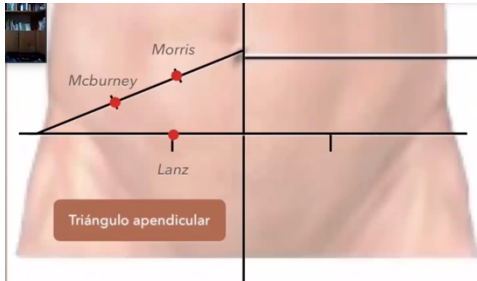


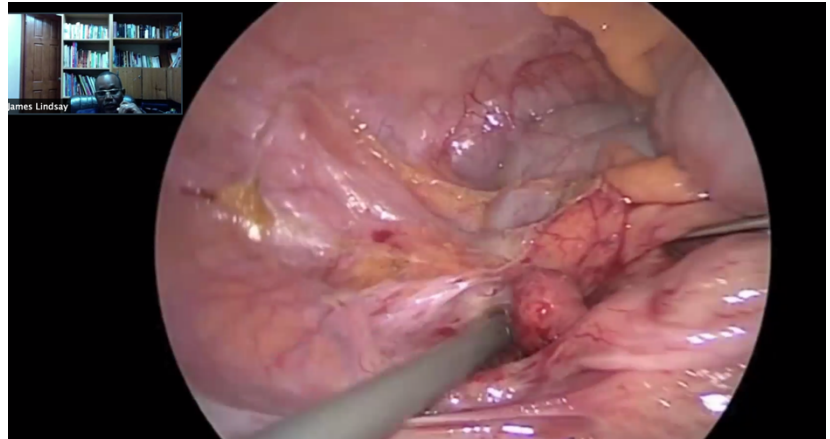
Rotación segunda semana

Apendicitis Aguda con el Dr. Linsey

El proceso inflamatorio agudo del apéndice es una de las emergencias más comunes que enfrenta un cirujano. Más comunmente entre los 20 y 30 años. A este órgano se le atribuyen varias acciones. Sirve como un reservorio natural de bacterias que pueden repoblar el tracto gastrointestinal y también es un órgano inmunológico con varias funciones que aún no se comprenden completamente.



El tratamiento tradicional de la apendicitis, tanto complicado como sencillo, es la extirpación del apéndice. Es uno de los



procedimientos más habituales que realizan los cirujanos generales en todo el mundo, y es un procedimiento de baja morbilidad. La tasa de complicaciones perioperatorias de la apendicitis está entre el 2,5 y el 48%. Los enfoques quirúrgicos para la apendicectomía se han convertido en en los últimos años de un enfoque abierto a otro de mínima Invasión, como laparoscopia convencional, puerto único, cirugía a través de aberturas naturales e incluso el abordaje endoscópico.

Webinar - Cirugía metabólica

Recording	Interpretación	Valores referencia	Tiempo reporte d	Costo
Glicemia ayunas	Ayuno 12 h niveles de glucosa del momento	65-110	1	7.00
Glicemia postprandial 2h	140-200 mg/dl intolerancia >200mg/dl = diabetes	65-139	1	21.00
Insulina ayunas	50% basal	2-20	1	24.00
Insulina postprandial 2h	50% postprandial	50-200	2	24.00
Péptido C	Estimula la secreción endógena de insulina	0.9-7.1	5	75.00
Autoanticuerpos de células islotas pancreático	Anti células beta	<10 U	7	103.00
Autoanticuerpo insulina	Influye en la disponibilidad de la insulina libre	Neg	7	108.00
Autoanticuerpo glutamato descarboxilasa	Sintetiza GABA, LADA	Neg	20	145.00
HbA1c	Glucemia media de las 4 semanas anteriores	<6.0%	2	20.00
HOMA	Resistencia a la insulina	<3.8	Insulina x glicemia/405	
				527.00

La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar o agravar una variedad de enfermedades, especialmente la diabetes tipo 2, que es una enfermedad crónica que es difícil de controlar.

El uso de diferentes medicamentos o incluso la terapia con insulina a menudo no logra el propósito del tratamiento o reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular . Cuando se asocia a obesidad severa, su tratamiento se complica. Se analizó la aplicación de la cirugía de adelgazamiento y metabólica en pacientes con obesidad y diabetes, se revisó la técnica quirúrgica, hipótesis sobre su mecanismo de acción, selección de

pacientes y resultados. Se ha demostrado que la cirugía bariátrica es eficaz en el tratamiento de la obesidad grave y la DM2 con IMC > 35 kg / m². Se trata de una operación con tolerancia aceptable para la persona preparada, de bajo riesgo y complicaciones actualmente curables y controlables. Existe suficiente base científica para la cirugía bariátrica

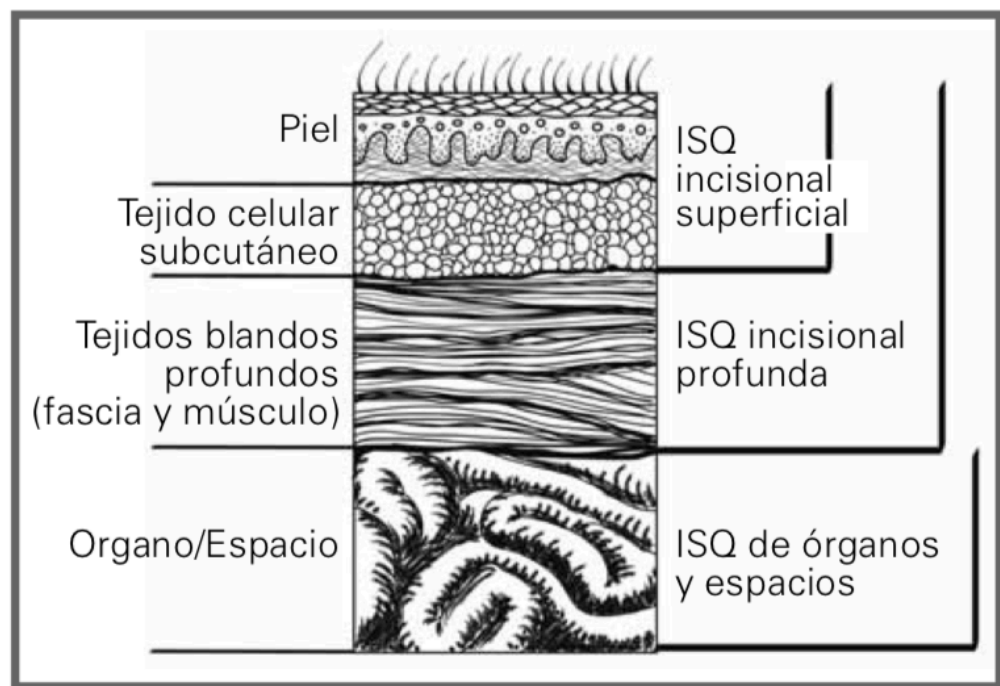
Por otro lado, en la evidencia existente de cirugía metabólica en pacientes con IMC <35 kg / m² e IMC <30 kg / m², hay resultados prometedores a corto y mediano plazo, pero no hay evidencia suficiente para sustentar sus instrucciones. Se necesita más investigación para establecer la eficacia y seguridad a largo plazo de estas técnicas quirúrgicas.

Infección de sitio quirúrgico -Dr. Vega

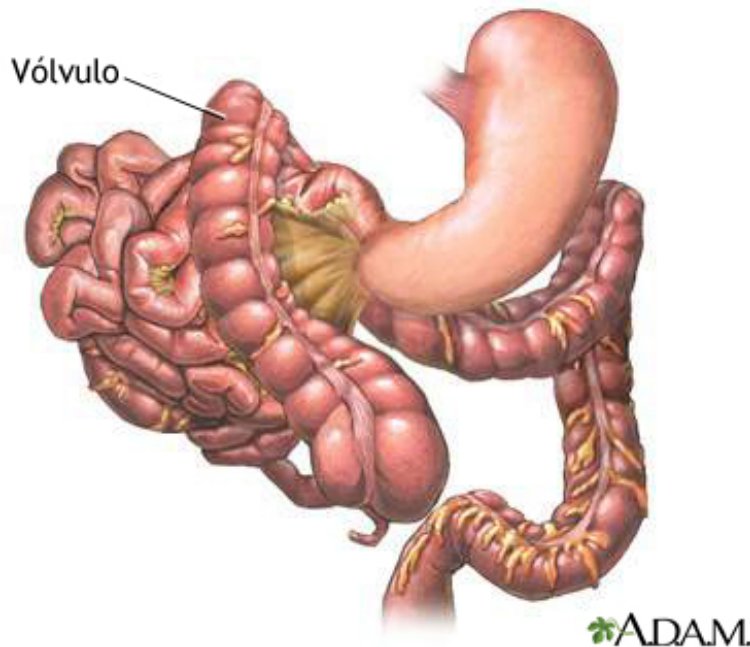
Las infecciones del sitio de la cirugía (ISQ) son las más comunes entre los pacientes quirúrgicos y, en algunos hospitales, tienen la mayor incidencia de infecciones nosocomiales. La ISQ aumenta la morbilidad, la mortalidad y los costos de atención de los pacientes. Su origen es un proceso complejo en el que los factores ambientales del hospedador, el quirófano, la operación en sí y los microorganismos involucrados interactúan de una manera que permite su desarrollo. En la literatura, pocos estudios pueden finalmente probar la relación causal entre un determinado factor de riesgo y la infección quirúrgica.

Un programa de vigilancia de 30 días o más, y con la retroalimentación del cirujano, puede reducir la SSI entre un 35% y un 50% por sí solo y ayudar a mantener baja la tasa de infección. Esta es una prioridad máxima para los hospitales, el personal médico y los propios pacientes, por lo que las medidas preventivas para ayudar a reducir esta situación son realmente valiosas. La prevención antibacteriana perioperatoria adecuada, la temperatura corporal normal, la preparación adecuada de la piel y una buena técnica quirúrgica son medidas preventivas esenciales.

Figura 1
Esquema transversal de la pared abdominal con la clasificación de las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) de acuerdo con el CDC



Fuente: Horan TC et al. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13 (10):606-8.



El vólvulo del intestino delgado es una enfermedad muy rara y los pacientes con obstrucción de circuito cerrado pueden tener un mal pronóstico. Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento precoz del vólvulo es muy importantes. El vólvulo se caracteriza por la distorsión del segmento del intestino delgado y su mesenterio. El vólvulo se puede clasificar en primario o secundario según la causa. El primario se define como la distorsión del intestino delgado en la parte inferior del mesenterio, sin una causa subyacente obvia. El secundario se produce en presencia de enfermedades adquiridas como malformaciones congénitas, anomalías anatómicas, bandas, adherencias

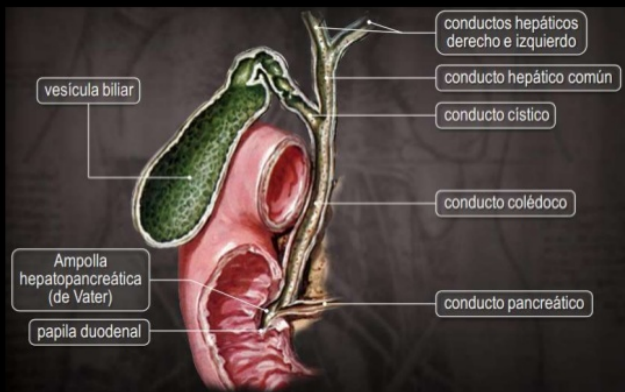
postoperatorias, tumores, embarazo y diverticulosis.

Independientemente de los síntomas principales o de los tipos secundarios, no existen síntomas específicos, signos clínicos o anomalías de laboratorio.

Patología de vías biliares – Dr. Cárdenas

RECuento ANATÓMICO

• Sistema biliar extrahepático



Al nivel del esfínter de oddi existen 10 contracciones por minuto, lo que aumenta la presión de 20 a 40 mmhg, es lo que permite que se llene la vesícula.

Complejo esfinteriano de Boyden. La bilis se debe combinar con los jugos pancreáticos, para que se pueda hacer la digestión de proteínas y grasas.

Colecistocinina: estimula contracción vesicular, secreción de bilis, enzimas pancreáticas, inhibe vaciamiento gástrico, potencia la acción de la secretina,

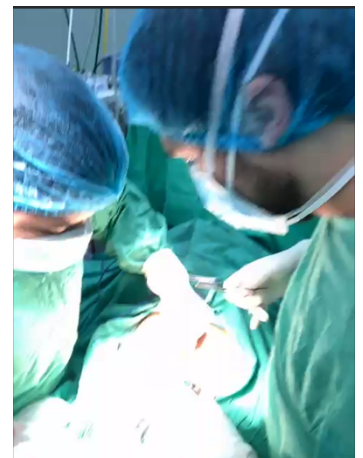
aumenta la contracción intestinal, insulinas. Actúa en SNC como estímulo de saciedad.

Alimentos colicistoquinéticos: grasas, leches, huevo, cafeína.

Signo de Courvoisier-Terrier pensar en malignidad.

Femenina de 69 años ingreso hace 8 días con cuadro de dolor en hipocondrio derecho de evolución de 5 días, náuseas y vómitos, ha tenido episodios previos de dolor que han resuelto.

Leucocitosis 12k, neutrofilia y amilasa y lipasa aumentada.



Manejo Quirúrgico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

Panelistas: Pretto M., Regis M.
Expositores: Restrepo J., Reyes M., Reyes D.

Hospital Panamá 8A

Moderador: Dr. Luis Javier Cárdenas



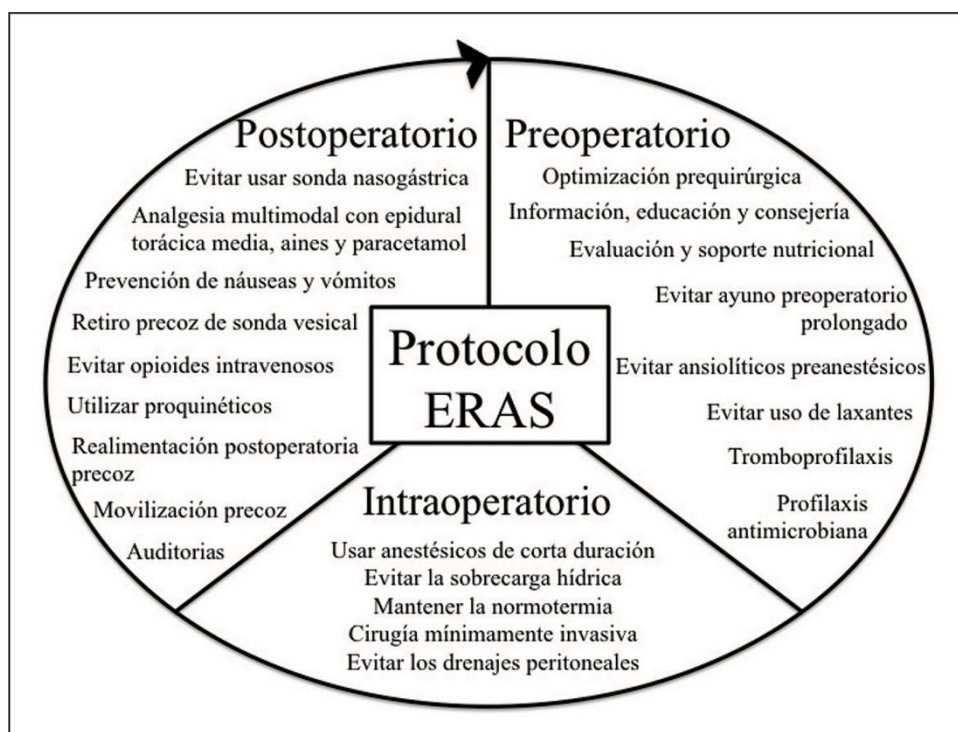
Se recomiendan modificaciones en el estilo de vida, dieta saludable, y evitar o utilizar de forma moderada alimentos o actividades específicas que provoquen síntomas. Evitar ingerir alimentos, especialmente alimentos con alto contenido de grasa. Esto también es razonable al menos dos o tres horas antes de acostarse. Esta medida puede mejorar los síntomas de ERGE y la exposición al ácido esofágico en estudios de casos y controles.

Un método más importante está relacionado con el control de peso y la circunferencia abdominal. Una gran cantidad de estudios han demostrado que existe una correlación entre la obesidad y la ERGE.

La estrategia de tratamiento más comúnmente aceptada para la ERGE es reducir la secreción de ácido gástrico. Las opciones médicas incluyen antiácidos, anti-H₂ o PPI.

En cuanto al tratamiento quirúrgico de la ERGE, la elección actual es la funduplicatura laparoscópica; la tasa de mortalidad postoperatoria dentro de los 30 días es muy pequeña, menos del 1% . Por otro lado, la reacción adversa más común asociada con la funduplicatura es el síndrome de hinchazón posprandial, que se debe a La incapacidad para inhalar aire desde el estómago hacia el esófago se caracteriza por distensión abdominal, plenitud temprana, náuseas, dolor en la parte superior del abdomen, incapacidad para latir y vómitos.

Nutrición perioperatoria – Dr. Matos



En 2001, un grupo de cirujanos y anestesiólogos de Europa formó el mejor grupo de investigación en rehabilitación postoperatoria de la ERAS. La abreviatura de este grupo es "rehabilitación postoperatoria mejorada". A partir de una revisión sistemática de la literatura para determinar el mejor cuidado perioperatorio en cirugía colorrectal, desarrollaron un plan de cuidados perioperatorios, al que denominaron protocolo ERAS, que tiene como objetivo reducir la presión quirúrgica y agilizar la operación con seguridad del paciente. Después de la recuperación. Esta guía fue publicada en 2005. Es el primer consenso internacional sobre

preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias, incluida la cirugía mínimamente invasiva y la analgesia multimodal. Y cirugía mínimamente invasiva. Las intervenciones nutricionales son los tres pilares del protocolo ERAS.

Durante 2010, el equipo de investigación de ERAS se convirtió en una asociación intercontinental (Asociación ERAS), que actualizó, adaptó y emitió protocolos ERAS y guías de cuidado perioperatorio para diversas operaciones, incluyendo: colon 14, operaciones pélvicas / rectales 15, Gastrectomía 16, Pancreatoduodenectomía 17, Cistectomía Radical 18, etc. El manejo nutricional tradicional posterior a la cirugía digestiva, especialmente cuando se ha completado una anastomosis, se caracteriza por mantener al paciente en ayunas y utilizar una sonda nasogástrica para evitar los vómitos y prevenir el aumento de presión en la zona anastomótica y hacer un aporte nutricional a través de la vena. Se inyectó solución de glucosa hasta que la obstrucción intestinal postoperatoria cedió espontáneamente (las manifestaciones clínicas son el reflujo del ruido gas-líquido y el paso de gases o heces por el ano).

Una vez restaurada la función del tracto gastrointestinal, los cuidados tradicionales comenzarán a administrar lentamente líquidos con menos nutrientes (agua, té, gelatina, etc.), y continuarán hasta lograr una dieta sólida de acuerdo con la tolerancia del paciente. Este manejo nutricional en el posoperatorio se viene realizando de manera rutinaria desde hace muchos años, se cree que este manejo nutricional puede reducir las náuseas, vómitos, neumonía por aspiración y fracturas anastomóticas, pero no existe evidencia científica que sustente este abordaje. Sin embargo, en la literatura actual, cada vez más ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis han demostrado que la alimentación suplementaria precoz a través del tracto digestivo desde el primer día postoperatorio no tiene nada que ver con eventos adversos, al contrario, puede reducir la infección posoperatoria y la estancia hospitalaria.

Cirugía Plástica – Dr. Espino

Zonas donadoras de injertos.

Espesor parcial del abdominales, espalda

Espesor total de la cara, región retroauricular.

Forma de tomar injertos: dermatomanual se necesita mucha destreza.

Los más común usados son los dermatomo de zimmer: hay neumático que funciona con CO2 y eléctrico.

El dermatomo de Padgett que es el más antiguo.

El mallador puede aumentar el tamaño del injerto.

CUIDADOS ZONA DONADORA



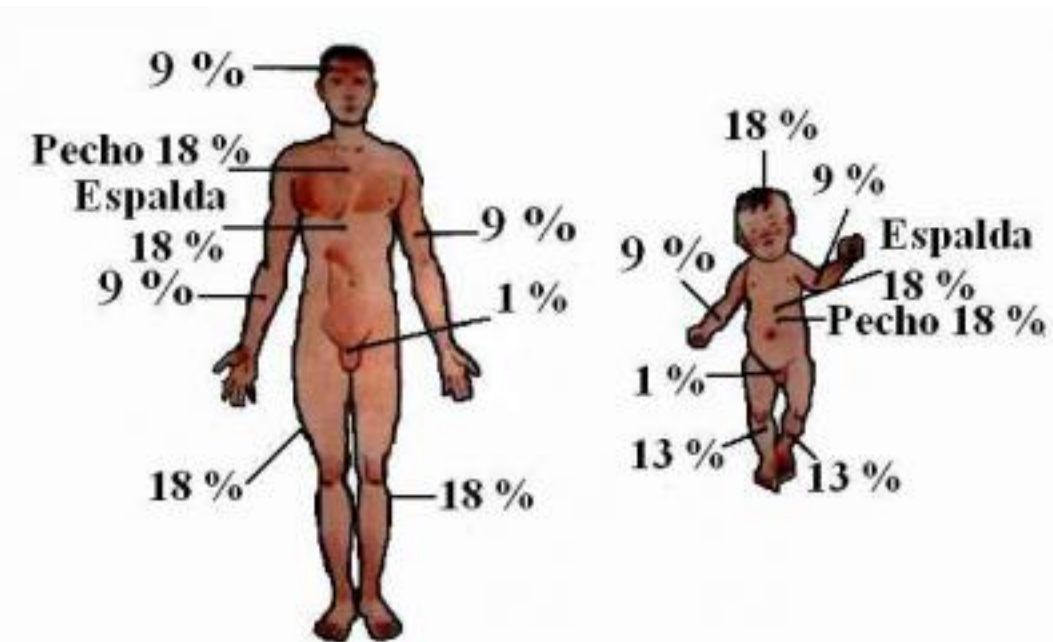
- Queratinocitos unidades pilosebaceas migran a la superficie mientras mas delgado es el injerto mas rápido epitelio.
- Utilización de Apositos Hidrocoloides que se mantiene hasta la Epitelizacion completa, gasas furacinadas vaselinadas con o sin vendaje elástico.



La integración depende de vascularización, contacto con lecho receptor, tejido de granulación del lecho del receptor, inmunización y cuidados postoperatorios, evacuación de seromas hematomas, tejido infectado.

Webinar – Quemaduras en pacientes pediátricos.

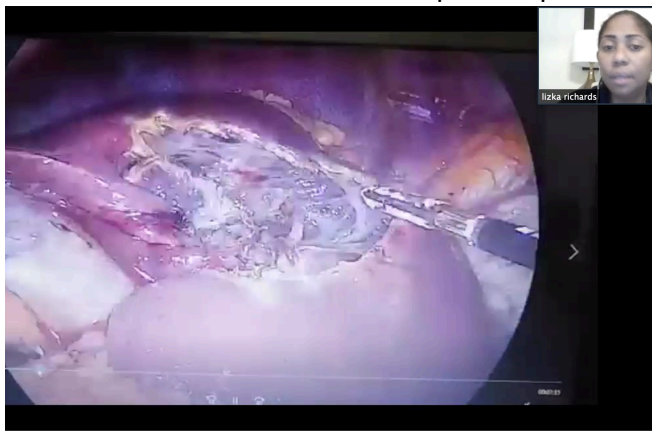
Las quemaduras son uno de los mayores traumas que puede sufrir el ser humano y una de las causas más comunes de accidentes en la infancia. La mayoría de ellas se pueden evitar porque ocurren por descuido o desconocimiento de ciertos peligros potenciales. Por lo tanto, los bebés y los niños pequeños deben ser protegidos por curiosidad e imitando los deseos de los mayores, están protegidos por el entorno que los rodea. Debido a la alta mortalidad, discapacidad, daño funcional y estético, la población infantil quemada es un problema grave, por lo que es la principal causa de muerte accidental de niños. En los países en desarrollo, los efectos del trauma térmico son más complejos porque tienen la mayor morbilidad, mortalidad y poblaciones vulnerables. Y menos infraestructura e instalaciones de tratamiento.



Las escaldaduras son la lesión más común entre los niños, volcar un recipiente con agua caliente, sopa o caer en un recipiente con líquido hirviendo, independientemente de su calidad, son las causas más comunes de tales lesiones. Entre los niños. En general, los patógenos tienen efectos casi instantáneos, que dependen en gran medida de su temperatura, área corporal afectada y duración de la acción.

Trasplantes - Dra. Richards.

Realización de destechamiento laparoscópico



Webinar – Aneurisma de Aorta Abdominal

Es una dilatación localizada y permanente de la aorta debido a debilitamiento de la pared vascular. La mayoría se da en la porción infrarrenal. Se define como una dilatación mayor del 50% del diámetro normal del vaso, por lo que en la aorta abdominal corresponde a un diámetro de 3 cm. Hay una proteólisis de los componente

estructurales de la pared vascular, pérdida de células del músculo liso vascular y respuesta inmunoinflamatoria crónica provocando una dilatación progresiva. Esta dilatación puede evolucionar a una rotura de la pared vascular, es la complicación más grave con una mortalidad del 80%.

La mayoría cursa de forma silente, puede ser un hallazgo casual tras una prueba de imagen.

El manejo es conservador cuando el diámetro esta entre 3 a 5 cm, pero cuando sobrepasa los 5,5 cm es un manejo quirúrgico. La patogénesis es multifactorial y se asocia a enfermedad aterosclerótica, edad, tabaquismo, sexo masculino, susceptibilidad genética, hipertensión arterial, obesidad centrípeta, colesterol reducido debido a lipoproteína de alta densidad, enfermedad coronaria y claudicación intermitente.

El tratamiento quirúrgico puede ser endovascular o abierto, pero el endovascular se prefiere por su recuperación rápida, aunque en aspectos de morbilidad tiene el mismo resultado que la cirugía abierta.

El tratamiento endovascular puede no ser la mejor opción cuando el paciente presenta malformaciones o tiene obstrucción que impida la llegada del injerto al área del aneurisma.

Cicatrización y manejo de heridas – Dra. Morales

1-LIMPIEZA DE LA HERIDA

- Suero fisiológico
- Soluciones antisépticas:
 - Alcohol
 - Yodopovidona
 - Clorhexidina
 - Peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) – H_2O_2
 - Hipoclorito de sodio



2-ELIMINACIÓN DE TEJIDO NECRÓTICO

Desbridamiento quirúrgico
Desbridamiento enzimático

Iruxol:

- ❖ Hidroliza tejido necrótico
- ❖ Una o dos aplicaciones diarias



3-CRECIMIENTO DE TEJIDO DE GRANULACIÓN

- Ambiente libre de infección



- Fitoestimulina: Estimula la formación, maduración y migración de macrófagos y fibroblastos, reduciendo notablemente el tiempo de cicatrización.

APÓSITOS

- Lo principal es proporcionar el ambiente ideal para la cicatrización de la herida.
- Un apósito simula la función de barrera del epitelio y evita mayor daño.
- Además, la compresión proporciona hemostasia y limita el edema.
- La oclusión ayuda a la síntesis de colágeno dérmico y la migración de células epiteliales, y limita la desecación del tejido.

*La oclusión de heridas infectadas y muy exudativas está contraindicada porque puede estimular el crecimiento bacteriano.



Tuvimos la oportunidad de observar distintos videos con diferentes abordajes para apoyar la cicatrización de heridas. Se hablo de debridamiento, que hay heridas que requieren un debridamiento quirúrgico. En la imagen se colocó un VAC en el piel de un paciente diabético.

Webinar – Impacto de la pandemia en el examen para tamizaje de cáncer de mama.

La mayoría de los países detuvieron sus programas de detección de cáncer. Se vió una disminución en las consultas de mama. Esto conlleva a esperar una demora en el diagnóstico de estos cánceres. No hay evidencia que retrasar la mamografía durante este breve periodo afectara la mortalidad.

Sin embargo se cree que en Panamá las cifras de mortalidad aumentarán al final del año, ya que estas pacientes se consideran de alto riesgo.

Estrategias Generales para desarrollar una atención segura en los servicios



INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS

Se sugiere asegurar el cumplimiento de las recomendaciones para prevenir la transmisión del coronavirus en ámbitos con circulación de personas



PERSONAL DE SALUD

Es aconsejable que todo el personal sea alentado a seguir las guías uso correcto del EPP



LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Mantener la higiene de las superficies de acuerdo con las recomendaciones de limpieza y desinfección del Ministerio de Salud.

Estadaje de Cáncer Gástrico – Dr. Cukier

La laparoscopia de estadaje esta claramente documentado su utilidad. Identifica enfermedad metastásica en el peritoneo, que es muy difícil de evaluar en la tomografía.

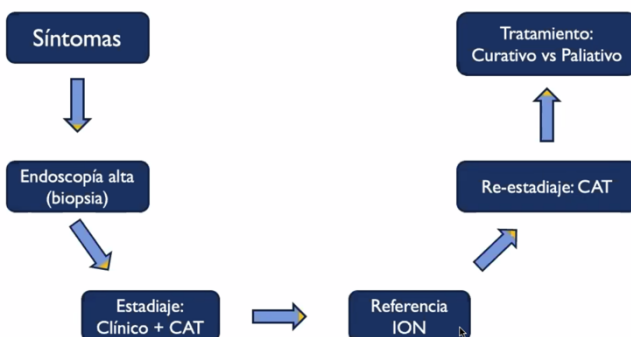
La cirugía endoscópica nos da una mejor visibilidad que al hacer laparotomía, cirugía abierta. También hay ángulos de visualización que solo se ven con esta técnica.

Se ha implementado el uso de verde de indocianina para la evaluación del drenaje linfático y buena irrigación.



GASTRECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCOPICA + D2

ALGORITMO ACTUAL



Dr. Arcia – Cirugía de Ano y Recto

La mayoría de los pacientes se atienden por patología anorrectal. 90% de los casos se pueden hacer de forma ambulatoria. Solo el 5% de las hemorroides se operan. La mitad del planeta sufre de hemorroides después de los 50 años. Se suele confundir la fisura con la enfermedad hemorroidal.



Dr. Edgardo G. Arcia G.

Cirugía General, Laparoscopia y Coloproctología
R.U.C.: 4-735-736 D.V.: 87

E-mail: colorectalsurgeryearcia@gmail.com

Policlínica Sur, Hospital San Fernando
4to piso, Consultorio 7
Teléfono: (507) 305-9394

Centro Médico Nacional, Hospital Nacional
2do piso, Consultorio 206
Teléfono: (507) 382-6954

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

1. TOME DE 10 A 12 VASOS DE LIQUIDOS POR DIA.
2. COMA FRUTAS, VERDURAS Y VEGETALES DE FORMA REGULAR (20-35 GRAMOS POR DIA)
3. EVITAR LOS SIGUIENTES ALIMENTOS: SODAS, CERVEZAS, LICOR, IRRITANTES, PIMIENTA, PICANTE, CHOCOLATES, LACTEOS Y DERIVADOS (SI LE DAN DIARREA), COMIDA FRITA O CON SALSA, CUALQUIER COMIDA QUE USTED YA CONOZCA QUE LO (A) ESTRÍÑE O LE OCASIONA DIARREA O DISTENSIÓN ABDOMINAL CON FLATULENCIAS.
4. INCLUYA EN EL DESAYUNO 1 PORCIÓN DE CEREAL ALL BRAND O AVENA.
5. REALICE BAÑOS DE ASIENTO CON AGUA TIBIA POR 10 MINUTOS 2-3 VECES POR DIA.
6. LUEGO DE LOS BAÑOS DE AGUA TIBIA SE SECA Y SE COLOCA EL MEDICAMENTO TÓPICO (SPRAY O CREMA) QUE SE LE RECETÓ.
7. NO LEER EN EL INODORO.
8. SIÉNTESE EN POSICIÓN CORRECTA EN EL INODORO (PUEDE USAR UN BANCO PARA SUBIR LOS PIES Y QUEDAR EN LA POSICIÓN CORRECTA).
9. RECUERDE QUE LA HERIDA ANORRECTAL DEMORA ENTRE 6-10 SEMANAS EN CICATRIZAR AL 100% PERO USTED CADA DÍA DEBE IR SINTIENDO MENOS DOLOR Y MENOS SANGRADO Y SECRESION.
10. TENGA PACIENCIA RECUERDE QUE LA CICATRIZACIÓN ES DIFERENTE EN CADA PERSONA, SU PACIENCIA SERÁ RECOMPENSADA AL FINAL.
11. EVITE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REQUIERA ESFUERZO POR 4 SEMANAS.
12. EVITE RELACIONES ÍNTIMAS POR 4 SEMANAS.
13. MANTENGA LA HERIDA ASEADA, LIMPIA Y SECA. LAVE EL ÁREA ANOPERINEAL LUEGO DE CADA EVACUACIÓN; UTILICE PAPEL SANITARIO SIN PERFUME NI COLOR, SOLO PARA SECAR Y SI ÉSTE MOLESTA MUCHO, ENTONCES MEJOR UTILICE TOALLAS HÚMEDAS SIN ALCOHOL PARA BEBES.
14. EVITE EL USO DE JABONES ANTIBACTERIALES O PERFUMADOS (USE JABON DE BEBE).
15. CAMBIE DE FORMA REGULAR LOS APOSITOS DE LA HERIDA. PUEDE UTILIZAR GASAS O TOALLAS SANITARIAS.
16. ES DE ESPERAR SANGRADO O SECRECIÓN POR LA HERIDA DE FORMA ESPONTÁNEA O LUEGO DE EVACUAR. AMBOS DISMINUIRÁN EN LA MEDIDA QUE LA HERIDA CICATRICE.
17. UTILIZAR SUPLEMENTOS DE FIBRA. (PSYLLIUM O HYFIBER 1 CUCHARADA EN UN VASO DE AGUA O JUGO CON DESAYUNO Y CENA).
18. TOME LOS MEDICAMENTOS DEL DOLOR DE FORMA REGULAR; NO ESPERE TENER DOLOR
19. SI NO EVACUA EN MÁS DE 48 HORAS DEBE NOTIFICARME. PUEDE NECESITAR LAXANTES (ANARA 20 GOTAS CADA DÍA HASTA QUE LOGRE EVACUAR) O ENEMAS (CADA NOCHE).
20. NO RETIRAR LA GASA DENTRO DEL CONDUCTO ANAL (SE CAE SOLA).
21. ACUDA A SU CITA EN LA FECHA PROGRAMADA (382-6954/3056364 AGENDARLA)

Discutimos varios casos, pudimos razonar cada uno de los pasos. En el primer caso aprendimos que muchas veces las hemorroides pueden explicar los síntomas, pero puede haber algo de fondo. Como en la paciente de 64 años que tenía rectorragia no asociada a dolor, ni pérdida de peso. Al tener más de 45 años y nunca haberse realizado una colonoscopia se le mando una y se encontraron pólipos pediculados que luego fueron extraídos con asa diatérmica. El segundo caso se trataba de una fisura anterior con hipotonía lo cual es atípico y esta indicado buscar la causa de esta fisura, se tomo una biopsia y se observo que tenía carcinoma escamoso.