 

DOCENTE:

D. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:

JONATHAN SURIANO CRUZ

MATERIA:

CLINICAS QUIRURGICA COMPLEMENTARIA

TEMA:

RESUMENES

**NEFRECTOMÍA**

Procedimiento quirúrgico que se realiza para extirpar uno, ambos o parte del riñón. Existen 2 técnicas quirúrgicas que son abierta o laparoscópica. Existen 3 tipos de Nefrectomía.

Simple o bilateral: Es cuando se extirpa uno o ambos riñones. Cuando hay daño grave a riñones para proceder con el trasplanté

Radical: Es cuando se extirpa todo el riñón, ganglios linfáticos y glándula suprarrenal

Parcial: Solo se quita la parte afectada. Extirpación de tumores renales.

Manejo preoperatorio

Se debe realizar una profilaxis antimicrobiana con Tobramicina 100 mg I.M. seguidos de otra dosis a las 8 h. En caso de IRC, Ceftriaxona 1 g I.M. Y profilaxis tromboembólica, con vendaje elástico durante 10 dias + deambulación. Enoxaparina sódica S.C. de 7 a 10 dias.

Manejo postoperatorio

Los cuidados después de la cirugía incluyen el retiro de la sonda orogástrica. Dieta líquida progresiva a tolerancia. Retirar zona Foley al día siguiente. Deambulación. Analgésicos.

Complicaciones

Las posibles complicaciones que se pueden presentar en una Nefrectomía son:

Hemorragia postoperatoria: puede tener su origen en la arteria o vena renal, aorta o cava o algún vaso espasmodizado durante la cirugía.

Íleo secundario: reiniciar la tolerancia cuando el paciente recupere la peristalsis.

Estudios preoperatorios

Los estudios de laboratorios son de suma importancia para valorar las condiciones del paciente BHC. TP, TPT. Grupo y Rh. Pruebas cruzadas. EGO. E.S. EKG. Rayos X tórax. TC. Disponibilidad de sangre. Valoración por internista.

**PROSTATECTOMIA**

La prostatectomía es la intervención quirúrgica para extraer la totalidad o parte de la glándula prostática. Se realiza cuando el paciente sufre cáncer de próstata o hiperplasia benigna de próstata.

El aumento del tamaño de la próstata es una enfermedad con una incidencia elevada.

Se estima que afecta al 25% de los varones mayores de 50 años. Esta proporción aumenta hasta alcanzar a la mitad de la población masculina con 60 años y al 80% de los hombres con más de 80 años.

El tratamiento quirúrgico que incluye diversas alternativas: Cirugía abierta convencional, prostatectomía simple. Cirugía endoscópica: Se interviene al paciente a través del conducto de la orina, realizándose una resección transuretral de la próstata.

El tracto urinario se compone de los riñones, vejiga, y uretra.

Después de una extirpación de la próstata, es posible que problemas como tener que orinar urgentemente y a menudo, y tener sangre en la orina desaparezcan. Es posible que padezca menos de infecciones en el tracto urinario después de cirugía.

La extirpación de la próstata también podría suspender el crecimiento más excesivo de la próstata. Esto podría ayudar a prevenir problemas médicos serios que podrían ser causados por una glándula prostática agrandada.

**RTUP**

Se realiza mediante un tipo especial de cistoscopio (resectoscopio) que se introduce a través del orificio de la uretra situado en el extremo del pene (meato uretral externo) para acceder hasta la próstata.

Mediante un instrumento cortante se quita la próstata (asa eléctrica y rayos láser).

Se cauteriza mediante un bisturí eléctrico y luego se deja una sonda en la uretra para permitir vaciar la vejiga durante unos días, que a la vez sirve como drenaje de exudados, de sangre o pus.

COMPLICACIONES: Reaparecer la obstrucción, traumatismo uretral, estenosis, eyaculación retrograda, hemorragia tardía e incontinencia en el 1% de los casos.

Manejo preoperatorio

Profilaxis antimicrobiana: Tobramicina 100 mg I.M. seguidos de otra dosis a las 8 h. En caso de IRC se cambia la Tobramicina por Ceftriaxona 1 g I.M.

Posición: Decúbito supino con el paciente en posición de litotomía, con las nalgas en el borde de la mesa.

**COLOCACIÓN DE CATÉTER DOBLE J Y CISTOSCOPIA**

Tubo flexible que se coloca en el uréter, de un lado o ambos, entre el riñón (riñones) y la vejiga. Se facilita el flujo de orina desde el riñón hasta la vejiga. Se coloca principalmente luego de una cirugía urinaria para facilitar drenaje y recuperación interna del uréter. Los casos más comunes son: en pacientes con obstrucción de la vía urinaria por piedras u otras causas, en pacientes a los que se les han realizado procedimientos de reconstrucción de la vía urinaria superior o pacientes con trasplantes renales.

El periodo de vida de un catéter doble j, dependerá de la calidad y material de fabricación de éste. Se recomienda cambiarlo en periodos menores a 6 meses. Dejarlo más tiempo puede generar calcificaciones y facilitar la aparición de cálculos dentro o fuera del catéter así como infecciones o dolor.

Cistoscopia es un procedimiento que los médicos usan para observar el interior de la vejiga urinaria y la uretra (el tubo que conecta la vejiga con el exterior del cuerpo). Se hace con un cistoscopio, un tubo delgado y que tiene en un extremo una luz y un lente

o una pequeña cámara de video. El tubo se introduce a través de la uretra. Hay dos tipos principales de cistoscopios: flexibles y rígidos. El tubo que su médico usa dependerá de la razón por la que se hace la cistoscopia.

Hay algunas razones por las que se podría necesitar una cistoscopia:

Tiene problemas en la vejiga, Tiene un área sospechosa que podría ser cáncer, Tiene un problema en la vejiga que requiere tratamiento (incluidos algunos cánceres en sus etapas iniciales)

Antes de la prueba

Notifique a su proveedor de atención médica todas las medicinas que toma, incluidas vitaminas, hierbas y suplementos, y si tiene alergia a alguna medicina (incluido cualquier tipo de anestesia). Se le podría pedir que deje de tomar medicamentos anticoagulantes (incluida la aspirina) o alguna otra medicina durante varios días antes de la prueba. Dependiendo del tipo de anestesia que se le administre, se le podría pedir que no coma ni beba nada al menos varias horas antes del procedimiento. Su médico o enfermera le darán instrucciones específicas. Sígalas, y haga preguntas si hay algo que no entiende. Dependiendo del tipo de anestesia que se le administre, podría necesitar pedir a alguien que lo lleve a su casa después de la prueba. Es posible que necesite que alguien lo lleve a su casa si se siente somnoliento o mareado; por esta razón muchos centros no dan de alta a las personas que quieren regresar a casa en un taxi o en un servicio de transporte compartido. Si el transporte podría ser un problema para usted, hable con su proveedor de atención médica sobre las normas de su hospital o centro de cirugía referentes al uso de uno de estos servicios. Podría haber otros recursos disponibles para llevarlo a su casa, dependiendo de la situación.

Durante la prueba

Por lo general una cistoscopia se puede hacer como procedimiento ambulatorio (no necesita pasar la noche en un hospital). Es muy probable que se le pida que se acueste sobre la espalda para hacer esta prueba, y tal vez se le coloquen los pies en estribos. El médico le administrará una medicina (con frecuencia en forma de gel) para adormecer la abertura de la uretra y posiblemente también su interior. También se le podría administrar un sedante a través de una línea IV para ayudarlo a relajarse durante la prueba. En una cistoscopia rígida se le podría dormir (administrar anestesia general) para la prueba. Entonces el médico insertará el cistoscopio en la uretra y hasta la vejiga. Con frecuencia se inyecta una solución salina estéril a través del cistoscopio para llenar su vejiga y facilitar la visualización del revestimiento interior. Si está despierto, podría sentir que necesita orinar durante la prueba. Si se observan áreas anormales, en ese momento se pueden tomar muestras para biopsias. La cistoscopia podría tomar alrededor de 10 a 20 minutos, pero podría tardar más dependiendo de lo que se vaya a hacer.

Después de la prueba

Después del procedimiento se le vigilará minuciosamente por un tiempo para asegurarse de que no sufra ninguna complicación. Si le durmieron (si le administraron anestesia general) durante la prueba, podría requerir quedarse algunas horas antes de poder regresar a su casa, y necesitará que alguien lo lleve debido a las medicinas o a la anestesia que recibió. Su médico o enfermera deben darle instrucciones específicas sobre lo que puede hacer y lo que no puede hacer en las horas posteriores a la prueba. Es probable que le digan que tome muchos líquidos después del procedimiento para ayudar a irrigar la vejiga. Podría notar algo de sangre en la orina o sentir ardor al orinar por uno o dos días después de la prueba. Si se hicieron biopsias como parte del procedimiento, generalmente los resultados estarán disponibles en unos días, aunque los de algunas pruebas de las muestras de la biopsia podrían tardar más. Necesita hacer un seguimiento con su médico después del procedimiento para obtener sus resultados.