

ROTACIÓN VIRTUAL DE CIRUGÍA GENERAL



SEMANA 2

Estudiante Ana Gabriela Cedeño

8-939-2339

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

Cirugía de Apéndice– Dr. Lindsay

Signos de apendicitis

- Triángulo de **Sherren**: contiene el punto de **McBurney**, **Morris** (en la misma línea del McBurney) y **Lanz** (en la línea sobre la línea entre las espinas ilíacas anterosuperiores).
- Dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha es el **signo de Blumberg**. Lo contrario, dolor al presionar en el hemiabdomen izquierdo, es el **signo de Rovsing** y es el más específico. Es recomendable iniciar la palpación en el punto donde no le duele, es decir, iniciar con el Rovsing.
- Dolor con la flexión del muslo derecho: signo del obturador.
- **Signo de Sumner Markle**: dolor al saltar o caminar de puntillas.
- **Punto de Donnelly** (por arriba y por debajo del McBurney) y **punto de Lecene** (en el flanco) indican apendicitis retrocecal, cuya clínica es a menudo poco sugestiva de apendicitis. En apéndice retrocecal, el **signo del psoas** (dolor con la rotación externa del muslo derecho) también resulta positivo.

Apendicitis Aguda



- De Monro
- De Jalaguier
- Lanz
- De McBurney
- De Morris
- De Sonnerburg

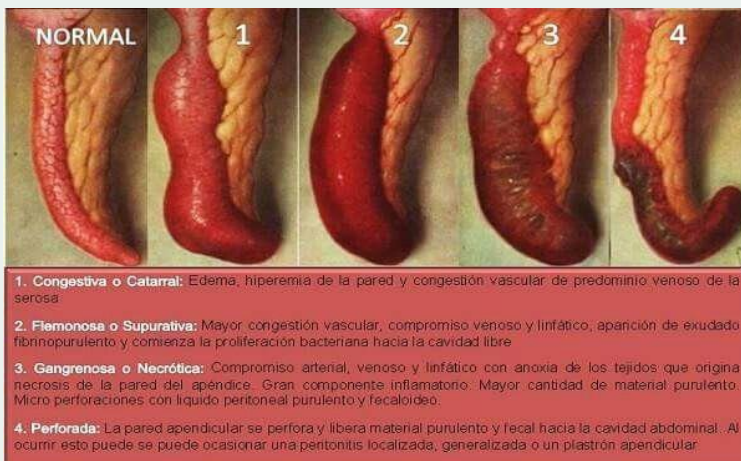
Posteriormente vimos videos de apendicetomía:

1. Técnica quirúrgica abierta
2. Técnica quirúrgica por laparoscopia
3. Otro en el cual un divertículo de Meckel simulaba un cuadro clínico de apendicitis aguda

https://www.youtube.com/watch?v=uSEAZelOI7o&ab_channel=DoctorAlvaroBueno

https://www.youtube.com/watch?v=nGKHOrWW-bw&ab_channel=CarlosEdgardoEscobar

https://www.youtube.com/watch?v=zMJ2GY8ikiU&feature=emb_logo&ab_channel=CarlosEdgardoEscobar

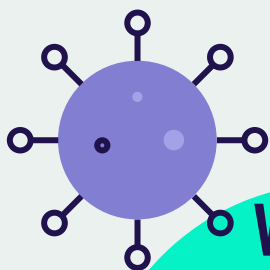


1. **Congestiva o Catarral**: Edema, hiperemia de la pared y congestión vascular de predominio venoso de la serosa

2. **Flegmonosa o Supurativa**: Mayor congestión vascular, compromiso venoso y linfático; aparición de exudado fibrinopurulento y comienza la proliferación bacteriana hacia la cavidad libre

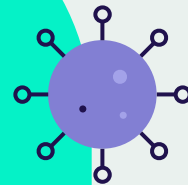
3. **Gangrenosa o Necrótica**: Compromiso arterial, venoso y linfático con anoxia de los tejidos que origina necrosis de la pared del apéndice. Gran componente inflamatorio. Mayor cantidad de material purulento. Micro perforaciones con líquido peritoneal purulento y fecaloideo.

4. **Perforada**: La pared apendicular se perfora y libera material purulento y fecal hacia la cavidad abdominal. Al ocurrir esto puede ocasionar una peritonitis localizada, generalizada o un plastrón apendicular



DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: CIRUGÍA METABÓLICA ¿UNA MEDIDA PARA ENFRENTAR LA EPIDEMIA DE LA DM 2?



Cirugía metabólica: serie de procedimientos quirúrgicos gastrointestinales que se utilizan con la intención de tratar la diabetes y la disfunción metabólica, incluida la obesidad. Esta aborda específicamente la DM que no responde a cambios en el estilo de vida y medicación

La **cirugía bariátrica** se realiza en pacientes con IMC > 40 o > 35 con comorbilidades.

Exámenes de laboratorio necesarios para realizar la cirugía.

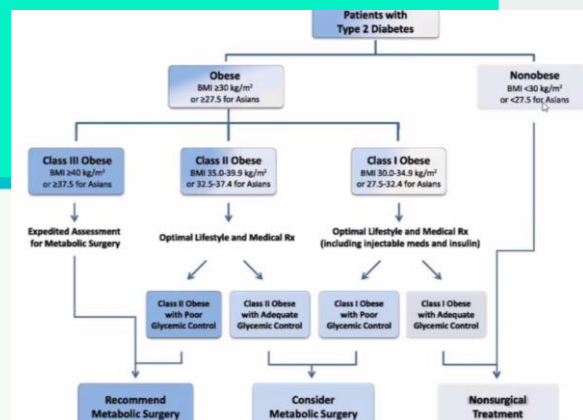
	Interpretación	Valores referencia	Tiempo reporte d	Costo
Glicemia ayunas	Ayuno 12 h niveles de glucosa del momento	65-110	1	7.00
Glicemia postprandial 2h	140-200 mg/dl intolerancia >200mg/dl = diabetes	65-139	1	21.00
Insulina ayunas	50% basal	2-20	1	24.00
Insulina postprandial 2h	50% postprandial	50-200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

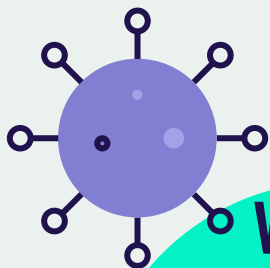
CIRUGÍA METABÓLICA ¿Una medida para enfrentar la epidemia de la DM tipo 2?

POR

Grupo 9-A Hospital Veraguas
Rohim, Saday
Saleji, Nadeem
Sánchez, Eybard
Sánchez, Lylean
Santamaría, Ángel

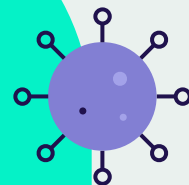
Moderador: Dr. Luis Cárdenas





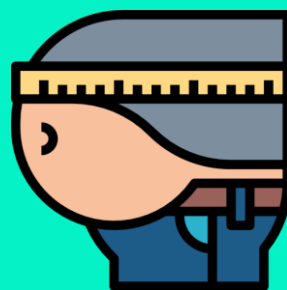
DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: CIRUGÍA METABÓLICA ¿UNA MEDIDA PARA ENFRENTAR LA EPIDEMIA DE LA DM 2?

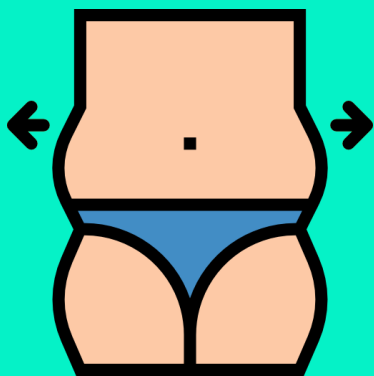


Mecanismos de la cirugía metabólica

- Restricción calórica: mejor función de células beta.
- Aumento de secreción de GLP-1: mejor función de células beta, aumenta sensibilización periférica a insulina.
- Se observa mejoría en niveles de glicemia y sensibilidad a insulina después de días de la operación: secundario a aumento sensibilidad hepática a insulina y disminución de gluconeogénesis.
- Aumento de sensibilidad a insulina en tejidos periféricos en el posoperatorio tardío (3-6 meses). Excepto: Derivación biliopancreática.



Pérez B, Escalada J, Míandás A, Fruhbeck G. Mechanisms underlying type 2 diabetes remission after metabolic surgery. *Frontiers in Endocrinology*. 2020 [cited 22 November 2020]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2019.00641/full>



Tipos de cirugía

Mecanismos de la cirugía metabólica

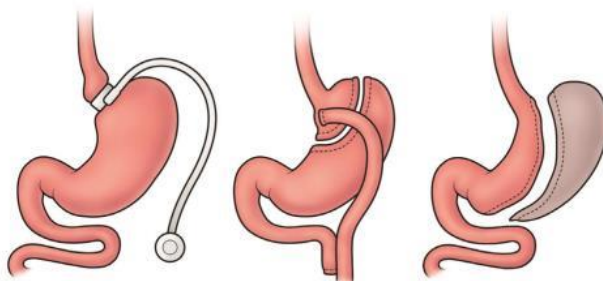
- Aumento de hormonas anorexígenas (GLP-1, péptido YY y oxintomodulina): disminuye ingesta.
- Disminuye absorción de glucosa.
- Aumenta lipólisis → oxidación lipídica → disminución de grasa hepática → aumenta sensibilidad hepática a insulina
- Manga gástrica y Bypass gástrico vs Dieta muy baja en calorías.

Pérez B, Escalada J, Míandás A, Fruhbeck G. Mechanisms underlying type 2 diabetes remission after metabolic surgery. *Frontiers in Endocrinology* [Internet]. 2020 [cited 22 November 2020]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2019.00641/full>

Adjustable
Gastric Band
(AGB)

Roux-en-Y
Gastric Bypass
(RYGB)

Vertical Sleeve
Gastrectomy
(VSG)



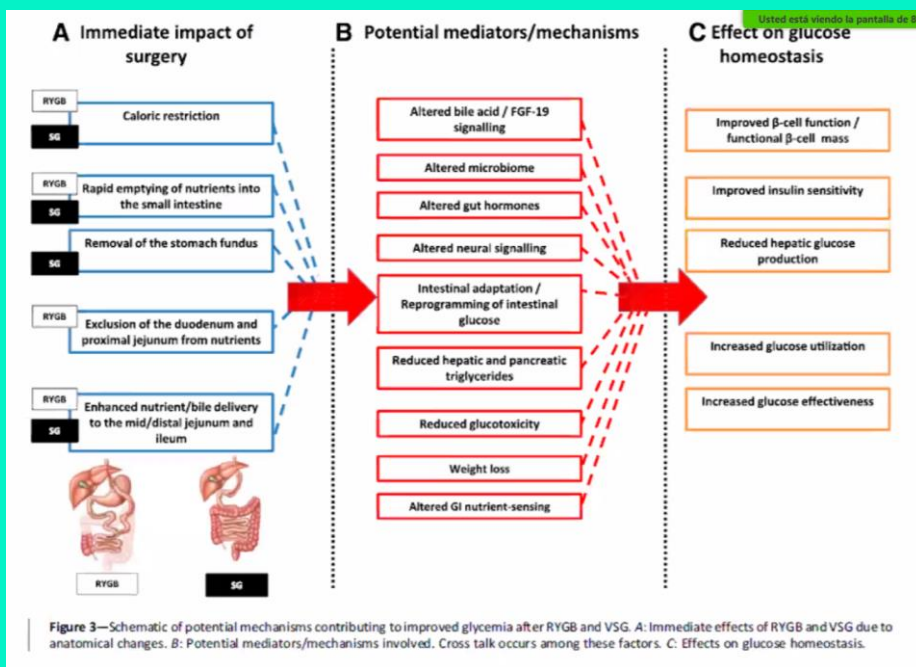
Adapted from an illustration by Walter Pories, MD, FACS

Adapted from an illustration by Walter Pories, MD, FACS

DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: CIRUGÍA METABÓLICA ¿UNA MEDIDA PARA ENFRENTAR LA EPIDEMIA DE LA DM 2?

Impacto luego de la cirugía metabólica



Resultados

PÉRDIDA DE PESO

- ✓ Con banda gástrica (BG) se ha reportado disminución entre 29 y 87% del exceso peso.
- ✓ Con bypass gástrico (BPG) de 43 a 85%.
- ✓ En el caso de manga gástrica (MG) el rango es 33 a 58%.

DURACIÓN DE LOS RESULTADOS

- ✓ Hay variabilidad.
- ✓ Se ha reportado reganancia de peso hasta en 75% de los pacientes operados (3 a 6 años de evolución postoperatoria).
- ✓ Aunque la reganancia de peso es frecuente y se ha reportado tanto con las técnicas restrictivas como malabsortivas, desde 0,5 a 65 kg (10 kg promedio).
- ✓ Cirugía Revisional (La incidencia de revisión después del BPG se estima en 10 a 20%, y después de BG entre 40 a 50%).

DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: CIRUGÍA METABÓLICA ¿UNA MEDIDA PARA ENFRENTAR LA EPIDEMIA DE LA DM 2?

Selección de pacientes para cirugía metabólica

- **Pacientes cuya diabetes** no se controle con el manejo farmacológico ni cambios en el estilo de vida.
- **Síndrome metabólico:** hipertensión, diabetes, dislipidemia.
- **Reserva pancreática:** si no tiene reserva pancreática la cirugía NO funcionara; por lo cual este tipo de cirugía no es útil en pacientes con DM 1.
- **Años desde el diagnostico de diabetes mellitus:** entre menos años de diagnostico tenga, habrá mejor remisión.

El péptido C nos determina si el paciente tiene o no reserva pancreática.

BENEFICIOS DE LA CIRUGÍA METABÓLICA

- ✓ Pérdida de Peso
- ✓ Control glicémico de los pacientes con DMT2
- ✓ Riesgo Cardiovascular
- ✓ Hipertensión Arterial
- ✓ Dislipidemia (Síndrome Metabólico)
- ✓ Entre otras comorbilidades



- Pérdida de peso: Banda gástrica se ha reportado disminución de 29-87% del exceso de peso, bypass gástrico 43-85%.
- Duración de los resultados: Hay variabilidad de los resultados.

CONTROL GLICÉMICO DE LOS PACIENTES DMT2



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 6 – 23/II/2020

Infecciones en cirugía – Dr. Vega

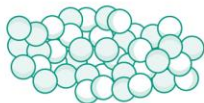
313 million
people undergo surgery every year¹

SSI are considered the most frequent complication in surgical patients, being responsible for

38%
of all infections²

SSI
3%
75%

1 in 2
surgical staff
do not clean their hands at the right moment³



Most SSI are caused by *Staphylococcus aureus*²

Costs of SSI are up to

\$10 billion annually⁴

is associated with a mortality rate of 3%, and 75% of SSI-associated deaths are directly attributable to the SSI⁵

SSI increase the length of hospital stays by 3-20 days¹

IN OP THEATER

Personal and patient protection

1. Perform surgical hand preparation with alcohol-based handrub
2. Double gloving and change of gloves after 90 min. recommended

Removal of contaminants by surface disinfection

Contamination due to nonsterile instruments

Proper instrument decontamination and sterilization

Contamination of environmental surface

Skin preparation with alcohol-based solution (CHG or PVP-iodine).

Surgical wound irrigation

Contamination of surgical wound during surgery

Surgical site incision infection

Adequate wound dressing after wound closure

BEFORE SURGERY

Pre-surgical body-washing and decolonization of multi-drug-resistant organisms (MDRO)

Most SSI are caused by contamination of an incision with microorganisms from the patient's own body

RISK OF CATHETER-ASSOCIATED INFECTION:

Peripheral venous catheter/ urinary catheter insertion

1. Hand, skin, and surface disinfection
2. Wear gloves

AFTER SURGERY

RISK OF INFECTION:

Dressing removal/change

Check after 48 hours and perform hygienic dressing change

Be careful with the use of antibiotics!

Antibiotic resistance

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 6 – 23/II/2020

Infecciones en cirugía – Dr. Vega

- ❑ Anteriormente no todas las cirugías entraban en la definición de infección de sitio quirúrgico (Ej: circuncisión), por lo que en el 2014 se creo una tabla donde se listaban todos los tipos de procedimientos quirúrgicos.
- ❑ Definieron que sin importar el # de incisiones hechas en una cirugía, se cuenta como si fueran una sola.
- ❑ Se incluye el área de hemodinámica y radiología intervencionista como un área de operaciones.

Cierre no primario: El cierre de la herida quirúrgica de manera que deje el nivel de la piel completamente abierto después de la cirugía.

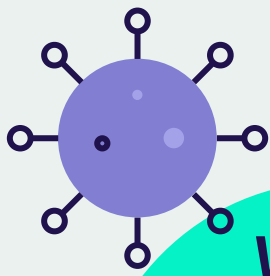


- Drenaje de absceso subfrénico
- Apendicitis aguda complicada

Cierre primario: El cierre del nivel de la piel durante la cirugía original, independientemente de la presencia de alambres, mechas, drenajes u otros dispositivos u objetos que salgan por la incisión.







DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE VÓLVULOS INTESTINALES

Vólvulo: Obstrucción intestinal por giro del intestino sobre el mesenterio, habitualmente acompañado de estrangulación.

- ✓ Tercera causa de obstrucción colónica en el mundo.
- ✓ Predominan en el colon sigmoidees
- ✓ Sexo masculino, en la quinta década de vida



TIPOS DE VÓLVULOS¹

Vólvulos de colónicos: es una condición que ocurre típicamente en un segmento colónico redundante largo que tiene mesenterio alargado con una base estrecho.

Vólvulos de intestino delgado: Definido como la torsión del intestino delgado alrededor de su eje mesentérico.

Vólvulos de estómago: se define como rotación anormal del estómago en más de 180°.

VÓLVULOS COLÓNICOS²

Vólvulo sigmoideo:

Dolicosigmoidees, la presencia de un vólvulo alargado colon sigmoideo sobre una base mesentérica estrecha, es el factor predisponente más comúnmente citado.

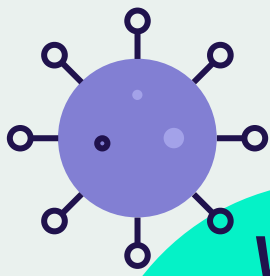
En el vólvulo sigmoideo, la torsión mesosigmoidea de hasta 180° se considera fisiológica. En aproximadamente el 2% de los casos, el vólvulo se reduce espontáneamente. La torsión por encima de 180° conduce a complicaciones como obstrucción colónica, isquemia o necrosis con perforación.

El giro se produce preferentemente en el sentido contrario a las agujas del reloj en el 70% de los casos

Factores de riesgo: constipación crónica, obstrucción constante, dependencia de laxantes, enfermedad de Hirschsprung, diabetes.

Complicaciones: vólvulo – distensión del colon – aumento de presión intraluminal – disminución de la perfusión – isquemia mucosa – translocación bacteriana – fenómenos tóxicos – sepsis





DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE VÓLVULOS INTESTINALES

Manifestaciones Clínicas

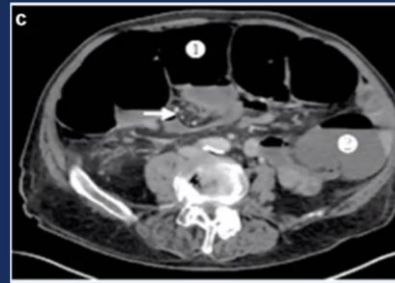
1. Dolor abdominal de inicio súbito
2. Distensión abdominal y timpanismo
3. Náuseas y vómitos
4. Constipación
5. Borborigmos

Estudios de laboratorio

- ✓ No son sensibles ni específicos para el diagnóstico de esta patología

Gold Standard

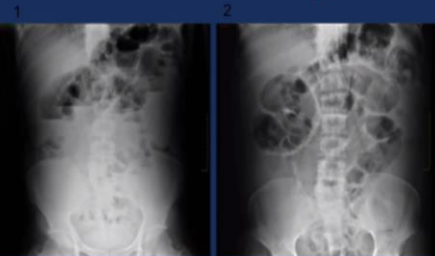
Estudios de imagen



Tomografía de abdomen con contraste IV

- Método diagnóstico de elección
- Rápida, no invasiva y tiene una sensibilidad entre el 89-100%
- Característico el *Signo del remolino*

Estudios de imagen



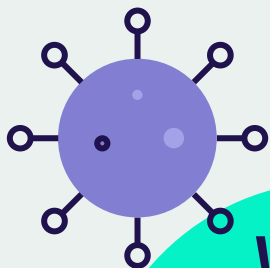
Radiografía de abdomen

- Poco específica para el diagnóstico de vólvulo de intestino delgado pero tienen una gran sensibilidad para el diagnóstico de oclusión intestinal.
- Los hallazgos más comunes son dilatación de asas y niveles hidroaéreos.

Signo del grano de café



Las placas simples de abdomen de pie y en decúbito muestran importante dilatación de asas de intestino delgado, con franco patrón obstructivo.



DÍA 6 – 23/II/2020

WEBINAR: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE VÓLVULOS INTESTINALES

Tratamiento

01

Detorsión Endoscópica

- Se puede realizar en forma de proctoscopia rígida, sigmoidoscopia flexible o colonoscopia
- Se indica principalmente en pacientes sin signos de alarma
- Detorsión + Colectomía = Goals



1

2

Tratamiento

02

Cirugía Resectiva

- Colectomía del segmento afectado
- Tratamiento Definitivo
- La extensión de la resección depende del estado del colon proximal al vólvulo

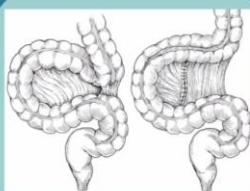


Tratamiento

02

Cirugía NO Resectiva

- Incluyen: Rectopexia, Sigmoidopexia, Cecopexia, Mesosigmoidoplastia
- Indicadas en pacientes con vólvulos recurrentes
- Tasa de recurrencias altas (no es primera línea)



Mesosigmoidoplastia

3

4

Manejo

Hay que considerar...



Estado del paciente
(Estable vs Inestable)



Signos de Alarma
(Fiebre, Leu ↑, Peritonitis, Sepsis)

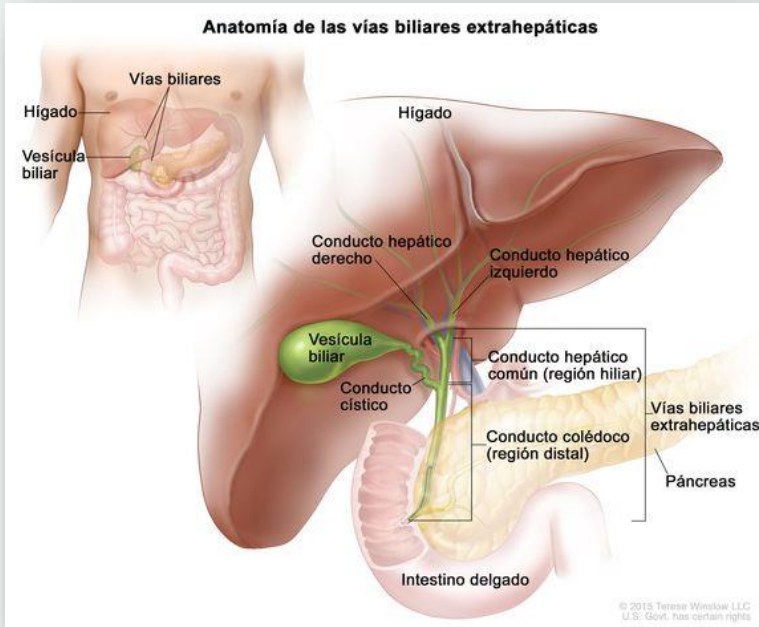


Diagnóstico y localización
(Sigmoide, Cecal, Transverso, etc)

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

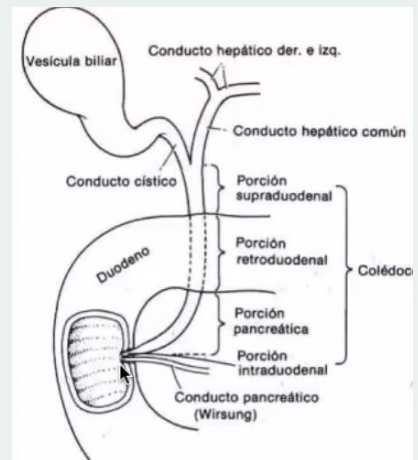
DÍA 7– 24/III/2020

Patología de Vías Biliares– Dr. Cárdenas



Triangulo de Calot: conducto cístico, conducto hepático común, borde inferior del hígado. En el medio de este encontraremos la arteria cística.

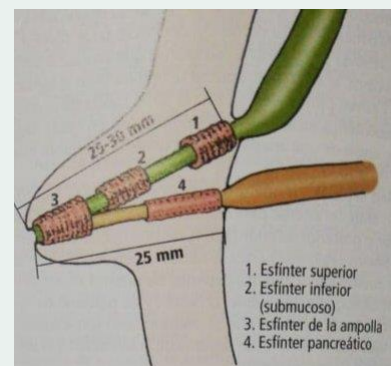
Porciones del duodeno



Fisiología de las vías biliares

- ❑ Diariamente de producen entre 600-1000ml, la capacidad de la vesícula es entre 30-60 ml
- ❑ Esto le da el color a las heces, si hay obstrucción, tendremos acolia.
- ❑ Presión normal de V.B: 12-15 mmHg o 120-160 mmH2O
- ❑ Presión intraabdominal normal: 5-6mmHg
- ❑ Esfínter de Oddi: 10 contracciones por minuto, esto aumenta la presión en la via biliar

Complejo esfinteriano de Boyden



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

Patología de Vías Biliares– Dr. Cárdenas

Funciones de la bilis

- Acción detergente /saponificación)
- Medio de excreción de productos de desecho de la sangre
- Transforma ácidos grasos, lípidos en micelas
- Sin sales biliares se excretarían las grasas en las heces = esteatorrea

Si sospechamos afección de vías biliares se debe pensar en amilasa, bilirrubina directa, fosfatasa alcalina.

Fisiología de colecistoquinina

Es secretada en las células I en el duodeno

En presencia de aminoácidos o grasas se activa esto lleva a :

1. Estimula la contracción de la vesícula
2. Estimula la secreción de bilis
3. Estimula la secreción de enzimas pancreáticas

Inhibe vaciamiento gástrico, promueve contracción intestinal y secreción de insulina.

Alimentos colecistoquineticos: café, huevo, lácteos (leche, yogurt, quesos), mayonesa, comidas grasas.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

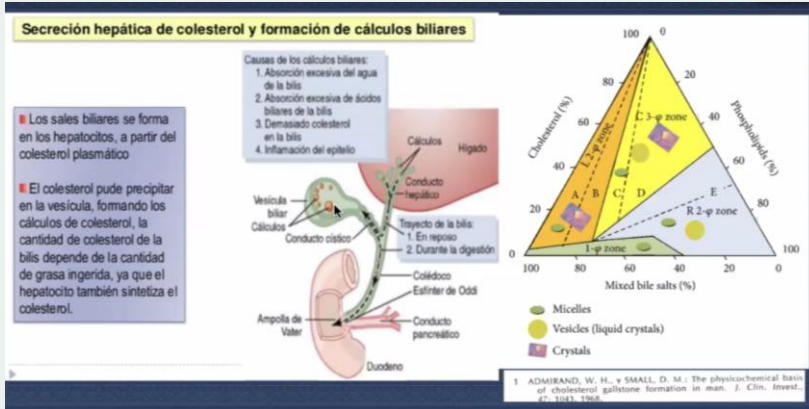
Patología de Vías Biliares– Dr. Cárdenas

¿Por qué a los pacientes se les retira la vesícula si es tan importante?

Una vesícula enferma, siempre será enferma.

Triangulo de Admirand y Small: La bilis debe estar en equilibrio de colesterol, fosfolípidos, sales biliares; cuando no hay equilibrio empiezan a generarse cálculos biliares.

La bilis de esa persona volverá a ser litogénica, lo que significa que es muy probable que vuelva a producir litos nuevamente. Por lo cual el tratamiento actual es la colecistectomía.



Signos y síntomas de patología de vías biliares

Dolor en HCD

1. Tipo cólico
2. Irradia a espalda y/o epigastrio
3. Intolerancia a CCK
4. Nauseas y/o vómitos
5. Signo de Murphy
6. Vesícula palpable
7. Signo de Courvosier Terrier: ictericia, vesícula palpable indolora

SIGNOS EN MEDICINA



SIGNO DE MURPHY



¿Cómo se origina?

Se realiza una palpación con los pulgares en el punto cólico y se le pide al paciente que inspire de manera profunda.

¿Qué se produce?

Dolor y cese de la inspiración

¿Qué indica?

Colecistitis aguda

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

Patología de Vías Biliares– Dr. Cárdenas

Ictericia

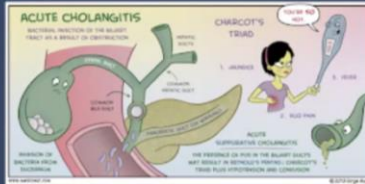
- Escleras
- Bilirrubina Directa > 3 mg/dl

Se acompaña de

- Ictericia + Dolor + Fiebre
- Triada de Charcot
 - Colangitis aguda supurativa

Se Agrega

- Shock Séptico
- Alteración del estado de mental
- Ictericia + Dolor + Fiebre + Sépsis + Desorientación
- Pentada de Reynolds
 - Colangitis aguda tóxica



Clínica

Signos y Síntomas de patología de las vías Biliares

Microorganismo más aislado en vesícula biliar: E. coli

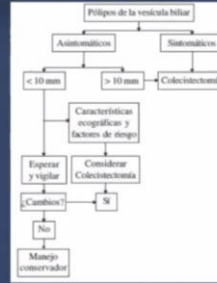
Métodos Diagnósticos

- ❑ Rx de Abdomen: los cálculos biliares son de pigmentos biliares o colesterol a diferencia de los renales que tienen componente cálcico, por lo cual no se ven usualmente en las radiografías.
- ❑ USG de hígado y vías biliares: gold standard. Cuando se ordena se debe pedir USG de hígado, vías biliares, páncreas, con medición de colédoco y paredes vesiculares.
- ❑ TAC: principalmente si queremos ver si hay alteraciones en el páncreas.
- ❑ Colangio resonancia
- ❑ CPRE: se encuentra en último lugar de instrumento diagnóstico debido a que es un procedimiento que tiene complicaciones (pancreatitis secundaria a CPRE).

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

Patología de Vías Biliares– Dr. Cárdenas

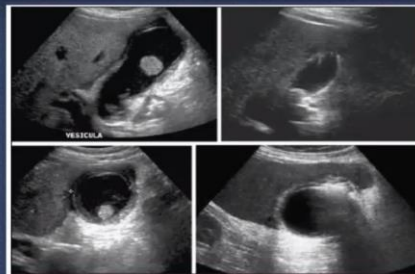


Gold Standard

Polipo Vesicular

Métodos Diagnósticos

Ultrasonido de Hígado, vías biliares y páncreas

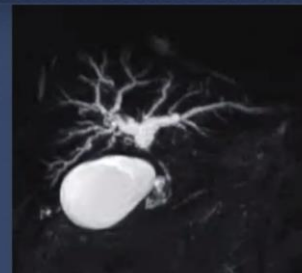
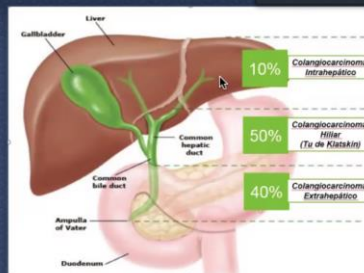


Gold Standard

Pto Colecisto

Métodos Diagnósticos

Ultrasonido de Hígado, vías biliares y páncreas



Coledoco litiasis Vs Neoplasia Colangiocarcinoma "Klatskin"

Métodos Diagnósticos

Colangio Resonancia

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7 – 24/II/2020

Colecistectomía laparoscópica – Dr. Pérez

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

Leucocitosis 12k, neutrofilia; amilasa y lipasa aumentada.

USG: colelitiasis asociada a pancreatitis de origen biliar

APP: diabetes e hipertensión arterial

TECNICA DE CUATRO PUERTOS

1. Puerto umbilical 10-12 mm

Incisión umbilical que llegue hasta la fascia, se utilizara un trocar romo para administrar CO2 en al cavidad abdominal para insuflar el abdomen, generando un neumoperitoneo y poder realizar adecuadamente la cirugía laparoscópica.

2. Puerto subxifoideo 10-12 mm

3. Hipocondrio derecho 5 mm

4. Flanco derecho 5 mm



Máquina
insufladora

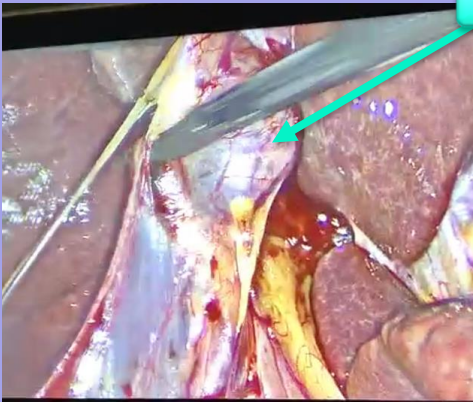


Los puertos poseen válvulas que evitan que el aire insuflado dentro del abdomen se salga o que entren sustancias del exterior.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7 – 24/II/2020

Colecistectomía laparoscópica – Dr. Pérez



Vesícula

Adherencias sobre la vesícula, hay que retirarlas para poder apreciar mejor la anatomía de la vesícula biliar.

Estas indican que la paciente ha tenido cuadros inflamatorios previamente.



Triángulo de Calot



Colocación de grapas y sección del conducto cístico

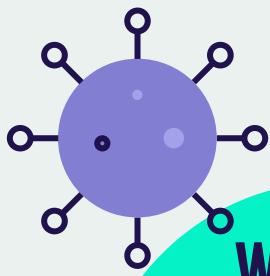
¿Que ocurre si en el procedimiento se perfora la vesícula y se sale la bilis y los litos?

Se aspira y se retiran los litos, no es una complicación.

Complicación mas temida: lesión del colédoco

Se retira la vesícula a través de la incisión umbilical, se encontraba inflamada.





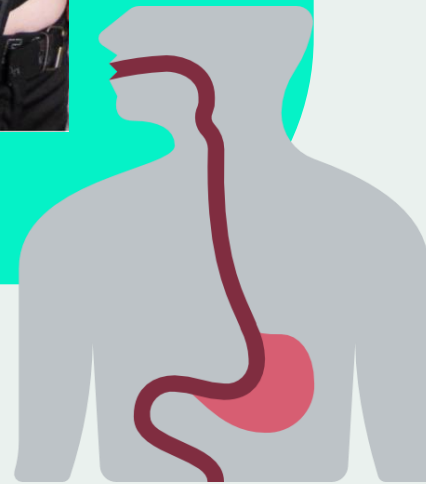
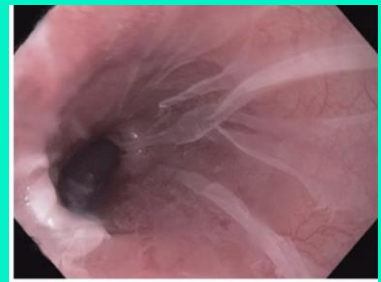
DÍA 7 – 24/II/2020

WEBINAR: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

- ✓ La ERGE se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica.
- ✓ Se divide en dos grandes grupos: síndromes esofágicos y extraesofágicos.
- ✓ Se reconocen 3 variedades fenotípicas de ERGE: ERNE, ERGE erosiva y esófago de Barret.
- ✓ El común denominador en todas estas variantes son los síntomas y se establece que cada una tiene un comportamiento clínico diferente.

Diagnostico

- Endoscopia superior
- pHmetría
- Manometría de alta resolución e impedancia



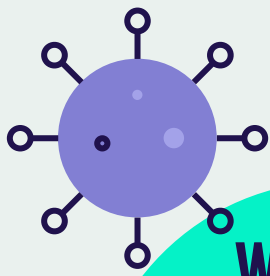
Manejo Quirúrgico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

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

Hospital Panamá 8A

Moderador: Dr. Luis Javier Cárdenas





DÍA 7– 24/II/2020

WEBINAR: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Tratamiento

- ❖ Modificación en el estilo de vida: bajar de peso, dejar de fumar, posturas para dormir
- ❖ Tratamiento farmacológico: IBP, antagonistas H2, antiácidos
- ❖ Quirúrgico y terapia endoluminal
- ❖ Otros

Cirugía Antirreflujo

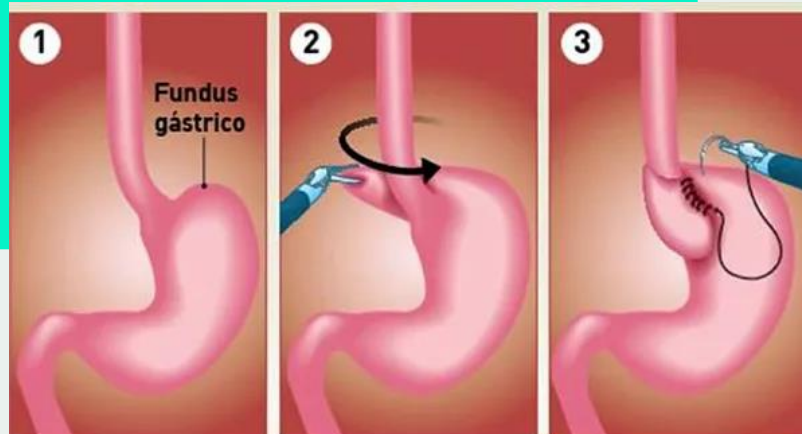
Funduplicatura de Nissen

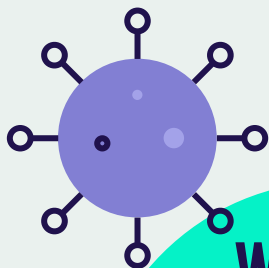
Evaluación preoperatoria

1. pHmetria
2. Manometria de alta resolución

Indicaciones:

1. Diagnostico confirmado de ERGE que responden a IBP, pero el paciente no desea continuar terapia a largo plazo
2. Diagnostico de ERGE confirmado en pacientes que no responden a IBP





DÍA 7 – 24/II/2020

WEBINAR: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Diferencias entre cirugía abierta y cirugía laparoscópica

Cirugía abierta versus Cirugía laparoscópica			
Abierta		Laparoscópica	
Ambas con resultados similares a 5 años en el alivio de síntomas			
reintervención en 34,8%	p = 0,006	reintervención en 15,2%	sin diferencias significativas en: - uso de inhibidores de la bomba de protones - gravedad de la acidez o disfagia - salud general - calidad de vida
alivio de la regurgitación 91%	p = 0,03	alivio de regurgitación 98.7%	
Draaisma WA, Rijnhart-de Jong HG, et. al. Five-year subjective and objective results of laparoscopic and conventional Nissen fundoplication: a randomized trial. Ann Surg. 2006 Jul;244(1):34-41. doi: 10.1097/01.sla.0000217667.55939.64. Broeders JA, Rijnhart-de Jong HG, et. al. Ten-year outcome of laparoscopic and conventional nissen fundoplication: randomized clinical trial. Ann Surg. 2009 Nov;250(5):698-706. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bcdaa7.			

Complicaciones de cirugía laparoscópica

Complicaciones de la cirugía laparoscópica

- Distensión abdominal
- Disfagia
- Lesión o perforación gástrica o esofágica
- Lesión esplénica o esplenectomía
- Neumotórax
- Sangrado
- Fiebre
- Infecciones de heridas

Baja mortalidad y complicaciones



Mortalidad a 30 días:

- 0.07% < 50 años
- 0.03% en 50-69 años
- 0.79% ≥ 70 años

Complicaciones a 30 días:

- 2.2% < 50 años
- 3.6% en 50-69 años
- 7.3% ≥ 70 años

Niebisch S, Fleming FJ, et. al. Perioperative risk of laparoscopic fundoplication: safer than previously reported-analysis of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program 2005 to 2009. J Am Coll Surg. 2012 Jul;215(1):61-8; discussion 68-9. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.03.022.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

Nutrición Perioperatoria – Dr. Matos

CASO CLINICO 1

Sra. Rosa es una paciente de 76 años de edad que ingresa al Hospital por historia de pérdida de peso no cuantificada.

La ropa le queda grande y según la hija perdió el apetito. Al punto de comer mucho menos de lo que comía hace 5-6 meses
En ocasiones asociado a dolor abdominal.



1-Cómo estara el estado nutricional de la Sra Rosa ?

- a-Bien nutrida
- b-Moderadamente desnutrida
- ☒ c-Severamente desnutrida
- d-Primero Necesitamos conocer cuanto perdo de peso ?
- e-Primero Necesitamos conocer cuanto es el IMC ?
- f-Que la evalúe una nutricionista

A la valoración antropométrica, la paciente registra un peso actual de 45.5kg, peso habitual de 65kg (6 meses), Talla de 1.55m, CMB 22cm con los siguientes resultados:

- IMC: 18.9 Kg/m²
- CP 30%
- AMBd 17.1cm² P<5



Se le realiza colonoscopia donde se observa una masa que ocupa el lumen del colon derecho en un 80%.

La evaluación por nutrición debe ser dentro de las primeras 48 hrs.

La paciente aunque presenta un IMC en el rango normal, se encuentra malnutrida. Por lo cual no hay que confiar ciegamente en los resultados del IMC.

Crterios GLIM (Global Leadership Initiative on malnutrition).

Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9

La desnutrición requiere al menos 1 criterio fenotípico y 1 etiológico:

CRITERIOS FENOTÍPICOS			CRITERIOS ETIOLÓGICOS	
Pérdida de peso involuntaria	Indice de masa corporal bajo (Kg/m ²)	Reducción de la masa muscular	↓ ingesta o de la asimilación de alimentos	Carga inflamatoria
> 5% en los últimos 6 meses o > 10% en más de 6 meses	<20 en < 70a o <22 en > 70a	Por técnicas validadas de composición corporal	≤ 50% > 1 sem, o ≤ 100% > 2 sem, o cualquier condición gastrointestinal crónica que altere la asimilación de alimentos	Lesión/inflamación aguda. Patología crónica inflamatoria.

Iniciativa para unificar los criterios de malnutrición intrahospitalaria

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7- 24/III/2020

Nutrición Perioperatoria – Dr. Matos

La paciente cumple con los criterios GLIM y con los criterios NRS 2002

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

426 ESPEN GUIDELINES

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Table 1 Initial screening

	Is BMI <20.5?	Yes	No
1	Has the patient lost weight within the last 3 months?		
2	Has the patient had a reduced dietary intake in the last week?		
3	Is the patient severely ill? (e.g. in intensive therapy)		
4			

Yes: If the answer is "Yes" to any question, the screening in Table 2 is performed.
No: If the answer is "No" to all questions, the patient is re-screened at weekly intervals. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preoperative nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.

1	¿IMC < 20.5?	SI	NO
2	¿Pérdida de peso en los últimos 3 meses?	SI	NO
3	¿Disminución en la ingesta en la última semana?	SI	NO
4	¿Enfermedad grave?	SI	NO

TABLA 2

Kondrup J et al Clin Nutr NRS2002 2003;22(3):321-336
Kondrup J et al Clin Nutr ESPEN Guidelines 2003;22(4):415-421

TABLA 2

ESTADO NUTRICIONAL		SEVERIDAD ENFERMEDAD	
Ausente 0 Puntos	Estado nutricional normal	Ausente 0 Puntos	Requerimientos nutricionales normales
Leve 1 Punto:	Pérdida de peso >5% en 3 meses ó ingesta 50-75% requerimientos en la última semana	Leve 1 Punto	Fractura cadera, pacientes crónicos (cirrosis, EPOC, hemodíalisis, DM, oncológicos)
Moderado 2 Puntos	Pérdida de peso >5% en 2 meses o IMC 18.5-20.5 + deterioro estado general ó ingesta 25-60% requerimientos en la última semana	Moderado 2 Puntos	Cirugía mayor abdominal, ictus, neumonía grave, neoplasias hematológicas
Severo 3 Puntos	Pérdida de peso >5% en 1 mes (>15% en 3 meses) o IMC <18.5 + deterioro estado general ó ingesta 0-25% requerimientos en la última semana	Severo 3 Puntos	TCE, TMO, Pacientes críticos (UCI)
Edad: Si ≥ 70 años, añadir 1 punto a la suma total			

Cualquier suma que resulte en ≥ 3 puntos requieren un Plan de Terapia Nutricional

Kondrup J et al Clin Nutr NRS2002 2003;22(3):321-336
Kondrup J et al Clin Nutr ESPEN Guidelines 2003;22(4):415-421

5- Cuál sería el resultado del NRS2002 ?

- a) gravemente desnutrido (puntuación = 3) + 1 edad
- b) gravemente enfermo (puntuación = 3)
- c) moderadamente desnutrido + levemente enfermo (puntuación 2 + 1)
- d) levemente desnutrido + moderadamente enfermo (puntuación 1 + 2).

ESTADO NUTRICIONAL		SEVERIDAD ENFERMEDAD	
Ausente 0 Puntos	Estado nutricional normal	Ausente 0 Puntos	Requerimientos nutricionales normales
Leve 1 Punto:	Pérdida de peso >5% en 3 meses ó ingesta 50-75% requerimientos en la última semana	Leve 1 Punto	Fractura cadera, pacientes crónicos (cirrosis, EPOC, hemodíalisis, DM, oncológicos)
Moderado 2 Puntos	Pérdida de peso >5% en 2 meses o IMC 18.5-20.5 + deterioro estado general ó ingesta 25-60% requerimientos en la última semana	Moderado 2 Puntos	Cirugía mayor abdominal, ictus, neumonía grave, neoplasias hematológicas
Severo 3 Puntos	Pérdida de peso >5% en 1 mes (>15% en 3 meses) o IMC <18.5 + deterioro estado general ó ingesta 0-25% requerimientos en la última semana	Severo 3 Puntos	TCE, TMO, Pacientes críticos (UCI)
Edad: Si ≥ 70 años, añadir 1 punto a la suma total			

6-Cuales fenotipos encuentras en la paciente, según los criterios GLIM ?

- a) Pérdida en el consumo de alimentos, pérdida de peso y degaste muscular
- b) Pérdida de peso, edad e IMC abajo del promedio
- c) Pérdida de peso, masa muscular disminuida e IMC <20kg/m²

CRITERIOS FENOTÍPICOS			CRITERIOS ETIOLÓGICOS	
Pérdida de peso involuntaria	Índice de Masa Corporal IMC	Reducción de la masa muscular	Reducción de la ingesta o asimilación de alimentos	Inflamación
>5% en los últimos 6 meses o >10% en más de 6 meses	< 20 en < 70 años o < 22 en > 70 años	Reducción de la masa corporal por técnicas validadas de composición corporal	≤ 50% > 1 semana o ≤ 100% > 2 semanas o cualquier condición gastrointestinal crónica que altere la asimilación de	Lesión o inflamación aguda o Patología crónica inflamatoria

Durante toda la hospitalización en Gastroenterología se mantuvo en "nada x vía oral" y se le coloco D/A 5% 70cc/h "para darle algo de calorías y nutrición"

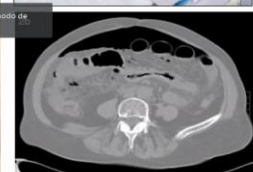
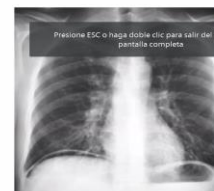
5 días después de la colonoscopia
Llega el informe histopatológico: (02 Feb 2020)
Adenocarcinoma de colon

7 días después de la colonoscopia
Es trasladada al Servicio de Cirugía General.



La Sra Rosa es trasladada al Servicio de Cirugía General y le informan que va a empezar a "preparar para la cirugía". La cual será 7 días después del ingreso a la sala de Cirugía.
Con muchos enemas evacuantes para "preparar" el colon. Se le realiza Hemicolectomía derecha + ileocolo anastomosis con autosuturas.

El cirujano le explica a la paciente y a la familia que la cirugía fue **todo un éxito** y que pronto ira a casa.
Dos días después de irse a casa, la Paciente con muchos vómitos, débil, fiebre de 38.5 °C: 110 PA: 90/60 y GB: 25,000 Hb: 8.0
Rx Tórax y Tomografía de abdomen



La paciente presentaba un neumoperitoneo posterior a la cirugía y deterioro del estado general.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7– 24/III/2020

Nutrición Perioperatoria – Dr. Matos

12-Qué puede estar ocurriendo con esta paciente ?

- a-Neumonía nosocomial
- b-Dehiscencia de la anastomosis colonica
- ☒ c-Peritonitis
- d-Infección de la herida

13-Que se debe hacer ahora ?

- a-Antibióticos
- b-Transfundirle sangre
- ☒ c-Laparotomía exploradora
- d-Nutrición Parenteral

La respuesta correcta es dehiscencia de la anastomosis colónica, esta ruptura intestinal causa que material fecal se vierta en la cavidad abdominal lo que causa el deterioro del estado de la paciente. La dehiscencia se da principalmente debido al estado de malnutrición de la paciente ya que no recibió nutrición perioperatoria, al encontrarse malnutrida el proceso de cicatrización no es eficaz y eso promueve la dehiscencia.

La paciente es operada y se le encuentra 2000cc de líquido libre en el Abdomen, entre pus y heces con dehiscencia total de la anastomosis. Catástrofe abdominal. Se realiza lavado exhaustivo de la cavidad Abdominal y realiza ileostomía terminal + cierre del muñón del colon.

ACTUALMENTE:

Shock Séptico + ARDS + Falla Renal por Sepsis Abdominal Severa.

13-Por qué se complica de esta forma?

- a- Mala técnica quirúrgica
- b- Por el Cáncer
- c- Por la edad
- ☒ d- Por la Malnutrición Severa

Diagnósticos:

- 1-MALNUTRICION SEVERA**
- 2-CA de colon
- 3-Dehiscencia de anastomosis
- 4-Catastrofe Abdominal
- 5-Shock séptico
- 6-ARDS
- 7-SFOM.

14-Por que se complica esta paciente?

**NO fue preparada
nutricionalmente
antes de la cirugía**

15-Hubo tiempo para nutrirla PreOp ?
Como ?

**SÍ en Gastroenterología: 15 días
+ 7 días en sala de Cirugía
Total: 22 días**

**DePresione ESC o haga doble clic para salir del modo
pantalla completa**

16-Como era el estado nutricional antes
de ser operada ?

**MALNUTRICIÓN SEVERA
Sólo con la historia clínica.**

17-Que ocurre con las anastomosis
en pacientes malnutridos ?

**Pobre síntesis de colágeno que
Debilita la resistencia de la
Anastomosis.**

La paciente ingresa a UCI:

FC: 90 PA: 110/68 SatO₂: 100% Lactato: 1.5
diuresis > 60c/h

Sedada + ventilación mecánica

Se le inicio inmunonutrición por vía enteral al
yeyuno.

Pero el gasto por la ileostomía aumenta a
1000cc/día

A pesar de todo el manejo con medicamentos
para reducirla continua alto.

Se decide omitir la NE e iniciar NPT.

Utilizando catéter venoso subclavio derecho.

18-Una vez decidido calcular la NPT
de este paciente. Cuanto debería
ser al aporte de proteínas ?

Peso: 65Kg

Tomando en cuenta catabolismo
severo

- a-CHON: 1.0 g/Kg/día
- b-CHON: 1.2 g/Kg/día
- c-CHON: 130 g/día
- d-CHON: 150 g/Kg/día



Debido al estado de la paciente, se encuentra
en un catabolismo severo y se deben dar 2g/Kg
de proteínas.

Protein	
No catabolism, no RRT	0.8 (max. 1.0) g/kg BW per day
Moderate catabolism, on RRT	1.2-1.5 g/kg BW per day
Severe catabolism, on RRT (CRRT or SLED)	1.7-2.0 g/kg/ BW per day

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 7- 24/III/2020

Nutrición Perioperatoria – Dr. Matos

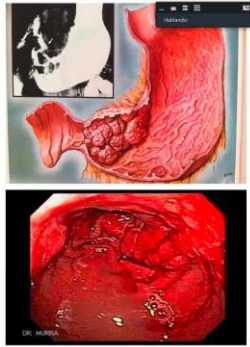
CASO CLINICO 3

Sr Federico tiene 84 años. Pérdida de peso inexplicable hace 4-5 meses. Pérdida del apetito come sólo obligado por sus hijas. IMC: 19 Alb: 2.9

Evaluación médica encuentra masa gástrica, que parece ser maligna.

Histología confirma AdenoCA gástrico Y se inicia la preparación para cirugía inmediata

- 1-Que cirugía requiere ?
- 2-Cual es el método PONS ?
- 3-Cuántos criterios tiene el paciente ?



4-El Sr Federico es evaluado por la Nutricionista, la cual considera que tiene Malnutrición severa. Que se debe hacer ?

- a-Apresurar la cirugía
- b-Nutrir al paciente 3-4 días PreOp
- c-Operarlo rápido y nutrirlo por 10-15 días
- d-Omitir la cirugía y nutrirlo durante 7-14 días PreOp**
- e-Immunonutrición PreOp y PosOp

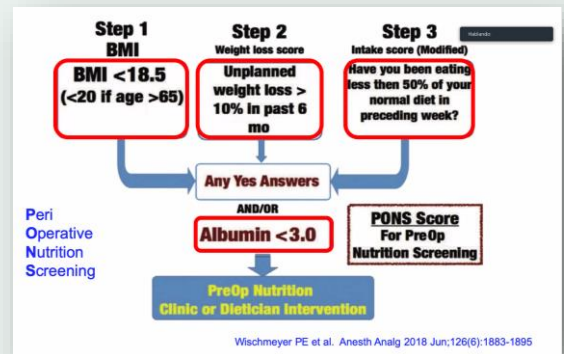
5-El Sr Federico requiere inmunonutrición. La Inmunonutrición es lo más recomendado el manejo nutricional de pacientes quirúrgicos - antes y después de la cirugía. Como se le debe administrar al Sr Federico:

- a-De 2 a 3 días PreOp y 2-3 días PosOp
- b-De 10 a 15 días PreOp y PosOp no se requiere
- c-De 7 a 10 días PreOp y 7-10 días PosOp**
- d-De 5 a 7 días PreOp y 5-7 días PosOp
- e-De 20 días PreOp y 30 días PosOp

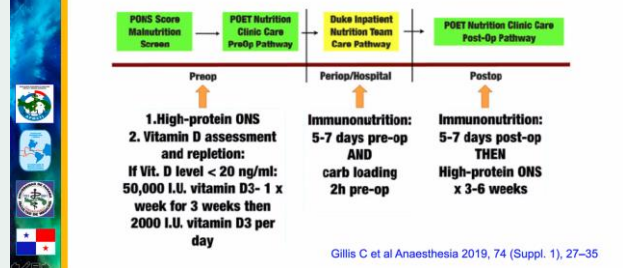
6-Cual de los componentes de la inmunonutrición es el nutriente principal de las células del Sistema inmunológicos (Macrófagos, linfocitos). Cuál es la dosis ?

- a-Glucosa
- b-Glutamina
- c-Arginina
- d-EPA-DHA
- e-Nucleótidos

Método PONS

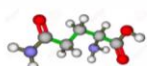


Duke POET pathway



IMMUNONUTRICIÓN PERIOPERATORIA CIRUGÍAS MAYORES

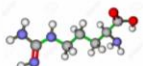
7-10 días PreOp + 7-10 días PosOp
(Proteínas 1.5 g/Kg/día 30 días PreOp y 60 días PosOp)



GLUTAMINA

-Antiinflamatorio
-Nutriente principal del tubo digestivo y sistema inmunológico

0.3-0.5g/Kg/día
No en Falla Hepática
No en Falla Renal



ARGININA

-Antiinflamatorio
-Antiinfeccioso
-Precursor de síntesis de colágeno

15 – 25 g/día
usar sin temor en sepsis y shock séptico



OMEGA-3

-Antiinflamatorio
-Bloquea producción de Ácido Araquidónico

EPA-DHA: 2-3 g/día
No riesgo de sangrado

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

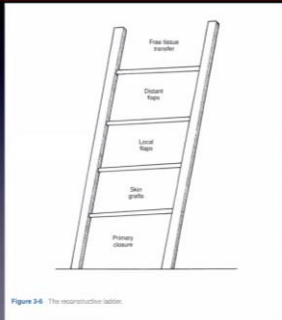
DÍA 8 – 25/II/2020

Injertos cutáneos y colgajos – Dr. Espino

ESCALERA RECONSTRUCTIVA



COMPLEJIDAD



CLASIFICACION

Según el sitio receptor

Ortotopicos
Sitio similar de origen

Heterotopicos
Sitio diferente al donante

Según el tipo de tejidos

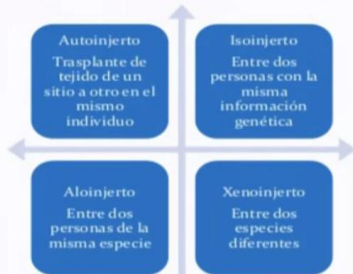
Injertos simples
Un tipo de tejido, mas conocido la piel

Injertos compuestos
Mas de un tipo de tejido

villegas francisco. cirugía plastica para el medico general, estudiantes de la salud

CLASIFICACION

• Según relación con el donante



villegas francisco. cirugía plastica para el medico general, estudiantes de la salud y otros profesiones. 2012. p 622

INJERTOS CUTANEOS

CLASIFICACION

• Espesor Parcial >> Epidermis.

Delgado

Mediano

Grueso

• Espesor Total >> Epidermis y Dermis.

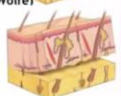
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL ESPESOR

• Injertos de espesor parcial (Ollier-Thiersch)

Finos, intermedios o gruesos
0.30 x 0.45 mm
+ delgado + supervivencia + fragilidad
+ contracción

• Injertos de espesor total (Wolfe)

Preservan características de la piel
+ contracción
+ estético
Zonas pequeñas



Indicaciones Injertos Cutáneos

GRAN
PÉRDIDA
SUSTANCIA

QUEMADURAS

CÁNCER DE
PIEL

ÚLCERAS DE
DECÚBITO

ÚLCERAS
DIABÉTICAS



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 8 – 25/II/2020

Injertos cutáneos y colgajos – Dr. Espino

Espesor Parcial

- Fino** 0.04-0.10mm
- Mediano** 0.10-0.15mm
- Grueso** 0.15-0.50mm



Efecto salamandra: Antes de aplicar el injerto se aplica tejido adiposo.

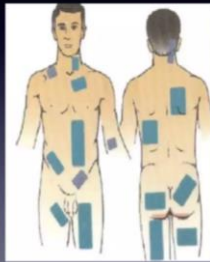
La zona donadora suele epitelizar en 10-12 días. Refieren picazón por la liberación de histamina.

Integración del injerto depende de:

- Vascularización
- Contacto con lecho receptor
- Tejido de granulación del lecho receptor
- Inmunización y cuidados postoperatorios
- Evacuación de seromas y hematomas
- Injerto infectado

Zonas Donadoras

- Mas Proximo del Sitio Donador mayor similitud cutánea al lecho receptor.
- Espesor Parcial (extremidades, pared abdominal, espalda, region glutea, cuero cabelludo).
- Espesor Total (Cara, párpado, region retroauricular, region inguinal).



INTEGRACIÓN

vascularización

Contacto lecho receptor

Tejido de granulación del lecho del receptor

Inmunización y cuidados postoperatorios

evacuación d seromas/ hematomas

Injerto infectado

Dermatomos Tipos

- Dermatomo de Zimmer
- Neumático .
- Electrico.



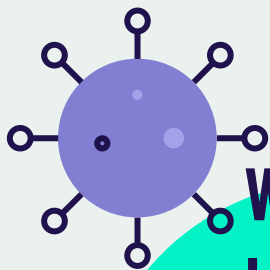
Dermatomos Tipos

- Dermatomo de Padgett



CONTRAINDICACIONES DE LOS INJERTOS

- Lecho no viable o infectado resulta en fallo del injerto, al igual que necrosis residual, tejido desecado y sangrado persistente
- El hueso cortical sin periostio (contraindicación absoluta)



DÍA 8 – 25/II/2020

WEBINAR: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS QUEMADURAS PEDIÁTRICAS

Lesiones que comprometen la integridad de la piel.

Desnaturalización de las proteínas tisulares que lleva a un aumento de la permeabilidad vascular que puede resultar en necrosis, edema y/o pérdida de líquido intravascular.

En Panamá se admiten a la Unidad de Quemados 450-600 niños al año.

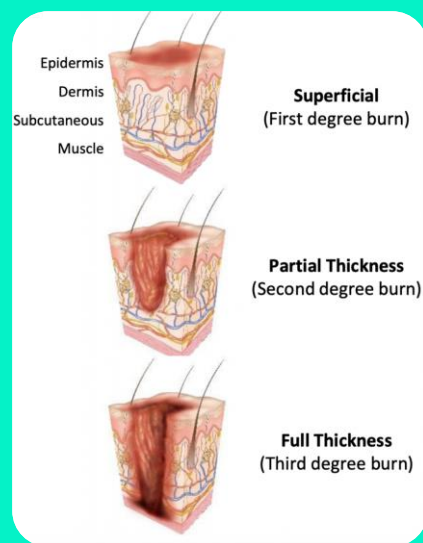
El número de pacientes gran quemados por año oscila entre 15-20 pacientes.

Generalidades

- Clasificación según grado de profundidad: I-III. ^{1,2}
- Clasificación según extensión en la superficie corporal.
 - Regla de los 9 de Wallace.
 - Tabla de superficie corporal total modificada según Lund-Browder. ⁵

Generalidades ⁵

- Se clasifican en térmicas, eléctricas, químicas y causadas por radiación, siendo las térmicas las más frecuentes.
- Tres zonas de lesión: zona de coagulación, zona de estasis y zona de hiperemia.



Tratamiento Quirúrgico de las Quemaduras Pediátricas

Grupo 7 B: Hospital Los Santos

Expositores:

Dr. Abdías Palacios
Dra. Katherine Pérez
Dr. Dimas Portillo

Panelistas

Dra. Mayda Pérez
Dr. Fabián Peralta

Moderador: Dr. Gerardo Victoria



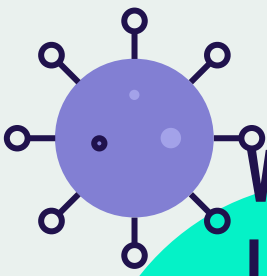
Dr. Abdías Palacios



Dra. Katherine Pérez



Dr. Dimas Portillo



DÍA 8 – 25/II/2020

WEBINAR: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS QUEMADURAS PEDIÁTRICAS

También se puede clasificar en según su grado de profundidad en grado I, II y III.

Existe clasificación según su extensión en la superficie corporal, los métodos son:

- Regla de los 9 de Wallace
- La tabla de superficie corporal total modificada según Lund-Browder. Esta es más útil y específica para pacientes pediátricos.

Tratamiento

La base del tratamiento es una buena historia clínica, exploración física completa, lavar heridas, retirar ropa y joyas, analgesia y evitar hipotermia. Se puede usar hidrogeles, antisépticos tópicos, vendajes y curaciones según su gravedad.

Instrumentos Quirúrgicos



**Algunos Dermatomo
Manuales utilizados en
Escisión Tangencial**

Injertos de espesor parcial

- En heridas no tan profundas
- Se extrae piel incompleta, hasta la dermis superficial.
- Complicaciones de hematomas y seromas en el lecho de la herida.
- Planchar el injerto
- Antiséptico

Injertos de espesor total

- En heridas profundas y se sutura la zona donadora
- Desventajas: uso limitado en pacientes con grandes extensiones de quemaduras

ESCISIÓN FACIAL



Es un procedimiento en el cual se decide escindir directamente hasta la fascia, respetando ésta, se reseca piel y tejido celular subcutáneo. Está indicado en pacientes con quemaduras muy extensas que ponen en peligro su vida. Con esta técnica se disminuye el sangrado, ya que únicamente se exponen los vasos perforantes los cuales son de mayor calibre y se realiza la hemostasia más fácilmente

- La escisión tangencial puede provocar una copiosa pérdida de sangre, a menos que se adopten medidas para limitar la hemorragia. La más sencilla de ellas consiste en intervenir en las primeras 24 horas siguientes a la lesión.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 8– 25/III/2020

Laparotomía Sistematizada para Trauma – Dr. Vega

ACADEMIA VIRTUAL
AMCG



1 Condiciones iniciales

Personal adecuado

Ambiente de quirófano adecuado

Material / Instrumental adecuado

ACADEMIA VIRTUAL
AMCG



1 Condiciones iniciales



Personal adecuado

Cirujano.
Anestesiólogo.
Enfermería.

ACADEMIA VIRTUAL
AMCG



2 Preparación del Paciente



Exponer todas las áreas susceptibles a trauma, visible desde el cuello hasta las rodillas para poder realizar una incisión donde sea necesario.

ACADEMIA VIRTUAL
AMCG



3 Acceso a la cavidad abdominal.

Exposición.

Extensibilidad.

Rapidez.

Seguridad.

incisión

ACADEMIA VIRTUAL
AMCG



3 Acceso a la cavidad abdominal.

Exposición.

- 1.- Elección de la incisión adecuada.
- 2.- Iluminación adecuada.
- 3.- Separación adecuada.
- 4.- Prehensión y Exposición propriadamente dicha.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 8– 25/III/2020

Laparotomía Sistematizada para Trauma – Dr. Vega

3 Acceso a la cavidad abdominal.

Características de una **buena incisión**

- Exposición.
- Extensibilidad.
- Rapidez.
- Seguridad.



Abordaje Suprainfraumbilical en la Línea Media

4 Control de la hemorragia.

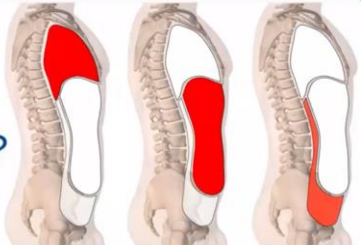
Control del sangrado



Control Vascular Apertura del hematoma Evacuación del contenido Exposición / Reparación

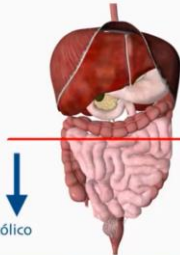
4 Control de la hemorragia.

¿Dónde Sangra?



4 Control de la hemorragia.

Evaluación reglada de la cavidad



Supramesocólico

Inframesocólico

Orden de exploración

4 Control de la hemorragia.

¿Qué Sangra?

Hígado.
Bazo.
Mesos.
Retroperitoneo:

Zona 1: Aorta / Cava.
Zona 2: Riñones.
Zona 3: Iliacas / Pelvis.

4 Control de la hemorragia.

Evaluación reglada de la cavidad



Supramesocólico

- 1 Hígado / Diafragma.
- 2 Bazo / Diafragma.
- 3 Esófago
- 4 Cara anterior del estómago
- 5 Cara posterior del estómago
- 6 Duodeno.

4 Control de la hemorragia.

Packing 4 cuadrantes.

Tx. Cerrado.
"Empaquete"



Tx. Penetrante.
"Busque la lesión"



Laparotomía por Trauma. Parte 1 y 2. Dr. Pablo Ottolingo

4 Control de la hemorragia.

Evaluación reglada de la cavidad



Inframesocólico

- 1 Asa Fija.
- 2 Running Bawel.
- 3 Colon ascendente.
- 4 Ángulo esplénico del colon
- 5 Recto

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 8– 25/III/2020

Laparotomía Sistematizada para Trauma – Dr. Vega

Abordajes / Maniobras

Kocher - Cattell / Braash - Mattox



Laparotomía por Trauma. Parte 1 y 2. Dr. Pablo Ottolino
ACADEMIA VIRTUAL
AMCG

Vasos expuestos según maniobras

Maniobra de Kocher	Cava Suprarrenal Cava Yuxtarrenal Cava Infrarrenal Renales Derechas
Maniobra de Catell-Braash	Aorta Infrarrenal Cava Infrarrenal Vasos Iliacos
Maniobra de Mattox	Aorta Suprarrenal Tronco Celiaco Art. Mesentérica Sup. Vena Mesentérica Sup.

Pausa (k) 29:29 / 43:57



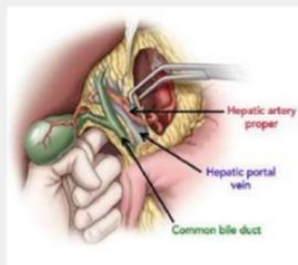
Running bowel: revisar todo el intestino de lado a lado

Angulo esplénico: lesiones pueden pasar desapercibidas

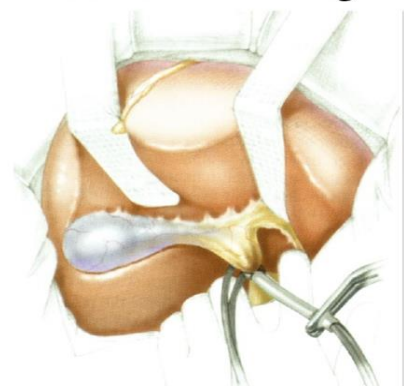
Maniobra de Pringle

Si el paciente tiene hemorragia persistente pese a la compresión, deben sospecharse lesiones de la arteria hepática, vena porta y de la vena cava retrohepática. La maniobra de Pringle permite detener el sangrado o determinar cuál es el vaso que está sangrando. Esta maniobra consiste en un clampeo del hilio hepático.

La hemorragia por lesiones de la vena porta y de la arteria hepática se detendrá con la aplicación de una pinza vascular a través del hilio hepático; cuando es de las venas hepáticas y de la vena cava retrohepática no se detendrá.



Maniobra de Pringle



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 9– 26/II/2020

Seguimiento del caso clínico del turno virtual

El paciente se encontraba actualmente en shock, con una presión de 90/40 bajo epinefrina.

El paciente está hipervolémico, con algo de insuficiencia cardíaca (nota hipocontractilidad durante la ecocardiografía) y el manejo indicado sí sería con epinefrina. Además el paciente presenta hiperkalemia (7mEq).

Corrección de la hiperkalemia, en orden:

- Gluconato de calcio (antagonista directo del potasio y evita los efectos deletéreos del potasio)
- Insulina + dextrosa (para hacer que entre más potasio a las células)
- Kayaxalato.

Cirugía hepática y Trasplante Hepático– Dra. Richards

Clasificación de Brisbane para cirugía hepática

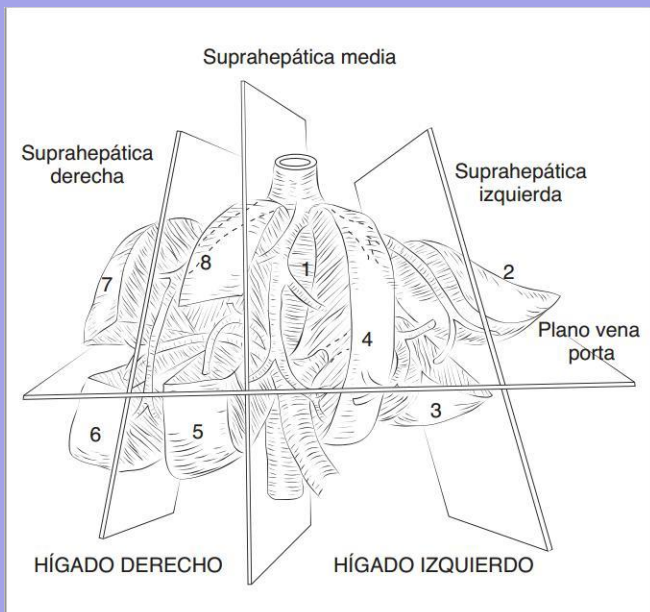


TABLE 2.1 Brisbane Terminology of Liver Anatomy and Resections

Anatomic Term	Couinaud Segments	Surgical Resection
Right hemiliver/ right liver	5-8	Right hepatectomy
Left hemiliver/left liver	2-4	Left hepatectomy
Right anterior section	5, 8	Right anterior sectionectomy
Right posterior section	6, 7	Right posterior sectionectomy
Left medial section	4	Left medial sectionectomy or Resection of segment 4
Left lateral section	2, 3	Left lateral sectionectomy or Bissectionectomy 2, 3
	4, 5, 6, 7, 8	Right trisectionectomy or Extended right hepatectomy
	2, 3, 4, 5, 8	Left trisectionectomy or Extended left hepatectomy

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 9– 26/II/2020

Cirugía hepática y Trasplante Hepático– Dra. Richards

Al hacer una resección, también es necesario tener en cuenta las posibles variantes anatómicas de vasos y vías biliares. Para esto, es útil obtener un mapeo de la vasculatura y vías biliares hepáticas, antes de la cirugía.

Pasos del trasplante

1. Explante: se extrae el hígado y se poner en una solución conservadora fría
2. Cirugía de banco: limpiar todas las arterias y vías biliares del hígado del donante
3. Hepatectomía: se hace durante el explante y cirugía de banco
4. Implante: tiene un límite de tiempo, pues no se puede dejar al hígado en isquemia fría por más de 8 horas y no se puede dejar caliente, sin perfundir, por más de 1 hora y media.

Al final del procedimiento, siempre se debe tomar una biopsia del injerto, para ver si hubo algún daño del tejido hepático trasplantado, o para ver si se desarrolló un síndrome de reperfusión.

Posteriormente vimos algunos casos clínicos

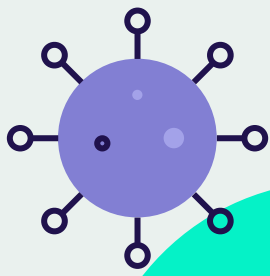
Los adenomas >5cm se deben remover, por el riesgo de malignización. Son mas comunes en pacientes que utilizan anticonceptivos orales por periodos prolongados.



Quiste hepático



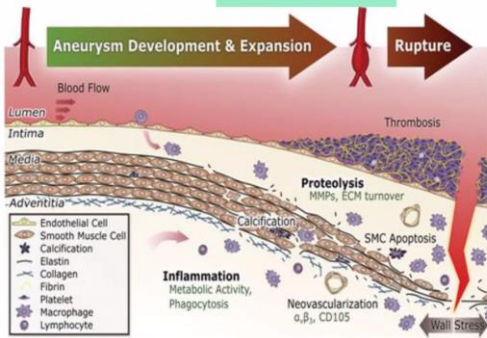
Adenoma hepático



DÍA 9– 26/II/2020

WEBINAR: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

FISIOPATOLOGÍA



INFLAMACIÓN

No está bien definido

PROTEÓLISIS

Presencia de infiltrados inflamatorios, aumento de macrófagos, aumento de citocinas aumentan actividad proteolítica de matriz extra celular

APOPTOSIS

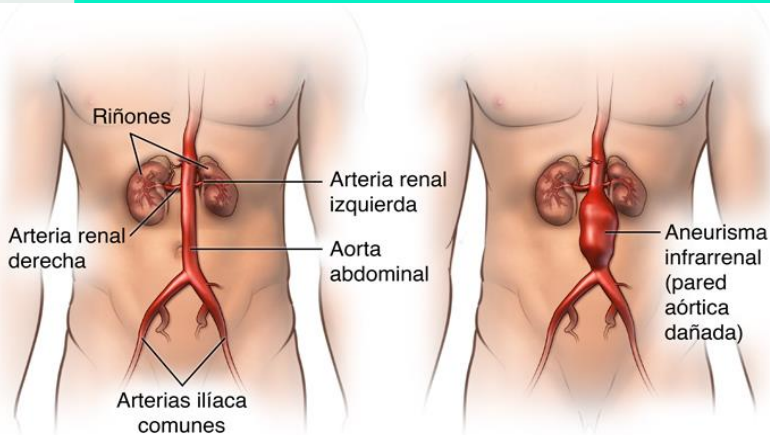
Depleción de la musculatura lisa

Etiología

- ✓ Ateroesclerosis
- ✓ Traumatismos
- ✓ Vasculitis
- ✓ Infección bacteriana o micótica
- ✓ Síndrome de Marfan

Factores de riesgo

- ✓ Edad avanzada
- ✓ Genero masculino
- ✓ Enfermedad coronaria, hipertensión
- ✓ Pérdida de musculatura lisa

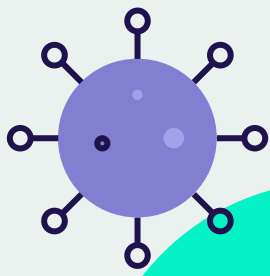


Aorta abdominal normal

Aneurisma de la aorta abdominal

Cuadro clínico:

- ☐ Asintomáticos: lo mas común
- ☐ Sintomático: dolor constante y profundo en abdomen o costado o Dolor en espalda que se irradia a glúteos y piernas
- ☐ Ruptura: mareos, sudoraciones, nauseas y vómitos.



DÍA 9– 26/II/2020

WEBINAR: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

COMPLICACIONES

RUPTURA

Es más probable que sea en la pared posterolateral izquierda de 2-4cm. Como antecedentes pueden tener traumatismos, esfuerzo isométricos

EMBOLIZACIÓN

Embolización distal de trombos o material ateromatoso puede bloquear arterias renales, intestino o de los miembros inferiores

CID

Es poco frecuente, pero se debe a que las superficies grandes del endotelio anormal estimulan la trombosis rápida y consumo de factores de coagulación

A mayor diámetro del aneurisma, mayor riesgo de ruptura.

El 80% de los pacientes que sufren una ruptura mueren antes de llegar al hospital

Diagnostico

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Ventajas

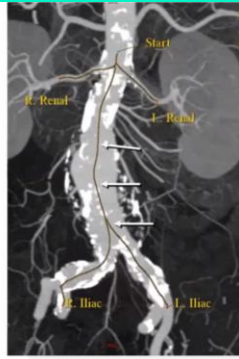
A

Visualiza lesiones Aorto-iliacas, incluyendo calcificaciones

Desventajas

B

Costo mayor
Necesidad de contraste, radiación



USG ABDOMINAL

Ventajas

- Tiene sensibilidad y especificidad cercana al 100%

Desventajas

- No mide la longitud del aneurisma



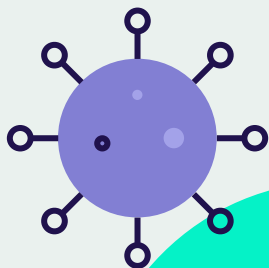
Tratamiento quirúrgico de AAA: endoprótesis de aorta abdominal

> 5 cm

TRATAMIENTOS.

1. Reparación quirúrgica abierta de la aorta por prótesis de dracón o PTFE.
2. Cirugía endovascular.

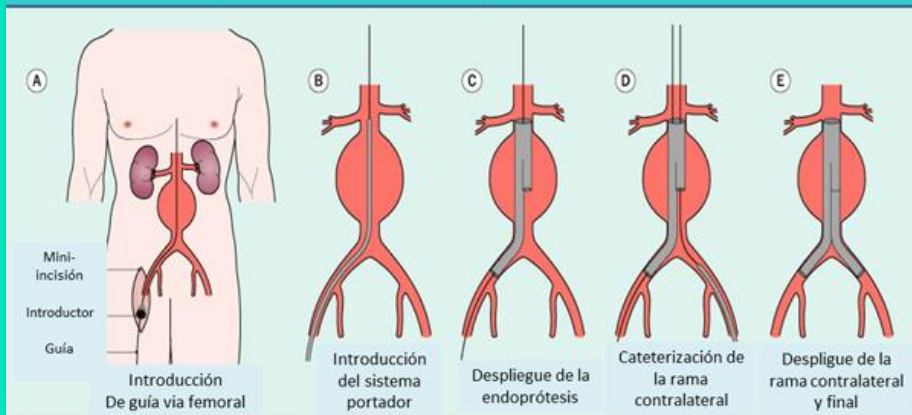
Si mide menos de 5cm, se recomienda tamizaje con USG, CAT y mejoría de los factores de riesgo.



DÍA 9– 26/II/2020

WEBINAR: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Esquema del implante de una endoprótesis de aorta abdominal

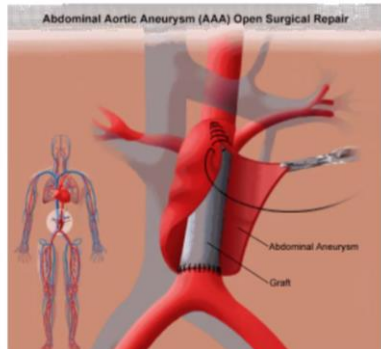


CIRUGIA CONVENCIONAL.

Reparación Abierta.

Se puede usar un tubo con forma de cilindro llamado Graft para reparar el aneurisma. Los Graft están hechos de varios materiales como:

- Dacron (injerto sintético de poliéster textil)
- Politetrafluoroetileno (PTFE, injerto sintético no textil)



EVAR

Se considera en pacientes cuando el aneurisma es > 5 cm y presenta un crecimiento rápido. Deben contar con requisitos antropométricos necesarios para la realización de esta cirugía.

CIRUGIA ENDOVASCULAR.

EVAR

Una reparación de aneurisma endovascular (REVA) requiere solo pequeñas incisiones en la ingle junto con el uso de guía de rayos X e instrumentos especialmente diseñados para reparar el aneurisma.

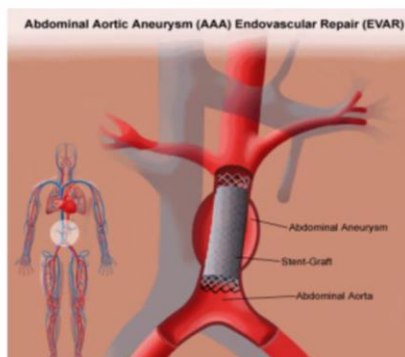


Tabla 1. Criterios anatómicos que contradicen el uso de tratamiento endovascular de aneurismas de la aorta abdominal¹⁹

- Cuello aórtico de diámetro > 28 mm
- Cuello aórtico de largo < 15 mm
- Cuello aórtico de angulación $> 60^\circ$
- Tortuosidad iliaca severa
- Trombo mural extenso en cuello aórtico
- Diámetro de arteria de acceso (iliaca) < 7 mm
- Diámetro de bifurcación aórtica < 18 mm
- Aneurismas ilíacos comunes bilaterales que requieren de cobertura de ambas arterias hipogástricas
- Arteria renal accesoria esencial

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 9– 26/II/2020

Cirugía de colon – Dr. Arcia

- A partir del 2009 el 40% de las cirugías de colon se hacían con el método laparoscópico.
- Se ha demostrado que la cirugía laparoscópica es de menor duración, menor morbilidad y mortalidad, menor estancia hospitalaria.
- Actualmente se sabe que la morbilidad, el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria es menor a la técnica abierta.
- En la cirugía de recto aun es controversial el uso laparoscópico.

Indicaciones de cirugía laparoscópica

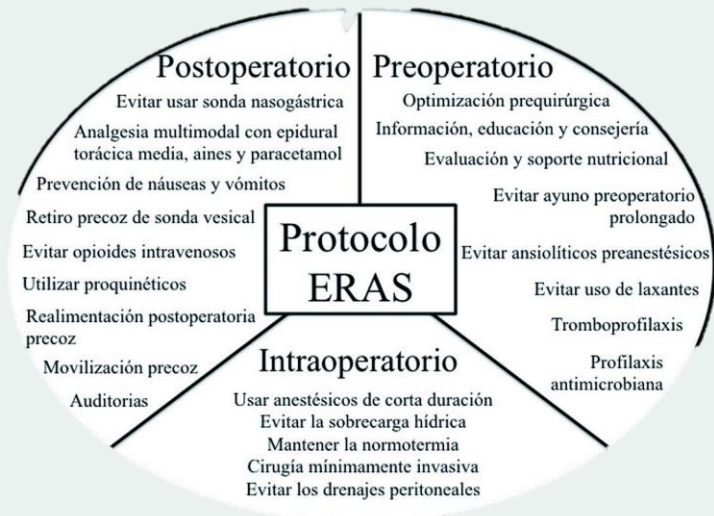
- ✓ Cáncer de colon y recto*
- ✓ Enfermedad diverticular
- ✓ EII
- ✓ Pólipos avanzados
- ✓ Cierres de colostomía
- ✓ Vólvulos colónicos
- ✓ Trastornos de piso pélvico
- ✓ Fistulas

Complicaciones

- ✓ Enterotomía
- ✓ Lesión ureteral
- ✓ Lesión de nervios
- ✓ Hemorragias
- ✓ Fugas en anastomosis
- ✓ Íleo postoperatorio
- ✓ Dolor
- ✓ Disfunción urinaria y sexual

El protocolo ERAS ha mejorado el grado de estrés quirúrgico, estancia hospitalaria y la fatiga postoperatoria.

El protocolo ERAS es un conjunto de practicas y procedimientos perioperatorios estandarizados aplicado a todos los pacientes sometidos a una cirugía electiva.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 9– 26/II/2020

Cirugía de colon – Dr. Arcia

Femenina de 60 años, acude a urgencias con dolor abdominal en fosa iliaca derecha constante, tipo cólico de 1 día de evolución, asociado a 1 semana con dificultad para evacuar.

Paciente atribuía esto a uso de Fe oral.

¿Qué mas preguntarías?

- ☐ Antecedentes de cirugía: 3 cesáreas y apendicetomía
- ☐ APP: diabética de novo, hipertensa
- ☐ Cambio en las deposiciones
- ☐ Síntomas asociados
- ☐ Antecedente de colonoscopia
- ☐ Antecedente familiar: hermana con pólipos colónicos antes de los 60 años
- ☐ No fuma ni toma licor

CASO CLÍNICO #1

EXAMEN FÍSICO

- Signos vitales con PA= 160/80, Fc 75x' Fr 16x' SaO2 99% (aire ambiente)
- Escleras y tegumentos pálidos, bien hidratada
- Corazón y Pulmones sin datos alterados al examen físico
- Abdomen=
 - No distensión
 - Masa palpable en Fosa iliaca derecha con dolor a la palpación, sin defensa ni rebote.
 - Ruidos intestinales normales, percusión timpanismo en la masa. Resto OK

CASO CLÍNICO #1

ESTUDIOS

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

#1.- **Pólipos en Sigmoides:** Se reciben dos fragmentos de tejido uno de aspecto polipoides 0.5 x 0.5 cm, otro de 0.2 x 0.2 cm, de color crema y consistencia blanda. Se incluyen en su totalidad en cápsula 1.

#2.- **Masa en Ciego:** Se reciben dos fragmentos de tejido miden 0.2 x 0.2 x 0.2 cm; irregulares, de color crema, blandos. Se incluyen en su totalidad en cápsula 2.

#3.- **Masa en Sigmoides:** Se reciben dos fragmentos de tejido miden 0.2 x 0.2 x 0.2 cm; irregulares, de color crema, blandos. Se incluyen en su totalidad en cápsula 3.

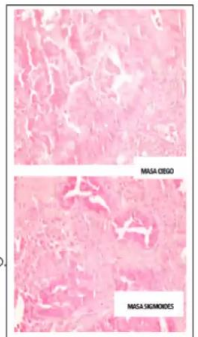
Total de cápsulas: 3.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Se identifica lesión neoplásica maligna con glándulas de tamaño mediano a grande. El revestimiento está formado por células neoplásicas altas y columnares que se toman císticas o poligonales de tamaño mediano a grande, son pleomórficas con citoplasma moderado y núcleo vesicular, hay hiperchromatismo, pérdida de la polaridad, algunas presentan nucléolo evidente.

DIAGNÓSTICO:

#1.- **POUPO DE SIGMOIDES (COLONOSCOPIA)**
ADENOMA TUBULOVELLOSO CON DISPLASIA DE BAJO GRADO.
#2.- **MA EN CIEGO**
#3.- **MA EN SIGMOIDES**



CASO CLÍNICO #1

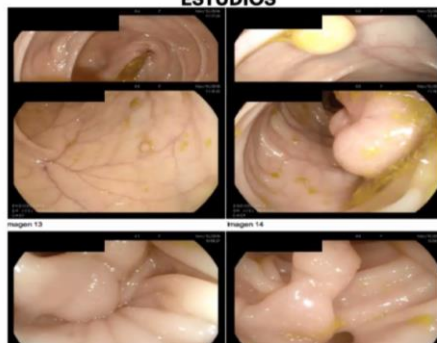
ESTUDIOS

¿QUÉ ESTUDIOS SOLICITARÍAN?

- Hb 7.4g/dL; Leucocitos y Neutrófilos normales
- Glucosa Normal
- Urinálisis Normal
- Sangre oculta negativa
- Albúmina 3.36 g/dL
- Creatinina normal
- Electrolitos normales

CASO CLÍNICO #1

ESTUDIOS



ASA EN CIEGO (COLONOSCOPIA)
MA BIEN DIFERENCIADO
OVELLOSO CON DISPLASIA DE ALTO GRADO
IONICA FOCAL

ASA EN SIGMOIDES (COLONOSCOPIA)
MA MODERADAMENTE DIFERENCIADO
IONICA FOCAL EN LA APICADA

Dx. Adenocarcinoma de colon

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 9– 26/II/2020

Cirugía de colon – Dr. Arcia

- ❑ En el CAT metástasis a pulmón derecho e izquierdo.
- ❑ En colonoscopia: Múltiples pólipos, masa en sigmoides y masa en ciego. Posteriormente se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma colonico en sigmoides y en ciego.
- ❑ Se pide marcadores tumorales: CA 19.9 normal y ACE elevado.
- ❑ El ACE es una prueba pronóstica para pacientes con cáncer de colon y sirve para el seguimiento (> 5 es patológico indica mal pronóstico).

ANTIBIOTICOS Y PREPARACIÓN COLON (1B)

- Controversial aún a pesar evidencia 2015 a la actualidad.
- Mecánica: Solución Polietilenglicol
- AB's orales:
 - Metronidazol #3 dosis 1 gramo en 10 h + Neomicina
 - Neomicina + Eritromicina

CASO CLÍNICO #1

TRATAMIENTO

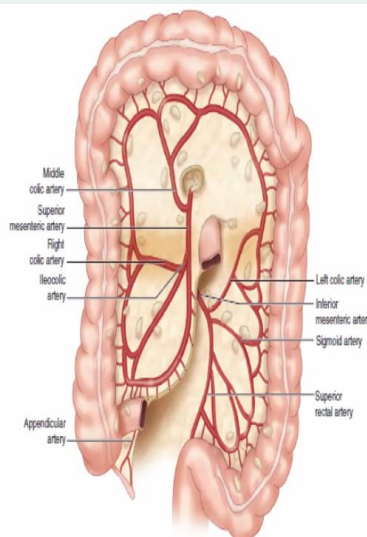
¿QUÉ SIGUE AHORA?

- Discusión Caso Sesión Conjunta Oncología =
 - Cirugía Paliativa y luego QT
- Preparación preoperatoria
 - Optimización Hemoglobina (Hematología)
 - Evaluación preoperatoria Endocrinología y Cardiología (Med. Interna)

CASO CLINICO #1

TIPOS DE COLECTOMIAS

Depende del tipo de irrigación del área afectada



Masa en ascendente:
hemicolectomía derecha
Masa en transverso:
hemicolectomía derecha extendida
Masa en descendente:
hemicolectomía izquierda o izquierda extendida

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 9– 26/III/2020

Cirugía de colon – Dr. Arcia

Tratamiento:
Colectomía total con
ileostomía terminal

CASO CLÍNICO #1

EVOLUCIÓN

¿QUÉ ORDENES CONSIDERAN DAR EN SU POST-OPERATORIO?

¿QUÉ ES IMPORTANTE REALIZAR EN EL POST-OPERATORIO?

- ☐ A que sala va
- ☐ Tipo de dieta, y cuando se reestablece la dieta
- ☐ Oxígeno suplementario
- ☐ Medicamentos: antibióticos profilácticos, analgésicos (evitar opioides)
- ☐ Deambulación temprana

¿QUÉ PROFILAXIS DE COMPLICACIONES DEBEMOS OFRECER?

- ☐ Estimular peristaltismo para evitar íleo postoperatorio: masticar chicle, deambulación
- ☐ Antibióticos
- ☐ Atelectasia: se previene con ejercicios respiratorios
- ☐ Compresión neumática y heparina de bajo peso molecular: para evitar tromboembolismos

FASE INTRAOPERATORIA

- Manejo dolor (1B)
- Medidas prevención ISO (1B)
- Profilaxis antiemética (1B)
- Hidratación Intravenosa no excesiva (1B)
- Abordaje experto (1A)
- Evitar drenajes o tubos rutinarios (1B)

FASE POST-OPERATORIA

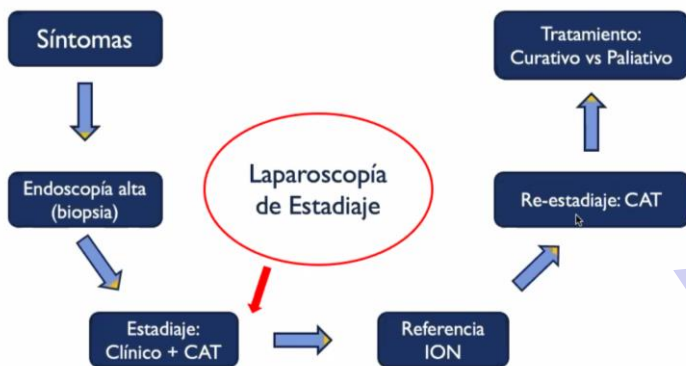
- Manejo dolor (1B)
- Movilización temprana (1C)
- Dieta temprana (1B)
- Masticar chicle (1B)
- Alvimopan en cirugía abierta (1B)
- Retiro temprano de hidratación intravenosa (1B)
- Retiro temprano de sonda urinaria (1B)

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 10– 27/III/2020

Cáncer gástrico– Dr. Cukier

ALGORITMO ACTUAL



En el diagnóstico de cáncer gástrico, el algoritmo actual y típico incluye un estadiaje con CAT + clínico, pero se debe mencionar también la laparoscopia, que tiene ventajas muy bien demostradas:

Identifica la enfermedad metastásica peritoneal en un 30-60% de los pacientes con estudios de imagen previos negativos

Evita las laparotomías en un 30-40%.

Cambia el plan de manejo en un 30-50% de los pacientes.

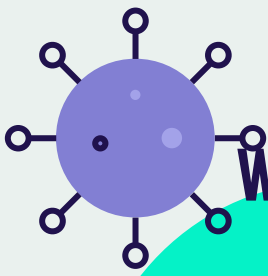
Laparoscopia de estadiaje actualmente no esta en el algoritmo actual de cáncer gástrico.

Beneficios

- Identifica enfermedad metastásica peritoneal con estudios de imagen previos a negativos 30-60%
- Evita laparotomías: ya que en pacientes con carcinomatosis peritoneal no tiene un intento curativo.
- Cambia plan de manejo de ca gástrico 30-50% de los casos.
- En Europa y en Japón se utilizan en el estadiaje de todos los casos de cáncer gástrico.

7.a edición 2009

T1a Lámina propia
T1b Submucosa
T2 Muscularis propia
T3 Subserosa
T4a Invade la serosa
T4b Invasión estructuras adyacentes
N1 (1-2 ganglios)
N2 (3-6 ganglios)
N3a (7-15 ganglios)
N3b (≥ 16 ganglios)
M0 No hay metástasis a distancia
M1 Metástasis a distancia



DÍA 10– 27/II/2020

WEBINAR: IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL TAMIZAJE DEL CÁNCER DE MAMA

El tamizaje del cáncer de mama es sumamente importante, pues permite la detección precoz de este cáncer, que es el más frecuente dentro de la población femenina, permitiendo un mejor tratamiento y pronóstico (disminuye un 15-30% el riesgo relativo de muerte).



Tamizaje de cáncer mama

El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de seno consiste en encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar).

Las pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma.

Los cánceres de seno que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados al seno.

Recomendaciones de la Sociedad Americana de Cáncer

- Las mujeres de 45 a 54 años deben someterse a un mamograma cada año.
- A partir de los 55 años, las mujeres pueden cambiar a un mamograma cada 2 años, o pueden optar por continuar con sus mamogramas anualmente.



- ❑ La mamografía es la mejor metodología de prevención secundaria para la población (sensibilidad 95%).
- ❑ Promueve la detección precoz en la fase asintomática

Las recomendaciones actuales serían de seguir haciendo los tamizajes a todas las pacientes menos aquellas que tengan un diagnóstico de COVID-19, en cual caso se debería retrasar el tamizaje unos 14 días, excepto en pacientes que ya tengan síntomas sugestivos de cáncer de mama, historial de cáncer de mama o reportes anteriores de alto riesgo (por ejemplo, BI-RADS 5).

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 10 – 27/II/2020

Cirugía anorectal – Dr. Arcia

- ✓ 90% de los casos anorrectales son adecuados para cirugía ambulatoria
- ✓ **Cirugía ambulatoria:** Cualquier cirugía o procedimiento quirúrgico que se realiza y es dado de alta el mismo día que se realiza
- ✓ Todas las fistulas, abscesos, prolapso anorrectal y enfermedad pilonidal se operan
- ✓ El 90% de la población sufre de algún tipo de hemorroides antes de los 50 años

• Beneficios:

- Retorno más rápido al hogar
- Reduciendo riesgo infecciones nosocomiales
- Reducción de la interrupción de la vida laboral y familiar
- Reducción de costos
- Liberación de recursos.

Evaluación del riesgo preoperatorio

Candidatos= Evaluación de riesgo preoperatorio (1B)

- ASA + Conjunto con otros factores (magnitud cirugía propuesta)
- Tipo anestesia
- Capacidad de instrumentación o experticia.
- Vía aérea difícil
- Problemas genéticos (hipertermia maligna, apnea)
- Sigue instrucciones el paciente
- Distancia al hogar desde el centro ambulatorio
- Soporte del paciente (hogar)

PRACTICE GUID
Clinical P
Anorecta

Que patologías califican para una cirugía ambulatoria

• Seguro y costo efectivo

- Condilomas, fisuras,
- Abscesos, fistulas anales
- Hemorroides
- Enf. Pilonidal
- Biopsia tumores

TEV es poco común en cirugía ambulatoria.

Factores de riesgo:

- ✓ Embarazo, cáncer, edad > 40 años
- ✓ IMC > 40
- ✓ Cirugía artroscópica
- ✓ Cirugía venosa

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 10– 27/II/2020

Cirugía anorectal – Dr. Arcia

- ❖ AB profilácticos se dan en: pacientes mayores, inmunosuprimidos.
- ❖ Es controversial si el metronidazol disminuye la cascada de inflamación
- ❖ La reducción de fluidos IV disminuye el riesgo de retención urinaria. < 1 L disminuye el riesgo de 17% a 8%. La retención urinaria es mayor en hombres.

- Control dolor postoperatorio es multimodal (1B)
 - Bupivacaina vs Bupivacaina Liposomal larga acción
 - AINES + Paracetamol + Opiode oral (rescate)
 - Metronidazol*
 - Relajantes musculares tópicos*
 - Lidocaína tópica*
 - Antibióticos profilácticos no indicados

Educación postoperatoria al paciente

- Educación o instrucciones post-operatorias (1C)
 - Reproducibles, comprensibles, efectivas
 - Seguimiento
 - Clásicas
 - Aseo
 - Baños agua tibia
 - Fibra y/o ablandadores de heces.

Caso clínico

- F, 64 años
- Historia:
 - Evaluada en septiembre 2020, HTA
 - 5 meses rectorragia
 - Historia de años de “sufrir de hemorroides”
 - EF= Hemorroides externas pequeñas y hemorroides internas grado I-II

Las hemorroides grado I y II se evalúan pidiéndole al paciente que puje o tosa al momento de la evaluación.

Debido a que son hemorroides pequeñas, se da tratamiento conservador con cambios en el estilo de vida, dieta alta en fibra, ablandadores de heces.



Se le realizó una colonoscopia (por su edad) y se observaron pólipos pediculados. Se realizó polipectomía.