



BOLETÍN

COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS

EDICIÓN
OCTUBE- DICIEMBRE

PUBLICACIÓN
Nº1

LITIASIS VESICULAR Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA



CÁNCER DE MAMA
PREVENCIÓN



LA IMPORTANCIA DE
**LA DONACIÓN
DE ÓRGANOS**



NUTRICIÓN
EN CIRUGÍA



Oncología
Dermatología
Cirugía Trasplante
Cirugía General

Cirugía Plástica y reconstructiva
Trauma
Nutrición

Contenido

CATEGORÍAS:

ONCOLOGÍA

DERMATOLOGÍA

CIRUGÍA TRASPLANTE

CIRUGÍA GENERAL

CIRUGÍA PLÁSTICA
Y RECONSTRUCTIVA

TRAUMA

NUTRICIÓN

PAG.

2

Artículos:

Cáncer de mama prevención Dr. José Ramírez
Lesiones de Piel Dr. Johnny Díaz

3

La importancia de la donación de órganos Dr. Figueroa

4

Hernias de Pared e Inguinal, técnica sin tensión Dr. Asjana

5

**Litiasis Vesicular y
Colecistectomía Laparoscópica** Dr. Domínguez Cabral

Nutrición en Cirugía Dr. Heriberto Rodríguez Bonet

6

**Reconstrucción Mamaria en Paciente
mastectomizadas es importante** Dr. Julio Peña

7

Tumorações benignas y malignas de piel Dr. Johnny Díaz
Transfusión masiva en Trauma Dr. Alejandro Soto

Miembros Directivos

Dr. José Ramón Domínguez Cabral
Presidente

Dr. José Ramón García Domínguez
Vice-Presidente

Dr. Jiomar Figueroa Germosen
Secretario

Dr. Alejandro Soto
Tesorero

Dr. José Ernesto Ramírez Feliz
Pasado Presidente y Vocal Asesor

Dr. Luis A. Betances Pimentel
Vocal

Dr. Jose Bayohan Martinez Perez
Vocal

Dr. Ricardo Domingo Mateo
Vocal

Dr. Johnny Diaz Ramirez
Vocal

Dra. Margarita Cruz
Filial Norte

Dr. Quilvio Colon Díaz
Filial Noroeste

Dr. Jiménez Montas
Filial Sur

Dra. Isabel León
Filial Este

Dr. Miguel Armando Polanco
Filial Nordeste

QUIENES SOMOS:

El Colegio Dominicano de Cirujanos se fundó el 10 de enero de 1974, con el objetivo de agrupar y promover la convivencia fraterna de los cirujanos dominicano, cualquiera que sea su especialidad y contribuir con la promoción y perfeccionamiento de la investigación, la enseñanza y la práctica de la cirugía.

Este colegio de expertos ha tenido diferentes aportes a la investigación y la práctica de la cirugía hace un par de años se creó el Capítulo de Pie Diabético dirigido a fortalecer la capacitación de especialistas en el manejo de esta patología y garantizar que los pacientes que padecen de pie diabético reciban el tratamiento adecuado y oportuno.

Agrupar y representar a especialistas y sub-especialistas de la cirugía del país, que están e interesados en la constante de sus conocimientos, defensores y proponentes de un ejercicio profesional digno, humanizado, que este sustentado en la ética, el respeto, la excelencia permanente, la calidad técnica-científica e impulsores y defensores de políticas públicas son algunas de las banderas de este colegio especializado.



CÁNCER DE MAMA PREVENCIÓN

Dr. José Ramírez



La prevención del cáncer consiste en las medidas que se toman para reducir la probabilidad de enfermar de cáncer. Con la prevención del cáncer, se reduce el número de casos nuevos en un grupo o población. Se espera que esto reduzca el número de muertes causadas por el cáncer.

Los científicos analizan los factores de riesgo y los factores de protección para prevenir el inicio de cánceres nuevos. Cualquier cosa que aumenta su riesgo de tener cáncer se llama factor de riesgo de cáncer; cualquier cosa que disminuye su riesgo de tener cáncer se llama factor de protección de cáncer.

Aunque algunos factores de riesgo de cáncer se pueden evitar, no es posible evitar muchos otros. Por ejemplo, tanto fumar como heredar ciertos genes son factores de riesgo de algunos tipos de cáncer, pero solo se puede evitar fumar.

Hacer ejercicio con regularidad y consumir una alimentación saludable son factores de protección para algunos tipos de cáncer. Es posible que, al evitar los factores de riesgo y aumentar los factores de protección disminuya su riesgo; sin embargo, esto no significa que no enfermará de cáncer.

Están en estudio diferentes formas de prevenir el cáncer, como las siguientes:

- Cambiar el estilo de vida o los hábitos de alimentación.
- Evitar las cosas que se sabe que causan cáncer.
- Tomar medicamentos para tratar una afección precancerosa o para evitar que se presente cáncer.
- Cirugía para disminuir el riesgo.

LESIONES EN LA PIEL

ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE LUNARES, QUISTES, Y OTRAS LESIONES

Dr. Johnny Díaz



Hay una gama amplia de lesiones en la piel que pueden ser eliminados por razones médicas y estéticas. Mientras la lesión en la piel es eliminada se recomienda una biopsia para estar seguro de que la lesión no es maligna sobre todo cuando la lesión muestra algunos síntomas como; El cambio de color y forma, la mayoría de estas lesiones no son malignas.

Algunos tipos de lesiones que pueden ser eliminadas por cirugía incluyen:

- ▶ LUNARES
- ▶ QUISTES
- ▶ VERRUGAS
- ▶ LIPOMAS (BULTOS DE GRASA) INOFENSIVOS
- ▶ CICATRICES

¿QUIÉN ES CANDIDATO PARA ELIMINAR UNA LESIÓN DE LA PIEL?

A menudo las lesiones que no muestran signos cancerígenos podrán ser tratados podrán ser tratados con procedimientos no quirúrgicos como cremas, lociones y otros medicamentos sin prescripción. Las lesiones que no responden a este tratamiento pueden ser candidatas para eliminarlas quirúrgicamente.

Lesiones que muestran señales cancerosas serán eliminadas quirúrgicamente sin tratar procedimientos convencionales. Además algunas lesiones no cancerígenas en áreas sensibles o visibles podrán también ser eliminadas quirúrgicamente sin tratar métodos convencionales con fin de disminuir la cicatriz.

¿QUÉ SUCEDE DURANTE LA CIRUGÍA?

La mayoría de las cirugías que eliminan lesiones requieren el uso de anestesia local para dormir el área y garantizar al paciente comodidad durante el proceso. Dependiendo del tamaño, gravedad y tipo de lesión que será eliminada, hay difíciles y numerosos procedimientos que podrán usarse para eliminar la lesión

El proceso más simple incluye el cortar con unas tijeras quirúrgicas el hemangioma (tumor benigno) y rasurar las lesiones no cancerosas a un nivel debajo de la piel.

Cirugías más graves incluyen eliminar la lesión y el contorno de la piel donde se hace la incisión quirúrgica. Cuando se elimina una lesión que puede ser cancerosa generalmente se elimina una parte de tejido saludable que rodea la lesión para asegurarse que el cáncer no se expandirá.

Un procedimiento más invasivo incluye el remover cuidadosamente capa por capa del tejido de la piel, lleno lo más profundo como sea necesario hasta asegurarse que la lesión ha sido eliminada así como la capa de tejido saludable.

Después del procedimiento quirúrgico se suturan las incisiones, pero si el área de la cirugía es grande podrá cerrarse usando injertos de piel de otras partes del cuerpo.

¿QUÉ RESULTADOS ESPERA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

El área afectada será vendada después de la cirugía y probablemente se inflame después de los primeros días. Regularmente los puntos son extraídos después de una semana, y los puntos que se desintegran entre 7 y 10 días. Pequeñas eliminaciones pueden sanar entre 1 y 3 semanas, mientras que eliminaciones más grandes tomarán más tiempo en sanar. Probablemente sentirá dolor en el área de la cirugía, que podrá ser tratada con medicina prescrita o sin prescripción médica. Podrá sentir adormilada el área y pueden aparecer moretones. La cicatrización dependerá del tipo de procedimiento realizado, pero podría continuar disminuyendo entre 12 y 18 meses. Es importante proteger el área de la cirugía en las semanas siguientes al procedimiento, particularmente si se encuentra en una zona vulnerable. El lugar de la cirugía en no deberá estirarse si es posible para prevenir que las incisiones se reabran. Maquillaje no podrá aplicarse en el área hasta que está esta completamente sana. El procedimiento para eliminar una lesión de piel es extremadamente común y muy seguro, aunque hay un riesgo mínimo de complicación, incluyendo infección, cicatrización, sangrado y cambios en la sensibilidad.

ARTÍCULO 3

LA IMPORTANCIA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Dr. Figueroa

La donación de órganos es un acto altruista y generoso por el que una persona manifiesta su voluntad de que a partir del momento de su muerte, cualquier parte de su cuerpo apta para el trasplante pueda ser utilizada para ayudar a otras personas.

La donación toma tejidos y órganos sanos de una persona para ser trasplantados en otra que por diversas razones no goza de un funcionamiento adecuado del órgano. Gran parte de las donaciones de órganos y tejido ocurre cuando el donante fallece pero también existen donantes en vida ya que hay órganos que se pueden donar y al tiempo se vuelven a regenerar en el donante.

El trasplante de órganos constituye uno de los avances más grandes de la medicina.

Esta práctica se realiza con un equipo médico interdisciplinario y la intervención es similar a una cirugía.

La legislación al respecto en diferentes países permite que donantes potenciales acepten o se nieguen a la donación o bien otorgan la elección a los familiares, por lo que es importante informar a la familia sobre la decisión de ser donantes en caso de muerte.

DENTRO DE LO QUE PODEMOS DONAR SE CUENTAN:

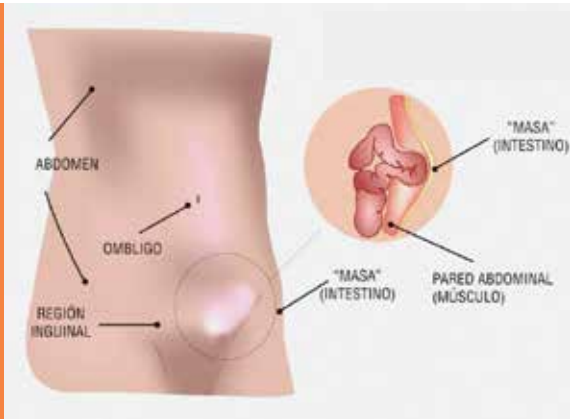
- ✓ RIÑONES
- ✓ CORAZÓN
- ✓ HÍGADO
- ✓ PÁNCREAS
- ✓ INTESTINOS
- ✓ PULMONES
- ✓ PIEL
- ✓ CORNEA
- ✓ SANGRE
- ✓ CÉLULAS
- ✓ HUESO
- ✓ MÉDULA ÓSEA

Hoy en día esta actividad de ser realizada con más información y educación de la población logrando una concientización global podría llegar a ser una alternativa de tratamiento para diversas enfermedades donde el órgano o tejido original deja de funcionar y como terapéutica recibe el trasplante de órganos.

Los órganos que se usan para trasplante pueden venir de tres fuentes: donantes vivos relacionados (padre, madre, hermanos), donantes vivos no relacionados, sería cualquier persona apta física y psíquicamente que no es familiar directo del trasplantado, y los donantes cadavéricos, son personas que fallecen y expresaron en vida que querían ser donadores.

Se encuentran en condiciones de donar todo aquel que: sea mayor de edad sin un límite, no haya padecido enfermedades infectocontagiosas o cáncer con metástasis, se encuentre en buen estado de salud y no realice prácticas de riesgo como por ejemplo drogadicción.





HERNIAS DE PARED E INGUINAL, TÉCNICA SIN TENSIÓN

Dr. Asjana

¿Qué son las hernias inguinales?

Son protrusiones de una "masa" o "bola" a través de un orificio en la pared que cubre la ingle y que contienen un saco dentro del cual puede encontrarse un órgano o tejido abdominal. La ingle es un área débil natural en la pared del abdomen y el sitio más común de herniación. La hernia inguinal es 25 veces más probable en varones. Las que surgen arriba del pliegue inguinal son inguinales y las situadas abajo del mismo son crurales o femorales. La hernia femoral es más común en mujeres.

¿Cuáles son las causas?

1. Pueden ser de origen congénito, por defectos de la pared abdominal del feto y se manifiestan en edades tempranas en recién nacidos, niños pequeños o adultos jóvenes
2. Pueden ser adquiridas, sobre todo aparecen en hombres que realizan trabajos físicos muy pesados o que realizan actividades físicas muy intensas. La hernia inguinal es común a cualquier edad
3. Hay algunos factores de riesgo que pueden intervenir para la formación de una hernia, pues debilitan la pared abdominal, tales como:

- ▶ ESTREÑIMIENTO CRÓNICO
- ▶ TOS CRÓNICA
- ▶ AGRANDAMIENTO DE LA PRÓSTATA Y CONSECUENTE REALIZACIÓN DE ESFUERZO PARA ORINAR
- ▶ OBESIDAD Y SOBREPESO
- ▶ LEVANTAMIENTO DE OBJETOS PESADOS,
- ▶ REALIZACIÓN DE ESFUERZOS EXCESIVOS
- ▶ EMBARAZO

¿Existen complicaciones?

- Hernia encarcelada: la protrusión no regresa o no se reduce al acostarse el paciente ni con maniobras suaves realizadas por el examinador, el dolor es más intenso pudiendo incluso aparecer náusea y vómito como signos de una obstrucción intestinal. (el intestino está atrapado en el saco herniario).
- Hernia estrangulada: luego de minutos u horas de estar encarcelada la hernia, el contenido herniario se queda sin circulación sanguínea, el dolor será más intenso, pudiendo incluso aparecer signos infecciosos como fiebre y deterioro general del paciente debido a la gangrena que se produce en la víscera que se encuentra atrapada

¿Cuál es el tratamiento de la hernia inguinal?

El único tratamiento que elimina por completo una hernia inguinal es la hernioplastia. Esta cirugía elimina la hernia y evita que ésta se vuelva a producir. A lo largo de los años se han descrito muchas técnicas para la reparación de una hernia inguinal, llegando a consensos en cuanto al uso de una MALLA para reforzar los tejidos y la aponeurosis y reducir así la posibilidad de que la misma se reproduzca con el paso del tiempo.

En general, deben repararse todas las hernias a menos que el estado local o sistemático del paciente impida un resultado final seguro. La hernioplastia puede realizarse mediante dos tipos de abordaje:

1. Cirugía abierta: realizando una incisión en la zona donde se encuentre la hernia. Esta incisión permitirá al especialista llegar al defecto herniario e introducirlo donde se situaba originalmente, se cierra con puntos de sutura el debilitamiento de la pared abdominal y a continuación se coloca una malla de material sintético por encima de la zona donde se encontraba debilitada la pared abdominal. La malla fortalecerá la zona y la protegerá, evitando que se vuelva a producir la hernia. Por último, se suturará la incisión realizada con puntos de sutura y cubrirá la herida con un apósito

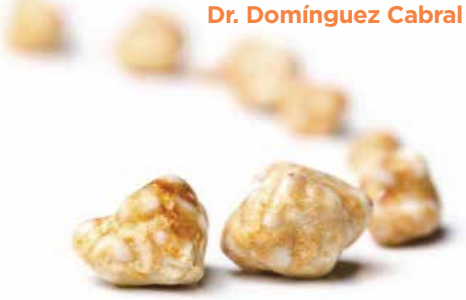
2. Abordaje laparoscópico: mediante la realización de 3 o 4 incisiones de pequeño tamaño en el abdomen del paciente. A través de una de estas incisiones se introduce un laparoscopio (instrumento quirúrgico alargado que tiene una cámara y una fuente de luz en uno de los extremos y que permite al cirujano ver el interior de la cavidad abdominal del paciente en un monitor o pantalla situados en el quirófano). Por el resto de incisiones, el cirujano introduce otros instrumentos que le permitirán intervenir al paciente de una manera cómoda y segura colocando también la malla sintética que evitará una nueva formación de hernia

La intervención suele durar unos 30- 40 minutos debido a su sencillez. Sin embargo, su duración dependerá de la gravedad de la hernia, de su tamaño y de si está o no complicada con una estrangulación.

La recuperación es relativamente temprana, aunque el paciente debe cuidar su intervención con reposo y medidas generales que explicará el cirujano una vez que da el alta hospitalaria. La operación quirúrgica de hernia inguinal es muy recomendable para pacientes que sufren este problema, ya que eliminarán por completo los síntomas y su calidad de vida mejorará notablemente, pudiendo realizar actividades que probablemente antes le limitaban en su vida diaria.

LITIASIS VESICULAR Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Dr. Domínguez Cabral



La litiasis vesicular (piedras en la vesícula) es una de las enfermedades más frecuentes que normalmente es diagnosticada de forma casual al investigar otras patologías salvo que de clínica. Es importante saber que esta enfermedad crónica y multifactorial, tiene una elevada frecuencia y podría presentar muchas complicaciones si no se opera a tiempo. Se sabe que se han descubierto cálculos vesiculares en las momias egipcias que datan del año 3000 A.C. así que no estamos hablando de una enfermedad que no haya tenido lugar o que sea rara.

La principal función de la vesícula biliar es recoger la bilis que segrega el hígado, concentrarla y lanzarla al duodeno cuando es necesario para hacer la digestión y también para la saponificación de los alimentos grasos. Si la secreción se estanca en la vesícula, se produce una cristalización y por tanto una precipitación de colesterol, de sales biliares, de lecitina y de pigmentos que aparecen en los cálculos biliares. De ahí que la litiasis se forme por diversas alteraciones en el metabolismo de algunos componentes de la bilis.

Cuando se hacen cálculos biliares (piedras), existe un cambio físico en la bilis y un aumento de la bilirrubina libre que provoca el desarrollo de los mismos. Estas piedras están formadas normalmente por colesterol, bilirrubinato cálcico, proteínas y mucina. Los más normales son los de colesterol producidos por la edad, por la obesidad, por la mala alimentación y en algunas mujeres por las gestaciones múltiples. Es una enfermedad que se da más en mujeres que en hombres, aproximadamente el doble y en los hombres es frecuente llegada la sexta década de la vida.

Mediante una prueba de ultrasonido abdominal, se podrá observar la vesícula y las vías biliares además de los síntomas que refiera el paciente. Como consideración podemos afirmar que la litiasis en la vesícula biliar es una de las patologías más antiguas que afecta al hombre, es muy frecuente y es una de las enfermedades crónicas del aparato del digestivo. Por ello, la operación, (colecistectomía) es uno de los actos quirúrgicos más habituales en la práctica diaria de la cirugía general.

Realmente se desconoce el origen y la patogénesis de la litiasis vesicular aunque siempre se han descrito aspectos de origen genético así como la alimentación que haya tenido el paciente a lo largo de su vida. El cuadro clínico que esté presente puede llegar a ser desde poco o nada doloroso; el 80 % de los casos, a muy doloroso, un 20 % por ello, la forma de llegar a un diagnóstico se complica salvo que el paciente haya sido explorado mediante una ecografía normalmente solicitada por otro motivo.

Actualmente se considera una operación que no entraña ningún riesgo, se practica con laparoscopia y el tiempo de recuperación es inferior a cinco días.

NUTRICIÓN EN CIRUGÍA

Dr. Heriberto Rodríguez Bonet



Nutrición en cirugía

Las intervenciones quirúrgicas dan lugar a cambios en la función endocrino-metabólica con alteración de los mecanismos defensivos del paciente que si no

son controlados en las primeras 24 a 48 horas pueden incrementar la morbilidad posoperatoria.

La respuesta de estrés a las lesiones se considera como una serie de reacciones compensatorias coordinadas que proporcionan cantidades adecuadas de combustible y aminoácidos para la síntesis de proteína visceral.

un incremento de la secreción de hormonas de la glándula hipófisis y activación del sistema nervioso simpático caracterizan la respuesta al estrés de la cirugía, resultando en un incremento del metabolismo, los efectos de estos cambios hormonales dan lugar a movilización de sustratos endógenos que suministran fuentes de energía, mecanismos para retener sal y agua y los medios para mantener la homeostasis cardiovascular y el volumen de fluidos y

como resultante un incremento de la secreción de hormonas catabólicas.

El consecuente descenso de depósitos corporales de glucógeno y por otra parte el incremento de la resistencia a la insulina explica el estado catabólico aumentado con hiperglucemia, también el incremento de la lipólisis, el consumo proteico y la disminución del anabolismo, todo lo cual favorece la susceptibilidad a las infecciones. Esta hiper-catabolia da lugar a una relativa

inmunosupresión con descenso local y sistémico de linfocitos y macrófagos, lo que modifica la inmunidad celular, con disminución del número de linfocitos, reducción de la actividad fagocitaria y bactericida de monocitos y neutrófilos y alteración de la relación CD4-CD8.

Ayuno preoperatorio

Como parte de las medidas preoperatorias el ayuno se sigue empleando en la práctica clínica diaria con la justificación de que contribuye al vaciamiento gástrico y por ende a la disminución del pH gástrico y del tránsito intestinal, la justificación de que se facilita el vaciamiento gástrico antes de la anestesia se sustenta en la documentación de que la anestesia general atenúa el reflejo protector de la laringe e incrementa el riesgo de aspiración pulmonar en todos los pacientes quirúrgicos y de aquí el temor a la broncoconstricción e inflamación química en las vías respiratorias bajas (neumonitis) que puede causar, un fenómeno conocido como neumonitis por aspiración o síndrome de Mendelson.

La respuesta metabólica al ayuno es de carácter adaptativo. Inicialmente, la ausencia de una ingesta adecuada de hidratos de carbono invierte el cociente insulina/glucagón, produciéndose una depleción rápida, en término de 24-48 horas, de los depósitos de glucógeno hepático y muscular (glucogenolisis) y cuando estos se agotan se activa la síntesis hepática de hidratos de carbono (neoglucogénesis) a partir de aminoácidos, principalmente la alanina, resultante de la proteólisis en el músculo esquelético, también del glicerol que proviene de la movilización de los triglicéridos periféricos y del lactato resultante de la glucólisis anaeróbica y de la glucogenolisis. Esto permite asegurar un aporte mínimo de glucosa a los órganos y sistemas que son dependientes de los hidratos de carbono, como es el caso del sistema nervioso.

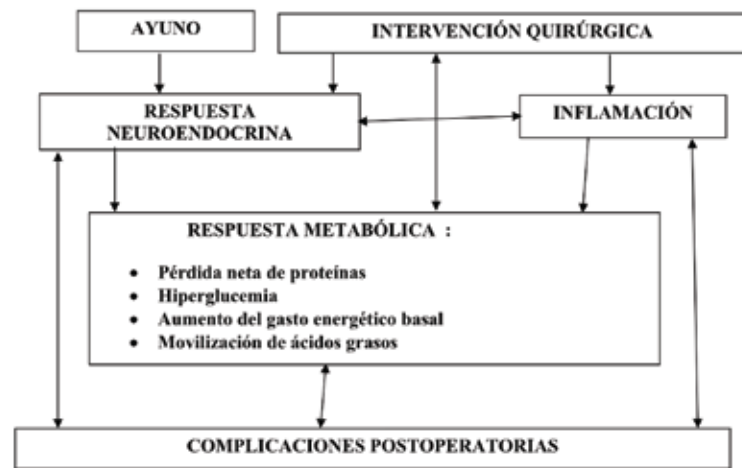
Las pérdidas de nitrógeno urinario aumentan como consecuencia del catabolismo de los aminoácidos que proceden de la proteólisis muscular. Entre 3er -5to días, se produce la fase de cetoadaptación en la cual la movilización de los triglicéridos periféricos empieza a proporcionar ácidos grasos libres, que pueden utilizarse como sustrato energético a través de la síntesis de cuerpos cetónicos, lo que reduce las necesidades periféricas de glucosa, con una consecuente disminución de la proteólisis, del balance negativo de nitrógeno y de la neoglucogénesis. El gasto metabólico basal disminuye, contribuyendo también al carácter ahorrativo de la respuesta.

El ayuno preoperatorio puede dar lugar a efectos negativos para el paciente, dependiendo de la modalidad usada, consecuencias importantes son la hipoglucemia, producto del estrés posquirúrgico y la depresión del sistema inmunitario por numerosos mecanismos, lo cual se refleja en la disminución de los valores de los valores de linfocitos T

y el aumento de los mediadores de

la inflamación; lo que hace más susceptible al paciente a las infecciones nosocomiales e incrementa la morbilidad y mortalidad posoperatoria.

Estudios en los últimos años han mostrado que el ayuno conduce un estado metabólico desfavorable para los pacientes programados para una cirugía porque pueden surgir complicaciones capaces de alterar la cicatrización de las heridas incrementar las infecciones posoperatorias, o el aumento de la estancia hospitalaria, entre otras.



UN LLAMADO A LOS CIRUJANOS

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Partiendo de lo anteriormente señalado hemos establecido como parte de nuestro protocolo de manejo preoperatorio la Evaluación nutricional de parte de un nutriólogo clínico, el propósito es identificar a aquellos pacientes en riesgo de desnutrición o que presentan ya cierto grado de esta". Los criterios establecidos para detectarlos son los siguientes:

- pérdida de peso involuntaria mayor del 5% del peso usual en un mes.
- Pérdida de peso involuntaria mayor del 10% del peso usual en seis meses.
- pérdida del 20% menos del peso ideal.
- ingestión inadecuada por más de cinco días
- Enfermedad crónica o requerimientos aumentados.

Para la evaluación nutricional se incluyen varios métodos objetivos y subjetivos:

1. Métodos objetivos: antropometría, bioquímicos e inmunológico.
2. Métodos subjetivos: historia médica nutricional y valoración global subjetiva.

Los objetivos de una valoración nutricional formal son identificar a los sujetos desnutridos o que se encuentran en riesgo de desnutrirse, se debe obtener la información necesaria para implementar en caso necesario un tratamiento nutricional.

Métodos objetivos

Antropometría: son mediciones de la composición corporal e incluyen varias medidas, como la estatura y el peso, así como índices que reflejan composición corporal.

Peso y estatura: determinan la relación entre el consumo calórico y el gasto energético. La evaluación nutricional debe incluir el peso actual (PA), es decir, el peso que tiene el paciente al momento de realizar la valoración; peso habitual (PH), importante para correlacionar con cambios recientes de peso y para los pacientes en quienes la obtención del peso actual es difícil o está contraindicada; y el peso ideal (PI), o medida ponderal obtenida a partir de tablas preestablecidas en estudios de población. Al relacionar el peso con la estatura es posible calcular el índice de masa corporal (IMC), tras dividir el peso en kilogramos entre estatura (m²). Es el índice que mejor se correlaciona con la proporción de grasa corporal en el adulto.

Parámetros bioquímicos principales:

Concentración plasmática de proteínas: la disminución de sus cifras refleja

una reducción de la síntesis o aumento de la degradación; la más frecuente es la albumina, que tiene una vida media larga, alrededor de 20 días.

Es importante señalar que las concentraciones de albumina pueden disminuir por razones diferentes a las deficiencias nutricionales, como enfermedad hepática, edema posoperatorio, sobrehidratación, infección, síndrome nefrótico y malabsorción. Se emplea como un indicador pronóstico de la morbilidad y la mortalidad debido a que se correlaciona con la gravedad de la enfermedad; un nivel inferior a 3.0g/dl indica desnutrición grave; <3.5g/dl se relaciona con incremento de la morbilidad; <2.1g/dl representa un valor preoperatorio asociado a morbilidad y mortalidad.

Proteínas de recambio rápido como prealbúmina, proteína ligadora de retinol y transferrina son indicadores nutricionales más sensibles debido a que el depósito de estas es más pequeño y fluctuaciones en su recambio afectan con rapidez sus concentraciones plasmáticas.

Indicaciones inmunológicas: las pruebas inmunológicas son útiles para identificar a pacientes en alto riesgo de sepsis y mortalidad relacionada con infecciones. La más utilizada es el conteo total de linfocitos (CTL) con la fórmula $CTL = (\% \text{linfocitos} \times \text{leucocitos}) / 100$.

Métodos subjetivos

Valoración global subjetiva (VGS): Detsky

y cols., la propusieron en 1987; es el único método clínico que se ha validado como reproducible y evalúa el estado nutricional tras tomar en consideración los hallazgos de la historia clínica y la exploración física, consideramos que todos los cirujanos deben dominarlo, se desarrolló de modo original para clasificar a los pacientes quirúrgicos y en la actualidad se ha demostrado que sigue vigente como un instrumento útil, confiable y válido para evaluar el estado nutricional de diversas poblaciones clínicas. La VGS incluye la pérdida de peso, los cambios en la ingestión alimentaria o la observación de una pérdida de tejido graso o masa muscular. Comprende dos aspectos:

La historia clínica que evalúa la pérdida de peso en los últimos seis meses, cambios en la ingestión alimentaria, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional y el otro es

La enfermedad y su relación con las necesidades nutricionales. En la exploración física se evalúan los efectos de la desnutrición sobre la pérdida de tejido adiposo y masa muscular. A través del interrogatorio y simple

observación se puede obtener un diagnóstico subjetivo del estado nutricional en el que se categoriza al paciente en los siguientes rangos: (A) bien nutrido; (B) moderadamente desnutrido; y (C) gravemente desnutrido, pero el juicio

clínico puede inducir a incluir un cuarto rango que es (R) riesgo nutricional que puede ser aplicado de acuerdo con situaciones clínicas en las que coinciden los siguientes aspectos: a) la presencia de una alteración en la composición corporal cuantitativa, pérdida tisular propiamente dicha, cualitativa o una combinación de ambas; b) aporte insuficiente (agudo o crónico) de nutrientes, fundamentalmente en relación con las necesidades energéticas y proteicas; c) deterioro funcional de órgano o sistema, que finalmente empeora el pronóstico clínico del paciente.

Existen métodos para tamizaje y seguimiento nutricional en pacientes hospitalizados que ya deben ser efectuados bajo supervisión y seguimiento de Nutriólogos clínicos, pero estudios recientes reportan la validez de la VGS y señalan como potencialmente superior a los métodos de tamizaje en el diagnóstico temprano del estado nutricional en pacientes clínicos y quirúrgicos hospitalizados.

Finalmente es útil recalcarle al cirujano que el soporte nutricional debe ser empleado en un entorno de trabajo apropiado, por personal conocedor no sólo de los aspectos técnicos, sino también de las bases metabólicas y sus posibles complicaciones.

Referencias :

1. Cuthbertson D. Post traumatic metabolism:m Multidisciplinary challenge. Surg Clin North Am 1978,58;1045-1058
2. Cohen S. Apport azotes au cover de l'aggression: aspects quantitatifs et qualitatifs. Nutr Clin Metabol, 1993,7; 235-244
3. Ljungqvist O. Preoperative fasting. Br J Surg 2003; 90; 400-406
4. Palesty JA, Dudrick SJ. The goldilocks paradigm of starvation and refeeding. Nutr Clin Pract, 2006;21:147-154
5. Finn PF, Dice Jf. Proteolytic and lipolytic responses to starvation. Nutrition, 2006;22: 830-844.
6. Menconi M, Fareed M, O'Neal P et al. Role of glucocorticoids in the molecular regulation of muscle wasting.Crit Care Med, 2007;35:5602-5608.
7. Gerdien C, Melis RD. Carbohydrate-rich beverage prior to surgery prevents surgery-induced immunodepression:A randomized, controlled, clinical trial. JPEN 2006;30;1: 21-26.
8. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenteral Enteral Nutr, 1987; 11: 8-13.
9. Waitzberg DL, Correia ML. Nutritional assessment in the hospitalized patient. Curr opin Clin Nutr Metab Care, 2003;6:531-538.
10. Patel V et al. States Nutrition Screening and Assessment in Hospitalized Patients: A Survey of Current Practice in the United. Nutr Clin Pract. 2014;29:483-490 .
11. Da Silva F J, De Melo P D, De Melo P D. Subjective global assessment of nutritional status. A systematic review of the literature. Clin Nutr, 2015;34: 785-792
12. Ljungqvist O.Preoperative Fasting and Carbohydrate Treatment en : The SAGES / ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery. Liane S. Feldman, Conor P. Delaney, Olle Ljungqvist, Francesco Carli, MD. Editors .Springer International Publishing Switzerland . 2015: 41-50

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN PACIENTE MASTECTOMIZADAS ES IMPORTANTE

Dr. Julio Peña



La reconstrucción de la mama tras un cáncer es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales dentro de la cirugía plástica más seguros y gratificantes para la paciente. El desarrollo de nuevas técnicas posibilita al cirujano plástico crear una mama muy similar en forma, textura y características a la no operada.

Para la inmensa mayoría de las mujeres con cáncer de mama, la reconstrucción de la misma mejora la imagen, lo cual facilita una mayor estabilidad emocional, permite enfrentarse de una forma más positiva a la enfermedad y llevar una vida social y sexual más activa.

¿Quién y cuándo puede reconstruirse la mama?

Casi todas las mujeres mastectomizadas pueden, desde el punto de vista médico, considerarse candidatas para reconstruirse la mama, la mayoría de ellas a la vez que se quita la mama. La candidata óptima es aquella a la que se le puede eliminar completamente el tumor durante la mastectomía. Cuando la mama se

reconstruye a la vez que se realiza la mastectomía (técnica denominada reconstrucción inmediata), la paciente se despierta de la intervención con un contorno mamario adecuado, evitando la experiencia de verse con la mama amputada; el beneficio psicológico de esta técnica es claro. En algunos casos, sin embargo, la reconstrucción puede o debe posponerse (técnica denominada reconstrucción diferida).

Algunas mujeres no se sienten cómodas hablando de la reconstrucción mientras intentan adaptarse al hecho de haber sido diagnosticadas de un cáncer de mama; otras mujeres simplemente no desean más intervenciones que las estrictamente necesarias para curar la enfermedad. Otras veces, el empleo de técnicas más complejas de reconstrucción hace aconsejable retrasar la reconstrucción para no extender excesivamente la intervención.

Si existen problemas médicos asociados, como obesidad, hipertensión, también puede ser necesario retrasar la reconstrucción. En cualquiera de los casos, lo importante es disponer de una información adecuada y clara sobre las posibilidades de reconstrucción antes de ser intervenida, para enfrentarse a la operación de forma más positiva.

TUMORACIONES BENIGNAS Y MALIGNAS DE PIEL

Dr. Johnny Díaz



Los tumores son crecimientos anormales en el cuerpo. Pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cáncer, pero los malignos sí. Los tumores benignos solo crecen en una parte del cuerpo. No pueden aparecer ni invadir otras partes del cuerpo. Aun así, pueden ser peligrosos si presionan órganos importantes, tales como el cerebro. Los tumores están formados por células extras. En general, las células crecen y se dividen en otras células cuando el cuerpo las necesita.

Cuando las células envejecen, se mueren y otras células nuevas toman su lugar. Algunas veces, este proceso no resulta como se espera: se forman células nuevas, aun cuando no son necesarias y las células viejas no mueren cuando deberían. Cuando estas células adicionales forman una masa, se les conoce como un tumor. Con frecuencia, el tratamiento incluye cirugía. Los tumores benignos no suelen crecer nuevamente.

TRANSFUSIÓN MASIVA EN TRAUMA

Dr. Alejandro Soto



La transfusión sanguínea es un importante procedimiento que pretende recuperar un componente sanguíneo que se ha perdido o está deficiente en un paciente.

En algunas situaciones, como en traumas o accidentes quirúrgicos se requiere restablecer grandes volúmenes. En estas circunstancias, se habla de transfusión masiva, en donde es relevante un buen abordaje terapéutico. En esta modalidad de transfusión, el principio que rige la terapia transfusional «que los beneficios superen los riesgos» son difíciles de determinar y evaluar, dada la gama de complicaciones que conlleva, sumado a la situación clínica del paciente, que lamentablemente lo expone a la necesidad terapéutica de una transfusión masiva.

Se hace una revisión sobre la transfusión masiva, esquematizando la fisiopatología que desencadena algunas de sus más frecuentes complicaciones, como son: alteraciones debidas al almacenamiento de los hemocomponentes, alteraciones de la coagulación y alteraciones metabólicas; relacionando éstas y estableciendo de manera clara que ningún evento se produce de manera aislada, ya que una situación puede ser la causa de otra.

El abordaje terapéutico de los pacientes sometidos a transfusión masiva es un desafío médico, ya que requiere de un equipo multidisciplinario para su manejo, dada las variadas alteraciones que se producen en los pacientes, las de base, y las inherentes a esta modalidad de transfusión.



TLF: 809-688-8451

www.colegiodominicanodecirujanos.com