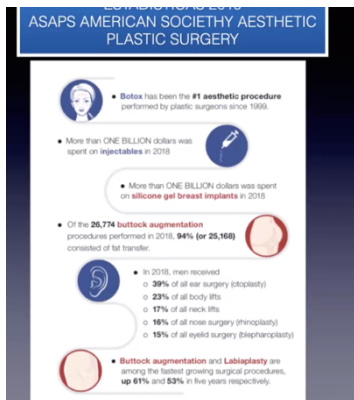


Semana 4

Lunes 7 de diciembre

Cirugía plástica cosmética – Dr Espino



Plastikos: moldear o cambiar

Dos ramas: reconstructiva y cosmética

Otoplastia, blefaroplastia, rinoplastia, ritidoplastia (estiramiento facial), mamoplastia de aumento, reducción mamaria, liposucción, abdominoplastia, cirugía postbariátrica.

Generalmente los pacientes que más se operan: 35 a 50 años.

Top 5 quirúrgicos: aumento mamario, liposucción, levantamiento mamario, abdominoplastia y párpados.

Top 5 no quirúrgico: Botox, ac hialurónico, reducción no quirúrgica de grasa, fotorejuvenecimiento, peeling.

Toxina Botulínica: eliminar arrugas horizontales de frente, entrecejo, pata de

gallo, modificar arco de ceja, subir la esquina de la boca, en bandas platismales, en el área entre los pechos, hiperhidrosis axilar. Dependiendo del área se necesitan diferentes unidades.

Relleno suaviza los surcos naturales de la piel, nasogeniano, líneas de marioneta a nivel del labio y engrosas los labios.

Blefaroplástica

- párpado superior bolsa interna y medial, la lateral es la glándula lacrimal.
- párpado inferior bolsa interna, medial y lateral.

Ritidoplastia

- incisión temporal, retroauricular, para estirar hacia atrás.

Mentoplastia

- prótesis a nivel del mentón o lipo.

Rinoplastia

- abierta cuando es muy gruesa la punta. Tapones 48 horas, férulas 8 días.

Bichetomía

- Extracción de bolsa de buchard.

Aumento de mamas

- Implantes duran 10-15 años
- Ambulatoria 1 hora
- Abordaje areola, axila, surco, ombligo
- Plano subglandular o submuscular

Mastopexia para ptosis mamaria

Abdominoplastia

- Después de paridad satisfecha. Disección de colgado hasta rebordes costales, se deja el mismo ombligo. Se unen los rectos abdominales.

Liposucción con vaser

- Licua o derrite la grasa y después se aspira lo licuado. Lo que da menos sangrado que la succión convencional.

Aumento de glúteos

- Con grasa de otra parte del cuerpo o con implantes

Rejuvenecimiento genital

- Lipoinyección de labios mayores
- Tensado vaginal, contracción del diámetro de la vagina inducida por el láser
- Reducción de labios menores



Miércoles 9 de diciembre

Tumores endocrinos – Dr. Duran

Hiperparatiroidismo principalmente por calcio elevado. Hay varios síntomas que pueden presentar. Dolor en huesos de manos y dedos como pseudogota. Anorexia, vómito, dolor abdominal, constipación, poliuria, disuria, cálculos renales, arritmias, taquicardia, depresión, dificultad en concentración, memoria, crisis de hipercalcemia hiperparatiroidea, asintomática, la mayoría, con solo calcio y PTH elevado.

FUNCIONES DEL CALCIO

- S SANGRE COAGULACION
- S SECRECION DE HORMONAS
- N NEURO MUSCULAR (TRANSMISORES)
- N NEUROTRANSMISORES SECRECION EN LA SINAPSIS
- C CONTRACTIBILIDAD MUSCULAR
- C CELULA ESTABILIDAD DE LA MEMBRANA
- H HUESO, METABOLISMO DEL HUESO

HIPERCALCEMIA(SHAMPOO DIRT)

- S SACOIDOSIS
- H HIPERPARATIROIDISMO
- A ALKALI MILK SINDROME
- M METASTASIS, MIELOMA
- P ENFERMEDAD DE PAGET
- O OSTEOGENESIS IMPERFECTA,
- O OSTEOPOROSIS
- D VITAMINA D
- I INMOBILIZACION
- R RTA
- T TIAZIDICOS DIURETICOS

La incidencia de hiperparatiroidismo primario es muy baja, más en hombres que en mujeres, la mayoría son adenoma y el 25% de los pacientes tienen más de un adenoma. La hiperplasia solo se ve en 15% de las veces, hay que evaluar la PTH siempre después de cirugía, en cáncer de paratiroides se debe quitar las paratiroides y la tiroides de ese lado. También evaluar por síndrome paraneoplásicos (Hay que medir la intacta para no confundir con paraneoplásico). Las neoplasias endocrinas múltiples I: Pituitaria, paratiroides, páncreas. NEMII tiroides y feocromocitoma, NEM III: NEM II + marfán, y corazón.

En el postoperatorio puede presentar hipocalcemia porque las paratiroides remanentes demoran en activarse. Signo de chovstek, trousseau. Tratamiento es calcio IV, gluconato de calcio y vitamina D para ayudar con la absorción. Ca 1200 mg cada 12 horas.

Caso: paciente femenina de 76 años con amiloidosis y falla renal en diálisis. PTH en 6, Calcio en 13. Hipercalcemia no es por hiperparatiroidismo.

Obstrucción– Dr. Jacome

Puede ser fisiológicas, intrínsecas del intestino, extrínsecas. Es un cese del tránsito del contenido intestinal por el lumen intestinal.

Los síntomas dependen del sitio de la obstrucción y la causa. La obstrucción alta da náuseas y vómitos. Cólicos cada 3-5 min. Obstrucción baja puede presentar cólicos cada 6 a 10 min, tienen mucho más síntomas o clínica. En compresión extrínseca no hay marcada sintomatología.

Preguntas clave: hace cuánto no evacua o pasa gases.

Cuadro típico: paciente con historia de 2 días de no evacuar, ni echarse flatos, que está distendido, niega fiebre, solo refiere algo de náuseas y ha presentado vómitos en una ocasión. Refiere que hace un mes estuvo en el servicio de urgencias por estos síntomas.

Interrogar buscando causas medicamentosas (loperamida, buscapina), cirugías previas, historia de dolor en FII, historia de tenesmo evacuatorio, síntomas de sangrados, síntomas respiratorios.

Examen físico: inspección, auscultación, percusión, palpación. Nunca olvidar evaluar cicatrices.

Si no hay irritación peritoneal y es obstrucción parcial hay que hacer venoclisis, SNG, NxB, Sonda Foley para balance hídrico y diuresis horaria, buscapina es antiespasmódico, omeprazol, exámenes y evaluación periódica. Este manejo médico se hace por 48-72 horas. Es un tiempo para poder hacer más estudios y ver la causa.

Obstrucción intestinal total tiene que ir a cirugía, no se hace manejo médico.

Síndrome de Ogilvie

Solo presentan dolor leve por distensión de heces, pero cuando no se examina no manifiesta dolor. Se le da tratamiento como si fuera obstrucción intestinal y se le agrega neostigmina o fisostigmina para lograr un balance entre simpático y parasimpático.

Webinar – Obesidad

Hoy en día el paciente tiende a venir con más sobrepeso y obesidad. Más preparación por parte de los cirujanos. La obesidad puede llevar a muchísimas otras enfermedades. Los que se exponen son los profesionales de salud, porque ya los pacientes vienen con un riesgo de desarrollar muchas complicaciones. Cualquier enfermedad que tenga el paciente, será más difícil solucionarla si se acompaña a obesidad. Tienen más riesgo de desarrollar cáncer. La expectativa de vida está acortada, 15 a 10 años menos. Esto es más que escuchar o recibir una charla, hay que trabajar en la prevención.

Jueves 10 de diciembre

Dra. Hebbe – Patologías del Colon

Hablar sobre lado derecho e izquierdo.

El derecho se asocia más con anemia, el izquierdo se asocia más con procesos obstructivos.

Dra. Debbie – Imagenología

Volvimos a afianzar lo dado en teoría, sabemos que la lectura de imágenes se logra con práctica y una revisión ordenada sistemática para no dejar nada por fuera.

Webinar – Colelitiasis



FACULTAD DE MEDICINA CATEDRA DE CIRUGIA

JUEVES 10 DE DICIEMBRE
12:00 MD A 1:00 PM

ZOOM ID 943 3174 8443



ACTUALIZACIÓN EN COLELITIASIS Y SU MANEJO



FÉLIX BADILLO



ROSMARY ATENCIO



ELÍAS ÁVILA



ZORAYA ÁVILA



JACK ÁVILA



DR. NÉSTOR VEGA YUIL

EXPOSITORES

PANELISTAS

MODERADOR

Webinar – Cáncer Colorrectal



FACULTAD DE MEDICINA CATEDRA DE CIRUGIA

JUEVES 10 DE DICIEMBRE
3:00 A 5:00 PM

ZOOM ID 943 3174 8443



HABLEMOS DE CÁNCER COLORRECTAL

Generalidades del Cáncer Colorrectal

EXPOSITORES:

PANELISTAS:

DR. JOEL APARICIO

DRA. ANA AGUILAR

DR. JOSÉ ÁBREGO

DRA. LORENA ARENAS

DRA. MILENA ALLEN



MODERADOR: DR. MOISES CUKIER

Dr. Cukier – Ganglio Centinela

Este es un tema que afianzaremos más el próximo semestre. Principalmente se describe para cáncer de mama y melanoma.

Dr. Policart – Siameses

El Dr. Nos presetó el hecho histórico de la primera separación de siameses en Panamá.

Viernes 11 de diciembre

Dr. Victoria – Casos Hospital Santo Tomás

Dr. Arroyo – Casos de abdomen agudo

Edad: 50 años
Sexo: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA

- DOLOR ABDOMINAL
- NÁUSEAS
- VÓMITOS

Paciente acude al servicio de urgencias con cuadro clínico caracterizado por Dolor abdominal en Hipocondrio Derecho, intensidad 7/10, no irradiado, asociado a náuseas y vómitos #5 de contenido alimentario y bilioso, de aproximadamente 10 horas de evolución. Niega fiebre.

Paciente refiere que hace 3 semanas presentó cuadro clínico similar.

Criterios mayores de colecistitis aguda

- Calcula en cuello vesical o cístico
- Edema de pared de la vesícula y medir el espesor que debe ser de 4 mm
- Presencia de banda hiperecoica
- Gas intramural que se puede observar por la sombra posterior
- Signo de Mc Murphy ecográfica

Dr. Del Río – Neonatología

Hicimos un repaso de las clases de teoría. La enterocolitis se confirma con la neumatosis.

Dra. Valderrama – Paciente Politraumatizado

Muertes inmediatas en las dos primeras horas. Son los pacientes que tienen lesiones por ejemplo apnea por lesiones cerebrales o medulares graves, lesiones cardíacas, ruptura de aorta.

Muertes tempranas que es el enfoque de hoy, son los que ponen en peligro la vida del paciente.

Muertes tardías son las complicaciones por cualquier lesión que se haya tenido y esto es sepsis y falla orgánica múltiple.

Lo primero que se trata es la lesión que pone en peligro la vida del paciente. Por más que otro tipo de lesión nos llame la atención no necesariamente esa sea la que vamos a resolver. No tenemos que contar con un diagnóstico definitivo para tener un tratamiento adecuado. Aquí se debe actuar por protocolo en todas y cada una de las diferentes eventualidades.

Fases son preparación, triage, evaluación primaria, reanimación, auxiliares de la revisión primaria y la reanimación, consideraciones del traslado, evaluación secundaria y terciaria.

Evaluación de la vía aérea con control de la columna cervical
Ventilación: le pongo tubo pleural o no. Evalúo con estetoscopio.

Circulación con control de hemorragia: controlo hemorragia y evalúo estado hemodinámico del paciente. Sitios: tórax, abdomen, fracturas de huesos largos, pelvis y retroperitoneo.

| | | | | |
|---|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 90/115=0.78 | | | | |
| SHOCK INDEX | | | | |
| Frecuencia Cardíaca | | | | |
| Presión Arterial Sistólica | | | | |
| < 0.6 = No Shock | | | | |
| | < 0.6 NO SHOCK | ≥ 0.6 - < 1.0 SHOCK LEVE | ≥ 1.0 - < 1.4 SHOCK MODERADO | ≥ 1.4 SHOCK SEVERO |
| MORTALIDAD | 10.9% | 9.7% | 22.9% | 39.8% |
| NÚMERO DE GLÓBULOS ROJOS TRANSFUNDIDOS (Promedio) | 2.8 | 4.9 | 8.5 | 12.7 |

Jtschler M, Nienaber U, Münzberg M, Wöhl C, Schoechl H, Paffrath T, et al. The Shock Index revisited – a fast guide to transfusion requirement retrospective analysis on 21,853 patients derived from the TraumaRegister DGU®. *Critical Care*. 2013;17. Article number: R172