



# **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 Panamá  
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 15 % DE LA NOTA FINAL
  - b. 50% ASISTENCIA, WEBINARS, PROFESORES 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 RENOVACION 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:	<ul style="list-style-type: none"><li>ELEVARE EL NIVEL ACADEMICO DE LOS DOCENTES</li><li>RENOVAR CONTINUAMENTE LA OFERTA ACADEMICA, PERTINENTE AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO SOSTENIBLE, CIENTIFICO, TECNOLÓGICO Y HUMANISTICO DEL PAIS Y DEL CONTEXTO INTERNACIONAL</li><li>FORTALECER EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE MEDIANTE EL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS EDUCATIVOS.</li></ul>

AVANCE: EN EJECUCION

### REUNION DE CONSENSO (26 JULIO 2018)



### Resultado

- REUNION CON LOS PROFESORES DE LA CATEDRA Y EL DECANO PARA DAR INICIO FORMAL AL PROYECTO 26 JULIO 2018
  - ESTUDIANTES EGRESADOS DEL CURSO
    2018.  $78 + 74 = 152$
    2019.  $58 + 61 = 119$
    2020. 92 ESTUDIANTES SOLO EN EL PRIMER SEMESTRE  
98 ESTUDIANTES EN TERCER SEMESTRE(PENDIENTE)  
 $92 + 98 = 190$
  - PROFESORES REGULARES
    - 2018 3 PROFESORES
    - 2020 5 PROFESORES
  - PROFESORES ASISTENTES CLINICOS
    - 2018 20 PROFESORES
    - 2020 MAS DE 100 PROFESORES CLINICOS EN HOSPITALES NACIONALES PUBLICOS Y PRIVADOS, Y HOSPITALES INTERNACIONALES 3 PROFESORES CLINICOS
  - HOSPITALES DOCENTES
    - 2018 PUBLICOS 13,
    - 2020 PUBLICOS 14, PRIVADOS 2, INTERNACIONALES 3
  - CONVENIOS CON HOSPITALES PRIVADOS PARA LA ROTACION DE CIRUGIA
    - 2018 0
    - 2020 3 CONVENIOS CON EL CENTRO MEDICO PATILLA, CLINICA SAN FERNANDO Y PANAMA CLINIC
  - SALONES DE CLASES
    - 2018 CHMAAM.
    - 2020 CHAAM, HST, CMPATILLA
  - OFERTA ACADEMICA
    - 2018 CLASES MAGISTRALES Y ROTACIONES EN HOSPITALES.
    - 2020 CLASES MAGISTRALES, ROTACIONES EN HOSPITALES, TURNOS PRESENCIALES, TALLERES, ROTACIONES VIRTUALES, SIMULACION, TURNOS VIRTUALES.
  - CURSOS
    - 2018 0
    - 2020 BLS Y ATLS TEAM
  - PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 2018 0.
    - 2020 WASAP, SLIDESHARE, BLOGGER, WIX, ZOOM, EDMODO
- MONTO DEL PROYECTO. MIXTO
- FONDOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA SOLICITADOS

## PROYECTO 2

<b>Unidad:</b>	Facultad de Medicina DEPARTAMENTO DE CIRUGIA - CATEDRA DE CIRUGIA
<b>Eje</b>	INVESTIGACION, CIENCIA E INNOVACION CON PERTINENCIA AL DESARROLLO SOSTENIBLE
<b>Nombre del Proyecto</b>	"LA CATEDRA DE CIRUGIA COMO CENTRO DE INVESTIGACION Y PRODUCCION DE TRABAJOS CIENTIFICOS"
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONSOLIDAR A LA UNIVERSIDAD COMO CENTRO DE INVESTIGACION POR EXCELENCIA</li> <li>FORTALECER LA INVESTIGACION DE CALIDAD, PERTINENCIA Y PRODUCTIVIDAD EN BENEFICIO DE LA SOCIEDAD</li> <li>CREAR UN SISTEMA DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECONOCIDAS POR SUS ALTOS ESTANDARES DE CALIDAD Y PERTINENCIA</li> </ul>

### Resultado

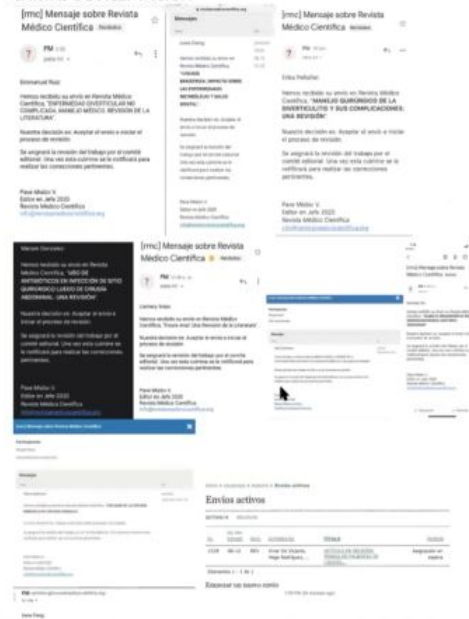
1. TALLERES DE INVESTIGACION EN SLIDESHARE
2. PUBLICACIONES VIRTUALES EN BLOGGER
3. PUBLICACIONES VIRTUALES EN WIX
4. PUBLICACIONES EN REVISTA MEDICA INDEXADA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
5. WEBINARS NACIONALES E INTERNACIONALES EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

### 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

## CARTAS DE ACEPTACION



## AVANCE DE LAS PUBLICACIONES QUE SE REALIZARAN PARA TERMINAR EL 2020

CIRUGIA		2020	
FECHA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ESTADO
15/01/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
22/01/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
29/01/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
05/02/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
12/02/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
19/02/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
26/02/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
05/03/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
12/03/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
19/03/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
26/03/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
02/04/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
09/04/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
16/04/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
23/04/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
30/04/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
07/05/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
14/05/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
21/05/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
28/05/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
04/06/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
11/06/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
18/06/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
25/06/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
02/07/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
09/07/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
16/07/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
23/07/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
30/07/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
06/08/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
13/08/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
20/08/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
27/08/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
03/09/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
10/09/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
17/09/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
24/09/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
01/10/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
08/10/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
15/10/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
22/10/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
29/10/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
05/11/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
12/11/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
19/11/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
26/11/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
03/12/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
10/12/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
17/12/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
24/12/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado
31/12/2020	Revisión de la programación de actividades	Dr. [Nombre]	Completado

## PROYECTO 3

<b>Unidad:</b>	Facultad de Medicina DEPARTAMENTO DE CIRUGIA - CATEDRA DE CIRUGIA
<b>Eje</b>	APLICACIÓN DE TECNOLOGIA Y ESTIMULO AL EMPRENDIMIENTO
<b>Nombre del Proyecto</b>	"INCORPORACION DE LAS PLATAFORMAS TECNOLOGICAS PARA LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN EN LA CATEDRA DE CIRUGIA"
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MODERNIZACION DE LOS SERVICIOS UNIVERSITARIOS APOYADO EN LOS AVANCES TECNOLOGICOS</li> <li>FORTALECER Y MEJORAR LOS PROGRAMAS DE INNOVACION Y EMPRENDIMIENTO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA</li> </ul>

### Resultado

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 EDMODO

### MONTO DEL PROYECTO

AUTOGESTION Y AUTOFINANCIAMIENTO DE LOS PROFESORES Y LOS ESTUDIANTES

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

### 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

## Calificamos a los profesores del semestre

Competencias que deben tener los estudiantes, de parte de la Vicedecana.



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LOS PROFESORES



### CIRCULAR 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.

**DE:**   
Meriam Sealy  
Directora de Evaluación de los Profesores

**ASUNTO:** Evaluación del año académico 2020.

**FECHA:** 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 Reglamento 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 tomada en consideración para aplicación de sanciones.

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](mailto:sisdep.up.ac.pa) y de esta manera iniciar el proceso de evaluación de los profesores.



Escaneado con

2020 "AÑO DEL TRABAJO EN PRO DE LOS OBJETIVOS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE"  
CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA  
Escuela de Ingeniería (Ciencias), República de Panamá  
Teléfono: 523-5692

**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

**I**

**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: Directo 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	<b>Dr. Gerardo Victoria</b> <a href="mailto:surgicor@yahoo.com">surgicor@yahoo.com</a>	Cirugía Torácica
	10- 12m	<b>Dr. Luis Javier Cárdenas</b> <a href="mailto:ljcardenas@me.com">ljcardenas@me.com</a>	Casos clínicos
	2-4 pm	<b>Dr. Gerardo Victoria</b> <a href="mailto:surgicor@yahoo.com">surgicor@yahoo.com</a>	Electrocirugía y Patología de Vías Biliares
	4-6 pm	<b>WEBINAR</b>	Casos Clínicos <b>WEBINAR</b>
Martes 17 de noviembre	8-10am	<b>Dra. Hebe Avilés</b> <a href="mailto:draaviles@me.com">draaviles@me.com</a>	Introducción al quirófano, instrumentos quirúrgicos
	10- 12m	<b>Dra. Debbie Wong</b> <a href="mailto:debbiewongmd@gmail.com">debbiewongmd@gmail.com</a>	Cirugía de hernia (hernia umbilical, femoral, inguinal)
	2-4 pm	<b>WEBINAR</b>	laparoscópica. Casos clínicos en consulta y urgencia <b>WEBINAR</b>
	4-6 pm	<b>Dr. Alfredo Matos</b> <a href="mailto:alfredomatos28@gmail.com">alfredomatos28@gmail.com</a>	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
  - 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:

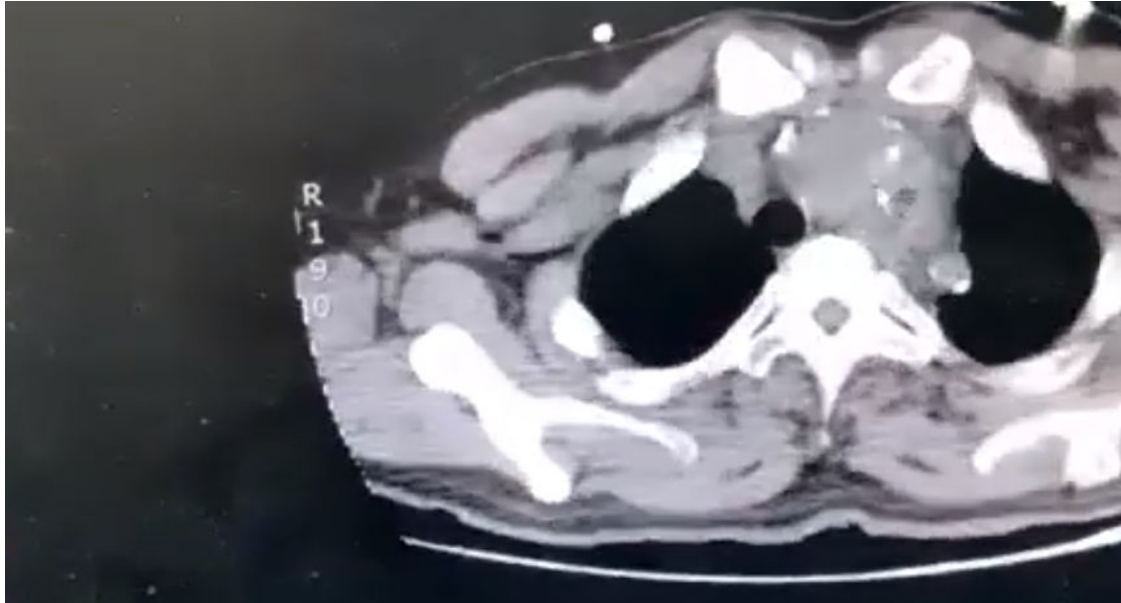


#### Placa de tórax.

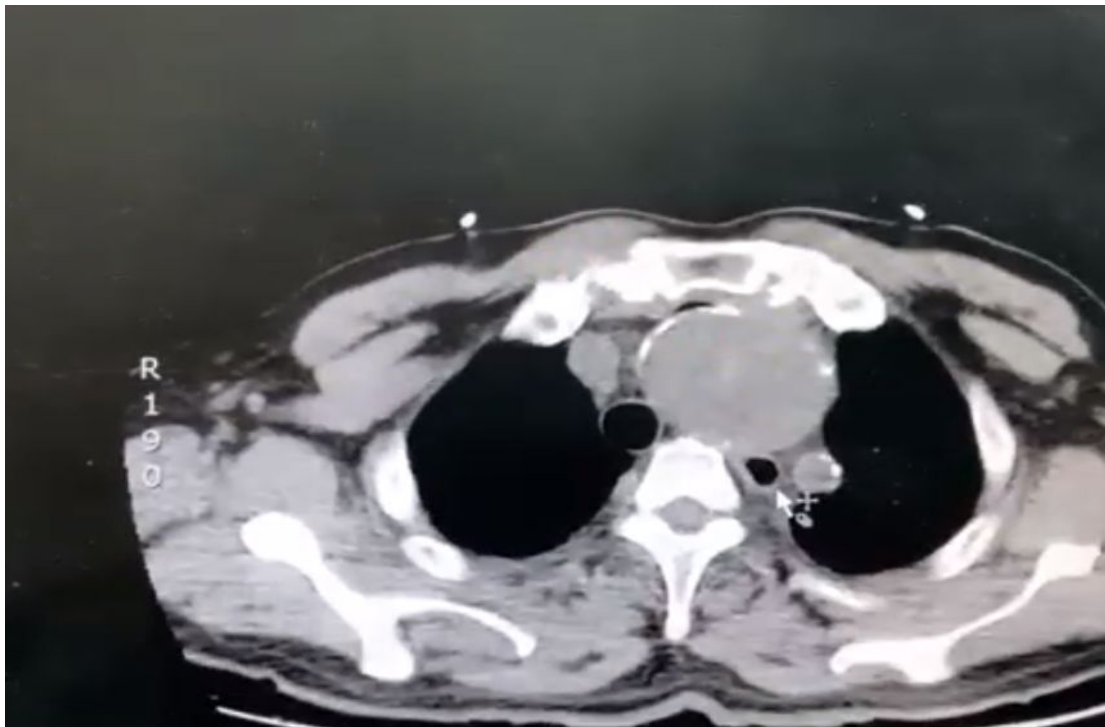
- Ensanchamiento del mediastino (mayor de 8 cm)
- Tráquea desviada a la derecha
- Calcificación a nivel del botón aórtico
- Cardiomegalia de III (índice cardio-torácico)

- Angulo costodiafrágico izquierdo y derecho limpio
- Angulo cardiofrénico libre o limpio

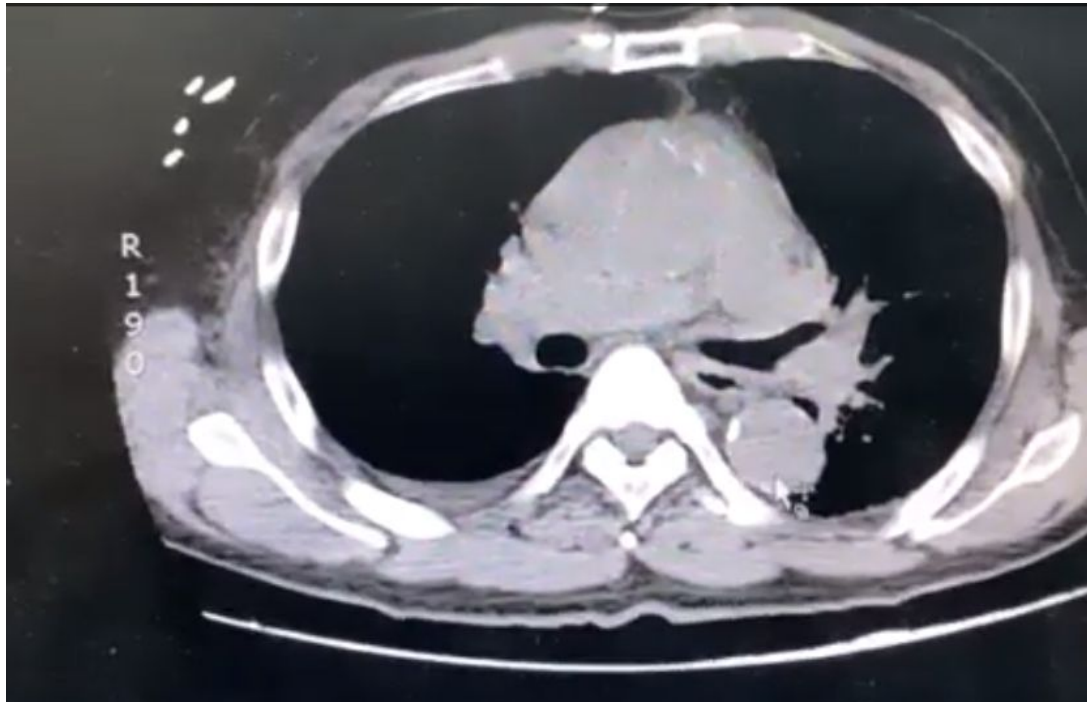
## CAT



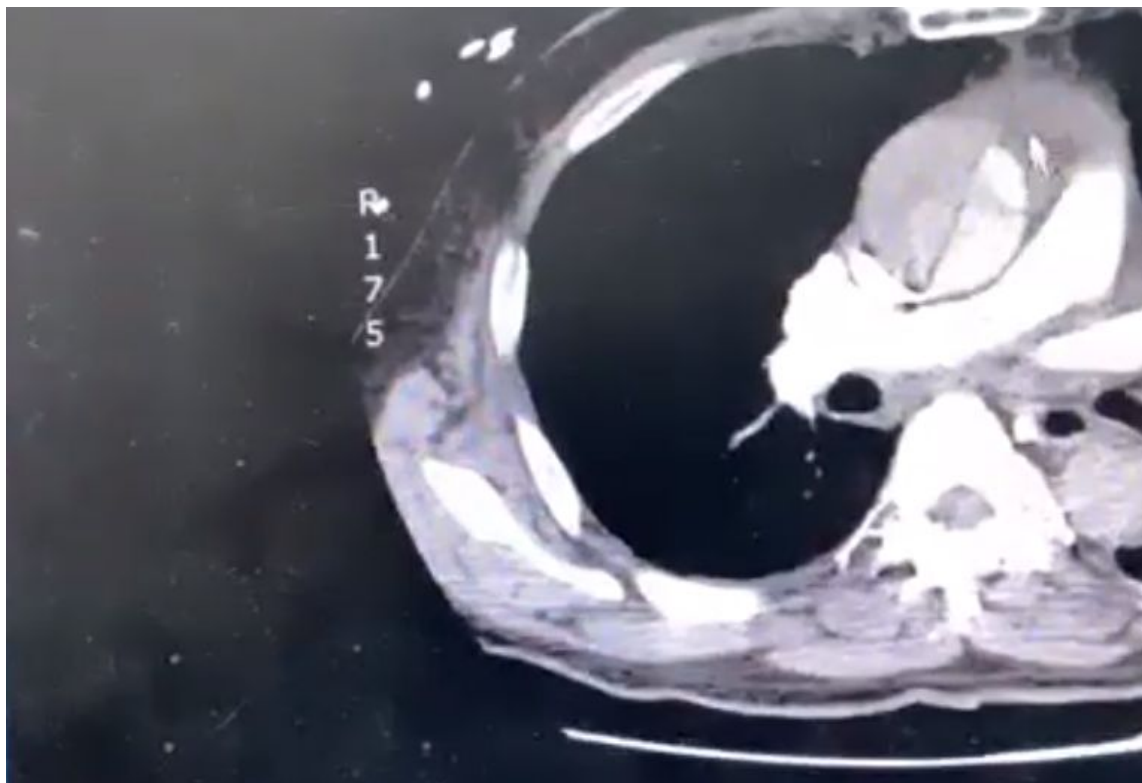
**Desviación de la tráquea y aparición de masa mediastinal.**



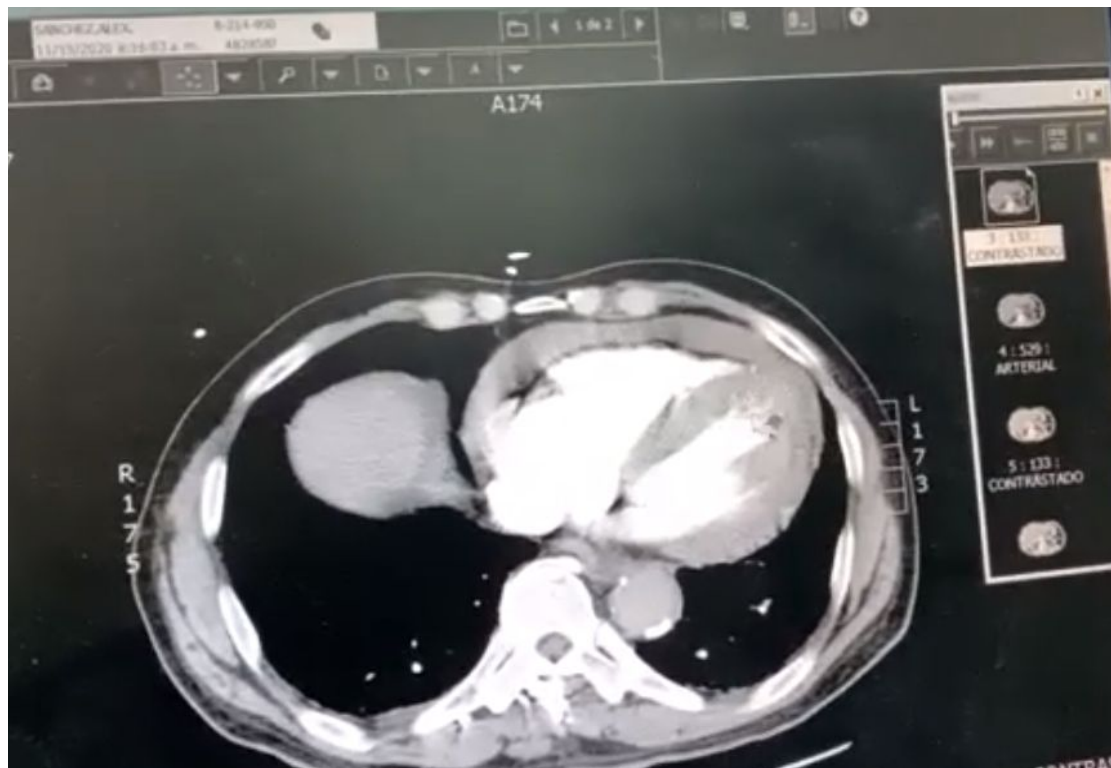
**Aparición de la calcificación por lo que se considera que pertenece a una estructura vascular. Desviación de la tráquea y el esófago.**



**Calcificación a nivel de la aorta descendente.**



**Dissección de la aorta con contraste.**

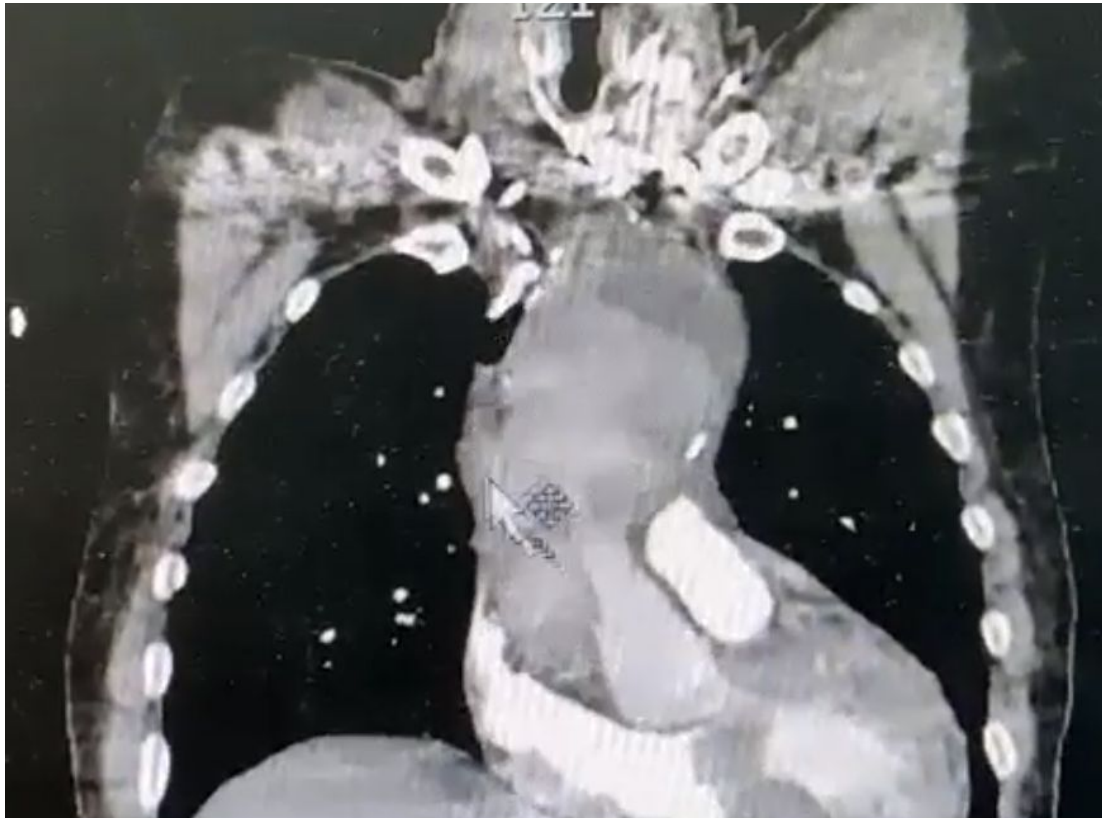


**Hipertrofia concéntrica de la pared del ventrículo izquierdo debido a la HTA.**



**Calcificación a nivel de las arterias ilíacas.**





**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 cardiaco coronariografía derecha e izquierda.

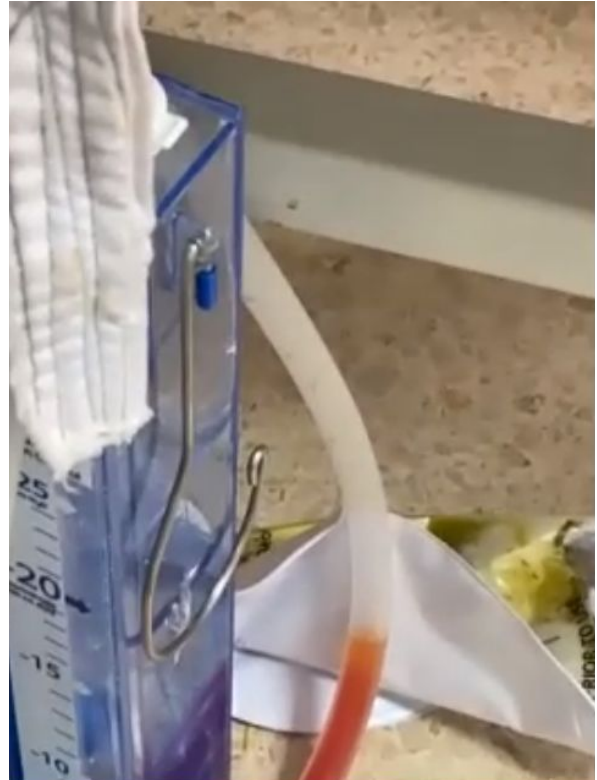
Consulta a trabajo social para avisar a los familiares de que se requieren de 8 donantes de sangre.

## 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.



Evalúamos 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:

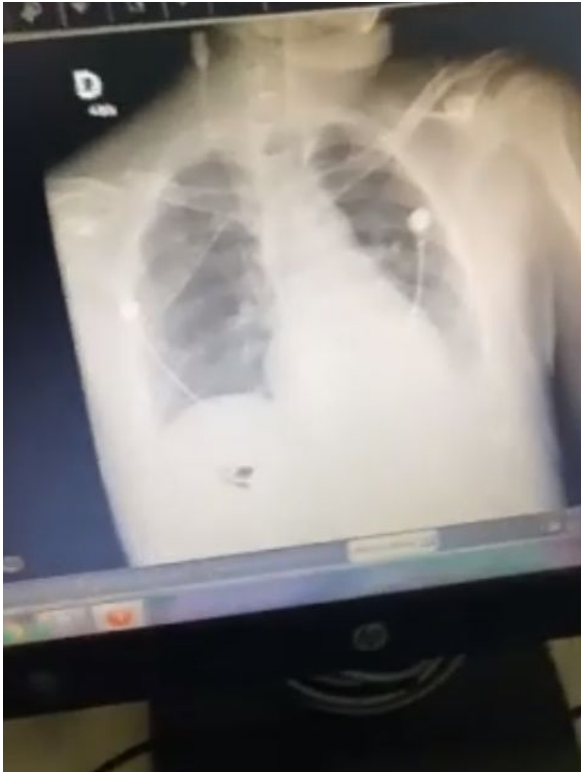
1. Rx AP de tórax hoy.

### 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 costo diafragmático 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 síncope #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 ilíacas.

**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 hemotórax, 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.**

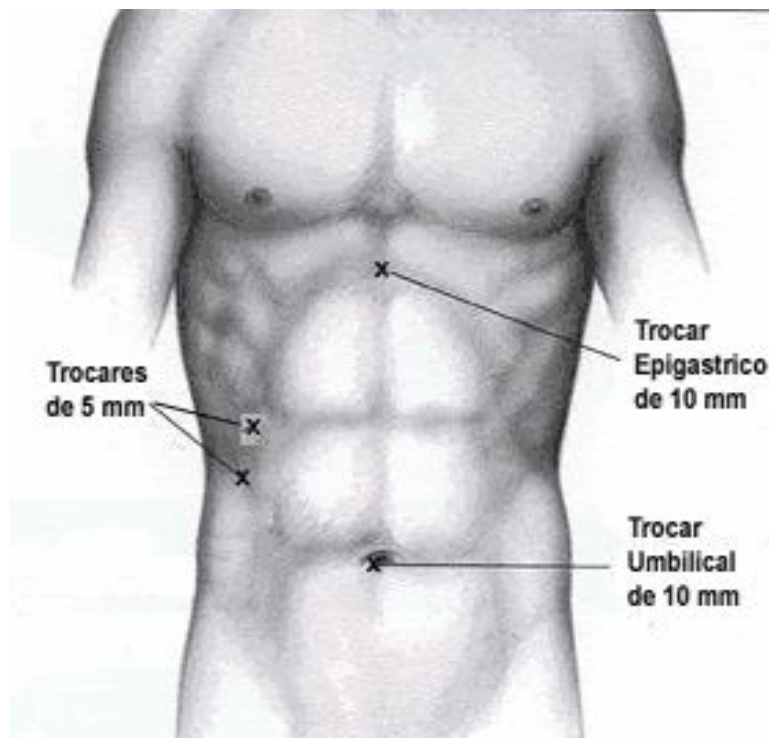


**Electrocauterio junto con un tubo de succión.**



**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 de 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 reseca 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

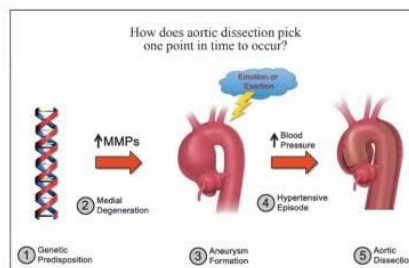
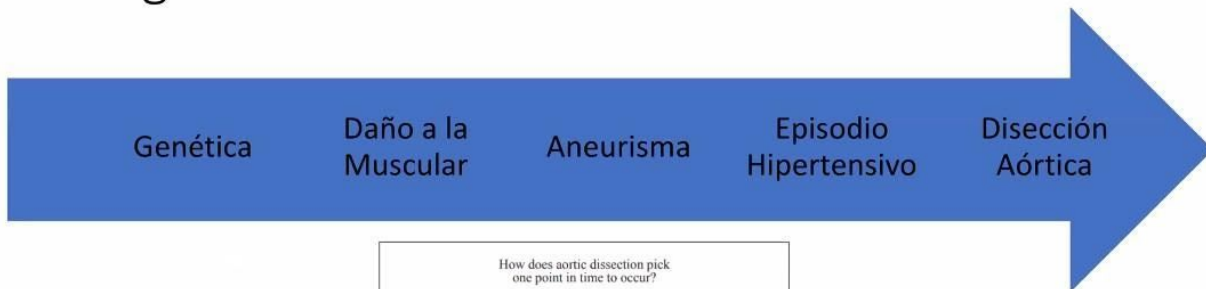


Figure 1.—Schematic presentation of possible relationships underlying the instigation of an acute aortic dissection at a particular time (from Hatzaras *et al.*).<sup>15</sup>

Parve, S., Ziganshin, B. A., & Eleftheriades, 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"> <li>• Historia familiar de Sx aórtico</li> <li>• Conectivopatías (Sx de Marfan)</li> <li>• Enfermedad de válvula aórtica</li> <li>• Aneurisma aórtico</li> <li>• Manipulación aórtica reciente</li> </ul>	<p>Dolor en el pecho, la espalda o el abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De inicio abrupto</li> <li>• De intensidad severa</li> <li>• Desgarrante o lacerante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de pulsos periféricos o PP &gt; 20 mmHg</li> <li>• Déficit neurológico</li> <li>• Soplo aórtico diastólico</li> <li>• Hipotensión o shock</li> </ul>

**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  
Transeofoágico Permite  
evaluar:**

- Insuficiencia aórtica
- Perfusión 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 compro. 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

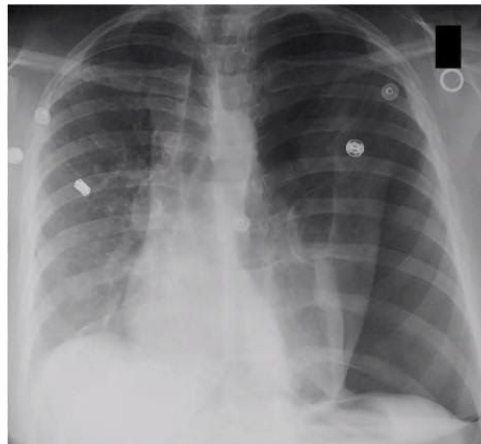


El proceso mediante el cual se accesa a una persona atrapada en un auto le brinda atención médica, lo retira del auto y traslada a un lugar seguro es llamado **EXTRICACIÓN**



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 via aérea
- Excesiva secreción bronquial
- Hemorragia de via aérea
- Quemaduras en via 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 <b>ECG <math>\leq</math> 8 = INTUBAR !!</b>		
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 hipóxica I se ve en:

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

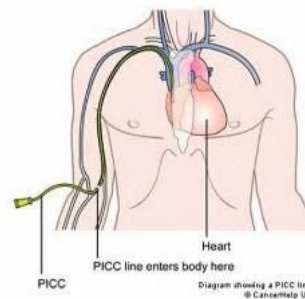
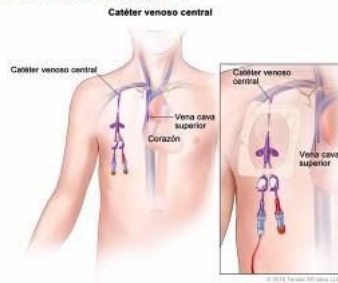
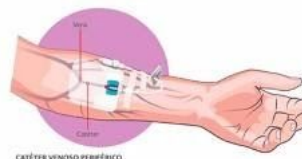
### Falla hipercapnica II

- TCE
- Hemorragia cerebral
- Infecciones del SNC
- Drogas depresoras del SNC
- Mixedema
- Trastornos metabólicos
- Traumas cervicales
- Tumores raquimedulares
- 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 ( $Na > 145$ )

-Hipernatremia normovolémica ( $Na > 145$ )

-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  $\geq 4$  mmol/L.
- Apply vasopressors if patient is hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain MAP  $\geq 65$  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 $\geq 4$ mmol/L	Strong recommendation, low quality of evidence
Apply vasopressors if patient is hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain MAP $\geq 65$ 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:



**SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO**

Severa Lesión Pulmonar Aguda caracterizado por gran inflamación que aumenta la permeabilidad endotelial y epitelial resultando en exudado alveolar inflamatorio, proteínas al espacio alveolar, inactivación del surfactante, fibrosis, hipoxemia refractaria a  $O_2$ , atelectasia, rigidez pulmonar progresiva.

16-Quién inicia la atención del paciente grave ?

**El médico tratante**

17-Dónde se inicia la atención del paciente grave ?

**Donde esta el paciente.**



## MIÉRCOLES 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 cardíaco 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 cardíaco. 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 CO<sub>2</sub>, 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.



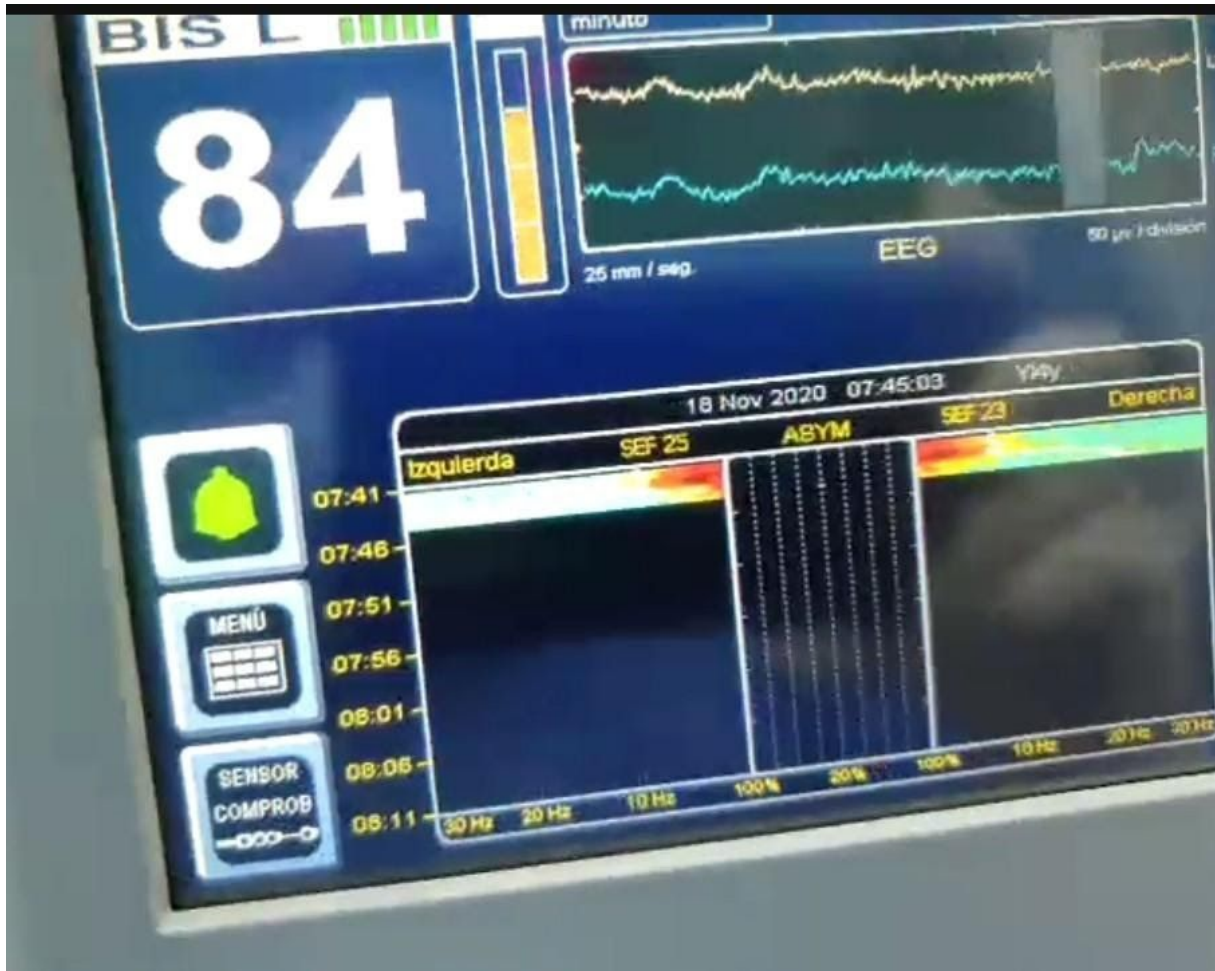
### Monitor cardiaco

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

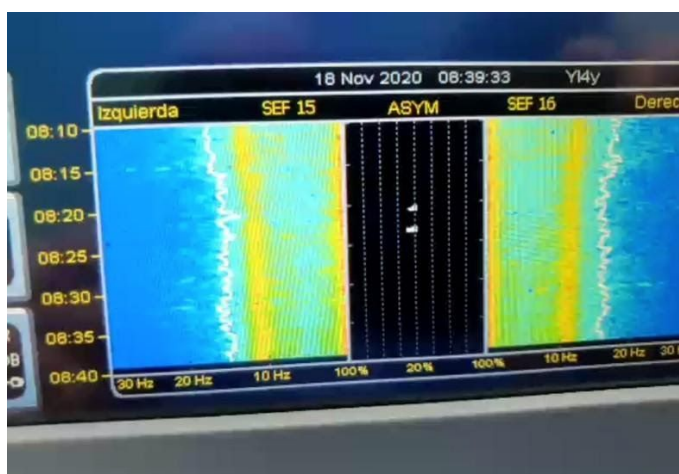
Al paciente se le da midazolam como hipnótico para empezar la anestesia. Luego remifentanil el cual es un opioide muy potente. Luego se le da un relajante muscular (rocuronio) y un agente inhalatorio como sevoflurane.





Capnógrafo, mide la cantidad de dióxido de carbono en la vía aérea del paciente durante su ciclo respiratorio, es decir la presión parcial de  $\text{CO}_2$  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 sáculos 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 sigmoides 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 Enler-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 fístula
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**

**Hinchey 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 Abscess  
(Hinchey Stage I)

## MANEJO QUIRÚRGICO

Diverticulitis complicada: inflamación del divertículo asociado a complicaciones como perforación absceso 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.

**2b**

**Hinchey 2b ABSCESOS**



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

- Si hay signos de mejora en  
48-72 hrs : cambio a  
antibióticos 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 hipotenso. 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:

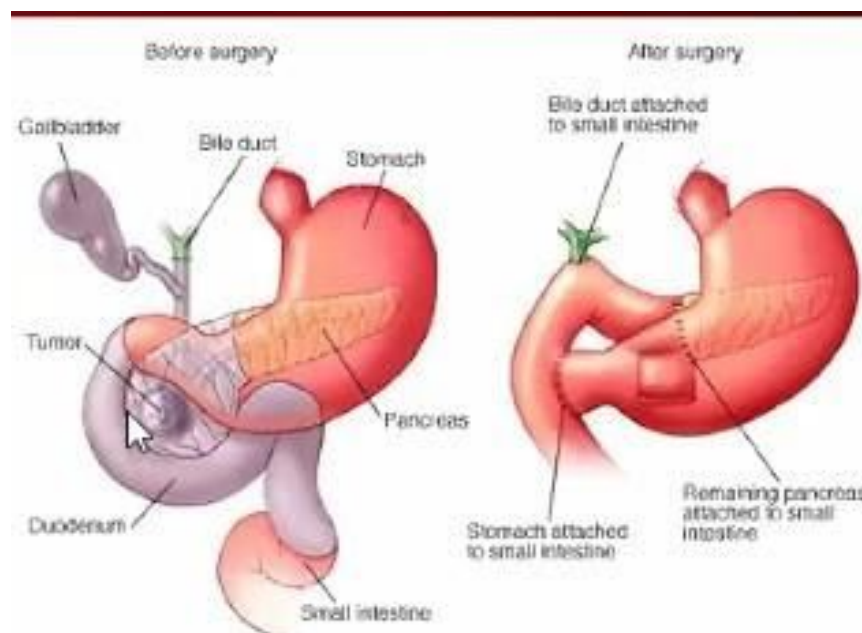
- Adenocarcinoma de Páncreas
- Tumores neuroendocrinos de páncreas
- Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)
- Las neoplasias mucinosaspilares intraductales (IPMN)
- Colangiocarcinoma del conducto biliar distal
- El adenocarcinoma de la ampolla de Vater
- El adenocarcinoma duodenal
- Pancreatitis crónica 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

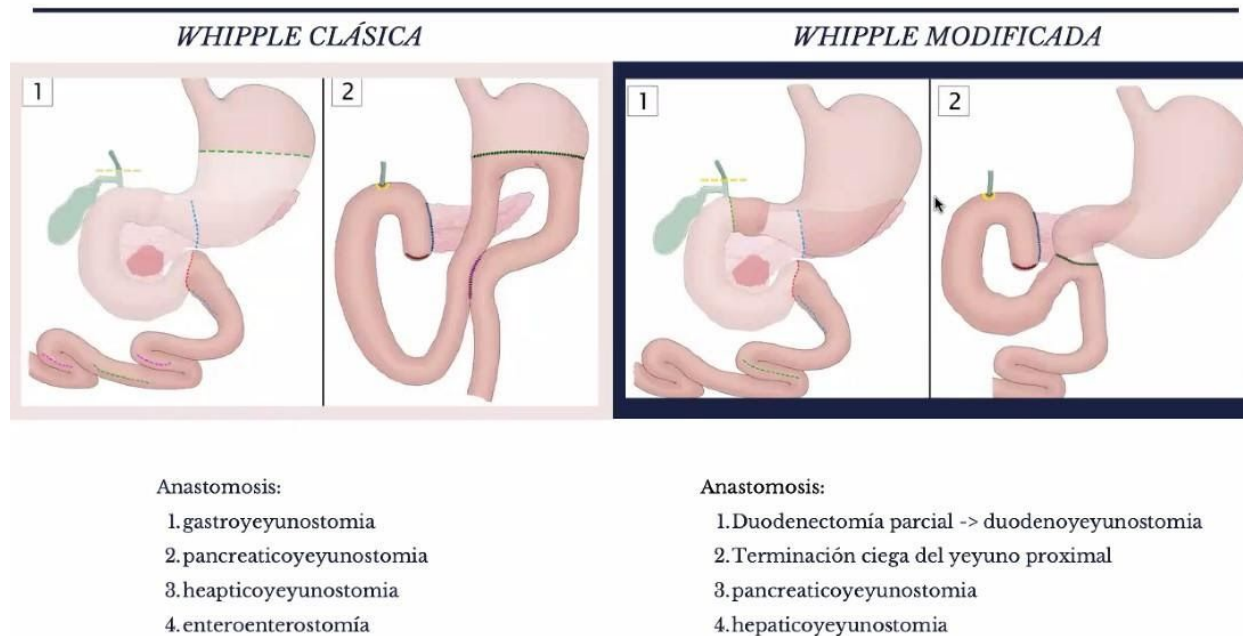
Localizado y resecable

Resecable limite (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 disea 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



Next.amboss.com. 2019. AMBOSS Login. [online] Available at: <[https://next.amboss.com/us/article/B10z\\_T#Z93cfa8c1c4abd67a0467bdal198a1f3](https://next.amboss.com/us/article/B10z_T#Z93cfa8c1c4abd67a0467bdal198a1f3)> [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:

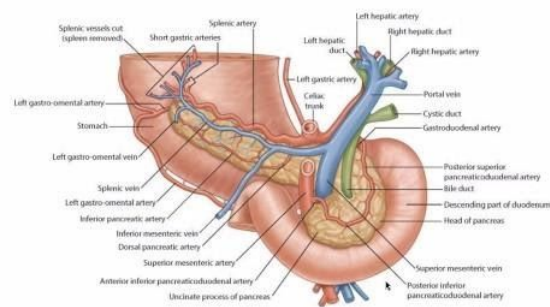
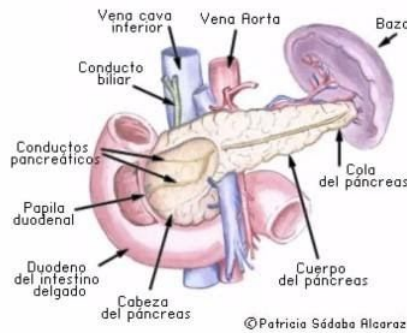
Cirugía	Sitio quirúrgico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuga o fístula pancreática</li> <li>- Absceso intraabdominal</li> <li>- Retraso del vaciado gástrico</li> <li>- Hemorragia postoperatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección</li> <li>- Dehiscencia de la herida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

- 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
1.Fístula pancreática	1.Insuficiencia pancreática exocrina
2.Hemorragia postoperatoria	2.Insuficiencia pancreática endocrina
3.Retraso del vaciamiento gástrico	3.Colangitis
4.Pancreatitis del remanente	4.Pancreatitis tardía

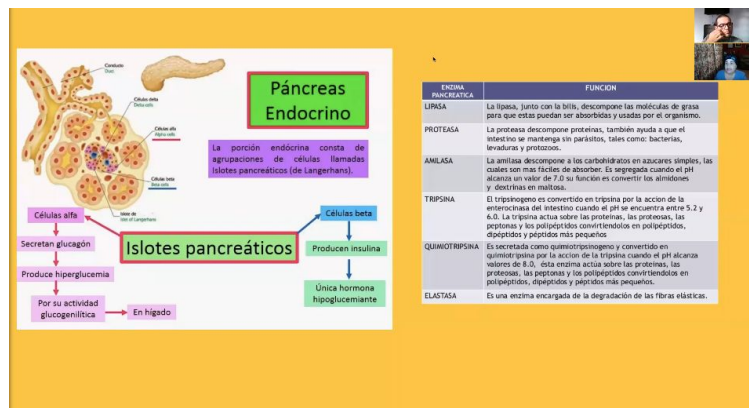
## TUMORES DE PÁNCREAS por Dra. Avilés



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 exócrina, 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:

**Tumores del Páncreas**

LOS TUMORES QUE SE FORMAN EN LAS CÉLULAS DE LOS ISLOTES SON TUMORES DE CÉLULAS DE LOS ISLOTES  
 LOS TUMORES ENDOCRINOS DEL PANCREAS SON LLAMADOS TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE)  
 LOS TUMORES DEL PÁNCREAS EXOCRINO SON ACINARES (POCO FRECUENTES Y BENIGNOS) Y EL CARCINOMA AFINAR Y EL ADENOCARCINOMA DUCTAL QUE ES EL MAS FRECUENTE

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

**TUMORES BENIGNOS VS TUMORES MALIGNOS EN EL PANCREAS**

El adenocarcinoma ductal representa el 90% de los tumores de Páncreas

El 10% restantes pueden ser benignos o Neuroendocrinos malignos

**Tabla 1. Clasificación de los TNP según la OMS**

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

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, pancreatomectomía) disminuya la calidad de vida del paciente de una manera considerable, sin garantizar la sobrevida.

**Tratamiento**

• Tratamiento la resección del páncreas solo se justifica si es posible extirpar todo el tumor visible con una resección estándar. La lesión solo se considera resecable si las siguientes zonas están libres de tumor

1. la arteria hepática cerca del origen de la gastroduodenal.
2. La arteria mesentérica superior donde pasa bajo el cuerpo del páncreas.
3. El hígado y los ganglios linfáticos regionales.

**PRONÓSTICO**

El adenocarcinoma de páncreas es un tumor raramente curable, apenas un 20% de los pacientes son potencialmente resecables con la cirugía en un estadio temprano, con una supervivencia media de 11 a 18 meses y una tasa de supervivencia a largo plazo de aproximadamente el 20% (1).

Los pacientes con tumores localmente avanzados alcanzan una supervivencia media de 10 a 12 meses y en los pacientes con diseminación metastásica la supervivencia no excede de 3 a 6 meses.

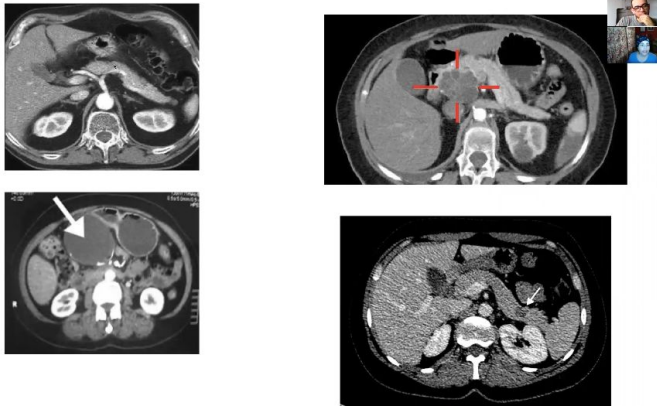
Los factores de riesgo que disminuyen la supervivencia de los pacientes están asociados con la metástasis ganglionares regionales, tumores pancreáticos diferenciados, el tamaño del tumor primario, los ganglios linfáticos, los órganos de metástasis secundarias, los tumores metastásicos y los marcadores de diagnóstico.

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.

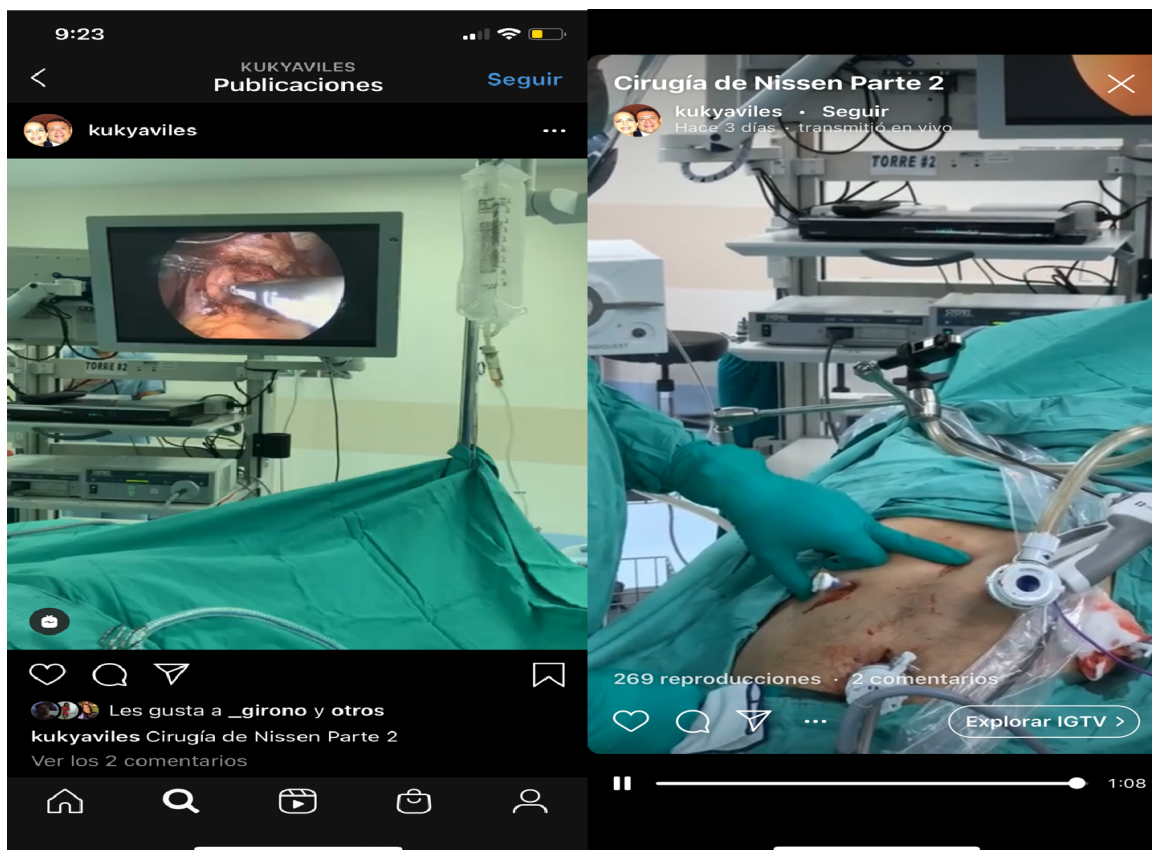
Si el tumor está en la cabeza del páncreas, se trata de una cirugía de Whipple (pancreatoduodenectomía), sacando todo el duodeno.

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



## FUNDUPLICATURA 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)**





