



Rotación en Línea: Cirugía

**2do
Semestre**

2020

Estudiante:
Saday O. Rohim M

BITÁCORA DE ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Semana 1

LUNES 16 DE NOVIEMBRE

INTRODUCCIÓN A LA ROTACIÓN 16 DE NOV. Dr Gerardo Victoria

UNIVERSIDAD DE PANTHÉON
Facultad de Medicina
Cátedra de Cirugía

ROTACIONES CATEDRA DE CIRUGIA
ESTUDIANTES SESION ZOOM. 14 de noviembre 2020
TEMAS:

1. GRABAR TODAS LAS REUNIONES Y ARCHIVARLAS PARA LA CALIFICACION FINAL
 - a. SADAY Y ELIAS
2. INFORME DE LA CATEDRA 2020
3. EVALUACION DE LOS PROFESORES
4. COMPETENCIAS IMPRESCINDIBLES
5. ROTACIONES PRESENCIALES
 - a. POSICION DE LA FACULTAD DE MEDICINA
 - b. PROGRAMA DE X 2 SEMESTRE 2020
6. PROBLEMAS (PROGRAMA DE AYUDA)
 - a. TECNOLOGICOS
 - b. PERSONALES
7. PROMEDIOS DE PARCIALES (TUTORIAS)
8. ROTACIONES VIRTUALES
 - a. PROGRAMA
 - b. CASOS CLINICOS
 - i. DESDE EL HST
 - ii. TURNOS VIRTUALES
 - c. WEBINARS
 - i. GRABAR PARA SER CALIFICADOS
 - ii. 20 WEBINARS ASIGNADOS SEGÚN LA DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS
 - iii. TEMAS LOS ASIGNARE HOY O LOS ESCOGEN USTEDES
 - iv. PRIMERA SEMANA DR. RUJANO
 - d. TUTORIAS (PROMEDIO DE LOS PARCIALES)
9. TRABAJOS FINALES ADELANTO HOY EN LA SESION DE LA TARDE
 - a. REVISIONES
 - b. CASOS CLINICOS
 - c. POSTER
10. EVALUACION ROTACION
 - a. BLOG 50 % ES DECIR
 - b. 50% ASISTENCIA, WEBINARS, PROFESORES

15 % DE LA NOTA FINAL
15 % DE LA NOTA FINAL

Se nos dieron diferentes instrucciones para la rotación y cómo serán estas cuatro semanas de rotación.



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

CATEDRA DE CIRUGIA (NOVIEMBRE 2020)

INFORME ANUAL AÑO 2020

COORDINADOR



DR. GERARDO VICTORIA

PROYECTO 1 (INSIGNIA)

Unidad:	Facultad de Medicina DEPARTAMENTO DE CIRUGIA, CATEDRA DE CIRUGIA
Eje	
RENOVACION DE LA DOCENCIA Y LA GESTION ACADEMICA	
Nombre del Proyecto	
"PROYECTO DE RENOVAR INTEGRAL DE LA CATEDRA DE CIRUGIA, A NIVEL NACIONAL, (EN LA CIUDAD Y EL INTERIOR DEL PAIS, EN HOSPITALES PUBLICOS Y PRIVADOS), A NIVEL INTERNACIONAL EN HOSPITALES PRIVADOS"	
Objetivos:	
• ELEVAR EL NIVEL ACADEMICO DE LOS DOCENTES • RENOVAR CONTINUAMENTE LA OFERTA ACADEMICA, PERTINENTE AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO SOSTENIBLE, CIENTIFICO, TECNOLÓGICO Y HUMANISTICO DEL PAIS Y DEL CONTEXTO INTERNACIONAL • FORTALECER EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE MEDIANTE EL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS EDUCATIVOS.	

AVANCE: EN EJECUCION

REUNION DE CONSENSO (26 JULIO 2018)



Resultado

1. REUNION CON LOS PROFESORES DE LA CATEDRA Y EL DECANO PARA DAR INICIO FORMAL AL PROYECTO 26 JULIO 2018
2. ESTUDIANTES EGRESADOS DEL CURSO
 - a. 2018 78 + 74 = 152
 - b. 2019. 58 + 61 = 119
 - c. 2020. 92 ESTUDIANTES SOLO EN EL PRIMER SEMESTRE 98 ESTUDIANTES EN TERCER SEMESTRE(PENDIENTE) 92 + 98 = 190
3. PROFESORES REGULARES
 - a. 2018 3 PROFESORES
 - b. 2020 5 PROFESORES
4. PROFESORES ESTUDIANTES CLINICOS
 - a. 2018 20 PROFESORES
 - b. 2020 MAS DE 100 PROFESORES CLINICOS EN HOSPITALES NACIONALES PUBLICOS Y PRIVADOS, Y HOSPITALES INTERNACIONALES 3 PROFESORES CLINICOS
5. HOSPITALES DOCENTES
 - a. 2018 13.
 - b. 2020 PUBLICOS 14, PRIVADOS 2, INTERNACIONALES 3
6. CONVENIOS CON HOSPITALES PRIVADOS PARA LA ROTACION DE CIRUGIA
 - a. 2018 3 CONVENIOS CON EL CENTRO MEDICO PAITILLA, CLINICA SAN FERNANDO Y PANAMA CLINIC
 - b. 2020 3 CONVENIOS CON CHAMAM, HST, CMPAITILLA..
7. SALONES DE CLASES
 - a. 2018 CHAMAM.
 - b. 2020 CHAMAM, HST, CMPAITILLA..
8. OFERTA ACADEMICA
 - a. 2018 CLASES MAGISTRALES Y ROTACIONES EN HOSPITALES.
 - b. 2020 CLASES MAGISTRALES, ROTACIONES EN HOSPITALES, TURNOS PRESENCIALES, TALLERES, ROTACIONES VIRTUALES, SIMULACION, TURNOS VIRTUALES.
9. CURSOS
 - i. 2018 6
 - ii. 2020 BLS Y ATLS TEAM
10. PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 2018 0.
 - a. 2020 WASAP, SLIDEShare, BLOGGER, WIX, ZOOM, EDMODO

MONTO DEL PROYECTO. MIXTO

1. FONDOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA SOLICITADOS

PROYECTO 2

Unidad: Facultad de Medicina
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA - CATEDRA DE CIRUGIA

Eje
INVESTIGACION, CIENCIA E INNOVACION CON PERTINENCIA AL DESARROLLO SOSTENIBLE

Nombre del Proyecto
"LA CATEDRA DE CIRUGIA COMO CENTRO DE INVESTIGACION Y PRODUCCION DE TRABAJOS CIENTIFICOS"

Objetivos

- CONSOLIDAR A LA UNIVERSIDAD COMO CENTRO DE INVESTIGACION POR EXCELENCIA
- FORTALECER LA INVESTIGACION DE CALIDAD, PERTINENCIA Y PRODUCTIVIDAD EN BENEFICIO DE LA SOCIEDAD
- CREAR UN SISTEMA DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECONOCIDAS POR SUS ALTOS ESTANDARES DE CALIDAD Y PERTINENCIA

Resultado

- CONSOLIDAR A LA UNIVERSIDAD COMO CENTRO DE INVESTIGACIÓN POR EXCELENCIA
 - FORTALECER LA INVESTIGACIÓN DE CALIDAD, PERTINENCIA Y PRODUCTIVIDAD EN BENEFICIO DE LA SOCIEDAD
 - CREAR UN SISTEMA DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS RECONOCIDAS POR SUS ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y PERTINENCIA

47

- 2. PUBLICACIONES VIRTUALES EN BLOGGER
 - 3. PUBLICACIONES VIRTUALES EN WIX
 - 4. PUBLICACIONES EN REVISTA MEDICA INDEXADA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
 - 5. WEBINARS NACIONALES E INTERNACIONALES EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

MONTO DEL PROYECTO

1. AUTOGESTION AUTOFINANCIAMIENTO DE LOS PROFESORES
 2. AUTOGESTION AUTOFINANCIAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES

"LA CATEDRA DE CIRUGIA COMO CENTRO DE INVESTIGACION Y PRODUCCION DE TRABAJOS CIENTIFICOS"

PRESENTACION DE TRABAJOS DE CASOS CLINICOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA DE LA FACULTAD

AVANCE DE LAS PUBLICACIONES QUE SE REALIZARAN PARA TERMINAR EL 2020



CARTAS DE ACEPTACION

Médico Consultivo	
Máximo Recurso en caso de Reversa	Ver más
Máximo Consultivo - VISA-006	Ver más
AMPLIACIONES EN CASO DE SPOTS Y REVERSAS EN LA POLÍTICA DE ASSEGURADORES: UNA REVISIÓN	Ver más
Máximo Consultivo - Asignar un brote a varias o previstas de revisión	Ver más
Se amplía el periodo de revisión por el mismo motivo para las pólizas que se modificaron para tener una mayor cobertura permanente.	Ver más
Pase Médico II Lunes 10/05 Sala 100 Consultivo	Ver más
Pase Médico III Lunes 17/05 Sala 100 Consultivo	Ver más

PROYECTO 3

Unidad:	Facultad de Medicina DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA – CATEDRA DE CIRUGÍA
Eje	APLICACIÓN DE TECNOLOGÍA Y ESTIMULO AL EMPRENDIMIENTO
Nombre del Proyecto	INCORPORACIÓN DE LAS PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS PARA LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN EN LA CATEDRA DE CIRUGÍA
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">MODERNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS UNIVERSITARIOS APOYADO EN LOS AVANCES TECNOLÓGICOSFORTALECER Y MEJORAR LOS PROGRAMAS DE INNOVACIÓN Y EMPRENDIMIENTO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA

Resultados

1. EN EL 2 SEMESTRE 2018 SE INICIO CON WASAP Y SLIDEShare
 2. EN EL 1 SEMESTRE 2019 SE AGREGO BLOGGER
 3. EN EL 2 SEMESTRE 2019 SE AGREGO WIX
 4. EN EL 1 SEMESTRE 2020 SE CUENTA CON BLOGGER, WASAP, SLIDEShare, WIX, ZOOM Y EDODO.

MONTO DEL PROYECTO

AUTOGESTIÓN Y AUTOFINANCIAMIENTO DE LOS PROFESORES Y LOS ESTUDIANTES

"INCORPORACION DE LAS PLATAFORMAS TECNOLOGICAS PARA LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN EN LA CATEDRA DE CIRUGÍA"

WASAP COMPARTIR INDICACIONES, PREGUNTAS, CASOS CLINICOS



Panamá 10 de noviembre de 2020

MGTR.
Delia Jaén de Garrido
Vice-Decana
Facultad de Medicina

Estimada Prof. Delia:

En atención a su Circular N° 2020-0711, sobre la Adquisición de competencias Clínicas Imprescindibles de completar de forma presencial, le enviamos el documento de la Cátedra de Cirugía con las Competencias Profesionales a desarrollar a lo largo del curso. Subrayamos en amarillo aquellas que consideramos solo se pueden adquirir en un escenario presencial.

Como solución ante este problema generado por la Pandemia del COVID-19, sugerimos que antes de graduarse los estudiantes realicen una rotación hospitalaria presencial de por lo menos 2 semanas(la mitad de lo usual) en relación de 1 proceptor – 1 estudiante o máximo 1 proceptor – 2 estudiantes, dirigida a desarrollar dichas competencias imprescindibles.

De la Sra. Vice-Decana con mi mayor consideración,

Atentamente,

Dr. Gerardo Victoria
Coordinador de la Cátedra de Cirugía

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LOS PROFESORES



CIRCUULAR
D.E.P. 004-2020

PARA:

Decanos, Directores de Centros Regionales Universitarios, Directores de Departamento, Coordinadores de Facultad, Secretarías Administrativas, Secretarías Académicas y Coordinadores de las Comisiones de Evaluación de los Profesores de las respectivas Facultades, Centros Regionales y Extensiones Universitarias.



Miriam Sealy
Directora de Evaluación de los Profesores

DE:

Evaluación del año académico 2020.

ASUNTO:

29 de octubre de 2020

Respetados profesores:

El Consejo Académico en su reunión N°10-20 del 21 de octubre de 2020, aprobó que las evaluaciones de Docencia y Rendimiento por Resultados se realicen según lo establecido en el Reglamentos del Sistema de Evaluación de los profesores y sea considerada como diagnóstica en el año académico 2020.

Con respecto a lo anterior, les indicamos que esta decisión se ha tomado con el objetivo de optimizar el proceso de evaluación en línea en nuestra institución con los nuevos instrumentos de evaluación y obtener un diagnóstico integral del desarrollo de las diversas actividades realizadas por los profesores y el comportamiento del sistema informático. Es importante señalar, que esta evaluación por ser diagnóstica no afectará a los profesores, ni será tenida en consideración para aplicación de anotaciones.

Aprovechamos la oportunidad para solicitarles que, a partir del viernes 6 de noviembre del presente, informen a los estudiantes que pueden evaluar sus cursos ingresando a la dirección sisdep.up.ac.pa y de esta manera iniciar el proceso de evaluación de los profesores.

Listado de Hospitales para rotación presencial

Cátedra de Cirugía

2do Semestre - 2020

Hospitales (en espera de la carta para confirmación)

1. Hospital Santo Tomás

a. Contactos

- i. Dr. Ramiro Da Silva: Jefe de Docencia del HST
- ii. Dr. Gerardo Victoria: Catedrático de Cirugía MED UP

2. Hospital Irma Lourdes de Tzanetatos (24 de Diciembre, Panamá)

a. Contactos

- i. Dra. Celine Barrios: Jefa de Docencia del HILT
- ii. Dr. Alcibiades Ramos: Jefe de Docencia de Cirugía
- iii. Dra. Keyla Castillo Jefa del Servicio de Cirugía

b. Horario y Atención

- i. Pueden atender estudiantes durante dos turnos:
 - 1. 7:00am-3:00pm (Aprox. 2 a 3 estudiantes por semana)
 - 2. 3:00pm a 11:00pm (Aprox. 2 a 3 estudiantes por semana)

3. Hospital Dr. Nelson Collado R. (Chitré, Herrera)

a. Contactos

- i. Docencia de Cirugía del Hospital Dr. Nelson Collado R.

b. Horario y Atención

- i. Se pueden atender aprox. dos estudiantes por semana dentro del programa regular

4. Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega (Santiago, Veraguas)

a. Contactos

- i. Dra. Lucy Morales: Jefa del Servicio de Cirugía
- ii. Dra. María Carrizo: Jefa de Docencia

b. Horario y Atención

- i. Se pueden atender aprox. dos estudiantes por semana dentro del programa regular

5. Hospital Regional Dr. Rafael Estevez (Aguadulce, Coclé)

a. Contactos

- i. Dr. Euriko Torraza: Director Nacional de Docencia e Investigación (CSS)
- ii. Dr. Bolívar Saldaña: Director Médico del Hospital Regional Dr. Rafael Estevez

b. Horario y Atención

- i. Se pueden atender aprox. dos estudiantes por semana dentro del programa regular

Preceptores/Doctores Independientes

- Solo pueden atender aproximadamente una sola semana (aprox. primera semana de rotación) de uno a dos estudiantes

Listado de los hospitales para nuestra posible rotación en enero.



Universidad de Panamá -Facultad de Medicina

Cátedra de Cirugía - Segundo Semestre -Año 2020

Horario y temas de rotaciones Virtuales (4 semanas -80 sesiones) (160 HORAS)

Todas Sesiones virtuales se podrán acceder por el siguiente enlace: <https://zoom.us/j/98179239537>

ID: 981 7923 9537

Fecha		Preceptor	Temas
Lunes 16 de noviembre	8-10am	Dr. Gerardo Victoria surgicor@yahoo.com	Cirugía Torácica
	10- 12m	Dr. Luis Javier Cárdenas ljcardenas@me.com	Casos clínicos Electrocirugía y Patología de Vías Biliares
	2-4 pm	Dr. Gerardo Victoria surgicor@yahoo.com WEBINAR	Casos Cínicos WEBINAR
	4-6 pm		WEBINAR
Martes 17 de noviembre	8-10am	Dra. Hebe Avilés draaviles@me.com	Introducción al quirófano, instrumentos quirúrgicos
	10- 12m	Dra. Debbie Wong debbiewongmd@gmail.com WEBINAR	Cirugía de hernia (hernia umbilical, femoral, inguinal, laparoscópica. Casos clínicos en consulta y urgencia WEBINAR
	2-4 pm		
	4-6 pm	Dr. Alfredo Matos alfredomatos28@gmail.com	Paciente quirúrgico Crítico (paciente en UCI) Casos Clínicos

Presentación del cronograma de rotación.

LUNES 16 DE SEPTIEMBRE

4-6 PM

TEMA

¿El COVID-19 acabará con el examen físico de rutina?

EXPOSITORES

MARYLENA VEGA

ODIMARYS FERNANDEZ

ENRIQUE BATISTA

PANELISTAS

URIEL JAEN

MARIA URRIOLA

1. PARTICIPAN

- a. 3 ESTUDIANTES EXPOSITORES COMPARTEN LA PRESENTACION DEL TEMA
- b. 2 ESTUDIANTES PANELISTAS COMENTAN LA EXPOSICION DEL TEMA

2. TUTOR ES EL PROFESOR QUE ASIGNA EL TEMA Y MODERA EL WEBINAR

3. TIEMPO

- a. DE CADA EXPOSICION 10 MINUTOS I
- b. DE CADA PANELISTA 10 MINUTOS
- c. 10 MINUTOS PARA PREGUNTAS DE LA SALA

4. EVALUACION

- a. 50% SALA (VOTACION)
- b. 50% PROFESOR TUTOR
- c. LA NOTA SE ASIGNA A TODO EL GRUPO (LOS CINCO)

Indicaciones para nuestros webinars y cómo se llevarán acabo.

PRIMERA ROTACIÓN EN LÍNEA

VISITA A SALA DE CARDIOLOGÍA CON EL DR. VICTORIA

CASO 1

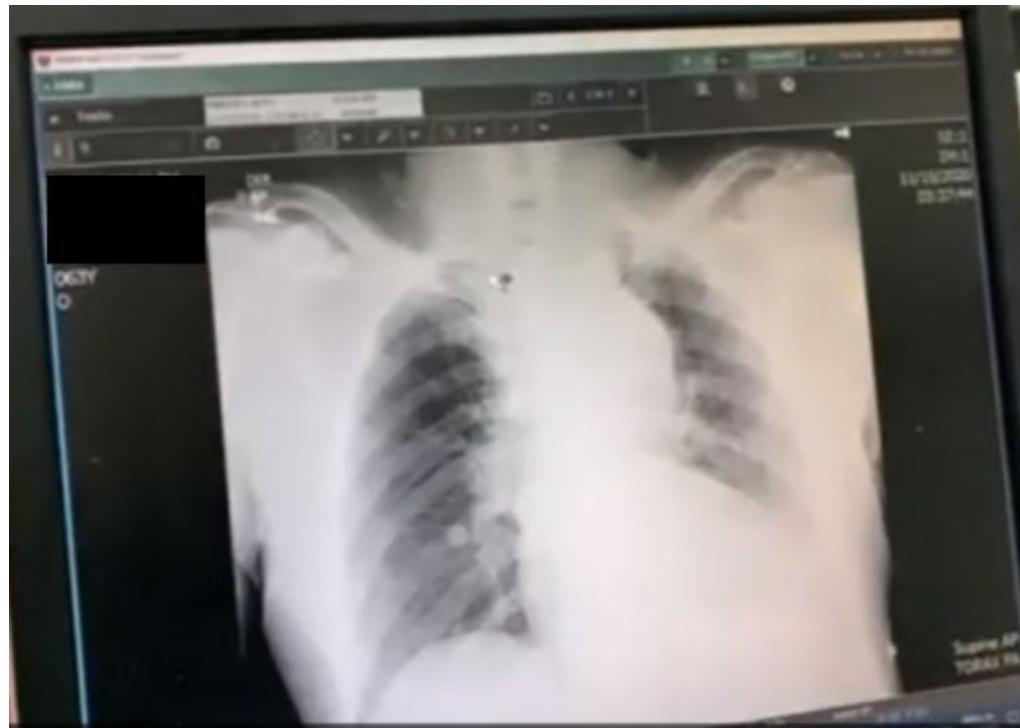
Masculino de 63 años de historia de mas o menos un día de evolución de dolor precordial irradiado a la espalda y cuello, asociado a sincope #3 episodios trasladado del hospital Nicolás A. Solano para angioCT. APP: HTA, DT M2, niega alergia, niega antecedentes quirúrgicos, alcohol +, tabaco+, niega consumo de drogas. Dx: Disección aórtica Stanford A con signos de sangrado activo. Aneurisma de la aorta ascendente, HTA.

Hb en 10,5 mg/ dl. Hct 35; 11,800 de leuco; 155,000 de plaq; Creat 1,8.

Si se cree que tiene infarto en cara inferior o en cara diafragmática se buscan derivadas II, III y aVf.

Ayer inició dieta líquida. Labetalol por cardiología.

Exámenes:

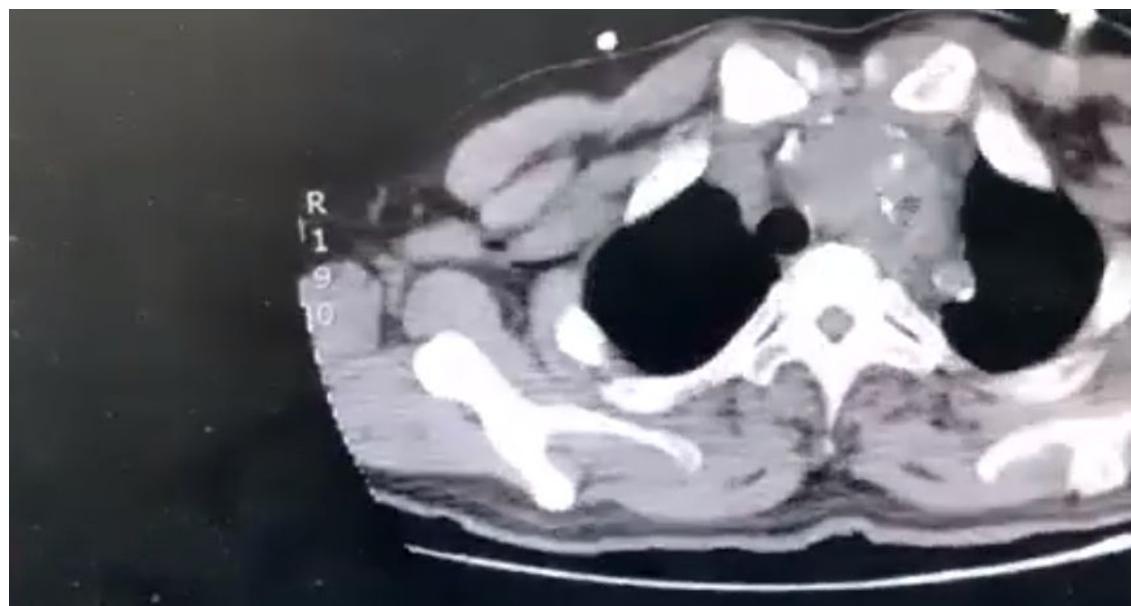


Placa de tórax.

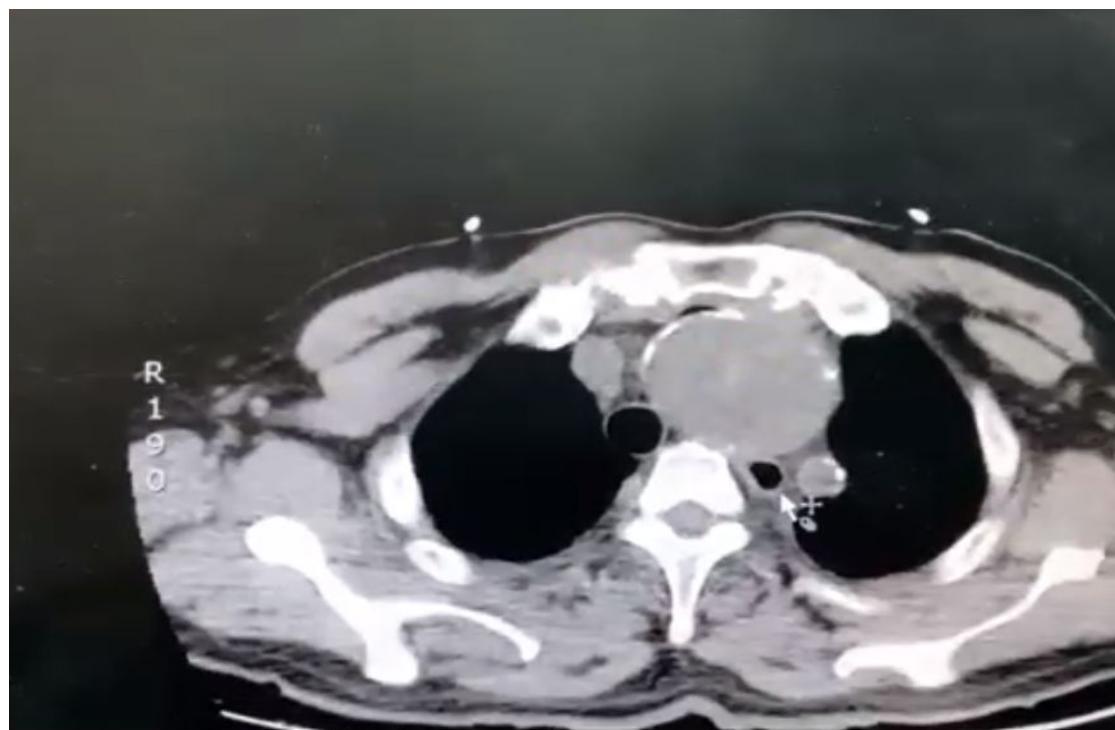
- Ensanchamiento del mediastino (mayor de 8 cm)
- Tráquea desviada a la derecha
- Calcificación a nivel del botón aórtico
- Cardiomegalia de III (índice cardio-torácico)

- Ángulo costodiafragmático izquierdo y derecho limpio
- Ángulo cardiofrénico libre o limpio

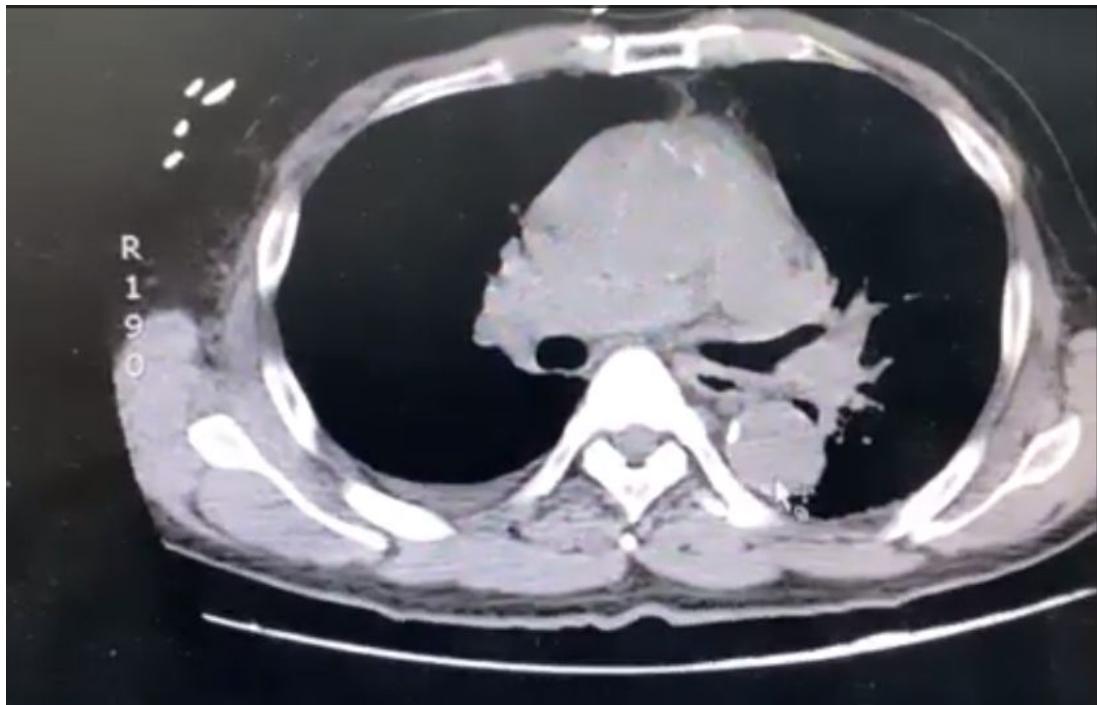
CAT



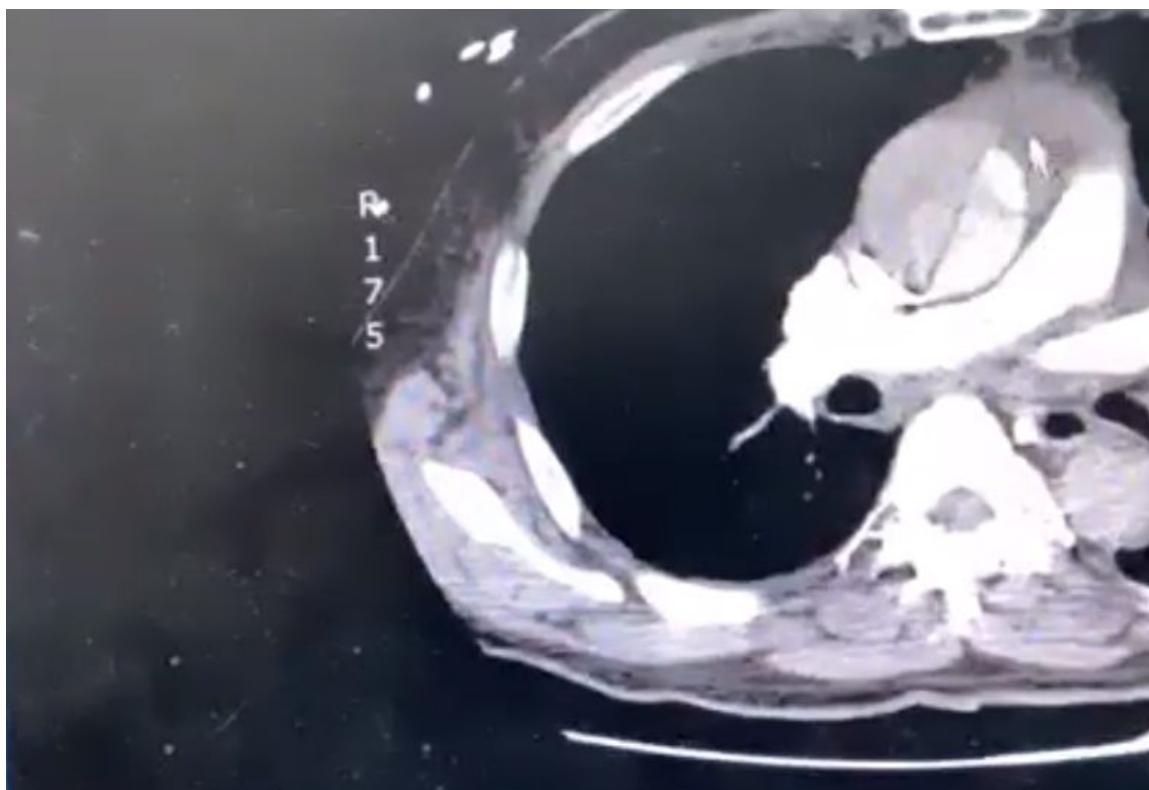
Desviación de la tráquea y aparición de masa mediastinal.



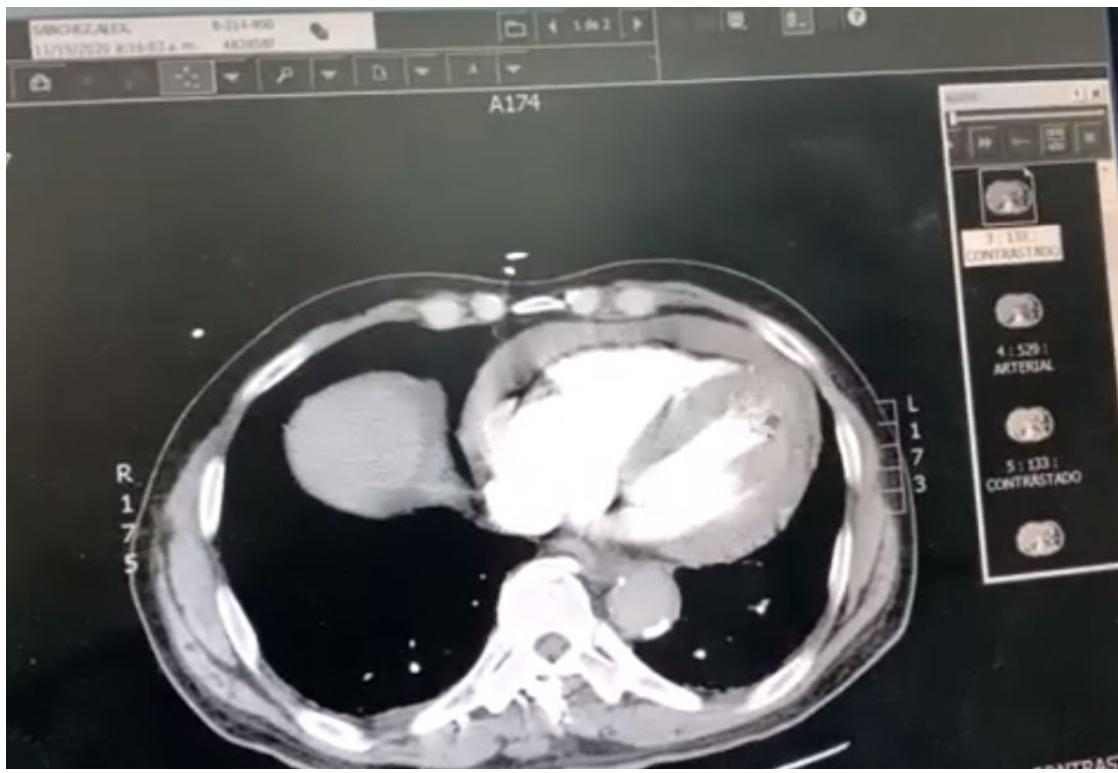
Aparición de la calcificación por lo que se considera que pertenece a una estructura vascular. Desviación de la tráquea y el esófago.



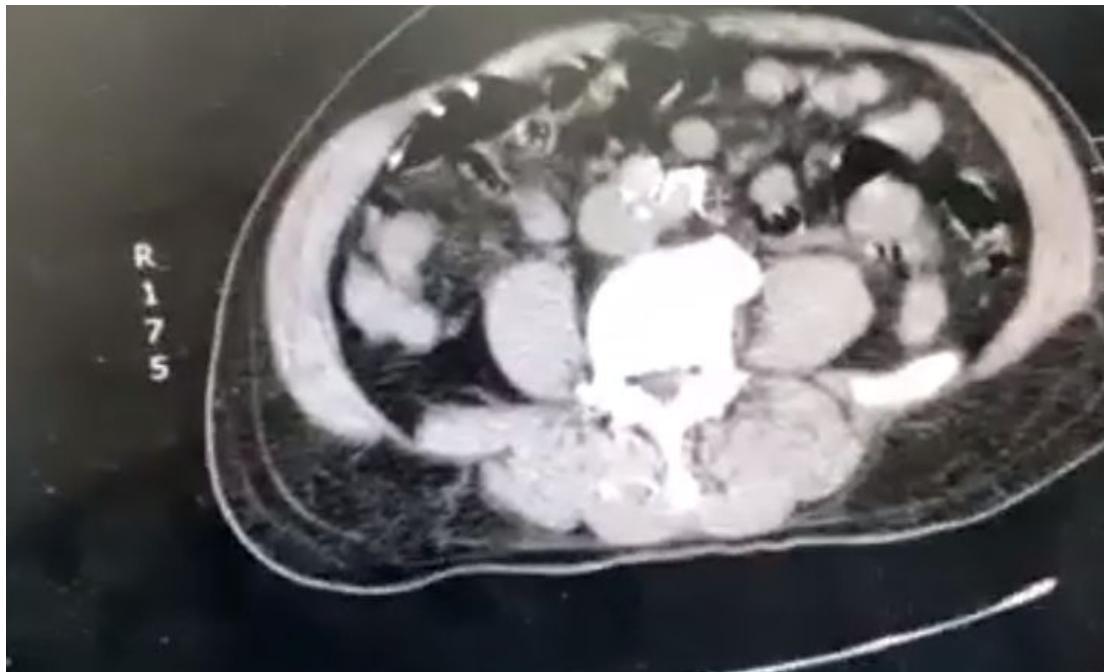
Calcificación a nivel de la aorta descendente.



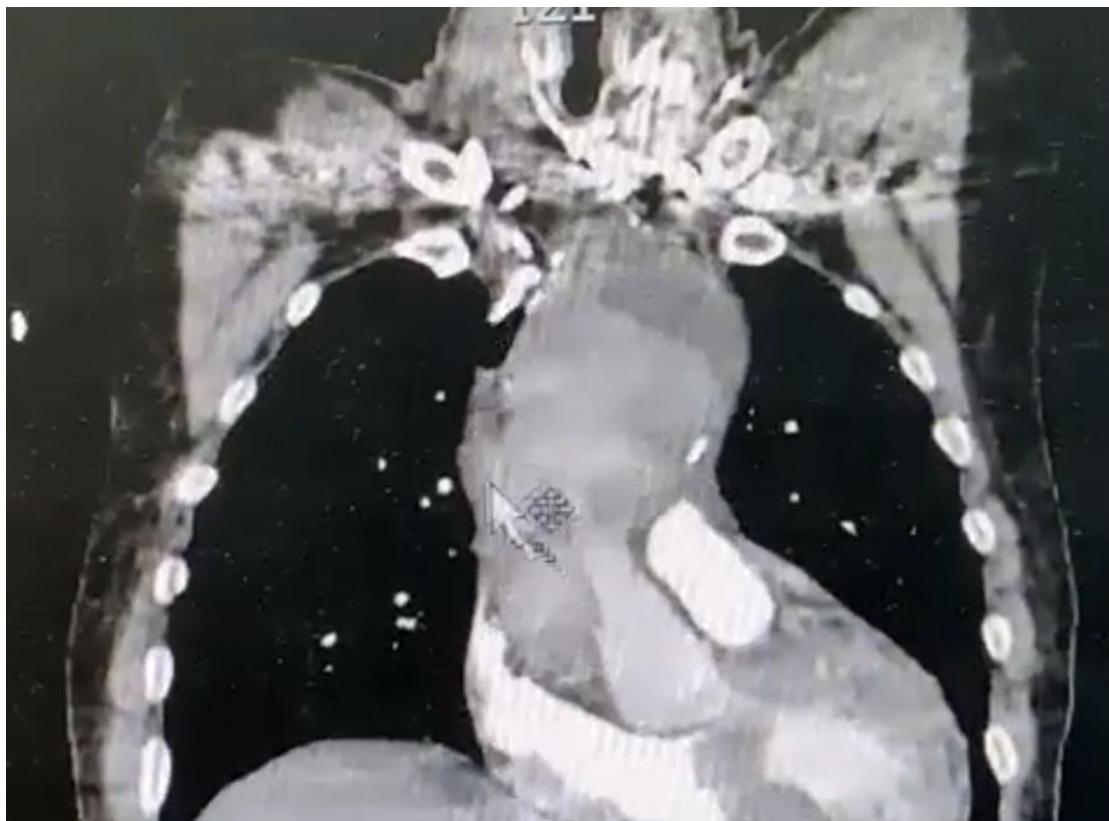
Disección de la aorta con contraste.



Hipertrofia concéntrica de la pared del ventrículo izquierdo debido a la HTA.



Calcificación a nivel de las arterias iliacas.



Aneurisma de la aorta ascendente.



Coágulos dentro del aneurisma.

Debido a estos hallazgos se le ordena una cirugía de reemplazo de aorta ascendente en circulación extracorpórea para el día de mañana.

Consulta a cardiología: ecocardiograma transtorácico, transesofágico y cateterismo cardíaco coronariografía derecha e izquierda.

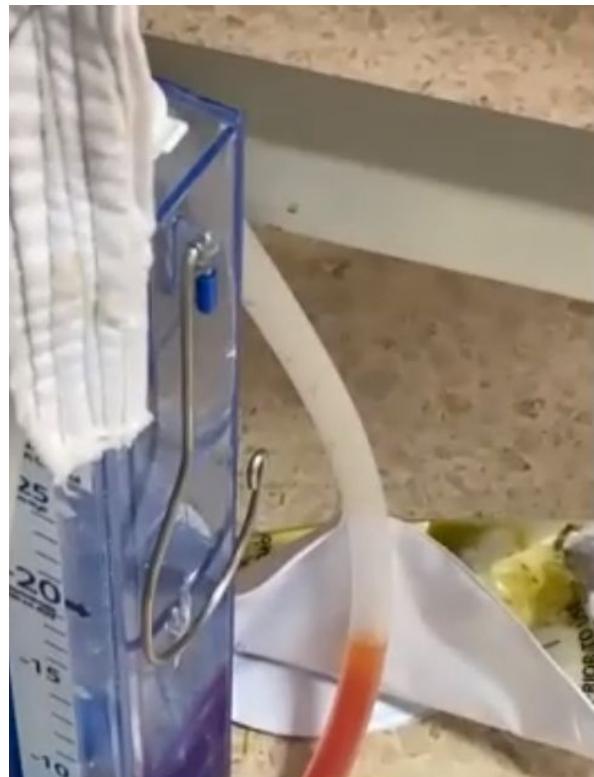
Consulta a trabajo social para avisar a los familiares de que se requieren de 8 donantes de sangre.

CASO 2

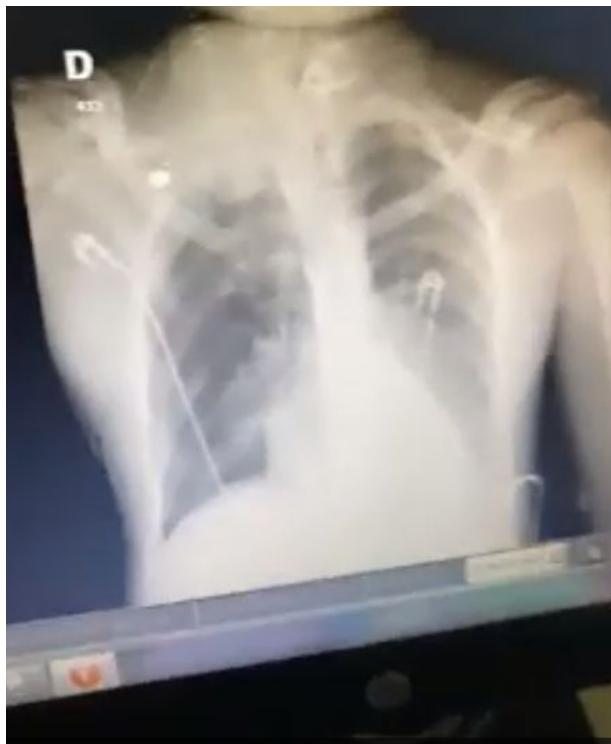
Paciente masculino de 18 años que presenta lesión esofágica por herida de arma de fuego, fue llevado al SOP para reconstrucción de esófago y tráquea que fue exitosa. Actualmente se encuentra en ventilación mecánica con una traqueostomía. Se le colocó un tubo pleural y hoy el paciente presentó un drenaje escaso. El plan del paciente es ver la mejoría y luego un esofagograma para evolución.

El paciente debido a la lesión hizo una lesión a nivel del ápice del pulmón derecho, por lo que hizo un neumotórax y debido a esto se le colocó el tubo pleural.

Como médicos internos lo primero que deberíamos hacer es anotar el volumen de orina por día en la bolsa.



Evaluamos el material de secreción del tubo pleural. Es serosanguinolento, por lo que no tiene sangrado activo. Y no hay movimientos del líquido con los movimientos abdominales por lo que se considera que el paciente ha evolucionado bien.



Observamos el proyectil en el área deltopectoral. Vemos las grapas de la cirugía y la traqueostomía. Tiene leve contusión pulmonar y los ángulos están limpios.

Órdenes:

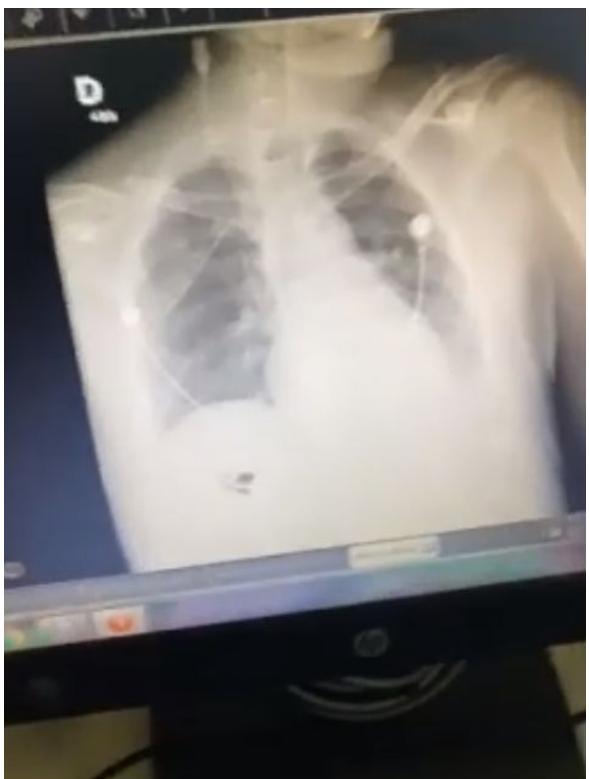
1. Rx AP de tórax hoy.

CASO 3

Paciente de 42 años con historia de precipitación de un quinto piso. Con hematoma subdural. Hemotórax derecho, múltiple fractura.



evaluación del tubo pleural, con material serosanguinolento. Sin movimientos del líquido con la respiración.



Ángulo costodiagramático izquierdo y derecho están libres.

Del lado izquierdo hay un poquito de líquido. No se hace nada ya que es mínimo. Es una AP por lo que la silueta cardiaca no puede ser evaluada.

Hay que ver que las marquillas del tubo pleural estén en su posición ya que algunos pueden sacarse el tubo.

RESUMEN DE LOS CASOS

CASO 1

Masculino de 63 años con dolor precordial irradiado a espalda y cuello asociado a sincope #3, antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, trasladado del Hospital Nicolás Solano para que se le realice un Angiocat.

El paciente presenta:

- Disección aórtica standford A
 - HTA
 - Diabetes
 - Hemoglobina en 10.5 g/dl
 - Creatinina ligeramente elevada
 - Pobre progresión de onda R
-
- **Rx de tórax:** Ensanchamiento del mediastino (mayor a 8 cm), tráquea desviada a la derecha, tiene calcificación en la aorta lo que indica aterosclerosis galopante, presenta cardiomegalia grado 3 (índice cardiotorácico mayor a 0.5), no se evidencia sangrado.
 - **CAT:** Se evidencian calcificaciones, aneurisma de aorta ascendente.
 - **CAT contrastado:** Se evidencia aneurisma (que involucra el cayado aórtico) y disección de aorta ascendente, hipertrofia del ventrículo izquierdo, calcificación de las arterias iliacas.

PLAN: Pasar 8 unidades de plasma congelado y 8 de plaquetas, consulta a cardiología para ecocardiograma transtorácico, ecocardiograma transesofágico y cateterismo cardiaco. Consulta a trabajo social ya que se requieren 8 donantes de sangre. Signos vitales cada turno.

CASO 2

UCI 4

Masculino de 28 años con historia de lesión traqueoesofágica y torácica por herida de arma de fuego. Fue llevado al salón de operaciones para reconstrucción. Al paciente se le efectuó una traqueostomía; se encuentra en ventilación mecánica; se le colocó tubo pleural derecho por hemotorax, Sus signos vitales se encuentran en rango estable. El paciente se encuentra sedado con fentanilo y midazolam, Con respecto al plan, es ver su progresión; hacer esofagograma, Rx AP de tórax en cama. En la radiografía de tórax previa se puede evidenciar el proyectil. Además, los ángulos se ven bien.

CASO 3:

Paciente masculino de 42 años ingresado el 13 de noviembre debido a politrauma por precipitación de un 5to piso. Presenta fracturas costales múltiples y fractura clavicular derecha, lo cual le ocasionó un neumotórax. Presentó un hematoma subdural que fue drenado por neurocirugía.

CIRUGÍA CON EL DR. LUIS CÁRDENAS Y LA DRA HEBE AVILÉS

INTRODUCCIÓN AL SALÓN DE OPERACIONES

Hospital Susana Jones Cano



Puerta de entrada al quirófano, con acceso con sensor para no tocar las puertas y mantener la asepsia.

El Hospital SJC consta con 3 quirófanos, ya que originalmente era un hospital pequeño y privado pero actualmente es propiedad de la CSS.



Centro de lavado de instrumentales quirúrgicos.



La Dra. Nos mostró los distintos tipos de pinzas con los que se consta en un quirófano.
Equipo quirúrgico del HSJC.



Depósito de Insumos para el quirófano, las cosas que más frecuentemente se utilizan están más cerca.



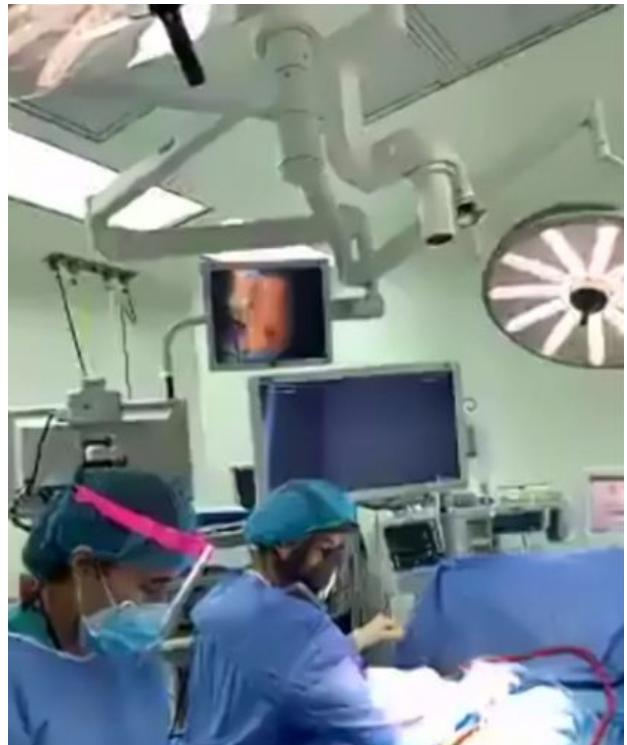
Esta línea roja limita el acceso al personal que no tenga el equipo de protección recomendado para entrar a esta área.



Área de secretaría. Todo quirófano debe tener su secretaria ya que ellas son las encargadas de hacer el programa y llevar el orden de las cirugías.

Caso quirúrgico de hoy

Femenina de 28 años que fue programada de forma electiva para realizarle una colecistectomía laparoscópica. Dentro de los datos importantes, no sufre de ninguna patología conocida, G3P3C0A0, luego del ultimo parto presentó un cuadro clínico característicos de una patología biliar, con dolor en el epigastrio que posteriormente se irradió al hipocondrio derecho y consultó urgencias en una policlínica los cuales le manejaron con analgesia pero posteriormente el 28 de oct de este año, inició con otro cuadro similar de dolor en el hipocondrio derecho, donde se le realizaron estudios tanto de sangre como de USG y en sangre tuvo elevación leve de transaminasas y presentó datos de engrosamiento de la pared de la vesícula y litos en el USG los cuales se asocian a colelitiasis. Fue hospitalizada durante 3 días en un hospital de panamá y mejoró, luego fue programada para la cirugía de hoy. Este procedimiento es sencillo, consta de una colocación de trocares o puertos individuales para realizar todo el procedimiento de forma laparoscópica.



Preparación de la paciente



Observamos la pantalla en la que podremos ver las manos del cirujano.



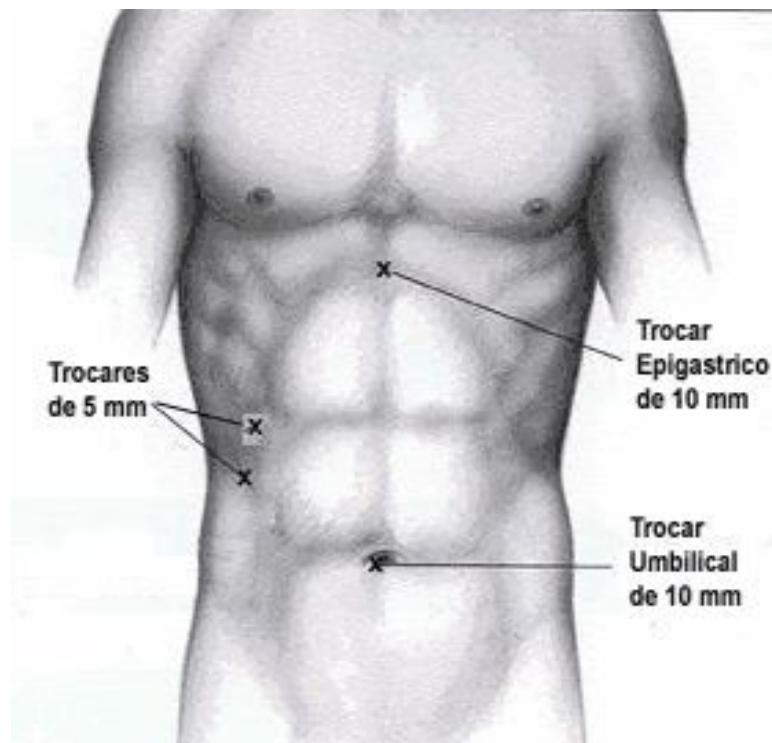
Electrocautero junto con un tubo de succión.



Primera incisión con técnica de Hasson a nivel del ombligo.



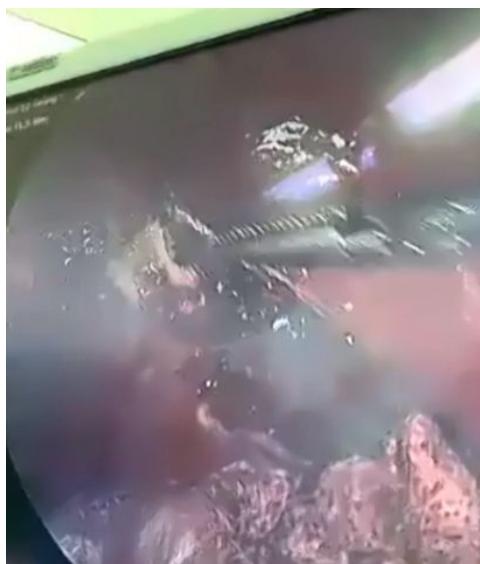
Colocación de trocares para la realización de la cirugía laparoscópica.



Es muy importante la localización de los trocares ya que eso nos va a facilitar y a darnos una mejor visualización de la anatomía.



Resultado final para iniciar la cirugía. Los 3 trocares están bien colocados.



Disección y cauterización de los vasos que irrigan la vesícula biliar.



Cauterización y resección del la vesícula biliar.



Retiro de la vesícula, no se puede soltar ya que se derramará todo el contenido Biliar por lo que es importante sostener la vesícula.



Fosa de morrison donde vemos la gasa.



Introducción del endocatch para retirar la vesícula y no derramar contenido intraabdominal.



Introducción de la vesícula dentro de la bolsita del endocatch.



Vesícula resecada en la bolsita del endocatch.

Vesícula abierta con cálculos y colesterolomas que son placas de colesterol en la vesícula.

WEBINAR: ¿EL COVID-19 ACABARÁ CON EL EXAMEN FÍSICO DE RUTINA?

EXPOSITORES:

**MARYLENA VEGA
ODIMARYS
FERNANDEZ
ENRIQUE BATISTA**

PANELISTAS: URIEL JAEN, MARIA

URRIOLA MODERADOR: DR.

GERARDO VICTORIA

El examen físico se ha encontrado en declive durante casi dos décadas, y algunos se refieren a él

como un "arte moribundo". En cambio, los médicos se han vuelto cada vez más dependientes de los análisis de sangre y las tecnologías de imágenes para diagnosticar y tratar. Existen muchas razones para esto, entre ellas la presión de las compañías de seguros para exámenes breves, restricciones burocráticas como informes de eficiencia y productividad y el advenimiento de la tecnología.

El futuro del examen físico está en un estado de cambio constante con instituciones que han adoptado enfoques divergentes. Algunas han optado por revivir la práctica frecuente de estas habilidades, mientras que otras se enfocan en perfeccionar los enfoques impulsados por la tecnología.

Con la llegada de la COVID-19, el futuro del examen físico es aún más incierto ya que tanto aprender cómo practicar el examen físico sin contacto con el paciente es todo un desafío.

En los hospitales, practicar el examen físico en esta época es muy difícil. Los pacientes COVID-19 son aislados y además, se recomienda a los médicos que aprovechen al máximo las tecnologías de teléfono y video para comunicarse con ellos a menos que sea absolutamente necesario. Estos cambios han hecho que se dependa mucho más de la tecnología. Como el examen físico ahora se considera de alto "riesgo de exposición", tenemos que depender de las lecturas de telemetría y los monitores de presión, radiografías y tomografías computarizadas para comprender el cuadro clínico completo de cada paciente. Mientras tanto, en la educación médica, la adopción temporal de plataformas de aprendizaje virtual ha hecho que sea casi imposible aprender y practicar el examen físico, lo que potencialmente compromete un conjunto de habilidades que ya está en declive.

Otro punto que hay que tomar en cuenta son. Las ventajas y desventajas del examen físico y su comparación con los exámenes de gabinete. La desventaja más común de los exámenes físicos es que, aunque el examen físico completo puede tener una sensibilidad relativamente alta, a menudo puede tener una especificidad tan baja como el 15 por ciento. Si bien las pruebas de laboratorio y las tecnologías también tienen una

especificidad variable, las de rutina suelen funcionar mejor en comparación. Además, los resultados del examen físico a menudo pueden ser inexactos y tener una variabilidad significativa de un examinador a otro.

Sin embargo, este cuenta con ventajas. Entre estas está que puede proporcionar información valiosa para el diagnóstico inicial y el manejo de algunas condiciones clínicas. Puede ser especialmente útil para evaluar enfermedades que no necesariamente tienen una lesión focalizada, como en psiquiatría. Además, es más económico que una batería de pruebas y no es necesaria la tecnología para efectuarse.

Es muy temprano para poder predecir el futuro del examen físico pero algo que sí podemos asegurar es que esta pandemia lo ha afectado enormemente.

MARTES 17 DE NOVIEMBRE

INTRODUCCIÓN AL QUIRÓFANO, INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS, PREPARACIÓN DEL PACIENTE. Presentado por la Dra. Avilés

Ver el área de lavado, ver que tiene un reloj. Este es necesario para que se sepa cuánto tiempo uno se debe lavar las manos. El primer lavado del día debe durar aprox. 5 min. Las mujeres con uñas largas deben usar cepillo para lavarlas. Esta imagen es como debería ser un salón de operaciones ideal.



El salón de operaciones:

Es el área donde se realizará una cirugía a un paciente ya sea de forma electiva o de urgencia.

Todas las zonas de quirófano deben conformarse tomando en cuenta la circulación de las personas y las condiciones de asepsia requeridas.

Áreas No restringidas: Aquellas donde puede circular cualquier tipo de personal, allí se recibe material que se usará en las cirugías y hay áreas para vestirse los médicos, algunas cuentan con áreas de descanso y cafeterías.

Equipo paramédico: instrumentista, enfermera anestesióloga, enfermera, enfermera circuladora. **Equipo médico:** Anestesiólogo, cirujano, cirujano asistente, a veces estudiante de medicina.

Áreas semi-restringidas o grises:

El personal debe estar vestido con ropa quirúrgica, hay oficinas de anestesia y cirugía, está el área de pre-anestesia o pre-medicación, el área donde se almacena el material, central de esterilización y sala de recuperación post operatoria.

Áreas restringidas:

Están destinados exclusivamente a las salas de operaciones, a donde acceden solo aquellos que van a participar directamente en el área quirúrgica.

Aquí no solo es necesario el uniforme, sino también el cubre bocas y aquellos que participan en el acto quirúrgico una bata y guantes estériles.

Aquí se puede apreciar un quirófano con su equipamiento: torre de anestesia, cama de cirugía, equipo laparoscópico.



Antisépticos, para desinfectar y lavarse las manos, hay varios:

Alcoholes

compuestos yodados

clorhexidina

peróxido de hidrógeno

hibiscrub

avagard

Antiséptico:

No se debe combinar dos antisépticos

El avagard no necesita agua

Preparación del paciente quirúrgico

Cirugía electiva:

- El paciente debe tener toda la información que necesita antes de su cirugía, con detalle de cómo será el procedimiento y sus posibles complicaciones
- El paciente debe saber cómo va a prepararse para la cirugía
- Debe firmar un consentimiento quirúrgico
- Debe saber a donde presentarse el día de la cirugía
- Debe saber que va a pasar después de la cirugía

Cirugía de urgencia:

- Es todo aquel proceso que sufre un paciente que si no se opera de inmediato pone en peligro su vida
- El diagnóstico preciso y rápido es crucial, ya que la demora del tratamiento puede ser grave y ocasionar complicaciones serias que pueden poner en peligro la vida del paciente

Preparación del paciente:

- Laboratorios y estudios de gabinete necesarios
- Evaluaciones por otros especialistas si sufren de hipertensión, asma o diabetes
- Ayuno
- Rasurar o no rasurar
- Vena permeable
- Antibióticos preparatorios
- Rotular alergias
- Firmar el consentimiento operatorio

Causas no ginecológicas de intervenciones quirúrgicas

Tabla 1. Causas no ginecológicas

Afecciones con intervenciones quirúrgicas	No.	%*
Apendicitis aguda	123	65,4
Peritonitis y abscesos intraabdominales posquirúrgico	16	8,4
Traumatismo abdominal cerrado	7	3,7
Disfunción de catéteres ventrículo-peritoneales	5	2,5
Colecistitis aguda	4	2,1
Quiste mesentérico complicado	2	1,0
Quiste del epiplón complicado	2	1,0
Dolor abdominal agudo	2	1,0
Torsión de testículo intraabdominal	1	0,5
Tumor abdominal complicado	1	0,5
Diverticulitis de Meckel	1	0,5
Total	164	86,7

*Porcentaje en relación con el total

Instrumentos quirúrgicos

Bisturí: Existen diferentes tamaños de hojas

Pinzas: Kelly, porta-agujas, pinza en arco

Separadores: Richardson, baby Richardson, separador sweetheart

Tissue fórceps: Diferentes puntas dependiendo de las necesidades

WEBINAR: LA LUZ AL FINAL DEL TÚNEL, GENERALIDADES DE LA DISECCION AÓRTICA

EXPOSITORES:

**NORMAN
VERGARA
GIACOMO
ZILIPÓ JOSÉ
VILLALOBOS**

PANELISTA: ANA WALD

**MODERADOR: DR. ADRIÁN
RUJANO**

La disección de la aorta torácica se refiere a la rotura de la capa media aórtica provocada por una hemorragia intramural, que provoca la separación de las capas de la pared aórtica, creando así una luz falsa.

La disección aórtica puede ocurrir con o sin aneurisma. Los 2 tipos incluyen según la **clasificación de Stanford:**

tipo A: todas las disecciones que involucran la aorta torácica ascendente y / o el arco, independientemente del origen

tipo B: todas las disecciones que involucran sólo la aorta torácica descendente, independientemente del origen

Es relativamente poco frecuente, por lo general en hombres de entre 60 a 70 años

Síntomas:

- Dolor torácico intenso
- Dificultad para caminar
- Dolor abdominal
- Pérdida de conocimiento
- Dificultad repentina para el habla
- Pérdida de la visión

Factores de Riesgo:

- Hipertensión arterial
- Aterosclerosis
- Aneurisma aórtico preexistente
- Coartación aórtica
- Síndrome de Marfan
- Síndrome de ehler-danlos

Etiología

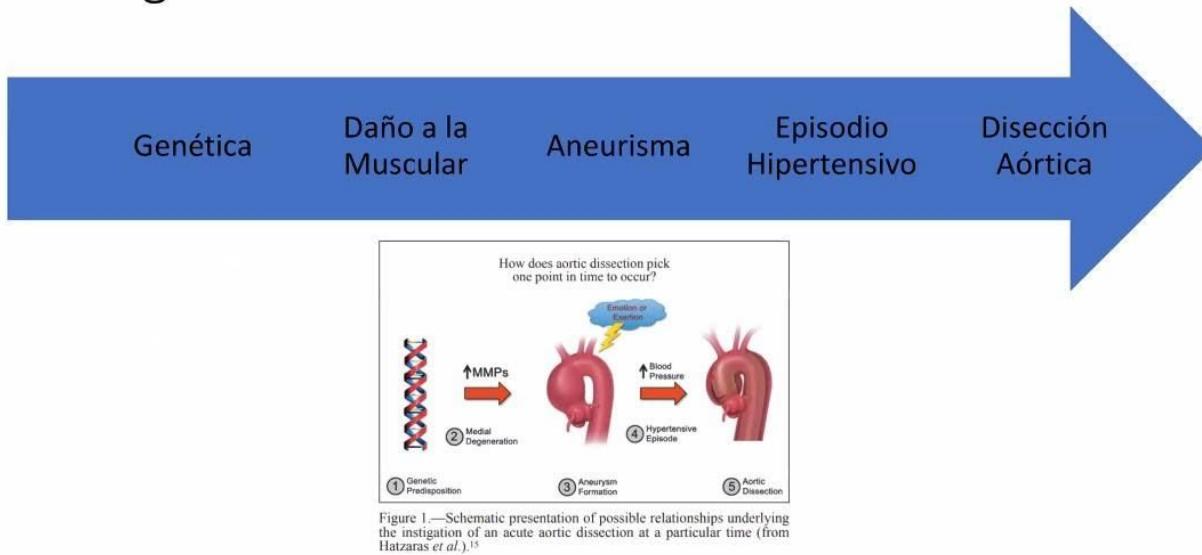


Figure 1.—Schematic presentation of possible relationships underlying the instigation of an acute aortic dissection at a particular time (from Hatzaras *et al.*).¹⁵

Parve, S., Ziganshin, B. A., & Elefteriades, J. A. (2017). Overview of the current knowledge on etiology, natural history and treatment of aortic dissection. *The Journal of cardiovascular surgery*, 58(2), 238–251.
<https://doi.org/10.23736/S0021-9509.17.09883-4>

Abordaje inicial

Estratificación del riesgo:

Antecedentes	Síntomas	Hallazgos físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de Sx aórtico • Conectivopatías (Sx de Marfan) • Enfermedad de válvula aórtica • Aneurisma aórtico • Manipulación aórtica reciente 	<p>Dolor en el pecho, la espalda o el abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De inicio abrupto • De intensidad severa • Desgarrante o lacerante 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de pulsos periféricos o PP > 20 mmHg • Déficit neurológico • Soplo aórtico diastólico • Hipotensión o shock

EKG: descartar elevación del segmento ST y otras causas de dolor

Rx de tórax: Ensanchamiento del mediastino y descartar otras causas

Tomografía axial computarizada

- De elección en pacientes estables
- Permite visualizar directamente el flap intimal y distinguir ambas luces

- Mejor visualización de vasos y morfología compleja
- Permite medir diámetro de la aorta y las luces, además de evaluar la perfusión de las ramas aórticas.

Ecocardiograma

Transesofágico Permite evaluar:

- Insuficiencia aórtica
- Perfusion de ramas vasculares
- Derrame pericárdico
- Taponamiento cardiaco

Resonancia magnética

Alta sensibilidad y especificidad Indicada en:

- Embarazadas
- Alto riesgo de rx al contraste iodado
- Incertidumbre dx

Manejo de la disección aórtica Manejo agudo

- Control del dolor
Terapia anti impulso
Disminución de pa
- Minimizar la tendencia de disección aórtica

Standford A: emergencia quirúrgica, están en riesgo de complicaciones potencialmente mortales con insuficiencia aórtica, taponamiento cardiaco shock cardiogénico, stroke

Manejo: cirugía abierta o reparación endovascular

MANEJO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CRÍTICO, DISCUSIÓN DE CASOS Presentado por Dr. Matos



Carlos Rivera es un paciente de 45 años, después de 60 días de cuarentena por el COVID-19 en su casa, decide irse a comprar "unas pintas". No espera regresar a su casa y decide tomar lo más que pueda en el sitio donde las compra. Combinando cervezas con ron y whisky. Ya en la noche decide volver a casa en su auto.

En el semáforo la luz cambia a rojo y como él se cree un James Bond acelera y no ve el truck aparecerse en la oscuridad. Es impactado por el camión. Su auto da varias vueltas. Algunos mirones lo tratan de sacar del auto, pero les resulta imposible.

Esperan a llegar a los bomberos para que con la "quijada de la vida" logran cortar los hierros retorcidos y sacarlo de su auto.

Llevándolo en ambulancia al Cuarto de Urgencias

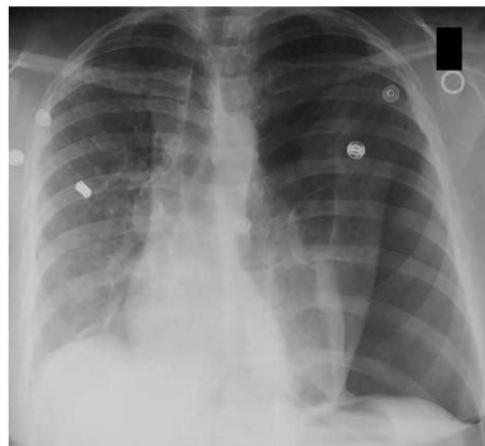


El proceso mediante el cual se accesa a una persona atrapada en un auto le brinda atención médica, lo retira del auto y traslada a un lugar seguro es llamado **EXTRICACIÓN**



Al llegar al Cuarto de Urgencias presenta FC: 110 PA: 89/58 FR: 38 Sat: 89% Disnea y dolor en todo el cuerpo, pero mucho más en el hemitórax izquierdo. El abdomen también muy doloroso a la palpación. Hb: 6.0 Hcto: 18% Lactato: 3.4 Escala de Glasgow: 8

- 2-En la Rx tórax vemos:
a-Hemotórax derecho
b-Hemotórax izquierdo
c-Neumotórax derecho
d-Neumotórax izquierdo
e-Perforación de diafragma Izq.



Presenta neumotórax a tensión izquierdo, lo primero que se debe hacer es descomprimir el aire de este neumotórax, con una aguja de gran calibre en el segundo espacio intercostal. Luego colocar un tubo pleural izquierdo.

Indicaciones de intubación endotraqueal:

- Escala de Glasgow 8 o menor
- Pacientes en shock
- Atelectasia masica
- Obstrucción de la vía aérea
- Excesiva secreción bronquial
- Hemorragia de vía aérea
- Quemaduras en vía aérea
- Trauma maxilofacial severo
- **Falla respiratoria aguda**

FALLA RESPIRATORIA – HIPERPCAPNICA – TIPO II

Trastornos del SNC que disminuyen el impulso ventilatorio

Tabla 2. Escala de coma de Glasgow ECG < 8 = INTUBAR !!

Apertura de ojos	Respuesta motora	Respuesta verbal
Puntuación: ojos abiertos	Puntuación: mejor respuesta	Puntuación: mejor respuesta
4 Espontáneamente	6 Cumple órdenes	5 Orientado
3 A la voz	5 Localiza el dolor	4 Confuso
2 Al dolor	4 Solo retira	3 Palabras inapropiadas
1 No responde	3 Flexión anormal	2 Sonidos incomprensibles
	2 Extensión anormal	1 No responde
	1 No responde	

Manejo de falla respiratoria aguda en orden:

- Identificar y tratar la causa
- Gases arteriales-rx de tórax
- Respaldo mayor a 30 grados
- Oxígeno suplementario
- Broncodilatadores
- Corticoides-expectorantes

- Ventilación no invasiva
- Intubación endotraqueal
- Ventilación mecánica invasiva

El equipo necesario para la intubación **debe** estar en el carro de paro:

Falla respiratoria hipoxica I se ve en:

- Asma en crisis
- EPOC
- Embolia pulmonar
- Enfermedad pulmonar intersticial
- Atelectasia

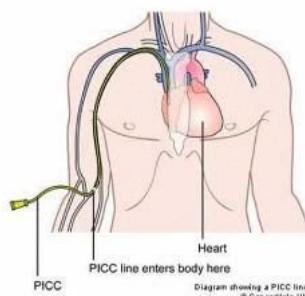
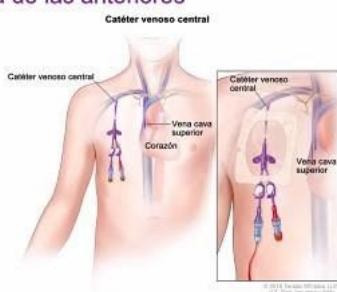
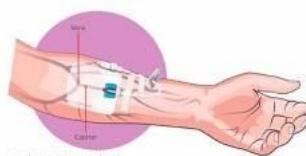
Falla hipercapnica II

- TCE
- Hemorragia cerebral
- Infecciones del SNC
- Drogas depresoras del SNC
- Mixedema
- Trastornos metabólicos
- Traumas cervicales
- Tumores raquímedulares
- Obstrucción: trauma laríngeo, pólipos, bocio, parálisis de cuerdas vocales, broncoespasmos, traqueomalacia



6-El paciente requiere administrar líquidos intravenosos urgente, aproximadamente dos litros. No se ponen de acuerdo entre el cirujano y el urgenciólogo: si usar una vena periférica de gran calibre o un catéter central para administrar líquidos a chorro. Usted que opina ?

- a-La longitud es directamente proporcional al flujo
- b-El grosor es inversamente proporcional al flujo
- c-La viscosidad del líquido es directamente proporcional al flujo
- d-Por el catéter periférico puedo pasar norepinefrina para aumentar la presión arterial
- e-Ninguna de las anteriores



NINGUNA DE LAS ANTERIORES, LEY DE POISEVILLE

Para infundir volumen rápidamente, se recomienda 2 venas periféricas, Lactato Ringer, nunca dextrosa al 5%. Los coloides cuestan 20 a 30 veces mas que los cristaloides y la mortalidad al usarlos es igual a la de los cristaloides, por ende se utilizan los cristaloides.

INFUSIONES A UTILIZAR

Trauma: L/R

TCE: SSN

Quemaduras: L/R

Hidratación: SSN

Hipovolemia: L/R + coloide

JAMAS

usar D/A 5%

-NO para reanimación hemodinámica

-NO para hidratar un paciente

-NO para PosOperatorio de rutina

-NO para hipoglucemia

-NO para nutrir o dar “algo” de calorías

Excepto:

-Hipernatremia hipervolémica ($\text{Na} > 145$)

-Hipernatremia normovolémica ($\text{Na} > 145$)

-Alguna infusión que el fabricante lo recomiende

- El qSOFA no reemplaza al SIRS en la definición de sepsis.
- El orden de lo que se debe hacer la primera hora en manejo de shock séptico es:
 - Medir lactato y remedir cada 2 horas
 - Tomar hemocultivo
 - Aplicar antibióticos de amplio espectro
 - Administrar líquidos IV
 - Vasopresores: Norepinefrina

- Measure lactate level. Remeasure if initial lactate is >2 mmol/L.
- Obtain blood cultures prior to administration of antibiotics.
- Administer broad-spectrum antibiotics.
- Begin rapid administration of 30ml/kg crystalloid for hypotension or lactate ≥ 4 mmol/L.
- Apply vasopressors if patient is hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain MAP ≥ 65 mm Hg.

**“Time zero” or “time of presentation” is defined as the time of triage in the Emergency Department or, if presenting from another care venue, from the earliest chart annotation consistent with all elements of sepsis (formerly severe sepsis) or septic shock ascertained through chart review.*

Fig. 1 Hour-1 Surviving Sepsis Campaign Bundle of Care

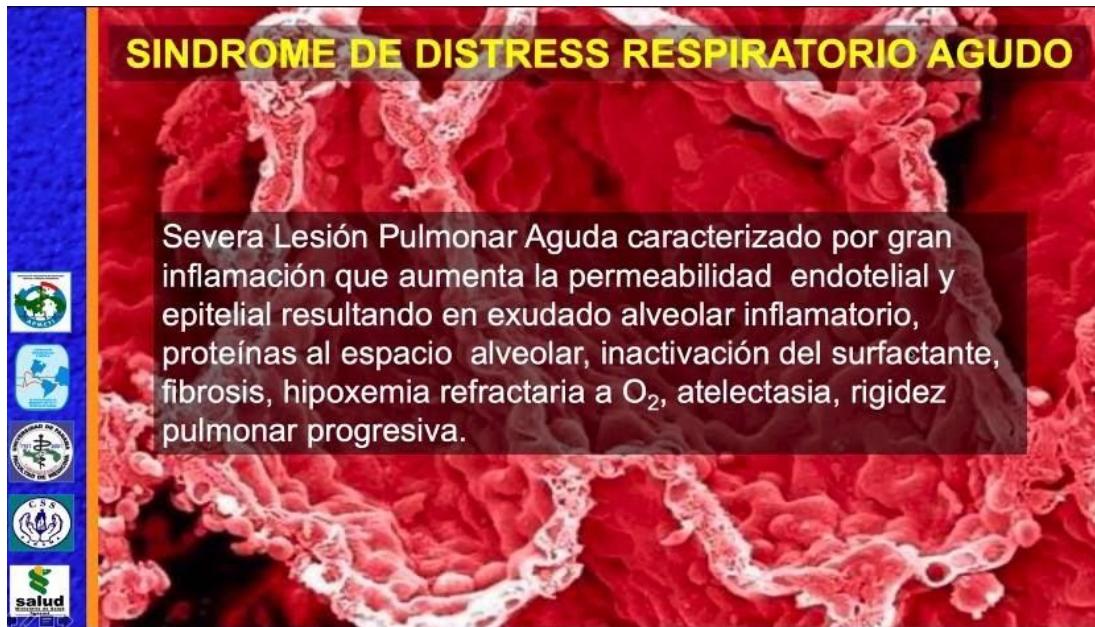
Table 1 Bundle elements with strength of recommendations and under-pinning quality of evidence [12, 13]

Bundle element	Grade of recommendation and level of evidence
Measure lactate level. Re-measure if initial lactate is > 2 mmol/L	Weak recommendation, low quality of evidence
Obtain blood cultures prior to administration of antibiotics	Best practice statement
Administer broad-spectrum antibiotics	Strong recommendation, moderate quality of evidence
Rapidly administer 30 ml/kg crystalloid for hypotension or lactate ≥ 4 mmol/L	Strong recommendation, low quality of evidence
Apply vasopressors if patient is hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain MAP ≥ 65 mm Hg	Strong recommendation, moderate quality of evidence

Levy MM et al Intensive Care Med 2018;44:925-928

- Angiotensina 2 se utiliza en shock refractario.
- Dopamina solo se utiliza en shock neurogénico.

SDRA:



16-Quién inicia la atención
del paciente grave ?

El médico tratante

17-Dónde se inicia la atención
del paciente grave ?

Donde esta el paciente.



MIERCOLES 18 DE NOVIEMBRE

ANESTESIA GENERAL, PROCEDIMIENTO EN VIVO Por Dr. Ramboa



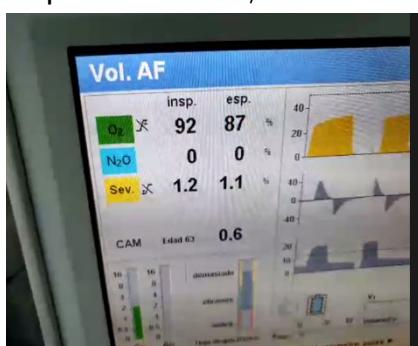
Ingresamos al quirófano para observar el proceso de preparación para la anestesia de un paciente para una intervención de disección aortica. Se nos mostró la técnica de Seldinger que es una técnica empleada para la cateterización percutánea de los vasos sanguíneos, consiste en la introducción de una guía metálica flexible por la luz de la cánula con la que se ha realizado la punción del vaso. El catéter que se desea emplear se introduce entonces a través de la

citada guía, tras lo cual es retirada, quedando el catéter colocado en el interior del vaso sanguíneo que se desea. Esta fue utilizada para la colocación de la línea arterial, que se puede colocar en las arterias: radial, femoral y pedia, así como para la colocación de un catéter venoso central. Las canalizaciones fueron realizadas por medio de ultrasonido. Observamos los monitores que indican el gasto y el índice cardiaco del paciente. También se nos explicó acerca del índice biespectral (IBE) que es una escala de medición basada en la actividad eléctrica en el cerebro, y mediante el uso de un monitor de actividad cerebral durante la anestesia. Se utilizará esta escala para informar la cantidad de anestesia a administrar al paciente y para medir la profundidad de la anestesia. Se ha demostrado que la anestesia guiada por el IBE puede reducir el riesgo de conciencia intraoperatoria. El monitor BIS proporciona un número único adimensional, que varía de 0 (equivalente al silencio del EEG) a 100 (equivalente a completamente despierto y alerta). Un valor BIS entre 40 y 60 indica un nivel apropiado para la anestesia general.



Durante la intervención anestésica, observamos la colocación de una cánula orofaríngea para la oxigenación del paciente previo a la intubación guiada por videolaringoscopia. En el procedimiento, se observó por medio de ultrasonido que el paciente presentaba un

derrame pericárdico que ocasionó una caída de la presión por un taponamiento cardiaco. Además, el paciente presentó fibrilación auricular.



Para la inducción de la anestesia, se utilizó el Sevoflurano como agente inhalatorio y se mostró la capnografía, que es una técnica de monitorización del intercambio gaseoso no invasiva que nos ofrece información sobre los niveles de producción de CO₂, sobre la perfusión pulmonar y sobre la ventilación alveolar.

En la intervención del paciente, se utilizará la técnica quirúrgica que consiste en la utilización de parada circulatoria con perfusión cerebral selectiva anterógrada (PCSA). Esta técnica incluye la perfusión selectiva anterógrada a mayores temperaturas (hipotermia moderada de 23-28°C) con el fin reducir el tiempo de perfusión prolongado y con ello el sangrado por coagulopatía, sin aumentar la incidencia de complicaciones neurológicas.



Monitor cardiaco

Paciente al inicio se encuentra con:

- PA 117/72
- Saturación de 94%



Índice biespectral (BIS): Ayuda a saber que tan profundamente esta anestesiado el paciente. En el hemisferio frontal hace un electroencefalograma, lo analiza y procesa y nos da la información de que tan profundamente anestesiado está el paciente. El BIS debe ser llevado a un rango entre 40 y 50 para la anestesia general.



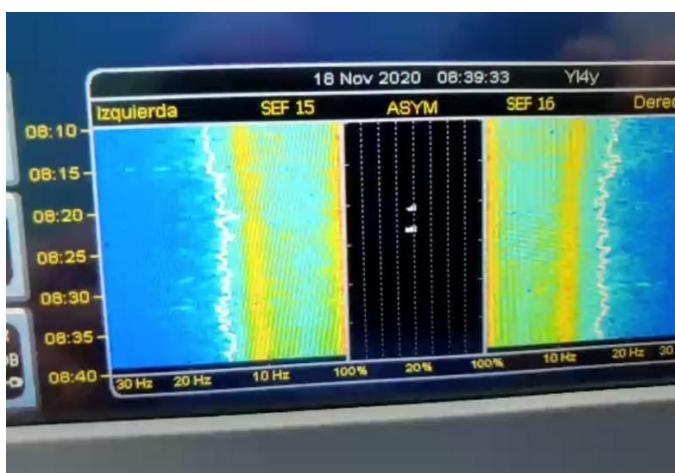
Monitor del BIS

Al paciente se le da midazolam como hipnótico para empezar la anestesia. Luego remifentanil el cual es un opioide muy potente. Luego se le da un relajante muscular (rocuronio) y un agente inhalatorio como sevoflurane.



Capnógrafo, mide la cantidad de dióxido de carbono en la vía aérea del paciente durante su ciclo respiratorio, es decir la presión parcial de CO₂ en el aire espirado. Con él se puede ver si se entubó bien al paciente.

El paciente hizo una fibrilación auricular y un taponamiento cardiaco.



En esta parte del BIS se ve reflejado el efecto de los anestésicos.

WEBINAR: MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

Los divertículos son sacáculos que protruyen desde la luz del intestino hacia el exterior de éste. Que se presenta frecuentemente en pacientes mayores de 50 años con una incidencia pico en meses de verano. Esto se considera una diverticulitis cuando se inflaman. Se presenta con dolor agudo, constante, habitualmente localizado en la fosa iliaca izquierda (se le llama por esto "la apendicitis del lado izquierdo"), con irradiación hacia la espalda, fiebre acompañada de tiritona y, a veces, cambio del ritmo intestinal, desde diarrea hasta estreñimiento. También pueden aparecer náuseas, vómitos, cansancio y distensión abdominal.

La TC es el método de elección inicial más apropiado para el diagnóstico cuando se sospecha diverticulitis. El estadio de la enfermedad en pacientes con diverticulitis a menudo se determina mediante el sistema de clasificación de Hinchey modificada por Wasvary. La resección del sigma más anastomosis primaria para diverticulitis aguda es un procedimiento seguro en casos seleccionados. Debido a que sólo hubo mortalidad en pacientes con un Hinchey elevado, esta clasificación continúa siendo uno de los factores más importantes asociados a complicaciones postoperatorias.

Factores asociados con riesgo elevado de desarrollar DA

- Uso prolongado de AINEs, Corticoesteroides y opioides
- Fumar
- Pacientes con Sx de Ehler-Danlos, Sx de Williams-Beuren
- Pacientes con HIV y aquellos con QmT
- ↑ IMC y de la proporción de grasa subcutánea-visceral
- Bloqueadores de canales de Ca++ y terapia con estatinas
- Actividad física

Cuadro 1
Clasificación de Hinchey modificada

Grado I	Diverticulitis con aumento en la densidad de la grasa pericolónica. Absceso pericolónico
Grado II	Absceso pélvico tabicado
Grado IIa	Abscesos distantes. Posible drenaje por punción
Grado IIb	Abscesos complejos con fistula
Grado III	Peritonitis purulenta generalizada
Grado IV	Peritonitis fecal

Sintomatología: Dolor agudo en cuadrante inferior izquierdo, asociado a sensibilidad. Puede presentar fiebre, elevación de proteína C reactiva.

Diagnóstico



Tratamiento médico conservador de la diverticulitis

El manejo conservador se mantiene entre 0 y 1a. Puede considerarse en 1b y 2.

0-1a Hinche 0 - 1 A

Ciprofloxacina + Metronidazol
Durante 7-10 días y dieta con líquidos

Pacientes con comorbilidades o no aptos para manejo ambulatorio
Tratamiento endovenoso

Localized Pericolic Abscesses (Hinchey Stage I)

MANEJO QUIRÚRGICO

Diverticulitis complicada: inflamación del divertículo asociado a complicaciones como perforación abceso peritonitis fecal, obstrucción intestinal o formación de fistula. De hinchey 3 en adelante se recomienda cirugía.

Drenaje percutáneo se recomienda en abscesos desde 3 a 5cm o mayores.

Hinchey 2b ABSCESOS

Absceso menor de 4 cm
Inicio de tratamiento conservador con antibioticos intravenoso

- Si hay signos de mejora en 48-72 hrs : cambio a antibioticos orales
- No hay signos : drenaje

Large Mesenteric Abscess (Hinchey Stage II)

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA BÁSICA por Dr. Cukier

Oncología Quirúrgica Básica

Generalidades

- Rol diagnóstico
- Intervenciones con intento curativo
 - Tratamientos combinados (radioterapia intraoperatoria)
- Cirugía profiláctica
- Cito reducción (debulking)
- Resección de enfermedades metastásica
- Procedimientos paliativos (calidad de vida)
- Investigación

Biopsia por aguja

- Aguja fina: únicamente para obtener células, entre más grande es el Fr más pequeño es el cilindro. Biopsia de nódulo de tiroides
- Aguja gruesa (trucut): es <19 Fr, entre más bajo es más grueso es el cilindro

Biopsia Incisional

Remisión de un segmento parcial de un tejido, se debe evitar a toda costa, hay caso en que se hace actualmente como los dermatólogos usando un punch

Biopsia excisional

Remoción por completo de la lesión y se hace con 1-3 mm de tejido sano, se hace cuando el clínico está seguro que es benigno

Resección

- Resección Local amplia
- Resección Radical (para describir si nos quedamos circunscrito al órgano o removemos tejido adicional)
- Resección en-bloc

Citología de Fluidos

Fluidos como líquido pleural, ascítico, LCR, es esencial para hacer diagnóstico. Se hace con agujas delgadas o finas.

Intervención con intento curativo

La resección quirúrgica es la piedra angular de intento curativo en tumores sólidos

Márgenes de Resección

- R0: márgenes microscópicos negativos
- R1: márgenes microscópicos positivos
- R1: márgenes microscópico positivos (tumor residual)

Tratamientos combinados

Radioterapia intraoperatoria

- Cáncer de mama
- Cáncer de recto
- Sarcomas retroperitoneales

Maquina intrabeam: durante la intervención quirúrgica

Quimioterapia intraperitoneal (HIPEC)

- Carcinomatosis (Ca de colon)
- Mesoteliomas

Infusión/perfusión de Qt en extremidades

- Melanoma

Reporte que se hace cada vez que se realiza un procedimiento

- Diagnóstico
- Indicaciones
- Procedimiento
- Complicaciones
- Como queda el paciente al final

VIDEOS Y CASOS DE PACIENTES DE TRAUMA presentado por Dr. Vega



Se presenta un paciente inconsciente y sin respirar con un sangrado profuso secundario a una fractura de fémur. Se encontraba hipotensio. No se palpaban pulsos. En este video se ve como no se debe manejar a un paciente de trauma.

Luego se nos proyectó un video de la misma situación con el mismo paciente y personal, pero en el que se abordó y trató al paciente de la manera correcta.

Después discutimos todos los puntos relevantes en la atención inicial de un paciente de trauma, enfocándonos en todos los pasos que hicieron correctamente en el segundo video y explicándolos paso a paso.

Video de lo que no se debe de hacer durante la cirugía de trauma



Para el segundo video realizo los pasos adecuadamente en el manejo de trauma



JUEVES 19 DE NOVIEMBRE

WEBINAR: CIRUGÍA DE WHIPPLE, SUS INDICACIONES Y COMPLICACIONES

WEBINAR – CIRUGÍA DE WHIPPLE

El cáncer de páncreas, una enfermedad altamente mortal, tiene una supervivencia en 5 años del 12%. Una de las herramientas en el tratamiento de la enfermedad es la pancreatoduodenectomía o cirugía de Whipple.

El primer expositor habló sobre las indicaciones de la cirugía de Whipple, siendo éstas:

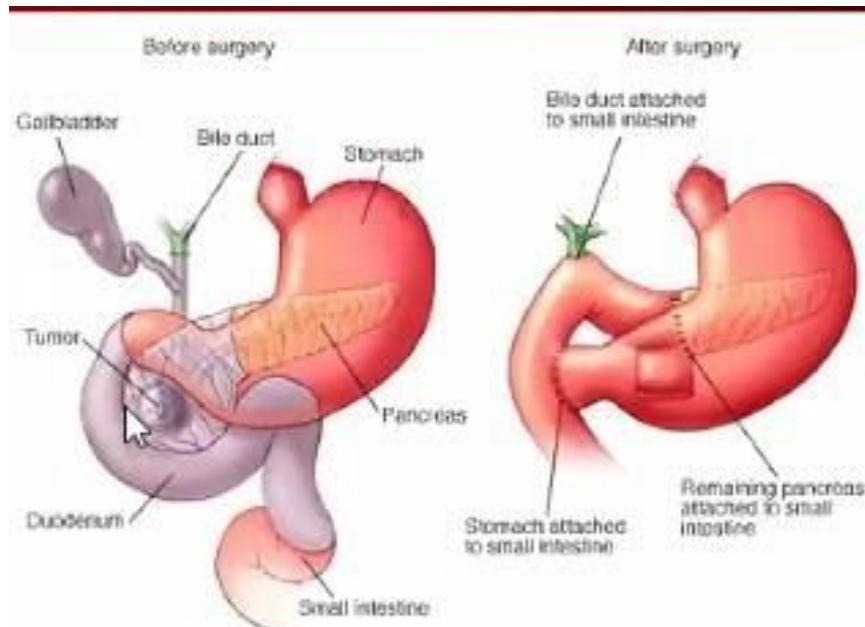
- Adenocarcinoma de Páncreas
- Tumores neuroendocrinos de páncreas
- Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)
- Las neoplasias mucinosaspílulas intraductales (IPMN)
- Colangiocarcinoma del conducto biliar distal
- El adenocarcinoma de la ampolla de Vater
- El adenocarcinoma duodenal
- Pancreatitis crónica con masa inflamatoria en la cabeza del páncreas
- Traumatismo pancreático severo

La segunda expositora habló en profundidad sobre el procedimiento de la cirugía de Whipple. Según ella siendo las fases:

- Valoración
- Resección
- Reconstrucción

Resumiendo además en 18 pasos.

La última expositora habló sobre las complicaciones de esta cirugía. Asociada a morbilidad postoperatoria del 20%.



ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

Segunda neoplasia maligna gastrointestinal más común en usa

Pronóstico desfavorable

La cirugía es la única modalidad de tratamiento que es potencialmente curativa

Grados de resecabilidad para el adenocarcinoma ductal pancreático

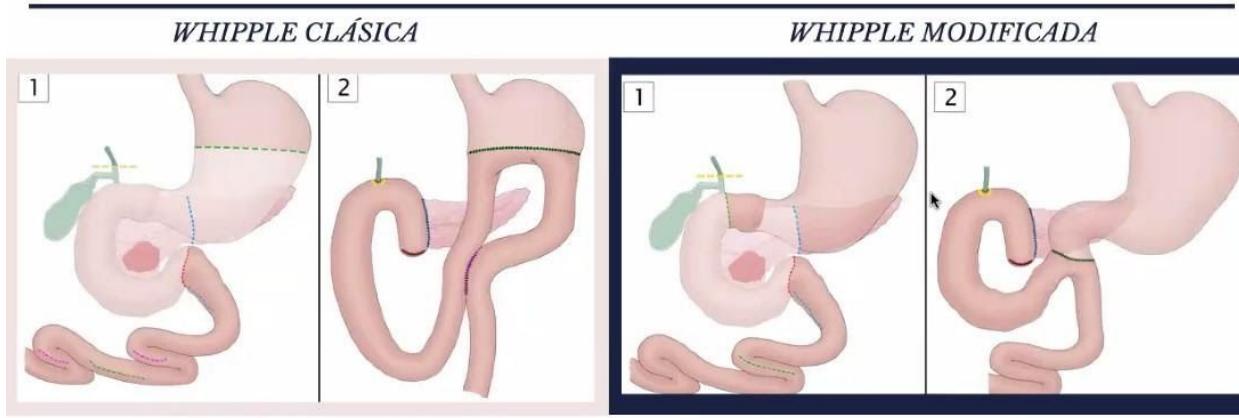
Localizado y resecable

Resecable límite (borderline)

Irresecable: Metástasis a distancia, recubrimiento tumoral de arteria mesentérica superior a más de 180 grados, compromiso de vena cava inferior, compromiso aórtico, vena mesentérica superior irreparable

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA PANCREATODUODENECTOMÍA

1. Incisión subcostal bilateral o línea media
2. Valoración, examinará vísceras y anexos
3. El segmento ascendente y ángulo hepático del colon se separan del duodeno y se desplazan a línea media
4. Maniobra de Kocher
5. Identificar VMS y el hilio hepático
6. Inicio de fase de resección
7. Identificar parte proximal de arteria hepática
8. Se transecta Conducto hepático común
9. Se descubre la vena porta y se diseña superficie anterior de ella
10. Se separa el cuello del páncreas
11. Se reseca la vesícula biliar
12. En Whipple clásica se transecta antro del estómago (la modificada conserva el píloro)
13. Se transecta yeyuno más allá del ligamento del páncreas
14. Se transecta cabeza del páncreas
15. Inicia la fase de reconstrucción



Anastomosis:

1. gastroyeyunostomia
2. pancreaticoyeyunostomia
3. hepaticoyeyunostomia
4. enteroenterostomía

Anastomosis:

1. Duodenectomy parcial -> duodenoyeyunostomia
2. Terminación ciega del yeyuno proximal
3. pancreaticoyeyunostomia
4. hepaticoyeyunostomia

Next.amboss.com. 2019. AMBOSS Login. [online] Available at: <https://next.amboss.com/us/article/B10z_T#Z93cfa8c1c4abd67a046f7bd198a1f3> [Accessed 18 November 2020].

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA CIRUGÍA DE WHIPPLE

- Se asocia con una importante morbilidad postoperatoria, cuyas tasas oscilan entre el 30% y el 60%.
- Las principales complicaciones postoperatorias incluyen:

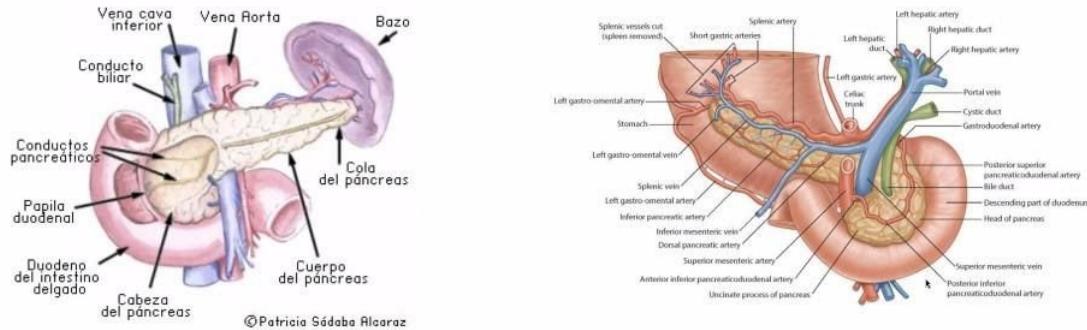
Cirugía	Sitio quirúrgico
<ul style="list-style-type: none"> - Fuga o fistula pancreática - Absceso intraabdominal - Retraso del vaciado gástrico - Hemorragia postoperatoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Infección - Dehiscencia de la herida

- Con los avances y el progreso de las técnicas quirúrgicas y las mejoras en los cuidados perioperatorios y críticos, las tasas de mortalidad y morbilidad han disminuido

Complicaciones de la cirugía

Complicaciones Inmediatas	Complicaciones tardías
<ol style="list-style-type: none">1. Fístula pancreática2. Hemorragia postoperatoria3. Retraso del vaciamiento gástrico4. Pancreatitis del remanente	<ol style="list-style-type: none">1. Insuficiencia pancreática exocrina2. Insuficiencia pancreática endocrina3. Colangitis4. Pancreatitis tardía

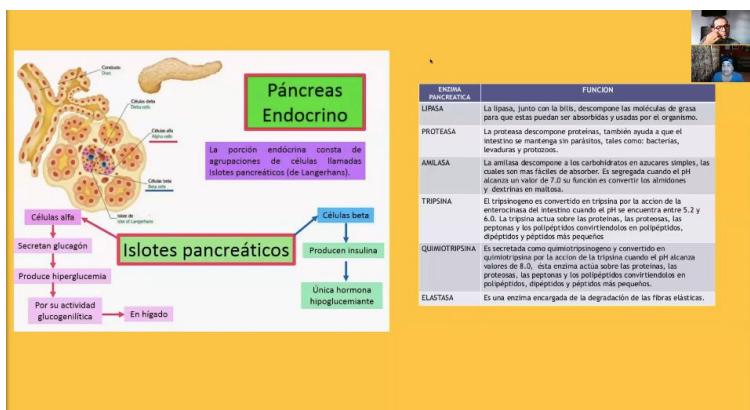
TUMORES DE PÁNCREAS por Dra. Avilés



La primera descripción del páncreas se le atribuye a Herófilo. Johann Georg describió el conducto de Wirsung (quién publicó primero) entre 1849 y 1856 se habla de la función pancreática exocrina, Fitz fue el primero en describir la pancreatitis. Vater describe la papila, que es una colección de 4 esfínteres, no permite que se mezcle la bilis + enzimas pancreáticas hasta que ambas estén en el duodeno.

La mezcla de ambas antes de llegar al duodeno puede causar daño al parénquima del páncreas. La fisiopatología de la pancreatitis biliar consiste en un cálculo que erosiona los conductos y permite la mezcla de ambas sustancias, lo que daña al páncreas.

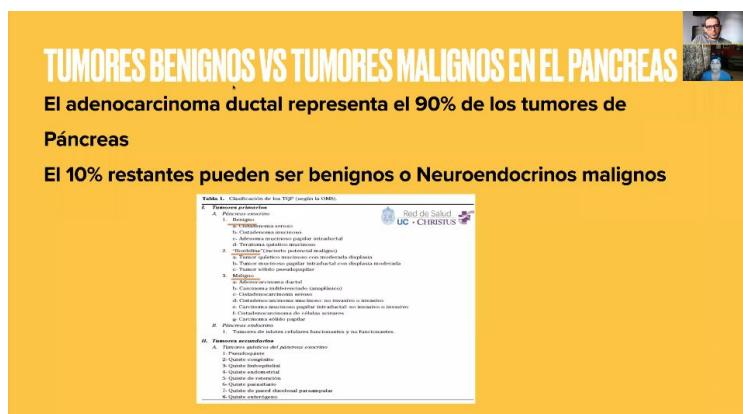
En cuanto a la función del páncreas, sabemos que tenemos endocrina y exocrina. Los islotes pancreáticos producen las hormonas necesarias para la función endocrina y son la base de enfermedades como la diabetes mellitus.



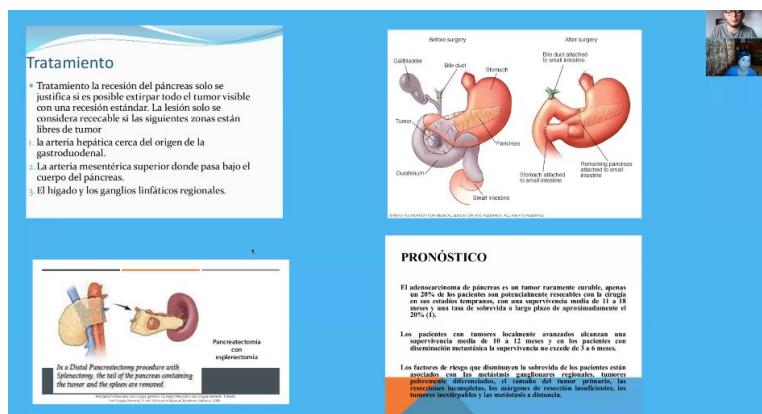
Tumores pancreáticos, entonces, pueden surgir de cualquier tipo celular en este órgano:



Luego de los 50 años, es recomendable hacerse marcadores tumorales para páncreas cada 6 meses.



Tumores de la cola: da dolor abdominal reflejo. Al ser maligno tiene un diagnóstico muy tardío, por lo cual en muchas ocasiones hacen metástasis a órganos contiguos. La mayoría de los cánceres de la cola son diagnosticados cuando el tumor ya infiltró al estómago. Esto hace que la posible cirugía (gastrectomía, pancreatectomía) disminuya la calidad de vida del paciente de una manera considerable, sin garantizar la sobrevida.

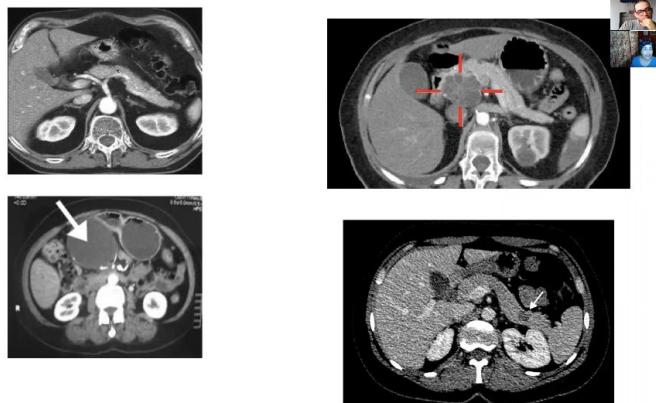


La complicación más frecuente en la cirugía pancreática es una fístula del conducto pancreático—muy muy frecuente. Se debe tener cuidado con la arteria hepática, esplénica y mesentérica superior.

Debido a la vecindad con el tronco celíaco, todos los ganglios serán tomados.

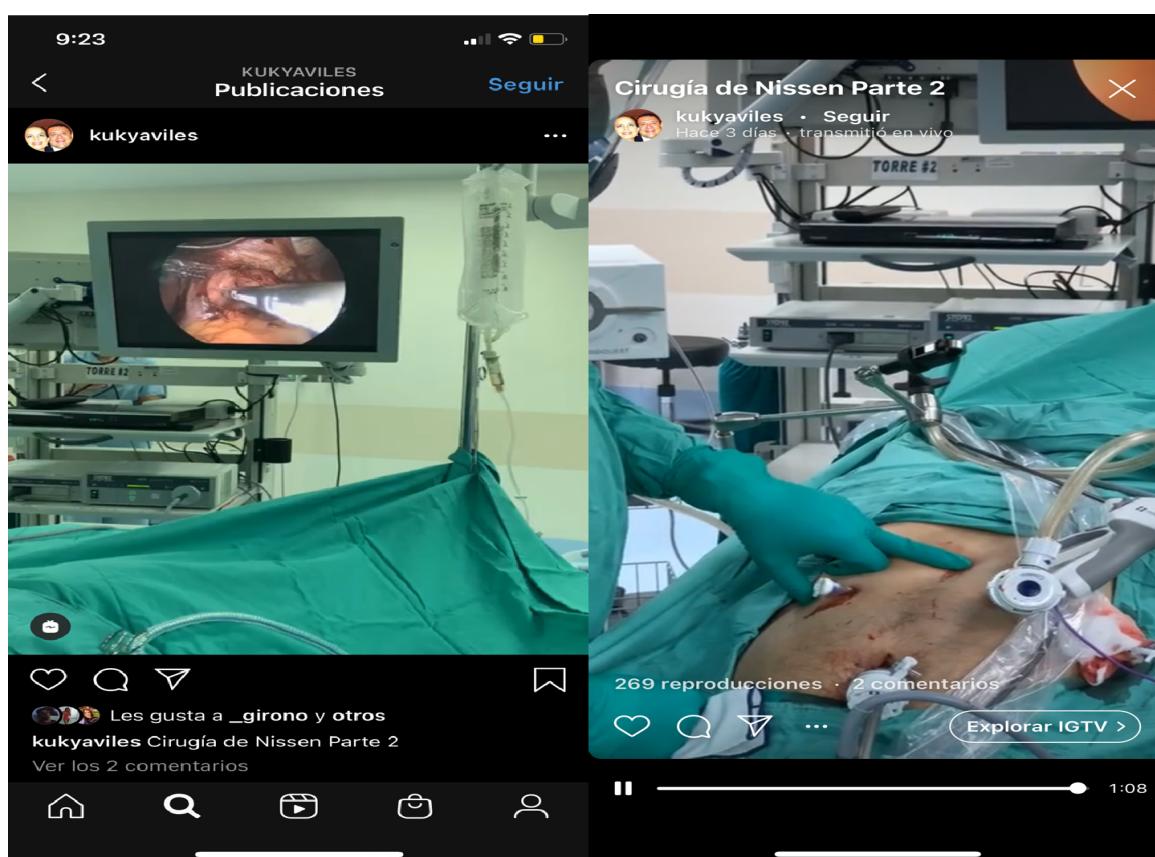
Si el tumor está en la cabeza del páncreas, se trata de una cirugía de Whipple (pancreatoduodenectomía), sacando todo el duodeno.

El adenocarcinoma de páncreas es poco curable. Incluso con tumores resecables, la sobrevida es de 11-18 meses. Se considera siempre el tratamiento paliativo.



FUNDUPPLICATURA DE NISSEN TRANSMITIDA POR LIVE DE INSTAGRAM Por la Dra. Avilés

Luego de terminadas las clases, la Dra nos invitó a pasar por su Instagram, donde transmitirá en vivo una funduplicatura de nissen por laparoscopia para que así pudiésemos ver cómo se realizaba el procedimiento.



VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

TALLER DE SUTURAS EN THE PANAMA CLINIC, Dictado por la Dra Debbie Wong (Ver Blog para ampliar este día)



