síndrome de hiperventilación

B.- Examen Físico:

- a) Inspección
- b) palpación
- c) percusión
- d) auscultación

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN NEURÓLOGÍA

-Historia clínica y valoración de los datos.

1.- Tipos de dolor torácico:

- a) Dolor pleurítico
- b) Dolor visceral
- c) Dolor muscular
- d) Dolor costal
- e) Otros tipos de dolor

2.- Tos y expectoración:

- a) Tos seca
- b) Tos húmeda
- c) Productiva
- d) No productiva
- e) Productiva por aspiración
- f) Tos nocturna
- g) Tos matutina
- h) Tos vespertina
- i) Tos paroxística

3.- Hemoptisis:

4.- Disnea:

- a) Disnea ortopnea
- b) Disnea paroxística nocturna
- c) Disnea de esfuerzo

5.- Manifestaciones generales de Enfermedad torácica.

6.- Neumías externas y exposición al contagio.

7.- Trastornos patocromáticos que afectan Enfermedad torácica:

- a) Síndrome hemolítico
- b) Síndrome de hiperbilirrubinemia

8.- Examen físico:

- a) Inspección
- b) Palpación
- c) Percusión
- d) Auscultación

C.- Broncoscopia:

1.- Indicaciones.

2.- Contraindicaciones.

3.- Técnicas:

- a) obtención del desgarró
- b) lavado gástrico
- c) lavado traqueal
- d) lavado bronquial
- e) oscobillón laríngeo

D.- Estudio de laboratorio:

- 1.- Obtención de secreciones pulmonares.
- 2.- Investigación de células neoplásicas en el desgarró.
- 3.- Tinción de Gram para el desgarró.
- 4.- Antibiógrama.
- 5.- Investigación de hongos.
- 6.- Eosinofilia en el desgarró.
- 7.- Exámenes de sangre.

E.- Examen radiológico de Tórax.

1.- Radioscopia.

2.- Radiografía:

- a) examen corriente
- b) examen especial

3.- Broncografía.

4.- Angiografía.

5.- Planigrafía.

6.- Neumotórax y neumoperitoneo diagnóstico.

7.- Abreu.

8.- Isótopos radioactivos.

F.- Estudio de volúmenes y capacidades pulmonares.

1.- Volúmenes:

- a) volúmen de reserva inspiratorio (VRI)
- b) volúmen respiratorio (VR)
- c) volúmen de reserva espiratorio (VRE)
- d) volúmen residual (VR)

2.- Capacidades:

- a) Capacidad inspiratoria
- b) Capacidad vital
- c) Capacidad residual funcional
- d) Capacidad pulmonar total.

...ología

...ología

...ología

...ología

1) ...ología del ...

2) ...ología ...

3) ...ología ...

4) ...ología ...

5) ...ología ...

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

...ología

E.- Otros exámenes:

- 1.- Biopsia pleural.
- 2.- Biopsia pulmonar.
- 3.- Toracocentesis.

TRAQUEO BRONQUITIS AGUDA

A.- Etiología:

- 1.- Infección piógena.
- 2.- Exacerbación de bronquitis crónica.

B.- Cuadro clínico:

- 1.- leve
- 2.- severa.

C.- Diagnóstico diferencial:

- 1.- Carcinoma bronquial.
- 2.- Tuberculosis pulmonar.

D.- Tratamiento:

- 1.- En la Traqueitis.
- 2.- En la Bronquitis.

=====

ASMA BRONQUIAL

A... Definición.

B... Frecuencia: según:

- 1... Sexo
- 2... Edad
- 3... Grupo socio-económico

C... Mortalidad.

D... Patogénesis:

1... Obstrucción bronquial : 3 factores:

- a) Contracción del músculo bronquial
- b) Edema de la mucosa
- c) Espesamiento mucoso

- 2... Hipersensibilidad.
- 3... Factores genéticos.
- 4... Menstruación y embarazo.
- 5... Deficiencia adonocortical.

ESTIMULOS CAUSANTES DEL ATAQUE DE ASMA

- 1... Factores alérgicos.
- 2... Factores infecciosos.
- 3... Factores psicológicos.
- 4... Ejercicios.
- 5... Contaminación del aire y asma bronquial.
- 6... Otros factores no específicos.
- 7... Factores reflejos.

SUSTANCIAS RESPONSABLES DE LA REACCION ASMÁTICA

- 1... Histamina.
- 2... Sustancias de acción retardada.
- 3... Bradiquinina.
- 4... Serotonina.

SECRET & NOT TO BE DISCLOSED
BY THE UNITED STATES GOVERNMENT

STATE DEPARTMENT
WASHINGTON, D. C. 20520

CONFIDENTIAL

TO: [Illegible]

FROM: [Illegible]

SUBJECT: [Illegible]

[Illegible text block]

[Illegible text block]

[Illegible text block]

I.- Anatomía Patológica:

- 1.- Macroscópico.
- 2.- Microscópico.

II.- Trastorno Funcional.

III.- Manifestaciones clínicas:

- 1.- Ateque asmático.
- 2.- Factores precipitantes:
 - a) Alérgenos
 - b) Infección
 - c) Factores psicológicos
 - d) Factores no específicos

IV.- Signos Físicos.

I.- Tipos clínicos:

- 1.- Niños:
 - a) asma alérgica
 - b) asma infecciosa
- 2.- Adultos jóvenes: alérgica
- 3.- Edad media y madura.
- 4.- Otras variedades:
 - a) Eosinofilia pulmonar asmática
 - b) Tumor carcinóide
 - c) Panarteritis nodosa

J.- Radiología.

K.- Diagnóstico Diferencial:

- a) Bronquitis aguda
- b) Bronquitis crónica

L.- Complicaciones:

- 1.- Deformaciones torácicas.
- 2.- Efecto en el crecimiento.
- 3.- Fractura de costillas.
- 4.- Complicaciones respiratorias post operatorias.
- 5.- Neumonía y Atelectasia.
- 6.- Bronquitis.
- 7.- Neumotórax espontáneo.
- 8.- Enfisema mediastinal o intersticial.
- 9.- Complicaciones cardíaca.

M.- Tratamiento:

1. 1940

2. 1941

3. 1942

4. 1943

5. 1944

6. 1945

7. 1946

8. 1947

9. 1948

10. 1949

11. 1950

12. 1951

13. 1952

14. 1953

15. 1954

16. 1955

17. 1956

18. 1957

19. 1958

20. 1959

21. 1960

22. 1961

23. 1962

24. 1963

25. 1964

26. 1965

27. 1966

28. 1967

29. 1968

30. 1969

31. 1970

32. 1971

33. 1972

34. 1973

35. 1974

1.- Tratamiento de factores precipitantes:

- a) Historia cuidadosa.
- b) Test cutáneo de alérgenos.
- c) Hiposensibilización.
- d) Infección.
- e) Factores psicológicos.

2.- Tratamiento sintomático:

- a) Medicamentos broncodilatadores.
- b) Corticoesteroides.
- c) Ejercicios respiratorios.

3.- Tratamiento del Estado Asmático.

=====

- b) hiperinflación pulmonar
- a) hiperinflación de difusión
- d) gases espirales

- a) tos
- b) sibilos
- c) respiración ruidosa
- d) sianosis

Evolución:

- a) obstrucción difusa de las vías aéreas
 - 1.- reversible (asma)
 - 2.- irreversible (enfisema)
- b) enfisema predomina la difusa
- c) tos pulmonar

Signos vitales:

- a) estado general
- b) datos hipoxémicos:
 - 1.- saturación arterial
 - 2.- hipercapnemia

Tratamiento de lesiones psicológicas:

- a) Historia clínica
- b) Test de inteligencia
- c) Hipocretinización
- d) Insulina
- e) Testes psicológicos

Tratamiento sintomático:

- a) Haloperidol
- b) Clonazepam
- c) Diazepam

Tratamiento del Estado Alucinatorio

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

BRONQUITIS CRONICA

A.- Definición.

B.- Mortalidad.

C.- Frecuencia.

D.- Etiología: 3 factores:

- a) cigarrillo
- b) polución atmosférica
- c) infección

E.- Patología:

- a) macroscópico
- b) microscópico

F.- Trastorno funcional:

- a) Obstrucción de vías aéreas
- b) hiperinflación pulmonar
- c) capacidad de difusión
- d) gases sanguíneos

G.- Cuadro clínico: síntomas:

- a) tos
- b) desgarró
- c) respiración ruidosa
- d) disnea

Evolución:

- a) obstrucción difusa de las vías aéreas:
 - 1.- reversible (asma)
 - 2.- irreversible (enfisema)
- b) enfisema: predomina la disnea
- c) Cor pulmonar

H.- Signos físicos:

- a) estado general
- b) dedos hipocráticos:
 - 1.- neoplasia bronquial
 - 2.- bronquiectasias

PROGNOSTICIS CHIRURGIA

Indicaciones

Reservadas

Reservadas

Reservadas a factores:

- a) edad
- b) poliploidía cromosómica
- c) aneuploidía

Reservadas

- a) aneuploidía
- b) aneuploidía

Reservadas a factores:

- a) Ovario de tipo normal
- b) hipofunción ovárica
- c) embarazo de término
- d) gases sanguíneos

Reservadas a factores:

- a) edad
- b) embarazo
- c) respiración fetal
- d) diámetro

Reservadas:

- a) embarazo de término de las vías cervicales
- b) reversible (seco)
- c) irreversible (enfático)
- d) enfático: presencia de gases
- e) sin pulmón

Reservadas:

- a) estado general
- b) gases hipocarbónicos
- c) reversible (seco)
- d) irreversible

c) Tórax:

- 1.- inspección: tórax en barril
- 2.- percusión: disminución de la matidez hepática y cardíaca
- 3.- auscultación: roncus espiratorios e inspiratorios

I.- Radiología:

En etapas avanzadas:

- a) diafragmas aplanados
- b) visualización de los arcos posteriores de la 11^o y 12^o costilla
- c) corazón vertical
- d) hilios engrosados
- e) disminución de sombras vasculares
- f) presencia de bulas

J.- Prevención:

- a) del cigarrillo
- b) de la polución atmosférica

K.- Tratamiento:

a) Manejo a largo plazo:

- 1.- cigarrillo
- 2.- polución atmosférica
- 3.- quimioterapia
- 4.- drogas broncodilatadoras
- 5.- corticoesteroides
- 6.- agentes expectorantes y mucolíticos
- 7.- fisioterapia
- 8.- antidepresivos
- 9.- aspectos sociales

b) Manejo a corto plazo
de las exacerbaciones:

- 1.- quimioterapia
- 2.- oxigenoterapia
- 3.- fisioterapia
- 4.- tratamiento del Cor pulmonale
- 5.- drogas broncodilatadores

L.- Pronóstico:

- a) de exacerbaciones agudas
- b) acción prolongada de la Bronquitis crónica.

= = = = =

Las inspecciones se harán en virtud de los procedimientos establecidos en el artículo 10 de la Ley y de las normas administrativas que se dicten para su aplicación y ejecución.

- a) Inspecciones de rutina
- b) Inspecciones de los actos administrativos de la Ley y de las normas administrativas
- c) Inspecciones de cumplimiento
- d) Inspecciones de control
- e) Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos
- f) Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos

- a) Inspecciones de rutina
- b) Inspecciones de los actos administrativos de la Ley y de las normas administrativas

- 1.- Inspecciones de rutina
- 2.- Inspecciones de los actos administrativos de la Ley y de las normas administrativas
- 3.- Inspecciones de cumplimiento
- 4.- Inspecciones de control
- 5.- Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos
- 6.- Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos
- 7.- Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos
- 8.- Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos

- a) Inspecciones de rutina
- b) Inspecciones de los actos administrativos de la Ley y de las normas administrativas

- 1.- Inspecciones de rutina
- 2.- Inspecciones de los actos administrativos de la Ley y de las normas administrativas
- 3.- Inspecciones de cumplimiento
- 4.- Inspecciones de control
- 5.- Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos
- 6.- Inspecciones de los actos administrativos de los órganos administrativos

- a) Inspecciones de rutina
- b) Inspecciones de los actos administrativos de la Ley y de las normas administrativas

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Tomás Fernández F.
19 de Junio de 1970.-

ENFISEMA PULMONAR

I.- Definición.

II.- Clasificación:

1.- Anatómica:

- a) Centrolobulillar
- b) Perilobulillar

2.- Clínica:

- Tipo A (alveolar)
- Tipo B (Bronquítico)
- Tipo X (Indeterminado)

III.- Anatomía Patológica:

A.- Macroscópico:

- a) Pulmones voluminosos y no colapsables
- b) Pulmones adheridos total o parcial a la pared del tórax
- c) Formación de "Elobes" por ruptura de alvéolos
- d) Formación de vesículas o ampollas

B.- Microscópico:

- a) Adelgazamiento o ruptura de las paredes alveolares
- b) Fibras elásticas destruidas
- c) Pérdida del lecho capilar

IV.- Patogenia: Obstrucción bronquiolar parcial

Factores desencadenantes :

- a) Cigarrillo
- b) Polución atmosférica
- c) Infección

V.- Fisiopatología: Mecanismos responsables de la obstrucción.

1º.- Procesos reversibles de las vías respiratorias:

Tono constrictor bronquial aumentado.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

2º.- Procesos relativamente irreversibles: inflamación crónica.

3º.- Pérdida de la elasticidad.

VI.- Clínica:

- a) Comienzo insidioso
- b) Disnea progresiva
- c) Antecedentes de Bronquitis crónica o asma
- d) Fatiga muscular progresiva
- e) Molestias epigástricas
- f) Hipoxia

Examen Físico:

- a) Pérdida de peso
- b) Dedos en palillo de tambor
- c) Cianosis cutánea y mucosa
- d) Venas distendidas
- e) Costillas separadas (Tórax en tonel)

VII.- Radiología:

- a) Hipertransferencia pulmonar
- b) Presencia de espacios quísticos aéreos
- c) Depresión e inmovilidad del diafragma
- d) Diámetro anteroposterior del tórax aumentado

VIII.- Tratamiento:

- a) Permeabilidad de conductos bronquiales
- b) Mejorar la eficacia del diafragma
- c) Combatir la acidosis respiratoria

IX.- Otras formas de Enfisema:

- 1.- Enfisema senil
- 2.- Enfisema paraseptal
- 3.- Enfisema lobar infantil
- 4.- Enfisema lobar con atresia bronquial
- 5.- Enfisema unilateral de un pulmón o lóbulo debido a Bronquiditis localizada o bronquitis (Síndrome de MacLeod)
- 6.- Gran Bula enfisematosa.

= = = = =

2º - Processos de desenvolvimento intelectual e emocional da criança.

3º -

- a) Gestões familiares
- b) Dinâmicas grupais
- c) Atividades de aprendizagem em sala
- d) Jogos musicais grupais
- e) Atividades esportivas
- f) Jogos

4º -

- a) Atividades de grupo
- b) Jogos de regras de tabuleiro
- c) Atividades artísticas e musicais
- d) Jogos de estratégia
- e) Atividades esportivas (Tênis, Vôlei, etc.)

5º -

- a) Atividades de grupo
- b) Atividades de expressão artística
- c) Atividades de expressão escrita
- d) Atividades de expressão oral

6º -

- a) Atividades de expressão artística
- b) Jogos de regras de tabuleiro
- c) Atividades de expressão escrita

7º -

8º -

- 1 - Atividades grupais
- 2 - Atividades de expressão artística
- 3 - Atividades de expressão escrita
- 4 - Atividades de expressão oral
- 5 - Atividades de expressão artística e escrita (desenho e pintura, teatro e dramatização)
- 6 - Jogos de regras de tabuleiro
- 7 - Jogos de estratégia

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Norman Klivadenko

23 de junio de 1970

EPIDEMIOLOGIA GENERAL DE LAS AFECCIONES RESPIRATORIAS

I.- ASPECTOS GENERALES:

- 1.- Importancia de estas afecciones.
- 2.- Fuentes de información para conocer el problema.

II.- MAGNITUD DEL PROBLEMA:

- 1.- Su conocimiento a través de la mortalidad.
 - 2.- El problema en Chile.
 - a) Mortalidad
 - b) Egresos hospitalarios
 - c) Mortalidad hospitalaria
 - d) Letalidad hospitalaria
- 3.- Encuestas de morbilidad.

III.- FACTORES EPIDEMIOLOGICOS:

- 1.- Distribución geográfica.
- 2.- Distribución estacional.
- 3.- Industrialización y contaminación atmosférica.
- 4.- Afecciones respiratorias y uso del tabaco.

IV.- MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL:

- 1.- Diagnóstico precoz y tratamiento.
- 2.- Acción sobre el medio: contaminación atmosférica.
- 3.- Mejoramiento de la resistencia personal.

=====

99 P. 1. de mayo 1955

INFORME DE LA COMISION DE INVESTIGACIONES

COMISION DE INVESTIGACIONES

- Informes de los miembros de la comision.
- Informes de investigacion para el presente año.

INFORME DEL PRESIDENTE

- En cumplimiento de la ley de la comision.
- El presente es Chile.

1) Informes

- 2) Informes de investigacion
- 3) Informes de investigacion
- 4) Informes de investigacion

Informes de los miembros

INFORME DE INVESTIGACIONES

- Distribucion geografica.
- Distribucion estacional.
- Investigaciones y conocimientos actuales.
- Acciones vegetales y sus efectos.

INFORME DE INVESTIGACIONES Y COMISION

- Investigacion sobre la comision de investigacion.
- Informes de la comision de investigacion.

I N F E C C I O N P U L M O N A R

DEFINICIONES

- Neumonia: inflamación, generalmente aguda, del parénquima pulmonar.
- Neumonitis: sinónimo de neumonia pero se aplica, más bien, a inflamaciones localizadas o pequeños segmentos, no supuradas.
- Bronconeumonias: inflamación pulmonar originada en la pared de bronquios enfermos; generalmente es multifocal y bilateral. Diferencia esencial con la neumonia, no hay.

PATOGENIA

Broncogena. Son factores predisponentes:

- 1.- Frío
- 2.- Infección respiratoria alta
- 3.- Alteraciones bronquiales aguda y crónica
- 4.- Alteración mecánica respiratoria
- 5.- Alteración reflejos respiratorios
- 6.- Inmovilidad
- 7.- Bajas defensas
- 8.- Irritación por tóxicos (gases líquidos y sólidos)

Otras vías:

- Hematógena
- Transparietal

Agentes causales:

A.- Lista de agentes causales.

B.- Consideraciones generales sobre la bacteriología:

- 1.- La vía respiratoria alta tiene flora saprófita mixta que puede hacerse patógena.
- 2.- La identificación de un germen en el esputo no significa que este sea el agente causal; puede tratarse de una simple proliferación saprófita o de una infección sobreagregada.

EXAMEN DE GRADUACIÓN

Alumnos: ...

... de ...

... de ...

... de ...

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ... (Cada alumno debe contestar)

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

- 3.- La infección puede ser mixta.
- 4.- El uso de antibióticos previo al examen dificulta la investigación y hace variar la flora.

ANATOMIA PATOLOGICA:

- Neumonía neumocócica
- Neumonía estafilocócica
- Neumonía por Klebsiella pn.
- Neumonía por virus
- Otras neumonías

FISIOPATOLOGIA:

- 1.- Zona afectada conserva circulación pero no permite hemetosis = mezcla de sangre venosa con arterializada = reducción de presión de O2 y sat. de O2.
- 2.- Dolor reduce amplitud respiratoria = menor ventilación pulmonar = aumento pres. O2 = cianosis (cuando hay otras causas que limitan ventilación pulmonar).
- 3.- Fiebre da mayor consumo de O2 y aumenta la disociación del O2 de la hemoglobina = mayor anoxia.

= = = = =

NEUMONIAS POR LEVANTARSE, SUDAR Y TROPICISMO

- Cooidioidias larvales
- Elatoplasma capillaris
- Parasitosis capillaris
- Tricomonas parva

NEUMONIAS ALERGICAS Y REACTIVAS DE INTERESTADIOS DEL COLON

- Pulmón eosinofílico (S. de Leffler)
- Eosinofilia pulmonar proliferada
- Eosinofilia pulmonar aguda
- Eosinofilia pulmonar tropical
- Pulmonaritis eosinof. y granulocitos de Leffler

3.- La inspección puede ser:

4.- El uso de métodos propios de examen de la inspección y sus partes de línea.

ADMINISTRACIÓN

Inspección de personal

Inspección de materiales

Inspección de métodos de trabajo

Inspección de costos

Inspección de seguridad

CONCLUSIONES

1.- La inspección de personal es una de las más importantes en la industria y su correcta aplicación puede evitar muchos accidentes y pérdidas de tiempo.

2.- La inspección de materiales es una de las más importantes en la industria y su correcta aplicación puede evitar muchos accidentes y pérdidas de tiempo.

3.- La inspección de métodos de trabajo es una de las más importantes en la industria y su correcta aplicación puede evitar muchos accidentes y pérdidas de tiempo.

CONCLUSIONES

AGENTES CAUSALES DE NEUMONIAS

NEUMONIAS BACTERIANAS

COMUNES

Streptococcus pneumoniae
(neumococo)
Staphylococcus pyogenes
Mycobacterium tuberculosis

POCO FRECUENTES

Klebsiella pneumoniae
(bacilo de Friedländer)
Haemophilus influenzae
Escherichia coli
Pseudomonas pyocyanea

NEUMONIAS COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDADES BACTERIANAS ESPECIFICAS

COMUNES

Bordetella pertussis
(coqueluche)
Salmonella typhi y paratyphi

POCO FRECUENTES

Pasteurella pestis (peste)
Brucella tularensis
Bacillus anthracis (carbunco)
Leptospira icterohaemorrhagiae
Brucella abortus y melitensis

NEUMONIAS VIRALES

COMUNES

Psittacosis-ornithosis
Virus sincisial (bronquiolitis en niños)
Influenza (frec. bacteriana agregada)
Sarampión (frec. bacteriana agregada)
Cytomegalovirus

POCO FRECUENTES

Virus que afectan vías respiratorias altas
Adenovirus
Parainfluenza
Rhinovirus
Varicela, Herpes, Viruela
Coriomeningitis linfocitaria
Mononucleosis infecciosa

NEUMONIAS POR RICKETTSIAS

Rift Valley fever
Rickettsia burneti (fiebre Q)

NEUMONIAS POR MICOPLASMAS

Mycoplasma pneumoniae
Eritema exudativo multiforme
(S. de Steven-Johnson)

NEUMONIAS POR LEVADURAS, HONGOS Y PROTOZOOS

COMUNES

Actinomyces israelii
Coccidioides immitis
Aspergillus fumigatus

POCO FRECUENTES

Coccidioides immitis
Histoplasma capsulatum
Pneumocystis carinii
Toxoplasma gondii

NEUMONIAS ALERGICAS Y NEUMONIAS DE ENFERMEDADES DEL COLAGENO

Pulmón eosinófilo (S. de Löffler)
Eosinofilia pulmonar prolongada
Eosinofilia pulmonar asmática
Eosinofilia pulmonar tropical
Poliarteritis nodosa y granulomatosis de Wegener

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

MEMORIAL ADDRESS

MEMORIAL ADDRESS
DELIVERED AT THE ANNUAL MEETING
OF THE ACADEMY OF NATURAL SCIENCES
AT PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA,
ON THE 10TH OF DECEMBER, 1882.

NEUMONIAS QUÍMICAS

COMUNES

- Vómito aspirado
- Neumonía por disfagia
- Gases y humos tóxicos
- Neumonía lipídica

POCO FRECUENTES

- Manganoso
- Berilio
- hidrocarburos volátiles

NEUMONIAS POR RADIACION

Local: absceso

carunificación

empíema

a distancia: meningitis, artritis, pericarditis, periostitis, etc.

Circulatorias: Insuficiencia cardíaca

Shock

Aséptica: Agente causal desconocido (síndrome de irradiación pulmonar)

Septicémica: difteriana, tifoidea, etc.
Etiología: bacteriana, viral, etc.
Etiología: bacteriana, viral, etc.
Etiología: bacteriana, viral, etc.

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

WINDSOR BRIDGE

I N F E C C I O N P U L M O N A R

CUADRO CLINICO:

Comienzo: leve gran frecuencia aparece en el curso de cuadro infeccioso general bronquial o de vias respiratorias altas, reflujo por vomitos, etc.

Sintomas: Fiebre, calofrío, tos, desgarrro, puntada de costado, disnea, cianosis, herpes labial y sindrome de condensación pulmonar, más frecuente en las bases.

Laboratorio: leucocitosis, oliguria con hipocloruria.

Radiología: sombra densa, homogénea, otras veces tenue o moteada, limitada a un lóbulo o segmento pulmonar (Radiografía de frente y de lado).

Evolución:
neumocócica: término medio 1 semana sin tratamiento.
viral: término medio 30 a 40 días.
estafilocócica: según gravedad.

Complicaciones:

Locales: absceso
 carnificación
 empiema

A distancia: meningitis, artritis, pericarditis,
 peritonitis, ictericia, etc.

Circulatorios: Insuficiencia cardíaca
 Shock

Diagnóstico:

Anatómico: Agente causal (diferencia entre las distintas neumonias).
 Predisponente.

Diagnóstico diferencial con: Infarto pulmonar
 Derrame pleural tuberculoso
 Cáncer bronquial
 TBC miliar y/o neumonia
 Síndrome Löffler gaseosa

EXPOSICION DE MOTIVOS

En virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

Que el Poder Judicial, en virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

Que el Poder Judicial, en virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

Que el Poder Judicial, en virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

Que el Poder Judicial, en virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

Que el Poder Judicial, en virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

Que el Poder Judicial, en virtud de las facultades conferidas al Poder Judicial por el artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en atención a lo dispuesto en el artículo 108 de la misma, se expone a consideración de V. E. lo siguiente:

SUPURACIONES PULMONARES
(Absceso y bronquectasia).

Absceso pulmonar:

Definición: Lesión supurada, necrótica y cavitaria del pulmón, debida a gérmenes piógenos.

Anatomía Patológica: Necrosis moderada de tejido granuladorio, frecuentemente multilocular, con formación de pus y fistulización al arbol bronquial y/o a la pleura.

Etiopatogenia:

- 1.- Broncogena (como en la neumonia).
- 2.- Hematógena (ómbolos sépticos).
- 3.- Complicación de algunas neumonias en otros procesos pulmonares.
- 4.- Extensión de una supuración vecina. (Subdiafragmática).

Sintomatología:

1° etapa: fiebre, calofríos, tos seca, malestar general, dolor torácico, matidez, crépitos, frotes y signos de condensación a rayos.

2° etapa: fistulización

a la pleura (raro)
al bronquio (vómica)

Los signos físicos serán variables según la evolución y el tamaño del absceso:

- Signos de condensación + signos pleurales + signos bronquiales.

- Signos cavitarios.

- Signos de cavidad a tensión (valvular).

- Signos de pioncumtórax.

- Dedos en palillo de tambor.

A rayos habrá cavidad con nivel líquido.

Laboratorio:

Leucocitosis

Desgarro: sedimento en 3 capas.

Flora mixta aerobia y anaerobia
Espiroquetas y bacilos fusiformes.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

BOGOTÁ, COLOMBIA, 1964

Complicaciones:

- Homoptisis severa
- Infección del otro pulmón
- Empiema pleural
- Abcesos cerebrales y otros por trombosis sépticas de las venas pulmonares.
- Caquexia, anemia.
- Amiloidosis.

Diagnóstico diferencial:

- Cáncer negrozudo.
- Tuberculosis cavitaria.
- Micosis
- Neumocociosis.
- Quiste pulmonar infectado (broncogénico, hidatídico).
- Bula pulmonar infectada.
- Hematoma.
- Hernia del hiatus.

Bronquiectasia:

Definición: Alteración anatómica, bastante frecuente, caracterizada por dilatación crónica de los bronquios. Puede ser asintomática o dar lugar a hemorragias y/o a infecciones crónicas.

Anatomía Patológica:

- Alteración arquitectura bronquial.
- Dilatación cilíndrica, fusiforme o sacular.
- Infiltración inflamatoria peribronquial y fibrosis.
- Destrucción del epitelio o su remplazo por epitelio escamoso.
- Retención de secreciones.
- Alteraciones vasculares.

Etología y patogenia:

- Congénita - adquirida.
- Obstrucción - atelectasia - mayor presión negativa pleural - mayor presión atmosférica sobre sector proximal del bronquio - expansión reversible + alteración inflamatoria de la pared - expansión irreversible.

Neuropatología:

- A.- Bronquio alterado no se estrecha con la tos junto con el resto del árbol bronquial o bien, la tos colapsa parte proximal, atrapando la secreción.
- B.- Repercusión sobre circulación - hematemesis.

El presente es un

Informe del Sr. Jefe

de la Oficina

de la Oficina de la

Comisión de

Investigación

de la Oficina

de la Oficina

de la Oficina

de la Oficina

de la Oficina

de la Oficina de la

Comisión de

Investigación

de la Oficina

de la Oficina

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina

de la Oficina de la

Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina

de la Oficina de la

Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

de la Oficina de la Comisión de Investigación de la Oficina de la

- Hipertrofia arterias bronquiales en zona inflamada + anastomosis broncopulmonares existentes - cortocircuito de izquierda a derecha (Mayor saturación O₂ y mayor presión arterial en segmento afectado y mayor débito VI con respecto a VD).

- Relativa reducción de circulación pulmonar con aumento circulación sistémica - mayor reducción de captación O₂ que de ventilación.

C.- Pueden agregarse las alteraciones propias de la bronquitis, si esto existe o se agrega.

Sintomatología:

- Ausencia de síntomas.
- Tos y esgarro parvulento.
- Hemoptisis.
- Disnea, roncus, sibilancias.
- Estado general bueno o malo.
- Edema en palillo de tambor.
- Ruidos de burbujas medianas persistentes en la misma zona.
- Síntomas y signos de patología agregada.

Radiología:

- Imágenes en panal de abeja.
- Imágenes de bronquitis crónica.
- Imágenes de bronconeumonia, atelectasia, etc.
- Imágenes asolares con nivel líquido.
- Broncografía.

Complicaciones.

- Neumonia.
- Hemoptisis.
- Pleuritis.
- Empiema.
- Sinusitis.
- Amiloidosis.
- Absceso cerebral.

=====

SUPURACIONES PULMONARES

INDICACIONES QUIRURGICAS DE LAS BRONQUIECTASIAS

- 1.- Bronquiectasias groseras
- 2.- Bronquiectasias asociadas a segmentos o lóbulos retraídos o atelectásicos.
- 3.- Bronquiectasias sintomáticas.
(tos, desgarró abundante, infecciones repetidas, hemoptisis recurrente).

Contraindicaciones del tratamiento quirúrgico.

- 1.- Bronquiectasias leves
- 2.- Bronquiectasias muy difusas
- 3.- Bronquiectasias complicadas que aumentan el riesgo.
 - a) Enfermedades asociadas.
 - b) alteración grave del funcionalismo respiratorio.
 - c) edad avanzada.
 - d) fibrosis pulmonar y enfisema.

TRATAMIENTO PRE OPERATORIO:

I Métodos mecánicos

- A. Drenaje adecuado
- B. mejoría ventilación alveolar.
- A. Métodos para contribuir a eliminar las secreciones
 - a) estimular la tos
 - b) disminuir la viscosidad de las secreciones
 - c) drenaje postural
relación con la localización.
 - d) broncoscopia
aspiración
cultivo
antibióticos locales
 - e) traqueostomía - insuficiencia respiratoria.
 - f) entrenamiento resp. diafragmática.
- B. a) oxigenoterapia
b) respiración con presión más intermitente.

II Antibióticos y quimioterapia

III Medidas generales. -- Dietéticos
Clima seco y cálido.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Resultados dependen:

- 1.- Diagnóstico exacto
localización precisa - En
- 2.- Síntomas provengan del área bronquiectásica

30 JUN 1950

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR

SUBJECT: [Illegible]

- 1. [Illegible]
- 2. [Illegible]
- 3. [Illegible]
- 4. [Illegible]

RECOMMENDATION

- a) [Illegible]
- b) [Illegible]
- c) [Illegible]
- d) [Illegible]

CONCLUSION

- 1. [Illegible]
- 2. [Illegible]
- 3. [Illegible]
- 4. [Illegible]

- a) [Illegible]
- b) [Illegible]
- c) [Illegible]
- d) [Illegible]

REFERENCES

- 1. [Illegible]
- 2. [Illegible]

APPENDIX

- 1. [Illegible]
- 2. [Illegible]

- 3.- Extensión de la resección no comprometa la función respiratoria
- 4.- Prevención de nuevas bronquiectasias
- relación con complicaciones post operatorias - retención de secreciones-atelectasia.

ABSCESO PULMONAR

Complicaciones inmediatas
Abscesos secundarios
Ruptura a la pleura
Ruptura a un bronquio y a la pleura
Hemoptisis
Implantación metastásica -- cerebro

Complicaciones tardías
Absceso crónico
Bronquiectasias residuales
Fibrosis pulmonar.

TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS PULMONARES

Programa integrado médico - quirúrgico.

I Medidas generales - Higiene dietético
Alivio del dolor

II Broncoscopia
Objetivos

- a) diagnóstico
factores etiológicos
Ca. Cuerpo extraño
Flora microbiana
- b) terapéutico -
drenaje (aspiración)
antibióticos
in situ.

III Drenaje postural
Relación con la ubicación
Repetir 4 al día.

IV Antibióticos

V Medicamentos: espectorantes
broncodilatadores
aerosoles.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

I Drenaje abierto o neumotomía

- 1. Absceso agudo = que no obedece al tratamiento médico.
- 2. Enfermos viejos o graves, enfermedades asociadas.
- 3. Abscesos periféricos.

II Resección pulmonar

- 1. Fracaso tratamiento Médico.
- 2) Síntomas estacionarios
- 3) estabilidad a Rx
- 4) cavidad de + 6 cm.
- 5) persistencia + de 6 semanas
- 6) sospecha de Ca.
- 7) hemoptisis masiva o repetida
- 8) localización L.I.

Técnica - se prefiere la lobectomía.
Mortalidad 5%
Curación 100%

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

a)
... ..
... ..
... ..
b)
... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..

EMFISIS

Definición: Emfisemas pulmonares derivadas de la inhalación de polvos minerales, sin involucrar la gravedad de las lesiones, que conducen finalmente a la fibrosis pulmonar.

Historia: Paracelso : tisis de los cavadores; peste de los mineros. Virchow. Kussmaul.

Clasificación: Aspectos epidemiológicos. Prevención. Problemas legales.

Mecanismo general de Producción: Cillos respiratorios. Secreción mucosa. Fagocitosis. Tejido linfático peribronquial. Ganglios. Fibrosis peribronquial. Vascular. Tatuaje pleural.

Polvo : solubilidad, tipo cristalográficoforma.

Teoría inmunológica.

Teoría mecánica.

Teoría química.

Tipos de lesión: fibrosis, sobrecarga, sumación de lesiones (adema por bloqueo).

SILICOSIS

Definición: es una enfermedad crónica del pulmón producida por la inhalación prolongada de polvos que contienen una alta concentración de partículas de sílice de diámetro menor de 5 micrones, que determinan la fibrosis silicea que la es característica y que desde el punto de vista clínico se manifiesta por disnea y gran susceptibilidad a la tuberculosis.

Historia: Polvos de sílice. (cuarta parte de la superficie terrestre).

Patogenia: Formación de Acido Silíceo.

Formación de haptenos con proteínas de fagocitos muertos.

Factor mecánico.

Estado de las fosas nasales y epitelio respiratorio. Otras lesiones respiratorias. Tipo constitucional.

Patología: Nódulo silíceo.

Fibrosis pulmonar progresiva hasta llegar a masiva.

Nódulos confluentes. Masas de tejido cicatricial.

Necrosis. Cavitación.

Emfisema pulmonar. Tuberculosis pulmonar.

SECRET

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

SECRET

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

...the ... of the ...

Repercusión funcional: Compliance M.B.C. - F.E.V.

Cuadro clínico: Estudio de los antecedentes. Sintomatología. Estudio radiológico.

Síntomas: Disnea,
Tos con expectoración.
Enflaquecimiento.
Cianosis.

Radiología:

Complicaciones: enfisema pulmonar
Neumotórax espontáneo. Tuberculosis pulmonar.
Asma bronquial.

Evolución: 5 años a 30 años.

Tratamiento: Preventivo.

Silicotuberculosis:

ANTRACOSILICOSIS:

Produce mayor sintomatología de tipo asmático, mayor frecuencia de enfisema pulmonar y coagulación pulmonar. Menos frecuencia de tuberculosis.

ASBESTOSIS:

Las fibras de Asbesto no son fagocitadas. La evolución del cuadro es mucho más rápida que la de la silicosis pura. Menor frecuencia de tuberculosis. Mayor frecuencia de cáncer pulmonar.

BERILIOSIS:

Manufactura de lámparas fluorescentes y plantas de energía atómica.

BACENOSIS Y BISTINOSIS:

(Labradores y silos).

=====

... ..

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

EPTIDEMIOLOGIA DE LAS NEUMOCOISIS

1.- ASPECTOS GENERALES

- 1.- Etiológicos.
- 2.- Riesgos profesionales.
- 3.- Teorías sobre acción de la sílice.

2.- MAGNITUD DEL PROBLEMA

- 1.- La experiencia en Chile.
- 2.- Estudios de silicosis.
- 3.- Estudios de asbestosis.

3.- FACTORES EPIDEMIOLOGICOS

- 1.- Agentes.
- 2.- Susceptible o huésped.
- 3.- Medio ambiente.

4.- PREVENCIÓN

- 1.- Medidas frente al agente.
- 2.- Medidas frente al susceptible.
- 3.- Medidas frente al medio.
- 4.- Criterio a seguir según los exámenes radiográficos.

=====

Document of the ...
No. 1000 of 1900.

OFFICE OF THE ...
RECORDS AND ...
GENERAL ...

STATE OF ...

CHAPTER ...

Section ...
The ...

Section ...
The ...

SECTION ...

Section ...
The ...

SECTION ...

Section ...
The ...

Section ...
The ...

ATELECTASIA PULMONAR

- I.- Expansión pulmonar. Desinstit.
- II.- Definición.
- III.- Anatomía Patológica. (Pulmón sumergido. Fcuman noy).
- IV.- Fisiopatología:

- 1.- Reabsorción de alve.
- 2.- Estado circulatorio.

Patogenia:

- 1.- Obstrucción bronquial.
- 2.- Tercia neurógena:
 - a) Bronquial.
 - b) Espasmolantidad.
 - c) Muscular.
 - d) Vasomotric.
 - e) Hiperventilación.
 - f) Neurovegetativo.

V.- Cuadro clínico

Abolición de la respiración.
Retracción pulmonar.

Tos - disnea - puntada de costado - cianosis - fiebre.

Signos de condensación o derrame con desviación del mediastino hacia el lado de la lesión.

VI.- Radiología.

VI.- Broncoscopia:

Fresión intrapleurar: Normal - 6 a 4 ml. de agua.
Atelectasia - 20 a 40.

- Broncografía lipiodolada.
- Angiocardiografía.
- Cateterismo arterio pulmonar.
- Electrocardiograma.

Trastornos cardiovasculares en las formas agudas. Cor pulmonale.

Taquicardia -- hipotensión; ingurgitación yugular.

Sensibilidad hepática.

Formas clínicas:

a) Formas evolutivas.

1... Estado pre-atelectásico.

2... Formas agudas.

3... Formas crónicas.

4... Formas complicadas.

b) Formas topográficas.

1... Atelectasias masivas.

2... Atelectasias limitadas: lobares, segmentarias, en blanco.

Formas etiológicas:

1... Post operatoria.

2... Cuerpos extraños.

3... Hemoptisis.

4... Tuberculosis.

5... Tumor brónquico.

6... Dilatación brónquica.

7... Torácicas.

8... Nerviosas.

9... Recién nacido.

10... Fisiológicas.

$$(West) \frac{V_0}{Q^2}$$

Diagnóstico:

1... Positivo.

2... Diferencial.

a) Afecciones pleurales.

b) Tumores mediastínicos.

c) Neumopatías.

VIII... Tratamiento:

1... Preventivo.

2... Curativo.

== = = = =

... en las ...
...
...

...

a) ...

- 1. ...
- 2. ...
- 3. ...
- 4. ...

b) ...

- 1. ...
- 2. ...

...

...

- 1. ...
- 2. ...
- 3. ...
- 4. ...
- 5. ...
- 6. ...
- 7. ...
- 8. ...
- 9. ...
- 10. ...

...

...

- 1. ...
- 2. ...
- a) ...
- b) ...
- c) ...

...

- 1. ...
- 2. ...

TUMORES BENIGNOS Y QUISTES DEL PULMON

TUMORES BENIGNOS:

- 1) Definición
- 2) Clasificación
 - a) Inflamatorios
 - b) De neo formación
 - c) Metabólicos y de depósito
 - d) Otros.
- 3) Frecuencia: 6 a 13% de los tumores primitivos del pulmón.
- 4) Formas de presentación
 - a) Asintomático (hallazgo radiológico) = situación frecuente
 - b) Sintomáticos.
- 5) Diagnóstico: lesión radiológica del diagnóstico no precisado
Necesidad de toracotomía, biopsia.

Adenomas Aspectos específicos de estas dos formas de tumores benignos.
Hamartomas

QUISTES PULMONARES:

- A) Quistes aéreos del pulmón
- B) Quiste hidatídico
- C) Lesiones fantasma.

A) Quistes aéreos:

- A.1. Definición
- A.2. Histopatología
- A.3. Etiología. Etiopatogenia
- A.4. Clínica
- A.5. Complicaciones
- A.6. Tratamiento.

B) Quistes hidatídicos:

- B.1. Aspectos epidemiológicos nacionales y regionales
- B.2. Patogenia y anatomía patológica del quiste hidatídico pulmonar
- B.3. Formas de presentación
 - B.3.1. Asintomáticos (15 a 17%)
 - B.3.2. Sintomáticos (tos, hemoptisis, expectoración, dolor torácico, vómitos)

Radiología : Prácticamente siempre positiva
Permite formular diagnóstico en 80-90%
Formas radiológicas

Laboratorio: Eosinofilia 20-50%. Cassoni variable en 43-90%.
Hemoaglutinación 50% en quiste hidatídico pulmón.
Pesquisa elementos hidatídicos en expectoración.
- B.4. Aspectos evolutivos
- B.5. Tratamiento (siempre quirúrgico, precoz y conservador)
- B.6. Complicaciones post-quirúrgicas
- B.7. Mortalidad.

... de la ...
... de la ...
... de la ...

... de la ...
... de la ...
... de la ...

... ..

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

... ..

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

FIBROSIS PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

CARRERA DE MEDICINA

Medicina "C"
CURSO CIQUIA IV AÑO
Prof. Dr. Cuervo Eörnvall S.
27-VII-68
JUL 1970

CÁNCER PULMONAR

- Incidencia
- Factores etiológicos
- Clasificación histopatológica
- Sintomatología

- General
- De comienzo
- Avanzado

- Evolución - período latente
 - silencioso
 - sintomático
 - avanzado

Examen radiológico

- Ca. bronquio fuente, lobar o segmentario
 - Crecimiento nodular
 - Crecimiento infiltrativo
- E. de ramificación o periférico
 - Crecimiento nodular
 - Crecimiento infiltrativo

Examen broncoscópico.

Valor diagnóstico quirúrgico

Métodos de diagnóstico

Tratamiento quirúrgico

- Concepto general de cirugía del cáncer
- Limitaciones en cirugía del Ca. pulmonar
- Limitaciones dependientes del enfermo.

Indicaciones

Contraindicaciones

Factores que consideran en el tratamiento quirúrgico

Edad

Tipo histológico

Extensión del tumor

Estado del paciente

Resultados

- Mortalidad
- Curación

Tratamiento radiológico

quimioterápico.

SECRETARY OF THE ARMY
WASHINGTON, D. C.
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL

UNITED STATES DEPARTMENT OF THE ARMY
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
WASHINGTON, D. C.

REGULATIONS

Adjutant General
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
WASHINGTON, D. C.
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
WASHINGTON, D. C.

ARTICLE I

Section 1. The Adjutant General is the principal administrative officer of the Army, and is responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 2. The Adjutant General shall be appointed by the Secretary of the Army, and shall hold office until removed by the Secretary of the Army.

Section 3. The Adjutant General shall be a member of the Army Reserve, and shall be eligible for promotion to the grade of Major General.

Section 4. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 5. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 6. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 7. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 8. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 9. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 10. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 11. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

Section 12. The Adjutant General shall be the principal administrative officer of the Army, and shall be responsible for the efficient management of the personnel and administrative affairs of the Army.

FIBROSIS PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

I.- Conceptos Generales:

1.- Estructura del tabique alveolar:

- A.- Epitelio alveolar: a) Células tipo I
- b) Células tipo II
- c) Macrófagos alveolares

B.- Capilares.

C.- Intersticio.

2.- Nomenclatura. Neumopatía o alveolopatías esclerosantes progresivas.

II.- Clasificación:

A.- Primariamente pulmonares.

- 1.- Etiología conocida.
- 2.- Etiología desconocida.

B.- Expresión de Enfermedades Sistémicas.

III.- Estructura Histopatológica:

- 1.- Cirrosis muscular.
- 2.- Síndrome de Hamman Rich.
- 3.- Hemosiderosis idiopáticas.
- 4.- Neumonitis intersticial desquamativa.
- 5.- Proteinosis alveolar.

IV.- Estructura Radiológica:

- A.- Alveolar.
- B.- Intersticial.
- C.- Vascular.
- D.- Mixto.

RESEARCH REPORT

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

V.- Patología:

Alteraciones en la mecánica del Pulmón. Mayor rigidez del pulmón limitación ventilatoria restrictiva por disminución de la distensibilidad pulmonar con aumento del trabajo respiratorio e hipoxemia.

VI.- Clínica:

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo.
- 3.- Disnea.
- 4.- Tos y expectoración.
- 5.- Cianosis.
- 6.- Crujidos.
- 7.- Hipoeratismo.
- 8.- Signos de Hipertensión pulmonar e Insuficiencia cardíaca derecha.
- 9.- Laboratorio.
- 10.- Particularidad de la hemosiderosis.
- 11.- Biopsia pulmonar.

VII.- Tratamiento:

Insuficiencia Respiratoria

- A.- Recambio insuficiente de oxígeno.
- B.- Insuficiencia del recambio de oxígeno y de la eliminación de CO₂.

Insuficiencia cardíaca secundaria a Insuficiencia respiratoria:

- 1.- Insuficiencia ventricular derecha.
- 2.- Insuficiencia ventricular izquierda.

Insuficiencia Respiratoria secundaria a Insuficiencia cardíaca.

=====

El presente es un informe sobre el trabajo realizado en el curso de la asignatura de Física y Química durante el primer trimestre de 1983. El informe está dividido en tres partes: la primera trata sobre el trabajo realizado en el laboratorio, la segunda sobre el trabajo realizado en el aula y la tercera sobre el trabajo realizado en casa.

- 1. Trabajo realizado en el laboratorio.
- 2. Trabajo realizado en el aula.
- 3. Trabajo realizado en casa.

El trabajo realizado en el laboratorio ha consistido en la realización de los experimentos propuestos en el programa de la asignatura. El trabajo realizado en el aula ha consistido en la realización de los ejercicios propuestos en el programa de la asignatura. El trabajo realizado en casa ha consistido en la realización de los ejercicios propuestos en el programa de la asignatura.

El presente informe ha sido elaborado por el alumno D. [Nombre] y ha sido revisado por el profesor D. [Nombre].

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

- Enfermedad broncopulmonar.
- Enfermedad de la pared torácica.
- Enfermedad por depresión respiratoria central.

causas insuficiencia de O2.

se produce por:

- Defecto de difusión:

- a) Membrana alterada (Fibrosis, congestión).
- b) Reducción lecho capilar (embolia, neuromectomía).

- Shunt venoso arterial:

- a) Intracardíaco
- b) Pulmonar: mezcla de sangre hipóxica, hipercápnica con sangre arterializada.

- Alteraciones Ventilación - Flujo sanguíneo:

- a) Ventilación irregular.
- b) Irrigación irregular.

1.- Zonas bien ventiladas pero mal irrigadas (ventilación equivalente a respaño nuevo); Normalidad de gases sanguíneos.

2.- Zonas mal ventiladas pero bien irrigadas. (flujo sanguíneo equivalente a mezcla venosa)
Hipercapnia - hipoxia.

Intercambio insuficiente de O2 y CO2

se produce por: a) Hipoventilación alveolar: VD aumentado
VR disminuido

b) Aumento del consumo de O2 y en la producción de CO2.

Insuficiencia cardíaca secundaria a insuficiencia respiratoria:

Insuficiencia ventricular derecha por resistencia vascular pulmonar elevada:

- Hipertensión pulmonar
- Hipertrofia ventricular derecha
- Insuficiencia cardíaca derecha

- Hipoxia
- Hipercapnia
- Hipervolemia
- Hiperviscosidad
- Policitemia
- Obliteración de capilares pulmonares
- Anastomosis entre circulación bronquial y pulmonar.

Insuficiencia ventricular izquierda: Hipoxia Miocardiopatía

- Hipercapnia
- Hipervolemia
- Anastomosis vasculares broncopulmonares excesivas

INFORMACAO

... de ...
... de ...
... de ...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Toracotomía exploradora
30% serían malignos

- Tipos de abordaje
- Ectenotomía media
- Toracotomía antero lateral
- Toracotomía bilateral anterior
- Toracotomía postero lateral

UNIVERSIDAD DE CHILE VALPARAISO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Medicina "C"
IV AÑO CARRERA DE MEDICINA
Prof. Dr. Svante Törnvall S.
27 de Julio 1970.

AFECCIONES DEL MEDIASTINO

anatomía quirúrgica

División por dos planos que se cruzan en la bifurcación traqueal.

- Med. anterior superior
- inferior
- Med. posterior

- Afecciones del mediastino congénitas
- inflamatorias
- tumorales
- parasitarias

- Síntomas
- La mayoría asintomáticas.
- Síntomas dependen localización de la lesión
- tamaño
- velocidad de crecimiento

- Síndromes diversos
- Dolor - caracteres variados
- Respiratorios - disnea - compresión parénquima o traqueo bronquial
- tos
- atelectasia
- hemoptisis
- Digestivos - disfagia.
- Neurálgicos
- N. frénico - parálisis diafragmática
- N. recurrente - voz bitonal, ronquera
- Simpáticos - Síndr. Cl. Bernard Horner
- intercostales.

- Neurálgicas
- neuralgia.
- vena cava
- Síndrome v. cava superior
- Presencia de lesión mediastínica
- Ubicación
- Tamaño

- Métodos
- Radioscopia
- Radiografía Fr. Lat. oblicuo
- Radiología esofágica
- Planigrafía
- Neuromediastino
- Angiografía.
- Métodos de diagnóstico.
- Cintigrama con Y 131.
- Mediastinoscopia
- Biopsias ganglionares - preescalénicas
- paratraqueales.

... ..

... ..

IV ANO - 1970
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Toracotomía exploradora
30% serían malignos

- Tipos de abordaje
- Ectenotomía media
- Toracotomía antero lateral
- Toracotomía bilateral anterior
- Toracotomía postero lateral

Tumores neurogénicos 15 a 20% malignos
 los más frecuentes
 Mediastino posterior
 variedades - Schwannoma
 Neurofibroma
 Ganglioneuroma

- Quistes mediastínicos - congénitos
1. Quistes pericárdicos - ángulo cardiofrénico
paredes delgadas
contenido claro, fluido
 2. Quistes broncogénicos - paratraqueales
epitelio cilíndrico
a veces gl. mucosas.
 3. Quistes gastroentéricos epitelio esofágico
o gastro intestinal.

Teratomas 12-15% malignos
 formados por las 3 capas embrionarias
 Ectodermo - dientes, pelos, glándulas sebáceas
 Mesodermo - tejido muscular, hueso, cartilago
 Endodermo - tejido glandular, páncreas, etc.

Lesiones del timo
 benignos
 Tumores malignos

Quistes
 Mediastino anterior
 Asintomáticos 70%
 Miastenia gravis - pequeño porcentaje.

- Lesiones glándula tiroides
1. Bocio retroesternal o colgante
produce síntomas mediastínicos
 2. Tumores tiroideos sin continuidad con la gl. tiroides.
Muy raros.
Mediastino ant. y superior
Síntomas compresión traqueal o vascular
Y 131 - cintigrama - utilidad diagnóstico.

- Lesiones ganglionares
 Ubicación peritraqueobronquial.
1. Tumores
 Linfomas - malignidad variable
 Linfosarcomas - frecuentes
 ensanchamiento
 mediastínico bilateral.
 2. Enfermedad de Kodkin - síntomas generales.
 3. Adenitis - TBC.
 4. Granulomas inespecíficos.

Handwritten text at the top of the page, including the word "Kontroll" and other illegible characters.

Kontroll

Main body of handwritten text, consisting of several lines of illegible script.

Second section of handwritten text, appearing as a list or series of notes.

Final section of handwritten text at the bottom of the page.

P I E U R E S I A

- 3 -

Otros tumores - raros

- Lipomas
- Fibromas
- Condriomas.

Parasitarias

Quistes hidatidicos.

Inflamatorias

Mediastinitis aguda
 Secundaria. Lesiones esófago instrumental
 traquea cuerpos extraños
 faringo cáncer.

Síntomas inflamatorios - dolor
 fiebre
 calofríos

compresión - disnea
 disfagia

Radiografías - neuromediastino
 ensanchamiento del M.

Tratamiento

Prevención

- Tratamiento quirúrgico precoz de la lesión instrumental.

Antibióticos

Drenaje quirúrgico.

P I E U R E S I A

Definición: Presencia de líquido con caracteres de exudado en la cavidad pleural.

Etiología: Tuberculosis : Pleural, pulmonar o alergia tuberculosa (Pleuritis a frigori).

Secundaria a infección respiratoria:

- a) Viral.
- b) Neumonía.
- c) Absceso.

Lesiones circulatorias isquémicas: Infarto pulmonar.

Enfermedades del colágeno.

Tumores malignos del pulmón, de la mama o linfomas.

Tumores pleurales: Mesoteliona, fibroma pleural benigno.

Traumatismos.

Enfermedad reumática.

Diagnóstico: 1º) De la pleuresía.

2º) De la causa.

3º) Diagnóstico diferencial.

Complicaciones: Tuberculosis. Infección. Pleuritis crónica (Paquipleuritis).

Oclapso pulmonar. Compresión cardíaca (Tamponade).

Prognóstico.

Tratamiento: 1.- Etiológico.

2.- Sintomático.

H I D R O T O R A X

Definición: Presencia de líquido con caracteres de trasudado en la cavidad pleural.

Etiología: Insuficiencia cardíaca.

Hipoproteínea: Nefrosis, Cirrosis hepática. Neoplasia.

Traumatismos.

Neoplasias intratorácicas.

Compresión del sistema de drenaje. Tumores del mediastino.

Pericarditis. Tumores benignos del ovario. Síndrome de Meigs.

ARTICULO 1.º

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las normas para la ejecución de las disposiciones legales que rigen el funcionamiento de los establecimientos de enseñanza superior, en particular de las universidades, institutos de investigación científica y tecnológica, y centros de estudios superiores.

El presente Reglamento se aplicará a los establecimientos de enseñanza superior que dependen del Poder Ejecutivo, y a los que dependen de los Poderes Judicial y Legislativo, en tanto no hubieren establecido sus propios reglamentos.

El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

El presente Reglamento se aplicará a los establecimientos de enseñanza superior que dependen del Poder Ejecutivo, y a los que dependen de los Poderes Judicial y Legislativo, en tanto no hubieren establecido sus propios reglamentos.

ARTICULO 2.º

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las normas para la ejecución de las disposiciones legales que rigen el funcionamiento de los establecimientos de enseñanza superior, en particular de las universidades, institutos de investigación científica y tecnológica, y centros de estudios superiores.

El presente Reglamento se aplicará a los establecimientos de enseñanza superior que dependen del Poder Ejecutivo, y a los que dependen de los Poderes Judicial y Legislativo, en tanto no hubieren establecido sus propios reglamentos.

El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Formas clínicas: Derrame libre. Derrames interlobares y localizados.

Sintomatología.

Tratamiento: De la causa.

NEUMOTORAX ESPONTANEO

Definición: Aire en la cavidad pleural sin mediación de factores externos.

Etiología: Rotura de vesículas pulmonares sub-pleurales.
Emfisema pulmonar. Sarcoidosis. Silicosis. Carcinoma. Absceso pulmonar. Procesos infecciosos. Tuberculosis pulmonar.

Complicaciones: Neumotórax de válvula. Fístula broncopleural.
Hemoneumotórax. Pioneumotórax.

Diagnóstico y cuadro clínico:

Disnea intensa. Dolor torácico unilateral. Taquicardia.
Shock, Cianosis. Desplazamiento traqueal y mediastínico.
Aire en cavidad pleural. Neumotórax parcial y asociado a emfisema.
Radiología.

Prognosis: Curación espontánea. Recidivante. Adherencias.

Tratamiento: Observación. Sintomático del dolor, la disnea y el shock, tos.
Quirúrgico: Sínfisis pleural. Decorticación. Resección de vesículas.

=====

... ..
... ..
... ..
... ..

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

NEUMOTORAX. HIDROTORAX Y PLEURESIA. TRATAMIENTO QUIRURGICO

- 1) Factores anatómicos y fisiológicos de interés quirúrgico en la pleura. Límites de la cavidad P. Histología. Presiones elasticidad, producción de fibrosis y absorción de sustancias y gases.
- 2) Clasificación de Neumotórax en general.
- 3) Neumotórax espontáneo
Etiología y formas etiológicas
Formas clínicas de instalación
Formas o variedades evolutivas
Tratamiento del neumotórax
Tratamiento de complicaciones
Casos especiales.
- 4) Derrames pleurales de interés quirúrgico - Pleuritis.
Enumeración. A) Secundarias a procesos abdomino pelvianos
B) Mediastinitis supuradas
C) Post traumáticos
B) Pleuritis supuradas por infección piógena del pulmón
E) Pleuritis tuberculosa.
- 5) Técnicas de drenaje pleural
 - a) Pleurotomía
 - b) Toracotomía mínima con resección de trozo costal
 - c) Toracotomía mayor
- 6) Afecciones tuberculosas de la pleura
Pleuresia serofibrinosa diagnóstico positivo
Biopsia pleural
Empiema tuberculoso
Fístulas broncopleurales
Tratamiento.
- 7) Empiema crónico
Tratamiento.

MEMORIAL DO SENHOR DEPUTADO

1. - No que se refere ao...

2. - No que se refere ao...

3. - No que se refere ao...

4. - No que se refere ao...

5. - No que se refere ao...

6. - No que se refere ao...

7. - No que se refere ao...

8. - No que se refere ao...

9. - No que se refere ao...

10. - No que se refere ao...

11. - No que se refere ao...

12. - No que se refere ao...

13. - No que se refere ao...

14. - No que se refere ao...

15. - No que se refere ao...

16. - No que se refere ao...

17. - No que se refere ao...

18. - No que se refere ao...

19. - No que se refere ao...

20. - No que se refere ao...

Influenza: Penicilina + Strepto o Tetraciclina.

Virus: solo tratamiento sintomático salvo que capote se haga paciente.

Tratamiento fracasa en 48 horas:

Revisar diagnóstico

Investigar a fondo génesis causal

Corticosteroides: en pacientes graves, intoxicados, con tendencia al colapso circulatorio.

Monisubstituto de Vit. C. 100 mg. en jugo de suero glucosado en gomas, tépido, e ídem

Betametazona (CORTONE Acetato) 1 amp. de 4 mg. I.V.

Complicaciones: quirúrgico.

EMBIOS

Idem que Neumonías.

Además: drenaje con broncospiración

- postural.

Tratamiento: quirúrgico.

EMBIOSIAS

Asintomáticas: nada.

Sintomáticas: Igual que en embriosis crónica (fase de reagudización y fase de remisión).

Además: drenaje postural

Quirúrgico.

DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES PULMONARES

- depende de: virulencia y naturaleza del agente causal
- extensión de la lesión
- estado general del paciente
- tratamiento oportuno y adecuado

LAS NEUMONIAS MAS RARAS

=====

TRAUMATISMOS TORACICOS

- A) Generalidades
Frecuencia
Gravedad.
- B) Alteraciones físico patológicas que se producen en los traumatismos torácicos.
- B.1. Alteraciones de la F. Respiratoria
Causas
Fisioterapia
Síntomas, y tratamiento.
1a) Depresión R. de origen central
1b) Dolor torácico
1c) Síndrome de obstrucción respiratoria
1d) Síndrome de ocupación pleural
1e) Contusión pulmonar
1f) Tórax volante y respiración paradójica.
- B.2. Alteraciones de la F. Circulatoria.
Causa indirecta
directa - heridas cardíacas
contusiones cardíacas
pérdida de vol. sanguíneo.
- C) Clasificación de los traumatismos torácicos
- C.1. Penetrantes
No penetrantes
- C.2. Lesiones de las paredes torácicas
Lesiones del mediastino
Lesiones del aparato respiratorio
- D) Tratamiento de urgencia.
- E) Indicaciones quirúrgicas de urgencia en los traumatismos torácicos.

CTS/ep.

que proporciona todos los equipos técnicos y materiales, para cualquier
urgencia. La mayoría de las ambulancias son un mero medio de transporte y no for-
parte de la atención médica; además, su personal no tiene los conocimientos ni
medios para actuar en el sitio del accidente.

Estamos seguros que esta falta de adecuada atención de los traumatismos
físicos y cuyo tratamiento no admite espera, sólo por excepción se realiza en nues-
país en el sitio del accidente, o en las ambulancias y debemos agregar, además,
con los sistemas de comunicación usuales, no es oportuna.

1917
1918

SECRET: U.S. GOVERNMENT
OFFICE OF THE SECRETARY OF WAR
WASHINGTON, D.C.

UNITED STATES GOVERNMENT
OFFICE OF THE SECRETARY OF WAR
WASHINGTON, D.C.

STATEMENT OF THE SECRETARY OF WAR

1.

SECRET

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

Category	Number	Percentage	Total
1. Total	100	100%	100
2. Subtotal	75	75%	75
3. Subtotal	25	25%	25

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

The following information is being furnished to you for your information and is not to be distributed outside your organization.

Por otra parte, la organización y la falta de recursos técnicos hace que en muchos Servicios de Urgencia la atención prestada no sea la mejor y se produzca un número importante de complicaciones tardías perfectamente evitables.

En nuestra experiencia y en la de otras publicaciones nacionales, se hace mención al tratamiento insuficiente e inadecuado. En 10 años tuvimos la oportunidad de ver 6 complicaciones tardías, entre ellas 14 hemotórax no tratados, 2 tratados en forma insuficiente, 3 complicados de empiema, 3 abscesos pulmonares, 1 hernia diafragmática, ruptura de bronquio principal derecho y 3 hemopericardios.

Durán (1966) en el Hospital Del Salvador, analiza 42 hemotórax traumáticos; de 8 sometidos a toracentesis, mejoran 14 y 14 se complican, obligando a una decorticación posterior en 13.

Allamand (1966) señala que de 80 hemotórax, 20 llegan a la decorticación.

Rioseco (1965), del Hospital del Salvador, al analizar los casos del Servicio de Urgencia, encuentra que de 13 casos de tórax volante, 5 no reciben tratamiento, 3 sólo traqueostomía y 6 compresión externa que fracasa en 2. En sus resultados expresa que un tercio de los fallecidos que permanecieron hospitalizados más de 12 horas, lo fueron en relación con un tratamiento insuficiente y aparentemente evitable.

En esta oportunidad, sólo nos referiremos a los problemas urgentes y que requieren un diagnóstico y tratamiento inmediato, sin abordar el estudio del tratamiento de los casos complicados que permiten espera, y que requieren de elementos de diagnóstico y de técnicas especializadas.

Analizaremos los traumatismos torácicos, primero desde el punto de vista de los trastornos fisiopatológicos que ellos ocasionan, sus causas y síntomas y tratamiento. Finalmente, haremos una síntesis del tratamiento.

Alteraciones fisiopatológicas que se producen en los traumatismos torácicos.

Alteraciones de la función respiratoria:

La alteración de la función respiratoria en los traumatismos torácicos o en los politraumatizados, puede deberse a diversos factores o a una combinación de ellos; debe destacarse que trastornos fisiológicos graves pueden producirse aún sin que las laceraciones torácicas estén lesionadas o lo estén levemente.

Causas de alteración de la función respiratoria:

- 1) Depresión respiratoria de origen central;
- 2) Dolor torácico;
- 3) Obstrucción respiratoria;
- 4) Contusión pulmonar;
- 5) Síndrome de ocupación pleural;
- 6) Tórax volante y respiración paradójica.

Fisiopatología:

Se producen diversos grados de hipoventilación, es decir, una insuficiencia de respiración para mantener el consumo de oxígeno tisular. Se produce hipoxemia por deficiente aporte de O₂ o Hipercapnia por la deficiente eliminación de CO₂ y Acidosis respiratoria. Además, posteriormente, se agrega acidosis metabólica, pues los tejidos anóxicos producen exceso de detritus ácidos.

Síntomas:

Existen síntomas comunes a estas alteraciones de la función respiratoria que van desde la apnea a la disnea de grado variable, angustia, pudiendo haber cianosis que es importante cuando está presente, pero su ausencia no asegura que la respiración sea adecuada. Además, se encuentran síntomas propios de la causa de la perturbación respiratoria.

El diagnóstico clínico en la mayoría de los casos es sencillo.

Cierta evaluación del volumen ventilatorio se obtiene colocando la mano ante a la boca o nariz.

La presencia de ruidos pulmonares periféricos normales son índice de una adecuada ventilación, pero su ausencia no indica lo contrario. El diagnóstico más preciso y que revela las alteraciones en forma más precoz, es el estudio de los gases sanguíneos arterial pCO₂, pO₂ y además el pH.

El tratamiento debe ser causal.

CASOS DE LA ALTERACION DE LA FUNCION RESPIRATORIA

Depresión respiratoria de origen central: Se produce hipoventilación o falta de ventilación pulmonar; deberá recurrirse a la respiración boca a boca o boca - nariz y si se cuenta con los medios, introducir una cánula a la tráquea y usar un respirador manual como el Ambu.

El dolor torácico: También produce hipoventilación; debe ser tratado, pero teniendo un especial cuidado de no usar depresores respiratorios; es de especial eficacia en los casos de fracturas costales la anestesia local proximal a la fractura, de dos nervios por encima y dos por debajo de la lesión. Con esto se mejora la ventilación y se facilita la tos. Es de uso muy popular la tela adhesiva, que alivia un poco el dolor al inmovilizar, pero que tiene el peligro de la retención de secreciones y la producción de atelectasia que agrega una alteración de la relación ventilación-perfusión. El efecto de la anestesia puede ser a veces bastante prolongado y aún queda el recurso de repetirlo.

Síndrome de obstrucción respiratoria: Tiene la primera prioridad. Es una grave emergencia que a veces complica afecciones que, de otro modo, no serían fatales.

Causas:

- Relajación de la lengua y maxilar, común en los casos de pérdida de conciencia y en la posición de decúbito dorsal.
- Aspiración de vómitos, sangre, cuerpos extraños, secreciones, por pérdida de los reflejos en el estado de inconciencia.

Patopatología: Se produce reducción de la capacidad ventilatoria proporcional al grado de obstrucción.

Síntomas específicos de obstrucción respiratoria: Disnea inspiratoria con estridor por el pasaje de aire a través de zona estrechada (cornaje). Retracción del tórax, regiones supraclaviculares, supraesternal, espacios intercostales (tiraje). Ronquera o tos, ruidos traqueobronquiales.

Tratamiento: Depende:

- del sitio del accidente;
- de la gravedad;
- de los elementos disponibles.

Tratamiento del accidente:

Limpiar la boca. Extracción de cuerpos extraños de boca y faringo. Aspiración de secreciones.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

LA ALERGENIA DE LA FURUNCULOSIS

La enfermedad se caracteriza por la aparición de abscesos purulentos en la piel.
El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

El diagnóstico se basa en la historia de los datos epidemiológicos.
Clase epidemiológica de la enfermedad y su distribución en el tiempo y espacio.

Posición prona o de lado, evitando que la lengua obstruya la faringe.

Traacción de la lengua y fijación de ella, uso de ganchos o cánulas.

Laringotomía en casos de extrema urgencia.

la posta de urgencia:

Cánula faríngea,

Intubación endotraqueal,

Broncoscopía (requiere técnica adecuada e instrumental, rara vez presentes),

Traqueostomía.

Prevención: En los casos en que hay pérdida de la conciencia.

Uso de sonda gástrica.

Cánula faríngea.

Evitar la depresión respiratoria. Tratamiento adecuado del dolor. Estimular la eliminación de secreciones, que aumentan a consecuencia de los traumatismos torácicos. Evitar drogas depresoras.

Control de las secreciones bronquiales. Aspiración endotraqueobronquial.

Síndrome de ocupación pleural: Impide la expansión del pulmón en grado suficiente para permitir un intercambio gaseoso adecuado.

Causas:

Neumotórax abierto, en el cual existe una herida que comunica la cavidad pleural con el exterior.

Neumotórax cerrado, producido por una herida pulmonar con ruptura de alvéolos. Cuando existe un mecanismo valvular, se produce neumotórax a tensión.

Neumotórax por herida traqueo brónquica o esofágica, el que a menudo es a tensión.

Hemotórax por herida pulmonar, lesión de vasos parietales sistémicos o hiliares.

Paso de vísceras al tórax por lesión diafragmática (poco frecuente).

Fisiopatología: Se produce un colapso pulmonar de grado variable, desplazamiento mediastínico, limitación de la expansión del pulmón contralateral y se establece un intercambio de aire entre los pulmones, que es el aire pendular. Además, por aumentar la presión intratorácica, disminuye la gradiente de presiones normal en la vía respiratoria. Todo esto determina una hipoventilación. Por otra parte, se producen alteraciones circulatorias, ya que al aumentar la presión intratorácica, disminuye el retorno venoso y, en consecuencia, el débito cardíaco. Además, la resistencia vascular pulmonar aumenta por el colapso de este órgano y por acción vasoconstrictora de la hipoxia, aumentando la presión de la arteria pulmonar y disminuyendo el débito cardíaco. Cuando se trata de un neumotórax abierto el problema es aún más grave, ya que a través de la brecha torácica entra aire en cada inspiración, en cantidad mayor, mientras mayor sea la herida. Este aire que entra a la pleura y que es inútil desde el punto de vista respiratorio, reemplaza en mayor grado el aire ventilatorio dentro del tórax. El paciente no puede tolerar mucho tiempo cuando la herida es mayor que el diámetro de la tráquea. En el neu-

... de la ...
... de la ...
... de la ...

... de la ...
... de la ...
... de la ...

... de la ...
... de la ...
... de la ...

... de la ...
... de la ...
... de la ...

... de la ...
... de la ...
... de la ...

neumotórax a tensión por un mecanismo valvular que permite la entrada, pero no la salida del aire, se produce una acumulación creciente de aire intrapleural que aumenta su presión. Las consecuencias son un progresivo colapso, desplazamiento del mediastino y compresión del pulmón contralateral, produciéndose además, una mayor repercusión circulatoria. Estos enfermos van en forma rápida a la insuficiencia respiratoria y circulatoria.

Síntomas:

Neumotórax abierto: Por lo general, se trata de una herida que comunica la cavidad pleural con el exterior y el paso del aire en la inspiración produce un ruido característico, la traumatopnea. Además, se encuentran síntomas generales de insuficiencia respiratoria y los síntomas clínicos de neumotórax.

Neumotórax cerrado: Se trata casi siempre de una herida pulmonar, producida por un fragmento costal; por eso, generalmente se asocia a hemotórax. Característica es la presencia de enfisema subcutáneo, síntomas respiratorios de hipoventilación y clínicos y radiológicos de neumotórax. Cuando el neumotórax se debe a lesión esofágica, lo que es poco frecuente, se produce enfisema mediastínico, disfagia y pronto aparecen síntomas sépticos, mediastínicos o empiema pleural.

El diagnóstico se confirma con estudio radiológico con lipiodol en ciertos casos, en los cuales la intervención es de indicación dudosa.

Neumotórax a tensión: Se puede presentar por una pequeña lesión pulmonar, pero más a menudo se ve en las lesiones traqueobronquiales. Los síntomas de insuficiencia respiratoria son alarmantes, se observa inmovilidad y distensión del hemitórax afectado, desplazamiento del mediastino. La punción en el 2º o 3er espacio confirma la hiperpresión al desplazar el símbolo de la jeringa.

Tratamiento:

Neumotórax abierto: Deben ocluirse la brecha pleural lo más rápidamente posible con los elementos que haya disponibles; es preferible la gasa vaselinada, que debe cubrir la herida para impedir la entrada de aire, pero no debe comprimir en forma que impida la salida de aire del tórax en caso de producirse hiperpresión. La sola excepción es cuando se ha colocado un tubo de drenaje bajo agua. Posteriormente, podrá someterse a una sutura u otra intervención reparadora mayor.

Neumotórax cerrado: Debe drenarse y efectuar aspiración.

Neumotórax a tensión: Requiere descompresión de urgencia por toracocentesis inmediata después de drenaje de tubo con aspiración.

Cuando no se logra obtener presión negativa ni expansión pulmonar, está indicada la toracotomía.

Causa:

Se produce en casi el 80% de los traumatismos torácicos. Su causa es en el 90% de los casos una lesión de pequeños vasos pulmonares que, por la baja presión, tienden a la hemostasia espontánea, salvo en los casos que existe una hiperpresión pulmonar. Cuando la lesión corresponde a vasos parietales, intercostales o mamaria interna, se produce hemorragia sistémica persistente y que no se cohibe con la expansión pulmonar, y si la lesión es de los vasos hiliares pulmonares o sistémicos en general se produce una muerte rápida.

... para el estudio de los aspectos económicos y sociales de la agricultura en el país...

... en el campo de la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas agrícolas...

... para el estudio de los aspectos económicos y sociales de la agricultura en el país...

... en el campo de la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas agrícolas...

... para el estudio de los aspectos económicos y sociales de la agricultura en el país...

... en el campo de la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas agrícolas...

... para el estudio de los aspectos económicos y sociales de la agricultura en el país...

... en el campo de la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas agrícolas...

... para el estudio de los aspectos económicos y sociales de la agricultura en el país...

Síntomas: Son los de ocupación pleural, clínicos y radiológicos y se agregan los síntomas generales de anemia de grado variable.

Tratamiento: En el hemotórax de grado mediano o grande debe efectuarse drenaje intercostal con tubo grueso siliconizado en la línea media axilar (30-36), conectado con aspiración permanente para obtener el vaciamiento rápido de la cavidad pleural y la expansión del pulmón, para evitar la coagulación de la sangre intrapleural. El peligro de la infección por el uso de drenajes se ha demostrado menor que con la toracotomía. Así, en Corea de 1744 traumatismos torácicos, 80% con hemotórax se trataron con toracocentesis y se produjo 26% de empiema. En Vietnam, en 476 casos de 1965-1966, el hemotórax estuvo presente en 76,6% de los casos; en ellos se usó drenaje grueso y sólo hubo 6,1% de empiema.

Los trabajos presentados en 1965, al Congreso Escandinavo de Tórax, por Laustella, Halkier y otros, preconizan como de elección el drenaje con tubo grueso. Igualmente Cardico, en New York, 1965; Perry, 1965 y Howell, 1963, prefieren su uso a la toracocentesis. En una etapa posterior, cuando el hemotórax está coagulado, debe efectuarse una toracotomía, tan pronto las condiciones del paciente lo permitan. La intervención es así mucho más sencilla que las antiguas decorticaciones, ya que basta a veces con extraer los coágulos. Cuando la hemorragia es persistente, a través de los drenajes, perdiendo más de 250 cc. por hora (debe vigiarse cada 15 minutos) debe irse a la toracotomía. Constituye ésta otra ventaja sobre la toracocentesis, que debe basarse para la indicación quirúrgica en la persistencia del hemotórax y la falta de control de la hipovolemia a pesar de las transfusiones.

Contusión pulmonar: Es causada especialmente por los traumatismos graves.

Fisiopatología: Se producen edema, hemorragia y hematomas del pulmón que disminuyen la superficie respiratoria y la "compliance", alterando la relación ventilación - perfusión.

Síntomas: De hipoventilación.

Tratamiento: Es necesario en los casos más serios el uso de respiradores, aspiración frecuente de las vías respiratorias y antibióticos para evitar la infección.

Tórax volante y respiración paradójal:

Causas: Cuando se producen fracturas múltiples, o separación costocondral bilateral la presencia de un fragmento intermedio hace que una porción de la pared torácica se haga flexible y queda sujeta a la influencia de la presión intrapleural. Así, en la inspiración, al hacerse la presión pleural más negativa, la zona flexible se retrae, al revés del resto del tórax, que se expande, sucediendo lo contrario en la espiración.

Fisiopatología: La limitación de la expansión del pulmón subyacente produce disminución de la ventilación, aire pendular, desplazamiento del mediastino, aumento relativo del espacio muerto, por disminución de la respiración alveolar; esto trae como compensación taquipnea y aumento del esfuerzo respiratorio que acentúa el grado de respiración paradójal. Además, se produce repercusión sobre la circulación a través de una disminución del retorno venoso y débito cardíaco. El grado de alteración depende del tamaño del fragmento intermedio y de su movilidad que varía especialmente en relación con los planos musculares; por eso son menores los desplazamientos de las lesiones posteriores que las de los anteriores. Son lesiones graves y se consigna una mortalidad de 20-39% en las estadísticas más recientes de Estados Unidos; particularmente serios son los casos de fracturas anteriores bilaterales. Son consecuencia de los traumatismos torácicos más intensos y existen a menudo lesiones asociadas como encefalocraneales y traumatismos abdominales. A pesar que esta asociación de lesiones, condiciones muchas veces la letalidad, un número importante fallece aún, fundamentalmente, por ventilación inadecuada y neumonitis, que son resultado de un mal tratamiento.

Don los departamentos de agricultura y ganadería y el departamento de...

El departamento de agricultura y ganadería...

El departamento de agricultura y ganadería...

El departamento de agricultura y ganadería...

El departamento de agricultura y ganadería...

El departamento de agricultura y ganadería...

El departamento de agricultura y ganadería...

Síntomas: Movilidad anormal de la zona de la pared torácica (retracción en la inspiración y expansión en la espiración). Síntomas de alteración respiratoria y circulatoria.

Tratamiento: Cuando se trata de un fragmento pequeño, puede inmovilizarse en el primer momento con tela sobre algún apósito compresivo o colocar al paciente sobre el lado lesionado. En los fragmentos medianos ya no es posible proceder en esa forma, pues se colapsa un volúmen de pulmón apreciable; se puede efectuar una tracción cerrada con pinzas de campo (Backhaus) que rodean los extremos de los fragmentos costales, manteniéndolos en posición de inspiración por medio de tracción con pesas, que se mantienen 14 a 21 días.

En los casos en que el estado del paciente lo permita, puede efectuarse la inmovilización cruenta, fijando los fragmentos con puntos de alambre.

Pero el mejor sistema y el único aplicable con eficacia en los casos graves es la traqueotomía con intubación y respiración con presión positiva; es la llamada estabilización neumática interna que tiene, además, la ventaja de evitar la atelectasia. Se contarse para ello con respiradores automáticos.

El tipo de respirador más común por ser más económico es el de presión, en que el aire o la mezcla con oxígeno se introduce a la vía respiratoria hasta llegar a una presión determinada, y en ese momento se abre la válvula que permite la espiración. En los casos de enfisema o de enfermedades obstructivas o presencia de muchas secreciones, su eficacia no es muy grande. En esos casos, es preferible un respirador que introduzca en la vía aérea del paciente un volúmen determinado de la mezcla aire-oxígeno.

Alteraciones de la función circulatoria:

Alteraciones circulatorias en los traumatismos torácicos:

Estas pueden producirse por acción indirecta, como ya hemos visto en los trastornos respiratorios, por la influencia de la hiperpresión intratorácica sobre el retorno venoso y, en consecuencia, sobre el débito cardíaco y, por otra parte, por la mayor resistencia vascular pulmonar, del órgano colapsado y la vasoconstricción que provoca la anoxia; o por acción directa, que a su vez pueden depender de una lesión cardíaca o de la pérdida del volúmen sanguíneo. Ya nos hemos referido al mecanismo y tratamiento de las primeras.

Alteración del funcionalismo cardíaco de causa directa:

Causas:

Heridas cardíacas o contusiones:

Fisiopatología: En las heridas se puede producir una hemorragia externa que termina rápidamente con la vida del paciente o una hemorragia intrapericárdica que produce el síndrome de taponamiento cardíaco, ya que el pericardio inextensible aumenta su tensión produciéndose compresión auricular, ectasia venosa, falta de aporte sanguíneo a los ventrículos y caída del débito cardíaco.

Síntomas: El diagnóstico suele ser sencillo ya que el antecedente, la presencia y localización de la herida, lo hacen presumir, agregándose la hipotensión arterial, ingurgitación yugular que revela el aumento de la presión venosa, disminución de la presión de pulso, apagamiento de los tonos cardíacos, palidez (síntoma de anemia aguda).

... de la ... (...) ... en la ... (...) ... en la ... (...) ...

... Cuando se trata de un ... puede ... en el ... con tal ... a ... el ... en ...

... en que el ... de ... en ...

... el ... de ... en ...

... el ... de ... en ...

... de la ...

... de los ...

... por ... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

1) Tratamiento: Debo efectuar pericardiocentesis y reemplazo de sangre, mientras se va a la operación de urgencia.

2) Las contusiones cardíacas son frecuentes y se explican porque el corazón es muy vulnerable, por estar muy cerca de la columna y del esternón, y puede fácilmente lesionarse.

3) Fisiopatología: Puede no haber alteraciones o producirse arritmias o síntomas de insuficiencia cardíaca.

4) El diagnóstico a menudo es difícil y no se hace con frecuencia. Las lesiones pueden ser de todos los grados, desde la simple contusión con equimosis epicárdica hasta los desgarros miocárdicos, pero se han descrito muertes aún por un golpe en el esternón que sólo produjo petequias del epicardio. Por lo general, salvo la ruptura del miocardio o una arritmia fatal, no se producen manifestaciones que permitan el fácil diagnóstico clínico o radiológico.

Puede considerarse segura la contusión cardíaca cuando hay fractura esternal. El E.C.G. puede demostrar alteraciones en las contusiones y además, se puede comprobar elevación del nivel sérico de la transaminasa glutámica y oxalacética.

5) Tratamiento: Consiste en reposo en cama alrededor de 4 semanas, oxigenación adecuada y las drogas necesarias para normalizar el ritmo y el uso de cardiotónicos.

En los casos que hay paro cardíaco, en general no es aconsejable el masaje cardíaco externo, pues puede producirse mayores lesiones viscerales con los fragmentos de huesos; en estos casos es preferible ir a la toracotomía.

3) Pérdida del volumen sanguíneo:

En los traumatismos torácicos es muy frecuente la hemorragia que, cuando es importante, produce hipovolemia y shock. Pero el shock en los traumatismos torácicos a menudo es de origen mixto por mecanismos fisiopatológicos dependientes de la alteración respiratoria y circulatoria (neumotórax abierto, neumotórax a tensión, respiración paradójica, obstrucción respiratoria, taponamiento cardíaco), además de la hipovolemia producida por la hemorragia.

Tratamiento: Efectuar el reemplazo del volumen sanguíneo, cuidando de llevar un control muy acucioso y frecuente de la presión venosa que, cuando es alta o sube rápidamente con la transfusión sin que mejoren la presión arterial y el shock, revela la existencia de alteraciones cardiorrespiratorias que es urgente corregir.

CLASIFICACION DE LOS TRAUMATISMOS TORACICOS

Revisaremos los distintos tipos anatómicos de traumatismos torácicos y el trasfondo fisiopatológico que producen.

Los traumatismos torácicos en el politraumatizado pueden clasificarse en dos grupos:

1) Penetrantes, como son las heridas en que la localización y dirección del agente vulnerante hace presumir los órganos lesionados.

2) No penetrantes, que son producidos por golpes o choques violentos y en los cuales con frecuencia se lesionan órganos intratorácicos. Considerando la lesión predominante, pueden clasificarse en:

- 1) Lesión de las paredes torácicas;
- 2) Lesión del mediastino;
- 3) Lesión del aparato respiratorio.

...de los datos estadísticos y económicos de los países, mientras
...de los países desarrollados.

...de los países desarrollados, así como de los países en desarrollo,
...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

...de los países en desarrollo, y de los países en desarrollo.

- 1) Lesiones de la pared torácica: pueden variar desde la contusión simple, fractura costal a lesiones muy extensas, pero no hay que olvidar que aún sin que existan lesiones viscerales se pueden producir trastornos fisiopatológicos que ponen en peligro la vida del enfermo.
- 2) Contusión y fracturas costales; por el dolor producen alteración de la función, limitación de la ventilación pulmonar, deficiente eliminación de secreciones y atelectasia.
- 3) Heridas penetrantes; pueden producir neumohemotórax, neumotórax abierto, neumotórax a tensión y alteraciones circulatorias.
- 4) Tórax volante; en que hay interrupción de la pared ósea con un fragmento intermedio; se produce respiración paradójica de grados variables.
- 5) Lesiones del diafragma; pueden producir un síndrome de ocupación pleural. Por lo general, esto sucede en el lado izquierdo y se debe a heridas penetrantes o a graves contusiones abdominales con aumento de la presión intraabdominal, ruptura del diafragma y paso de vísceras al tórax. Debe considerarse esta posibilidad en los traumatismos torácicos y abdominales para evitar el riesgo de punciones.
- 6) Lesiones mediastínicas:
 - 1) Lesiones del corazón; producen alteraciones circulatorias, paro cardíaco y anemia aguda, taponamiento cardíaco.
 - 2) Lesiones aórticas; producen hemorragias que determinan la muerte inmediata por anemia aguda o, en algunos casos, un falso aneurisma que se ubica distalmente respecto de la arteria subclavia izquierda, que es la zona de transición entre la posición fija y móvil.
 - 3) Lesiones de vasos mediastínicos menores, como mamaria interna, que pueden a veces producir hemomediastino, pero por lo general se abren a la pleura y dan hemotórax (síndrome de ocupación pleural) no controlable con la expansión pulmonar y que requieren intervenciones.
 - 4) Lesiones esofágicas; son raras en los traumatismos torácicos. Producen neumotórax, enfisema mediastínico, dolor, disfagia y precoces síntomas sépticos, mediastinitis, empiema.
 - 5) Lesiones del conducto torácico; también raras. Se manifiestan por derrame rosado o lechoso. Suelen cerrarse espontáneamente. En los casos en que persisten, debe intervenir y ligar el conducto.
- 7) Lesiones del aparato respiratorio:

El síntoma fundamental de la lesión de las vías respiratorias es la salida de aire a los tejidos (enfisema) y a la cavidad pleural (neumotórax).

 - 1) Heridas traqueobronquiales; suelen producirse en los traumatismos torácicos graves con fracturas de las costillas superiores. Se caracteriza por neumotórax no controlable con la aspiración, o por neumotórax a tensión. Además, hemoptisis y enfisema mediastínico.
 - 2) Heridas pulmonares, que son de grados muy variables, y que se deben en general al desplazamiento de un fragmento costal que lesiona el pulmón. Se produce neumotórax, hemotórax y enfisema subcutáneo. Se requiere a veces intervención cuando el hemotórax o neumotórax no es controlable y no hay expansión.
 - 3) Heridas de los vasos hiliares del pulmón; producen anemia aguda y hemotórax que no se controla con la aspiración,

Contusión pulmonar: produce grados muy variables de hipoventilación y alteraciones de la relación ventilación-perfusión, disminución de la "compliance".

TRATAMIENTO DE URGENCIA

Hay que tener presente que debe procederse a un examen y tratamiento práctico simultáneo; se debe corregir las alteraciones fisiopatológicas vitales en primer término.

El objetivo primordial del tratamiento en los pacientes con traumatismos torácicos es proveer una buena oxigenación, que requiere a su vez que la función pulmonar, la función circulatoria y el volumen circulatorio sean adecuados; es necesario un plan de aplicación inmediata para la corrección de estos trastornos fisiopatológicos y anatómicos que impiden o limitan la función respiratoria o cardiovascular, y después proseguir con la evaluación de las lesiones con más detalle.

Es necesario verificar si la vía aérea está expedita o si la función respiratoria está alterada, por lesión de los centros nerviosos, si hay limitación por el tórax, por lesiones del parénquima o por ocupación pleural, etc.

El sistema cardiovascular debe ser simultáneamente evaluado para apreciar si existe una función cardíaca adecuada y un volumen suficiente. El Departamento de Salud Pública de Estados Unidos considera indispensable para realizar una atención eficiente:

- Adecuado sistema de comunicaciones (radio-conectadas con las ambulancias).
- Educación del público: ciertas medidas de urgencia básicas, obligatorias para todos los que tengan cierto grado de educación.
- Educación que comprenda perfeccionamiento de médicos, enseñanza indispensable para los paramédicos y, especialmente, a personal de ambulancia a través de cursos sobre atención de urgencia.
- Standardizar los equipos en las ambulancias.

deberán tener:

- Elementos para rescatar a los accidentados.
- Equipos para reestablecer o mejorar la función respiratoria y circulatoria, de aspiración, y traqueotomía, etc. Sustitutos de plasma. Oxígeno.
- Para inmovilizar.

¿qué es posible realizar en el sitio del accidente o durante el traslado?

1) Función respiratoria

2) Función circulatoria

3) Presencia de Shock

Decidir prioridad de tratamiento. Tratar el paro o insuficiencia respiratoria - respiración artificial boca a boca. Tratar la obstrucción respiratoria. Tratar una herida torácica con neumotórax abierto. Tratar una hemorragia externa, por compresión, ligadura, sutura. Iniciar el tratamiento del shock. Reponer el volumen sanguíneo. Tratar el dolor.

tratamiento en la Posta de Urgencia: Controlar:

Shock. Alteraciones respiratorias. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Examinar el tórax en los síndromes de ocupación pleural. Controlar la respiración pulmonar. Reparación de las heridas, del neumotórax abierto. Completar el estudio del enfermo analizando: antecedentes del traumatismo, efectuar un examen físico completo, examen radiológico de tórax, exámenes de laboratorio y realizar la intervención quirúrgica de urgencia.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

El presente informe tiene como finalidad proporcionar información y datos sobre la situación actual de la agricultura en el país.

INDICACION QUIRURGICA DE URGENCIA EN LOS TRAUMATISMOS TORACICOS

No pasa del 10% de los casos. Es preciso insistir: ni la lesión penetrante ni traumatismo cerrado son indicaciones por sí, siendo necesario individualizar cada caso.

Taponamiento cardíaco o herida cardíaca.

Grandes lesiones parietales, heridas penetrantes con gran destrucción de la pared torácica.

Hemotórax persistente, con ritmo de pérdida de sangre de 250 cc. por hora o más, no tiende a disminuir y en que no se logra expandir el pulmón. Indica lesión de las hiliares o sistémicas.

Lesiones esofágicas, tan pronto se sospecha su existencia.

Lesiones del diafragma.

Neumotórax no controlado por la aspiración, es decir, que no se obtiene presión negativa ni expansión pulmonar. Indica lesión de bronquio mayor:

Control de los traumatismos del tórax: debe ser cuidadoso y frecuente por parte del médico, y requiere una vigilancia permanente del personal paramédico debidamente entrenado.

Control clínico: en él es necesario destacar el valor de los signos vitales, presión arterial, pulso y, en especial, de la presión venosa.

La diuresis horaria y el estado de la piel (caliente, rosada y seca en contraste con la piel fría, cianótica y húmeda del shock), son buenos índices de perfusión tisular. La vigilancia del drenaje intraploureal, siendo necesario medir cantidad de sangre cada 15 minutos, es importante ya que ésta servirá de criterio para indicar o no intervención quirúrgica. Igualmente es importante precisar si se logra obtener presión negativa intratorácica y expansión pulmonar, pues en caso contrario también podrá recurrirse a la intervención.

Apreciación clínica de la función respiratoria, basada en la amplitud de los movimientos torácicos, intensidad del murmullo vesicular en las bases, presencia o no de secreciones y efectividad de la tos. En las traqueostomías, se requiere técnica adecuada para la aspiración de secreciones.

La ayuda del laboratorio es muy valiosa; desgraciadamente no se cuenta a menudo con los equipos necesarios.

Será fácil determinar un hematocrito, pero no así el volumen sanguíneo; tampoco es posible muchas veces medir pH, pCO₂ y pO₂, en sangre arterial, a pesar de que estos últimos son el índice más fiel y precoz de la eficiencia de la función respiratoria. El pCO₂ sube de 45 mm. de mercurio y el pO₂ baja de 70 mm. de Hg, ello significa que la ventilación es inadecuada. La importancia del aumento de la gradiente del O₂ alvéolo arterial en el diagnóstico precoz en las contusiones pulmonares es considerable.

=====

REVISIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se revisan los resultados de la investigación y se discuten los aspectos más importantes de los mismos.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

Los resultados de la investigación se presentan en el capítulo siguiente, donde se describen los datos obtenidos y se analizan los resultados.

TRASTORNOS CIRCULATORIOS PULMONARES

I.- Circulación Pulmonar Normal:

- a) Anatomía.
- b) Fisiología.
- c) Fisiopatología.

II.- Trastornos circulatorios del pulmón:

Clasificación:

- 1.- Obstrucciones vasculares secundarias del pulmón.
 - a) Embolías pulmonares.
 - b) Trombosis arterioescleróticas con o sin ~~cor pulmonale~~ previo.
 - c) Embolías y trombosis esquisotomóticas.
 - 2.- Alteraciones vasculares primitivas del pulmón.
 - a) Poliarteritis nodosa y angeitis afines.
 - b) Hipertensión pulmonar primaria.
 - c) Dilatación idiopática de la arteria pulmonar.
 - d) Tromboarteritis pulmonar primaria.
 - 3.- Hipertensión pulmonar secundaria a cardiopatías izquierdas.
 - a) Pulmón mitral.
 - b) Edema agudo del pulmón.
 - c) Trombos y tumores auriculares izquierdos.
 - 4.- Cor pulmonale secundario a hipoxia alveolar y/o angiopatía del circuito menor.
 - 5.- Cortocircuitos pulmonares.
 - a) Shunt aórtico-pulmonar.
 - b) Fístulas y hemangiomas arteriovenosos pulmonares.
 - c) Drenajes anómalos de las arterias pulmonares.
- Hipertensión Pulmonar Primaria.
- a) Frecuencia.

BOGOTÁ : Dr. David Salas Salas
3 de Agosto de 1970

INSTITUTO DE CIENCIAS
MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
BOGOTÁ

TRASTORNOS CIRCULATORIOS PULMONARES

Trastorno Pulmonar Secundario

Trastornos circulatorios del pulmón

Trastornos circulatorios secundarios relacionados del pulmón

Trastornos circulatorios secundarios relacionados con el sistema pulmonar

Trastornos circulatorios secundarios relacionados con el sistema pulmonar

Trastornos circulatorios secundarios relacionados con el sistema pulmonar

Trastornos circulatorios secundarios relacionados con el sistema pulmonar

Trastornos circulatorios secundarios relacionados con el sistema pulmonar

Trastornos circulatorios secundarios relacionados con el sistema pulmonar

Dr. David Salas Salas

b) Anatomía Patológica.

c) Fisiopatología.

d) Clínica.

e) E.C.G.

f) Radiología.

IV.- Poliarteritis Nodosa Pulmonar.

a) Hemosiderosis Pulmonar Idiopática.

b) Granulomatosis de Wegener.

c) Pulmón Eosinófilo o Síndrome de Loeffler.

V.- Embolia Pulmonar Esquizostomiásica.

VI.- Fístulas o Aneurismas arteriovenoso-pulmonares.

VII.- Secuestro Broncopulmonar o lóbulo pulmonar de Rokitansky.

VIII.- Lóbulo Acigos.

=====

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...
- 6) ...

- 7) ...
- 8) ...
- 9) ...
- 10) ...
- 11) ...
- 12) ...
- 13) ...
- 14) ...
- 15) ...
- 16) ...
- 17) ...
- 18) ...
- 19) ...
- 20) ...

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA TUBERCULOSIS

I.- ASPECTOS GENERALES:

- 1.- Fuentes de Información.
- 2.- Tendencia de la enfermedad.
- 3.- Estudios especiales de mortalidad.

II.- EL PROBLEMA EN CHILE:

- 1.- Aspectos generales.
- 2.- Estudio de la infección y su tendencia.
- 3.- Estudio de la morbilidad y su tendencia.
- 4.- Estudio de la mortalidad y su tendencia.
 - a) Mortalidad por grupos de edad.
 - b) Mortalidad por provincias.
 - c) Mortalidad según localización.
 - d) Mortalidad según sexo.
 - e) Mortalidad según sexo y localización.

=====

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIONES DE LA UNIVERSIDAD

- 1.- Fuentes de Información.
- 2.- Metodología de la Investigación.
- 3.- Métodos especiales de recolección.

- 4.- Estadística de la recolección y su tratamiento.
- 5.- Estadística de la información y su tratamiento.
- 6.- Estadística de la recolección y su tratamiento.
- 7.- Estadística de la recolección y su tratamiento.
- 8.- Estadística de la recolección y su tratamiento.
- 9.- Estadística de la recolección y su tratamiento.
- 10.- Estadística de la recolección y su tratamiento.

EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CHILE

SINTESIS DE LA SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LA TBC EN CHILE:

- a) Infección.
- b) Morbilidad.
- c) Mortalidad.

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TBC EN CHILE:

- a) Pesquisa: Abreugrafía - Bacteriología.
- b) Tratamiento de los casos: Drogas utilizadas - Tratamiento controlado.
- c) Protección de la población susceptible: vacunación BCG.
- d) Adiestramiento del personal: Médicos generales - Otro personal.
- e) Educación: grupos seleccionados - Técnicas usadas.

LA LABOR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TBC:

- a) Coordinación con el programa Materno-Infantil.
- b) Acción frente a la comunidad.
- c) La situación del programa de la IV Zona de Salud.

ASPECTOS PREVISIONALES EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TBC:

- a) Derechos y beneficios.
- b) Tramitación de los derechos.
- c) Algunos resultados parciales.

=====

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
SECRETARIA DE ECONOMIA
1 de Agosto de 1950

SECRETARIA DE ECONOMIA
SECRETARIA DE ECONOMIA

TESTAMENTO

Yo, el infrascripto, Sr. [Nombre], de edad de [Edad] años, legítimamente casado con Sr. [Nombre], y en pleno uso de mis facultades, declaro que he hecho este testamento en la forma siguiente: [Contenido del testamento]

En fe de lo cual, he firmado y sellado el presente testamento en la ciudad de [Ciudad], a los [Días] días del mes de [Mes] de [Año].

Yo, el infrascripto, Sr. [Nombre], de edad de [Edad] años, legítimamente casado con Sr. [Nombre], y en pleno uso de mis facultades, declaro que he hecho este testamento en la forma siguiente: [Contenido del testamento]

En fe de lo cual, he firmado y sellado el presente testamento en la ciudad de [Ciudad], a los [Días] días del mes de [Mes] de [Año].

Yo, el infrascripto, Sr. [Nombre], de edad de [Edad] años, legítimamente casado con Sr. [Nombre], y en pleno uso de mis facultades, declaro que he hecho este testamento en la forma siguiente: [Contenido del testamento]

Reinfección endógena: (Progresión post-primaria):

- Foco pulmonar primario: se desintegra.
- Ganglio linfático caseoso: abierto a bronquio.
- Foco ganglionar: diseminación linfática o hemática.
- Focos apicales: exacerbación aún años después de estar estacionarios.

Todo debido a bajas de las defensas: alcoholismo, cirrosis, diabetes, infecciones, embarazo, tratamientos, esteroidales, etc.

Reinfección exógena: por contagio con individuo enfermo = infiltrado precoz de Assmann.

Sobre infección: reinfección exógena en enfermo con lesión activa.

Formas de diseminación:

Ematógena, broncógena, linfática, extensión directa, diseminación pleural.

Alteraciones anátomo-patológicas:

Exudación: infiltración-caseum.

Producción: tejido de granulación: tubérculo.

Destrucción tisular: clasificación, reblandecimiento, ulceración = Caverna.

Correlación histopatológico-radiológica:

Lesión exudativa: más tenue, densidad decreciente desde el centro a periferia.

Lesión productiva: disposición micronodular de bordes precisos.

Caverna: sin pared propio - caverna joven - caverna crónica.

Formas anátomo-clínicas:

Exudativo-caseosas:

Infiltrado precoz

Cavitaria

Fibro-caseosa común = forma mixta más frecuente en adulto.

Productivo-nodulares:

Focos apicales (primarios).

Formas acinonodosas.

Preferentemente caseosas:

Neumonía caseosa

Bronconeumonía caseosa.

Preferentemente fibrosa:

Fibrosis difusa.
Fibrosis densa.
Fibrotórax.

Pseudotumorales:

Tuberculoma.

Formas bronquiales:

Bronquial pura: diagnóstico sólo bacteriológico (eventualmente broncoscópico).
Bronquitis asociada a TBC parenquimatosa: Cavernas insufladas.
Bronquitis TBC localizada: atelectasia.

Formas evolutivas:

Agudas: Miliar, neumonia y bronconeumonia caseosa.
Subagudas: Miliar.
Crónicas: productivo - nodulares, fibrosas.

Formación

Progresión

Curación:

Resolución
Disminución de tamaño
Encapsulación
Calcificación
Fibrosis:

Cavernas: disminución de tamaño
(cuando no insufladas).
Aposición de paredes: fibrosis
Bloqueo: caseoso u obstrucción
bronquial
Reepitelización o revestimiento
fibroso: "cavidad abierta curada"

1944

Mr. J. Edgar Hoover
Director
Federal Bureau of Investigation
Washington, D. C.

Dear Sir:

I am writing to you regarding the information received from the confidential source mentioned in your letter of the 10th instant. The source has advised that the individual named in your letter is currently residing at the address mentioned above and is engaged in the business of selling and distributing the material mentioned in your letter.

The source has also advised that the individual mentioned in your letter is in contact with several other individuals who are also engaged in the same business. It is suggested that you may wish to attempt to identify these other individuals.

I am sure that you will find this information of interest and will take the appropriate action. If you have any questions or need further information, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,
Special Agent in Charge

Very truly yours,
[Signature]

Enclosed for you are two copies of a report prepared by the confidential source mentioned above. The report contains information regarding the activities of the individual mentioned in your letter and the other individuals mentioned above. The report also contains information regarding the source's observations of the individual mentioned in your letter and the other individuals mentioned above.

TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO:

Bacteriológico:

El diagnóstico de la TBC es bacteriológico.

La demostración del bacilo de Koch es un requisito esencial en el diagnóstico de la TBC pulmonar.

Examen directo: Ziehl-Neelsen. (Concentración) Gaffky I. - X. Contenido gástrico: hisopado faríngeo.

Cultivo: mayor proporción de positividad 20 - 30%.
Estudio de sensibilidad.

Inoculación: sirve en casos especiales.

5% de casos: excepción: tratamiento sin demostración de b. de Koch.

Radiología:

Forma parte del cuadro clínico. El monto de diagnóstico y control de la evolución.

Tuberculina:

Extractos de cultivos:

Tuberculina vieja (OT): 1:10.000; 1:1000; 1:100; 1:10.

PPD (RT23 con Tween 80= estabilizador que permite mantener la potencia hasta 6 meses): 2 y 10 UI.

Reacción positiva "alergia TBC": existencia de lesión tuberculosa en alguna parte del organismo, probablemente con bacilos vivos.

Reacción negativa a 10 UI (o incluso más concentrada): descarta TBC, Excepto:

- 1.- Período de incubación: 3 - 7 semanas.
- 2.- Lesiones completamente cicatrizadas y calcificadas.
- 3.- TBC miliar, meningitis, TBC terminal.
- 4.- Anergia: sarampión, otras virosis, Hodgkin, sarcoidosis.
- 5.- Tratamientos corticosteroidales.
- 6.- Ultimos meses del embarazo.
- 7.- Tuberculina inactiva.
- 8.- Mala técnica: dificultades de técnica; diversidades de interpretación.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE INTERIORES
SECRETARÍA DE DEFENSA
SANTO DOMINGO

BOLETIN : No. 1000

INFORMACIONES

INFORMACIONES

SECRETARÍA

El presente informe tiene por objeto informar a la Honorable Cámara de Diputados sobre el estado de la industria de la lana en Chile.

La industria de la lana en Chile ha experimentado un crecimiento constante en los últimos años, debido a la demanda creciente de la lana en el extranjero.

El principal problema que enfrenta la industria de la lana en Chile es la falta de inversión en tecnología y maquinaria moderna.

Para superar este problema, se requiere del apoyo del Estado y de los inversionistas privados.

El presente informe contiene un estudio detallado de la industria de la lana en Chile, así como de las medidas que se deben tomar para mejorar su competitividad.

Se espera que este informe sea de utilidad para la Honorable Cámara de Diputados y para el público en general.

En esta parte del informe se describen los principales productos de la industria de la lana en Chile.

Los principales productos de la industria de la lana en Chile son la lana cruda y la lana hilada.

La lana cruda es el producto principal de la industria de la lana en Chile.

La lana hilada es el producto secundario de la industria de la lana en Chile.

La lana cruda se produce en las zonas montañosas de Chile, principalmente en la zona de la Cordillera de los Andes.

La lana hilada se produce en las zonas industriales de Chile, principalmente en la zona de la Gran Zona Industrial.

La lana cruda se exporta principalmente a los Estados Unidos y a Europa.

La lana hilada se exporta principalmente a los Estados Unidos y a Europa.

La lana cruda y la lana hilada son productos de gran importancia para la economía de Chile.

El presente informe contiene un estudio detallado de la industria de la lana en Chile, así como de las medidas que se deben tomar para mejorar su competitividad.

Se espera que este informe sea de utilidad para la Honorable Cámara de Diputados y para el público en general.

Varaje tuberculínico: sinónimo de enfermedad TBC clínica o subclínica.

PPD positivo en niños menores de 5 años: necesidad de tratamiento.

Utilidad en: diagnóstico diferencial.
Encuestas.

PPD negativos 25 hasta 65% en 1° preparatoria (BCG dura \pm 4 años).

Histología:

Broncoscopía, biopsia pleural, biopsia pulmonar, biopsia preescalénica y de ganglios mediastínicos.

Investigación bacteriológica en otras secreciones y tejidos: orina, endometrio flujo genital, pus, LCR, etc.

Exámenes secundarios: VHS: 40% normal en lesiones mínimas.
Hemograma: anemia, linfopenia.

PESQUISA: Programas de control, encuestas en grupos con probabilidades de estar infectados.

Diagnóstico de actividad: antecedentes, síntomas clínicos, aspecto radiológico (lesiones exudativas: sugieren actividad; caverna: afirma actividad);
VHS, bacteriología. Utilidad de controles radiológicos seriados.
Hemoptisis no siempre traduce actividad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Toda lesión tuberculosa es de regresión lenta: si es rápida = otra etiología.

Tendencia a formación de cavernas.

Neumonía y bronconeumonía caseosa con los mismos cuadros otra etiología, especialmente Klebsiella y estafilococo.

Cáncer broncogénico: coexistencia.

Coexistencia con enfisema, bronquitis, bronquiectasias.

Otras imágenes: nodulares: neumoconiosis, carcinomatosis.
Fibrosas: sarcoidosis, Hamman-Rich.

CONDICIONADO:

Condicionado por:

Posibilidad de realizar tratamiento adecuado: asociado, prolongado, controlado.

Ausencia de tratamientos previos inadecuados: responsabilidad del médico en gran parte.

Posibilidades quirúrgicas en casos indicados: cavernas, fibrosis con retracciones, bronquiectasias.

Faint, mostly illegible text at the top of the page, possibly containing a header or introductory paragraph.

Todo lo que se refiere a la...
El presente documento...

Resolución de...
El presente documento...

Terreno: alcoholismo, cirrosis, diabetes, características inmunológicas.

Extensión de lesiones.

Calidad de las lesiones: las exudativas tienen mejor respuesta terapéutica = tratamiento iniciado a tiempo.

Intensidad de síntomas clínicos.

Edad:

Niño: diseminaciones.

Adolescente: inestable.

Adulto joven: mejor pronóstico.

Viejo: poca actividad

Invalidez: en^isema; Más obstrucción que restricción

Fibrosis, bronquiectasias

Insuficiencia respiratoria.

Corazón pulmonar.

20% de tuberculosos muertos a los 10 años de observación (?).

=====

Compartido (compartido)

Familiares (familiares)

Exposición (exposición)

Historia (historia) Familiares

Exposición (exposición) Exposición

Historia (historia) Exposición

Historia

Exposición

Historia

Exposición

1941-1942
Tercera: alcoholismo, cirrosis, diabetes, hipertensión arterial, etc.

Exposición de motivos.
Cálculo de las lesiones: las lesiones de los tejidos conectivos se producen a través de un proceso de transformación de los tejidos conectivos.

Mejor: Meiosis
Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis

Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis

Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis
Meiosis: Meiosis

DOCENTE : Dr. Emilio Escobar
12 de Agosto de 1970

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Gastón Casparro
12 de Agosto de 1970

R A D I O L O G I A

1.- IMPORTANCIA

Observación de lesiones
Tipo de lesiones
Extensión de lesiones

2.- RADIOSCOPIA

Dinámica (cavernas, exudados, etc.)
Dinámica torácica.

3.- RADIOGRAFIA

Documento gráfico
Análisis lesional
Comparación (evolución)
Precisión lesional
Diagnóstico diferencial
Técnicas especiales: Planigrafía
Broncografía
Posición oblicua

4.- EXTENSION O AVANCE

Mínima
Moderada
Avanzada
Muy avanzada

=====

DOCUMENTO : Sr. Norman Kilduff
19 de Agosto de 1970

MEMORANDO DE LAS ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES

UNIDAD GENERAL

1. - En la actualidad.

2. - Puntos de datos.

UNIDAD DEL REGISTRO

1. - Características de la actividad.

2. - Métodos y técnicas.

3. - El control de las unidades.

4. - Otras actividades del aparato administrativo.

UNIDAD DE CALIFICACION

1. - Características de la actividad.

2. - Métodos de trabajo.

3. - Características de las actividades.

UNIDAD DE INVESTIGACION

Alteración coagulación.

Delta fiebre.

Ipoergia.

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Emilio Roessler
20 y 21 de Agosto de 1970.-

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA)

- Volumen y osmolaridad urinaria como parámetro de función renal.
- Concepto de I.R.A.: "incapacidad aguda del riñón para mantener la homeostasis y que se manifiesta por una reducción del volumen de orina a valores inferiores de 400 ml/día!"
- Concepto de I.R.A. cualitativa.
- Clasificación de la I.R.A.:
 - Pre Renal
 - Renal
 - Post Renal
- I.R.A. Pre Renal:
 - a) Concepto: "I.R.A. por trastorno funcional puro, reversible, sin alteración anatómica.
 - b) Cambios funcionales: isquemia renal
actividad hormonal an. diurética.
 - c) Causas clínicas: deshidratación, hipotensión, shock, insuficiencia cardíaca.
 - d) Diagnóstico diferencial con I.R.A. "Renal":
 - d1) Orina Na bajo; Urea, densidad, osmolaridad altos.
 - d2) U / P.
 - d3) PVC - Presión Arterial. Débito cardíaco.
 - d4) Test Manitol.
- I.R.A. Post Renal:
 - a) Causas : obstructiva.
 - b) Caracteres: anuria total.
Orina físico químicamente normal.
 - c) Días: Rx renal simple
Renograma
(Cistoscopia).
- I.R.A. Renal.

DOCUMENTO: Para Familia Nacional
NO 7 51 de Agosto de 1970

ESTADO DE CALIFORNIA
SECRETARÍA DE SALUD

INFORMACIÓN A LOS PADRES (IRA)

Los padres de los niños que participan en el programa de Inmunización de la I.R.A. son responsables de proporcionar información sobre el estado de salud de sus hijos. Si un niño tiene una enfermedad o está tomando medicamentos, los padres deben avisar al médico de la clínica de inmunización. La información que se proporciona en este documento es para ayudar a los padres a comprender mejor el programa de inmunización de la I.R.A. y cómo participar en él.

El programa de inmunización de la I.R.A. es un programa de inmunización que proporciona inmunización gratuita a los niños de la I.R.A. que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Los padres deben asegurarse de que sus hijos estén inscritos en el programa de inmunización de la I.R.A. y que reciban todas las inmunizaciones recomendadas. La información que se proporciona en este documento es para ayudar a los padres a comprender mejor el programa de inmunización de la I.R.A. y cómo participar en él.

Los padres deben asegurarse de que sus hijos estén inscritos en el programa de inmunización de la I.R.A. y que reciban todas las inmunizaciones recomendadas. La información que se proporciona en este documento es para ayudar a los padres a comprender mejor el programa de inmunización de la I.R.A. y cómo participar en él.

Los padres deben asegurarse de que sus hijos estén inscritos en el programa de inmunización de la I.R.A. y que reciban todas las inmunizaciones recomendadas. La información que se proporciona en este documento es para ayudar a los padres a comprender mejor el programa de inmunización de la I.R.A. y cómo participar en él.

Los padres deben asegurarse de que sus hijos estén inscritos en el programa de inmunización de la I.R.A. y que reciban todas las inmunizaciones recomendadas. La información que se proporciona en este documento es para ayudar a los padres a comprender mejor el programa de inmunización de la I.R.A. y cómo participar en él.

Alteración coagulación.

Falta fiebre.

Hipergeria.

Base anatómicas: Necrosis túbula aguda
 Necrosis cortical bilateral
 Papilitis necrotizante
 Glomerulitis aguda
 Angiitis
 Trombosis vascular
 Depósito sustancias anormales (Calcio, Proteína).

Patogenia de la NTA:

Factores isquémicos: locales reguladores circ. renal
 Shunt Trueto
 Renina

Tóxicos.

Causa anuria NTA:

- 1.- Mantenición isquemia
- 2.- Obstrucción tubular
- 3.- Aumento presión intra renal
- 4.- Difusión retrógrada

Causas clínicas.

Alteración fisiopatológica y bioquímica:

- e1) Fase oligoanuria: 1.- Sobre hidratación - hiponatremia
 2.- Acumulación catabolitos met. prctífico.
 3.- Hiperkalemia.
 4.- Acidosis metabólica.
 5.- Hiper magnesemia.
 6.- Hiper fosfemia - hipocalcemia.

- e2) Fase recuperación diuresis: 1.- Capacidad concentrar se recupera lento
 2.- Continua alza de urea algún tiempo.
 3.- A veces poliuria.
 4.- Hiperkalemia.
 5.- Pérdida vitamina hidro soluble.

Clínica:

- 1.- Síntomas propios agente etiológico
- 2.- Neurológica
- 3.- Cardiovascular
- 4.- Digestivo.
- 5.- Hematológica. Leucocitosis. Anemia.

Alteración coagulación.

Alta fiebre.

Ipergemia.

Metabolismo protéico redunde.

Deficiente anuria total.

Deficiente hipertensión.

Paradójico.

Tratamiento fase oligo anuria:

Tratamiento médico: Diálisis precoz y repetida.

- Dieta: volúmen 500 ml. agua.

Objetivo: frenar catabolismo protéico (20 gr. proteína alto valor biológico y mínimo 100 gr. glucosa).

- Tratamiento acidosis: (CO₂ menor 10 mEq/l.).

Tratamiento hiperkalemia: Redistribución del K.
Antagoniza el K.
Elimina el K.

Tratamiento hiponatremia: dar Na de excepción.

Si es menor de 20 a 25%.

Indicaciones: uso antibióticos en la I.R.A.

Diálisis: Peritoneal: principio
técnica
problema

Extracórporea: principio
técnica
problema

Indicaciones: ¡Criterio "Profiláctico"!

Tratamiento fase recuperación diuresis:

Evitar poliuria peligrosa.
Tratar con la kalemia.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (I.R.C.) (1º Parte)

Concepto de I.R.C.:

Daño persistente de la función renal de comienzo progresivo que con el tiempo determina una incapacidad de los riñones para mantener el medio interno normal.

Bases anatómicas de la I.R.C.: Lesión glomerular.
Lesión tubular.
Lesión vascular.

Inicialmente se compromete una de las estructuras señaladas preferentemente pero tarde o temprano compromiso global.

Funcionamiento del Riñón insuficiente:

- a) Pérdida de la flexibilidad de adaptación.
Disminución en la velocidad de adaptación.
- b) Funciona en condiciones de diuresis osmótica:
Pérdida capacidad concentración Isostenuria c/ fase poliuria y fase oliguria.
- c) Teoría de la "nefrona intacta".
- d) En algunos casos se evidencia preferentemente la alteración funcional de estructura comprometida:
Ejemplo: Tubulopatías.

Causas de Insuficiencia Renal Crónica:

- a) Enfermedades posiblemente debidas a reacción anormal antígeno anticuerpo.
Glomerulo nefritis
Poliarteritis nodosa
Lupus eritematoso diseminal
EBSH
Púrpura anafilactoidea.
- b) Hipertensión.
- c) Infecciones: Pielonefritis
Tuberculosis.

SECRET
1950

INTERNATIONAL BUREAU OF THE
COMMUNIST PARTY (U.S.C.) (CP)

The following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past and is being furnished to you for your information.

The above information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past and is being furnished to you for your information.

The above information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past and is being furnished to you for your information.

The above information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past and is being furnished to you for your information.

d) Obstrucciones del tacto urinario:

Obstrucción Prostática.
Cálculos.

e) Enfermedad metabólica:

Diabetes
Gota
Hipercalcemia
Amiloidosis

f) Vasculares:

Trombosis vena renal.

g) Tóxicas:

Penicilina
Radiación

h) Lesiones congénitas:

Alteración bioquímica por la I.R.C.:

a) Metabolismo del agua:

Incapacidad concentrar
Incapacidad excretar sobrecarga de agua

b) Metabolismo del ion hidrógeno:

- incapacidad excretar H^+ = acidosis metabólica
- causa: disminuye síntesis amonio
disminuye excreción H^+ libre
- Importancia hueso como tampón.

c) Metabolismo del sodio:

- incapacidad excretar sobrecarga Na
- incapacidad ahorrar Na
- nefropatía perdedora de sodio

d) Metabolismo potasio:

gran tendencia hiperkalemia por retención y redistribución del K.

e) Metabolismo del calcio:

- disminución excreción renal
- disminución absorción intestinal
- redistribución del calcio
- hiperparatiroidismo secundario

Administración del Estado
Departamento de Educación
Bogotá

Oficina de Asesoría Técnica

Asesor
Asesor
Asesor

C. A. H. M. H. M.

Asesor
Asesor

Asesor

Asesor

1960

1960

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

1960

1960

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Asesor

Enfermedades óseas secundarias:

- Osteomalasia
- Osteitis fibrosa
- Osteoderosis

Metabolismo del Magnesio:

- Disminución de excreción
- Disminución de absorción intestinal
- Riñones sobrecarga

Metabolismo del fosfato:

Aumento excreción por hiperparatiroidismo secundario
Se retiene con clearance bajo 10 a 20 ml x minuto

Metabolismo protéico:

- retención urea: significado.
- retención ácido úrico.
- retención fenoles.
- otras derivado catabolismo protéico.

Metabolismo de los Hidrato de Carbono:

- Hiperglicemia.
- Curva tolerancia glucosa tipo diabético.
- Sensibilidad a la insulina.

Anemia.

Alteraciones de la coagulación.

=====

de la Oficina
de Estudios
Internacionales
del Estado

El presente informe es el resultado de un estudio
realizado en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

El estudio se realizó en el mes de mayo de 1964.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (2º Parte)

I.- SINTOMATOLOGIA:

a) Características de la orina.

Poliuria isostenúrica.

Oliguria isostenúrica.

Nicturia.

Alteración examen de orina (cilindros ceros).

b) Síntomas digestivos.

Anorexia.

Náuseas.

Vómitos.

Hipo.

Fotor urémico.

Hemorragia.

c) Cardiovasculares:

1.- Hipertensión: causas y tipos.

2.- Pericarditis.

3.- Insuficiencia cardíaca: etiología.

4.- Edema agudo de pulmón (puede ser sin hipertensión pulmonar capilar).

d) Neurológicos:

1.- Compromiso de consciencia oscilante.

2.- Convulsiones (raras).

3.- Contracturas pulmonares.

4.- Polineuropatía.

e) Hematológicos:

1.- Anemia: disminución eritropoyetina, factor tóxico, factor hemolítico tardío.

2.- Leucocitosis.

3.- Trombocitopenia.

INVESTIGACIONES REALES CROMICAS (S. PARR)

INTRODUCCION

1) Características de la orina.
Hidratación.
Osmolaridad.
pH.
Distorsión osmótica (distorsión osmótica).

2) Estados fisiológicos.
Insulina.
Glucosa.
Urea.
Bilirrubina.
Pigmentos biliares.
Hemoglobina.

3) Cambios fisiológicos

1 -- Hipertensión: causas y tipos.

2 -- Hipertensión.

3 -- Insulinorresistencia: causas etiológicas.

4 -- Glucosa en la orina (puede ser un signo de hipertensión).
Insulina (puede ser un signo de hipertensión).

1 -- Compromiso de circulación periférica.

2 -- Compromiso (renal).

3 -- Compromiso pulmonar.

4 -- Hipertensión.

1 -- Anemia: características fisiológicas, causas etiológicas, diagnóstico.
Por hemólisis crónica.

2 -- Anemia.

3 -- Anemia.

4) Insulinorresistencia

5) Insulinorresistencia

- 2) Trastornos de la coagulación: disfunción plaquetaria.
- 3) Respiratorios: pulmón urémico, infecciones, pulmonares, pleuritis,
- 4) Cutáneos: caracteres de la piel. Prurito.
- 5) Oseas: osteo distrofia urémica.
 - 1.- Osteo malasia o raquitismo.
 - 2.- Osteitis fibrosa.
 - 3.- Osteo esclerosis.

II.- Evolutividad de la Insuficiencia Renal Crónica:

Depende de naturaleza de la enfermedad, presencia factores descompensantes.

III.- TRATAMIENTO:

- 1.- Factores corregibles: insuficiencia cardíaca, alteración hidro electrolítica, anemia, infecciones, hipertensión.
- 2.- Manejo de la hipertensión:
 - a) Fase precoz debe tratarse.
 - b) Fase tardía: tratamiento muy cauteloso lo suficiente para mejorar función cardíaca sin bajar perfusión renal.
- 3.- Balance de sodio y agua.
- 4.- Manejo de la hiperkalemia.
- 5.- Tratamiento de las infecciones.
- 6.- Tratamiento de la osteo distrofia.
Vitamina D en ocasiones para tiroidectomía parcial.
- 7.- Siempre investigar factores urológicos obstructivos.
- 8.- Dieta: generalidades.
Dieta de Giovanetti para los casos terminales.

... de la ...

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

- a)
- b)

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

IV.- Tratamiento definitivo del insuficiente renal crónico terminal:

Diálisis crónica.
Transplante renal.

En general se inicia diálisis crónica y luego transplante.

- a) Selección del paciente.
- b) Resultados del tratamiento : sobrevida a 2 años 60% en pacientes, 40% en cadáveres (estadística mundial). Algunos equipos hasta 95% sobrevida 2 años.
- c) Problema del costo y psiquis en la diálisis crónica.
- d) Problemas del transplante: rechazo infección agregada, complicación por terapia inmuno depresora.

=====

S I N D R O M E N E F R I T I C O

Definición: Lesión que compromete fundamentalmente los glomérulos.

Clasificación:

1.- Glomérulo nefritis:

- a) difusa aguda, o A de Longcope, o I de Ellis.
- b) difusa crónica o B de Longcope, o II de Ellis.
- c) focal.

2.- Glomérulo nefritis de la periarteritis nodosa.

3.- Glomérulo nefritis del Lupus eritematoso diseminado.

4.- Glomérulo nefritis del Púrpura anafilacticoide.

5.- Glomérulo nefritis de la Radiación Rojal.

6.- Glomérulo nefritis de la Pielonefritis.

Etiología:

1.- Factor infeccioso gérmenes (Estreptococo).

2.- Factor del huésped.
Naturaleza inmunitaria.

Patogenia: Lesión de la membrana basal.

Nefritis experimental: Masugi.

Glomérulo nefritis aguda:

Incidencia: mayor frecuencia en niños.

Etiología.

cuadro clínico:

Departamento de
Economía y Finanzas
Bogotá

El presente documento
se refiere a los
datos de los
recursos humanos
del departamento

BOGOTÁ, D. C., a los 15 días del mes de
enero de 1960.

Señor
Jefe de Oficina

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe tiene por objeto suministrar a la
Comisión de Planeación los datos necesarios para el
estudio de los recursos humanos del departamento de
Bogotá.

Los datos fueron obtenidos de los registros de
la Oficina de Estadística y Censos, a los 15 días
del mes de enero de 1960.

Los datos se refieren a la población residente en
Bogotá, según el censo de 1958.

Los datos se refieren a la población de 15 años
y más.

Los datos se refieren a la población de 15 años
y más, según el sexo.

Los datos se refieren a la población de 15 años
y más, según el nivel de instrucción.

Los datos se refieren a la población de 15 años
y más, según el nivel de instrucción, según el sexo.

Los datos se refieren a la población de 15 años
y más, según el nivel de instrucción, según el sexo,
según el nivel de instrucción.

Oliguria
Hematuria
Edemas
Hipertensión arterial

Exámenes de Laboratorio:

Albuminuria - Anemia - Uremia.
Fondo de ojo.

Complicaciones.

de la complicidad.

Diagnóstico diferencial.

Tratamiento : reposo
régimen
antibióticos
de las complicaciones

Glomerulo nefritis crónica:

etiología.

Complicaciones: Hipertensión arterial
Síndrome edematoso
síndrome urémico
Trastornos oculares
Síndrome urinario

Exámenes de laboratorio: síndrome urinario
uremia
anemia
pruebas funcionales

Tratamiento: régimen
anemia
de las complicaciones: uremia - diálisis.

Nefritis focal.

Nefritis del Lupus y otras.

1917 - 1918

Almanac - 1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

1917 - 1918

NEFROPATIAS VASCULARES

I.- TROMBOSIS ARTERIA RENAL

- a) Causas: Ateromotosis
Embolias arteriales: Est. mitral
E.B.S.A.
Enfermedades arteriales periféricas

b) Patología.

c) Síntoma: Dolor. Hematuria rara.
Hipertensión si es incompleto.

d) Pronóstico.

e) Tratamiento.

II.- TROMBOSIS VENA RENAL

a) Causas:

1.- Aguda: lactantes y niños con deshidratación severa e infección severa.

2.- Gradual: Trombosis cava.
Carcinoma túbulo renal.
Infecciones renales.
Amiloidosis.
Primaria.

b) Patología.

c) Síntomas: Dolor (en la aguda).
Oliguria.
Proteinuria (síndrome nefrótico).
Hematuria.
Síntomas y signos de trombosis cava a vena.

d) Diagnóstico.

e) Tratamiento.

SECRET

SECRET

- a) Hipotesis de la "..."
- b) Hipotesis de la "..."
- c) Hipotesis de la "..."

SECRET

SECRET

SINDROME NEFROTICO

I.- Aclaración del concepto.

- 1.- Evolución histórica: - "nefrosis"
- "nefrosis lipóidea"
- Síndrome nefrótico

2.- Definición actual.

II.- Etiología:

1.- Síndrome nefrótico primitivo:

- a) Glomérulo nefritis post estreptocócica.
- b) Glomérulo nefritis de origen desconocido.

2.- Síndrome nefrótico secundario:

a) A una enfermedad general:

- Trastorno metabólico: diabetes Mellitus
amiloidosis
mielomatosis
- Mesenquimopatía: Lupus eritematoso d
Poliarteritis nodosa
Púrpura de Henock-Schonle

b) A una sustancia tóxica o Alergeno: Mercurio, Trimetadiona, Sales de Oro, picadura de abeja, etc.

c) Infecciones: sífilis, paludismo.

d) Trastorno circulatorio: Trombosis vena renal
Pericarditis constrictiva
Insuficiencia tricuspídea

3.- Síndrome nefrótico de la Primera Infancia:

- a) Congénito.

COMMISSION MIXTE

Le 10 Janvier 1901
Séance publique
à 10 heures

1) Ordre du jour
2) Rapport de M. le Ministre de l'Intérieur

3) Rapport de M. le Ministre de la Justice
4) Rapport de M. le Ministre de l'Instruction Publique

5) Rapport de M. le Ministre de l'Agriculture
6) Rapport de M. le Ministre des Travaux Publics

7) Rapport de M. le Ministre de la Guerre
8) Rapport de M. le Ministre de la Marine

9) Rapport de M. le Ministre de l'Industrie et du Commerce
10) Rapport de M. le Ministre de l'Enseignement Supérieur

11) Rapport de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Alimentation et de l'Assistance Publique
12) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Industrielle

13) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Sociale

14) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Industrielle
15) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Sociale

16) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Industrielle
17) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Sociale

18) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Industrielle
19) Rapport de M. le Ministre de l'Économie Sociale

INFECCION URINARIA AGUDA

III.- Patogenia: (Estudios clínicos y experimentales).

- 1.- Mecanismo inmunológico.
- 2.- Mecanismo tóxico.
- 3.- Mecanismo de presión retrógrada sobre el riñón.

IV.- Anatcía Patológica:

- 1.- Macroscópica.
- 2.- Microscópica: a) Histología normal del Glomóculo.
- b) Clasificación histopatológica del Síndrome Nefrótico primitivo.
 - Glomóculo nefritis de lesión mínima.
 - Glomóculo nefritis membranosa.
 - Glomóculo nefritis Proliferativa:
 - endotelial
 - epitelial
 - focal
 - lobular

V.- Fisiopatología:

- 1.- Anormalidad del Metabolismo Protéico: a) Proteinuria.
 b) Hipoproteinuria.
- 2.- Anormalidad del metabolismo lipídico.
- 3.- Edema nefrótico.

VI.- Cuadro Clínico:

- 1.- Síntomas y signos.
- 2.- Complicaciones.
- 3.- Pronóstico.
- 4.- Clínica de algunos síndromes nefróticos secundarios: Diabetes, Amiloidosis, Lupus, Trombosis renal.

VII.- Diagnósticos.

Patología (Estudios clínicos y experimentales).

1.- Mecanismos inmunológicos.

2.- Mecanismos tóxicos.

3.- Mecanismos de protección por encima de la célula.

Patología Patológica

1.- Neurología.

2.- Neurociencias (a) Histología normal del Sistema Nervioso.

(b) Características histopatológicas del Sistema Nervioso por:

mixto.

- Glándulas mixtas de tejido conectivo.

- Glándulas mixtas endocrinas.

- Glándulas mixtas profibrilares - conectivas

- epitelial

- conectiva

- folicular

Patología Clínica

1.- Neoplasias del Sistema Nervioso (a) Neoplasias
(b) Hipertrofia.

2.- Neoplasias del sistema endocrino.

3.- Neoplasias del sistema conectivo.

4.- Neoplasias del sistema epitelial.

5.- Neoplasias del sistema muscular.

6.- Neoplasias del sistema vascular.

7.- Neoplasias del sistema linfático.

8.- Neoplasias de otros tejidos conectivos (a) Neoplasias
del sistema nervioso, (b) Neoplasias del sistema endocrino,
del sistema conectivo, del sistema epitelial, del sistema muscular,
del sistema vascular, del sistema linfático.

9.- Neoplasias del sistema hematopoyético.

III.- Terapéutica:

1.- Principios terapéuticos.

2.- Tratamiento :

- a) Sintomático: Diuréticos; agentes oncológicos; dieta.
- b) Específico: Corticoides; inmunosupresores.
- c) De las complicaciones: Antibióticos, hipotensos.

=====

1. Prinzipien der ...

2. ...

a) ...

b) ...

c) ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TUBULOPATIAS

DEFINICION:

"Un conjunto de enfermedades con una alteración generalizada o especializada de la función tubular en ausencia absoluta o casi absoluta de signos de insuficiencia glomerular al menos en los períodos iniciales de la enfermedad".

DEFINICION:

Con el tiempo se suma daño glomerular:

- a) Disminución velocidad filtración.
- b) Aumento permeabilidad glomerular.

Tipos de aparición de una sustancia patológica en la orina:

- a) Aumento primario en la sangre.
- b) Aumento clearance + aumento excreción en unidad de tiempo = Cp normal.
- c) Aumento clearance + excreción normal en unidad de tiempo = Cp disminuido.

Tipos de tubulopatías:

- 1.- Factores genéticos y enzimáticos.
- 2.- Enfermedades adquiridas.

DEFECTO CONGENITO:

1.- Nefro Proximal:

1.- Defecto Múltiple:

a) Síndrome Toni-Debré Fanconi:

- 1.- Alteraciones morfológicas: Amino aciduria (cistinuria)
- 2.- Alteraciones funcionales: Glucosuria renal
Fosfatúria

Puede sumarse disfunción tubular de túbulo: Acidosis
Pérdidas de capacidad de concentración.

2.- Defecto Selectivo:

- a) Glucosuria renal.
- b) Aminoacidurias: -cistinuria
-xantínuria

ANEXO

El presente documento es una reproducción fiel de los originales que se encuentran en el expediente de la causa de la "Comandancia".

En el tiempo de la guerra civil española, el gobierno republicano se vio obligado a abandonar España y a refugiarse en el extranjero.

El presente documento es una reproducción fiel de los originales que se encuentran en el expediente de la causa de la "Comandancia".

El presente documento es una reproducción fiel de los originales que se encuentran en el expediente de la causa de la "Comandancia".

El presente documento es una reproducción fiel de los originales que se encuentran en el expediente de la causa de la "Comandancia".

SECRET

ANEXO

SECRET

1. - El presente documento es una reproducción fiel de los originales que se encuentran en el expediente de la causa de la "Comandancia".

SECRET

El presente documento es una reproducción fiel de los originales que se encuentran en el expediente de la causa de la "Comandancia".

SECRET

SECRET

SECRET

Trastornos Transporte Fosfato:

- Raquitismo resistente Vitamina D (Pérdida de fosfato)
- Pseudo hipoparatiroidismo (reabsorción excesiva fosfato).

Tubulopatía perdedora de Calcio.

Síndrome Tubuloso Distal:

1.- Defectos Múltiples:

- a) Acidosis tubular renal: Acidosis metabólica
Disminución acidez titulable y amonio
Baja de HCO₃ plasmático
Alza de Cl plasmático
Disminución capacidad concentración orina
Alteraciones óseas
Nefrocalcinosa.

Variedades: Infantil
Adulto

Test funcionales.

2.- Defectos Selectivos:

- a) Diabetes insípido renal (Resistente ADH).

DEFECTO ADQUIRIDO:

1.- Defecto selectivo:

<u>Defecto</u>	<u>Causa</u>
capacidad reabsorber:	
- Agua	exceso ingestión
- Na	Pielonefritis crónica
- K	Riñón poliquístico
- Fosfato	Pielonefritis (raro)
	Deficit fosfato
	Acidosis
	Galactosemia

2.- Defecto múltiple:

<u>capacidad absorber:</u>	
- Aminoácido, glucosa	osteonosis
- PO ₄ , agua	Intoxicación metales pesados
	Ej. de depósito glicógenos
	Nefrona múltiples
	Hipokalemia
	Pielonefritis crónica
	Nefritis intersticial

- Mantener gradiente H⁺
Presión osmótica