A picture containing drawing

Description automatically generated

*Zahobi Bailon Peralta*

*Primer parcial*

*Tecnicas quirúrgicas- resumen de primera unidad*

*Dra. Brenda Paukina Ortiz Solis*

*Medicina humana*

*Cuatrimestre*

*Lugar y Fecha de elaboración*

**Resumen 1 y 2do**

AVENIMIENTOS PLEURALES

HEMOTORAX

DEFINICIÓN

Hemotórax se define como la presencia de sangre en la cavidad pleural; no obstante, podemos encontrar líquido pleural de aspecto hemático durante la evaluación inicial de casos con derrame pleural. Cabe hacer mención, un nivel de hematocrito igual o mayor al 5% es suficiente para dar la apariencia hemática al líqudo pleural; en estos escenarios, el diagnóstico de hemotórax se establece cuando el hematocrito en el líquido pleural corresponde a un valor igual o mayor al 50% del hematocrito de sangre periférica. La identificación de los factores de riesgo que permitan distinguir los derrames hemorrágicos del hemotórax son cruciales para argumentar diagnósticos diferenciales.

ETIOLOGÍA El trauma contuso es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En México, con base en cifras de la Organización Panaméricana de la Salud, fallecen anualmente 24 mil personas como consecuencia de accidentes de tránsito con una tasa de 14.4 decesos por 100,000 habitantes, ocupando el 7º lugar a nivel mundial . Datos de centros especializados en atención de pacientes con trauma, informan que 1 de cada 4 muertes ocurren por lesiones de la caja torácica, de los cuales, 70% son ocasionados por accidentes de vehiculos con motor. Además, 60% de los casos reportados con politrauma presentan lesiones en el tórax .

Otras causas de hemotórax traumático incluyen: a) caídas de altura, b) lesiones por mecánica de aplastamiento del tórax y c) heridas por arma de fuego ó arma blanca que penetren el tórax . La etiología iatrogénica representa la segunda causa de hemotórax. Los factores de riesgo reconocidos incluyen: a) colocación de un acceso vascular (subclavia o yugular) y b) punciones pleurales diagnósticas o terapéuticas (1). El hemotórax espontáneo ocurre con menor frecuencia y generalmente es secundario a tumores malignos, uso de anticoagulantes, anormalidades congénitas de la vasculatura pleuropulmonar, endometriosis pulmonar, tromboembolismo con infarto pulmonar, neumotórax con adherencias pleurales (crónicos) y anormalidades hematológicas como la hemofilia . Las neoplasias más comunes asociadas al hemotórax incluyen: schwanomas de la enfermedad de von Recklinghausen y los tumores que se originan de tejidos blandos como sarcomas ó angiosarcomas . El cáncer de pulmón es una causa rara de hemotórax, incluso cuando hay compromiso pleural

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas y signos varían dependiendo de la causa, el volumen y velocidad de acumulación. En el hemotórax traumático agudo predominan las manifestaciones hemodinámicas (taquicardia, choque hipovolémico) y la presencia de dolor torácico. Por otro lado, casos de hemotórax no traumáticos manifiestan con mayor frecuencia disnea. En ambos escenarios clínicos existen signos de ocupación pleural (1). La adición de contusión pulmonar genera signos de consolidación . En el hemotórax espontaneo, la historia clínica y examen físico pueden orientar hacia la etiología. Por ejemplo, antecedente de hemoptisis (tiene relación con malformaciones arteriovenosas), uso previo de medicamentos (antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes), tendencia al sangrado por coagulopatia (asociación con epistaxis, hematuria, derrames articulares), periodicidad de los derrames (asociación con los ciclos menstruales en endometriosis pleural) entre otros

DIAGNÓSTICO

Con base en la frecuencia de la entidad clínica, la sospecha de hemotórax debe considerarse en todo paciente que ingresa al servicio de urgencias con antecedente reciente de herida penetrante en tórax y/o trauma torácico ó toracoabdominal . Cabe recordar, el diagnóstico definitivo se obtiene con la cuantificación del hematocrito en el líquido pleural (1). No obstante, podemos respaldarnos de métodos auxiliares para el diagnóstico. Radiografía de tórax. Es el estudio inicial de todo paciente con trauma torácico y sospecha de hemotórax . Se recomienda obtener proyecciones postero-anteriores

En la fase aguda, los hallazgos son compatibles con derrame pleural, es decir, existe borramiento del ángulo costodiafragmático, elevación del hemidiafragma comprometido, desplazamiento del mediastino al hemitórax contralateral a la lesión, entre otros. Por otro lado, en las formas crónicas existen cambios propiamente en la pleura y las opacidades que se generan del compromiso pueden orientarnos a la presencia de loculaciones. Cabe recordar que se necesita un volumen de 200 ml en el espacio pleural para borrar el ángulo costofrénico en la radiografía posteroanterior del tórax en posición vertical

Ultrasonido. Es el estudio de imagen empleado por centros con experiencia en trauma durante la evaluación inicial de todo paciente con sospecha de hemotórax; particularmente resulta útil y confiable en situaciones clínicas que imposibilitan

Tomografía axial computarizada (TAC). La TAC es complementaria a la radiografía de tórax. La solicitud oportuna de la TAC en el abordaje del paciente con trauma moderado o grave conlleva un incremento en el diagnóstico de hemotórax oculto

Las indicaciones más apropiadas para su solicitud incluyen a) pacientes con persistencia de opacidades en la radiografía simple de tórax después de haber recibido manejo con drenaje pleural; b) establecer si el líquido acumulado es significativo y c) identificación y cuantificación de colecciones localizadas en regiones torácicas de difícil acceso para drenarse por sonda endopleural

la TAC de tórax permite evaluar su volumen; si el diámetro es mayor a 1.5 cm de diámetro, tiene 4 veces más probabilidad de requerir drenaje pleural

Análisis del líquido pleural. Es imperativo obtener una muestra de líquido pleural en toda sospecha de hemotórax. El procedimiento de elección es la toracocentésis. En situaciones donde el volumen del hemotórax sea pequeño es recomendable la punción guiada por ultrasonido . En caso de no contar con ultrasonido, puede realizar la punción pleural auxiliándose de una radiografía de torax en decúbito lateral, siempre y cuando la distancia entre la línea horizontal del derrame pleural y la pared torácica sea superior a 1 cm

Citología de líquido pleural. Es útil en el abordaje diagnóstico del hemotorax secundario a etiología neoplásica; cabe hacer mención, se recomienda solicitar marcadores de inmunohistoquimica para aumentar el rendimiento diagnóstico

TRATAMIENTO La clave del tratamiento se relaciona estrechamente con la etiología del hemotórax.

Hemotórax agudo. El manejo inicial debe enfocarse en la identificación de situaciones que comprometan la vida, control del sangrado y reanimación para controlar el estado hemodinámico . En pacientes hemodinámicamente estables y con hemotórax pequeño (volumen menor o igual a 300 ml) puede optarse por vigilancia clínico-radiológica. Por otro lado, pacientes con inestabilidad hemodinámica y/o cuyo hemotórax tenga volumen calculado mayor de 300 ml, deberán someterse a drenaje pleural

Después de colocar la sonda endopleural, se sugiere realizar una radiografía simple con el objetivo de identificar la posición del tubo torácico (específicamente para ratificar la colocación dentro del espacio pleural; asimismo, poder identificar anormalidades intratorácicas previamente no visualizadas por el hemotórax

Hemotórax masivo. Es una indicación de intervención quirúrgica. La definición de hemotórax masivo incluye: a) cuantificación de un volumen de sangre igual o mayor a 1.5 litros inmediatamente posterior a la colocación del drenaje pleural ó b) sangrado cuantificado en el drenaje a ritmo de 200 ml/hora por 4 horas consecutivas.

Trombolíticos intrapleurales. Los trombolíticos intrapleurales han demostrado su utilidad en derrame paraneumónico complicado y/o empiema (22). En casos con hemotórax, pueden ser utilizados para mejorar el drenaje cuando se documenta la fase de coagulación, pero la evidencia es limitada

Antibióticos. El uso de antibióticos como profiláxis en hemotórax es un tema para discutir (28). La mejor evidencia disponible respalda el uso para la prevención de empiema en los casos con hemotórax secundario a trauma penetrante que requirieron la colocación de sonda pleural . La selección del antibiótico debe estar dirigida a los patógenos causales más frecuentes (en general, bacterias gram positivas) . El tiempo recomendado no se ha definido con exactitud, puede optar por 24hrs o hasta el retiro de la sonda . Embolización. Es una estrategia terapéutica reservada para casos de hemotórax secundario a anomalías vasculares

Hemotórax retenido o “coagulado”. Se define como la presencia de sangre en la cavidad pleural que no pudo evacuarse a través del drenaje convencional, del mismo modo, persiste visible la zona opaca o densa en la radiografía o TAC del tórax respectivamente

**Pericardiocentesis**

Es un procedimiento en el que se emplea una aguja para extraer líquido del saco pericárdico. Este es el tejido que rodea el corazón.

**Forma en que se realiza el examen**

El procedimiento por lo general se lleva a cabo en una sala de procedimientos especiales como un laboratorio de cateterismo cardíaco. También se puede hacer al lado de la cama del paciente en el hospital. El proveedor de atención médica colocará una vía intravenosa en su brazo, en caso de que sea necesario administrar líquidos o medicamentos a través de una vena. Por ejemplo, se puede suministrar un medicamento si sus latidos cardíacos se hacen lentos o la presión arterial baja durante el procedimiento.

El proveedor limpiará un área justo por debajo del esternón o del pezón izquierdo. Se aplicará anestesia en la zona.

Luego, el médico introducirá una aguja y la guiará hasta el tejido que rodea el corazón. Con frecuencia, la ecocardiografia (ultrasonido) se utiliza para ayudar al médico a ver la aguja y cualquier drenaje de líquido. Un electrocardiograma e imágenes de rayos X en movimiento (fluoroscopia) también se pueden emplear para ayudar con el posicionamiento

Una vez que la aguja haya llegado al área correcta, se retira y se reemplaza con una sonda llamada catéter. Se drena el líquido a través de esta sonda hacia recipientes. Generalmente, se deja el catéter en su sitio, de manera que el drenado pueda continuar por varias horas.

Puede ser necesario un drenaje quirúrgico si el problema es difícil de corregir o reaparece. Se trata de un procedimiento más invasivo, en el cual se drena el pericardio hacia la cavidad torácica (pleural). Alternativamente el líquido puede ser drenado hacia la cavidad peritoneal, pero es menos común. Para realizar este proceso se puede necesitar que usted esté bajo anestesia general.

**Preparación para el examen**

Usted tal vez no pueda comer ni beber nada durante seis horas antes del examen. Además, debe firmar una autorización.

**Lo que se siente durante el examen**

Se puede sentir presión a medida que la aguja entra. Algunas personas experimentan dolor toracico que puede requerir un analgésico.

**Razones por las que se realiza el examen**

Este examen se puede hacer para extraer y examinar el líquido que está ejerciendo presión sobre el corazón. Casi siempre se realiza para encontrar la causa de un derrame perifcardico recurrente o crónico.

También se puede hacer para tratar un taponamiento cardiaco que es una afección potencialmente mortal.

**Resultados normales**

Normalmente hay una pequeña cantidad de líquido claro y de color blanco amarillento en el espacio pericárdico.

**Significado de los resultados anormales**

* **Cancer**
* **Perforación cardíaca**
* **Trauma cardíaco**
* **Insuficiencia cardiaca congestiva**
* **Pericarditis**
* **Insuficiencia renal**
* **Infección**
* **Ruptura de un aneurisma ventricular**

**Riesgos**

**Los riesgos pueden incluir:**

* **Sangrado**
* **Atelectasia pulmonar**
* **Ataque cardíaco**
* **Infección (pericarditis)**
* **Arritmias**
* **Punción del músculo cardíaco, una arteria coronaria, el pulmón, el hígado o el estómago**
* **Neumopericardio (aire en el saco pericárdico)**

**Nombres alternativos**

**Punción pericárdica; Pericardiocentesis percutánea; Pericarditis - pericardiocentesis; Efusión pericárdica - pericardiocentesis**

ANATOMIA DE ABDOMEN

Las cuatro partes del abdomen se conocen en anatomía como cuadrantes abdominales. Están separadas por líneas imaginarias que se pueden trazar en el abdomen usando como referencia ciertos reparos anatómicos. El plano medial es aquel que sigue la línea alba y se extiende desde el proceso xifoides hasta la sínfisis del pubis y divide al abdomen a la mitad de forma vertical. El plano transumbilical es una línea horizontal que transcurre al nivel del ombligo. Estos dos planos se intersectan en el ombligo y cruzan para dividir al abdomen en cuatro cuadrantes.

Regiones del abdomen

La manera más común de dividir el abdomen es mediante dos planos verticales y dos horizontales. Los planos verticales son las líneas medioclaviculares izquierda y derecha que pasan desde la mitad de la clavícula hacia abajo y hasta la mitad del ligamento inguinal. El primer plano horizontal es el plano subcostal que transcurre al nivel del borde inferior del cartílago costal de la décima costilla. El segundo plano horizontal es el plano intertubercular, que pasa a través de los tubérculos de la cresta ilíaca y el cuerpo de la quinta vértebra lumbar (L5). Estos planos dividen al abdomen en nueve regiones: región hipocóndrica derecha e izquierda, región epigástrica, región umbilical, regiones laterales derecha e izquierda, región hipogástrica y regiones inguinales derecha e izquierda.  
Otra forma de dividir el abdomen es con una línea vertical y una línea horizontal. La línea vertical recorre a lo largo de la línea media del abdomen, mientras que la línea horizontal recorre el abdomen al nivel del ombligo. Estas líneas dividen al abdomen en el cuadrante superior derecho, cuadrante superior izquierdo, cuadrante inferior derecho y cuadrante inferior izquierdo.

Cuadrante superior derecho

El cuadrante superior derecho (CSD), en un orden craneocaudal, contiene:

El lóbulo derecho del hígado.

La vesícula biliar.

El píloro del estómago.

Las 3 primeras porciones del duodeno.

La cabeza del páncreas.

El riñón derecho y la glándula suprarrenal derecha.

La porción distal del colon ascendente.

La flexura cólica derecha.

La mitad derecha del colon transverso.

Cuadrante inferior derecho

El cuadrante inferior derecho (CID) contiene:

La mayor parte del íleon.

El ciego y el apéndice vermiforme.

La porción proximal del colon ascendente.

La porción proximal del uréter derecho.

Cuadrante superior izquierdo

El cuadrante superior izquierdo (CSI), en un orden craneocaudal, contiene:

El lóbulo izquierdo del hígado.

El bazo.

El estómago.

El yeyuno.

La porción proximal del íleon.

El cuerpo y la cola del páncreas.

El riñón izquierdo y la glándula suprarrenal izquierda.

La mitad izquierda del colon transverso.

La flexura cólica izquierda.

La porción superior del colon descendente.

Cuadrante inferior izquierdo

El cuadrante inferior izquierdo (CII) contiene:

La porción distal del colon descendente.

El colon sigmoideo.

El uréter izquierdo.

Dependiendo del sexo del individuo, los cuadrantes inferiores tanto izquierdo como derecho pueden contener:

Un ovario.

Una tuba uterina.

Un conducto deferente.

El útero.

La vejiga urinaria.

¿Acaso este artículo acerca de las regiones del abdomen te hizo darte cuenta de que necesitas repasar tus conocimientos de terminología médica? Echa un vistazo a nuestro artículo sobre terminología anatómica.

Esquema de nueve regiones

Divisiones y reparos anatómicos

Comparado con el esquema de cuatro regiones, esta división del abdomen puede parecer más complicada. Sin embargo, puede ayudar a localizar mejor los signos y síntomas clínicos además de llegar a un diagnóstico más preciso y de manera más rápida. Hay dos planos verticales y dos planos horizontales que se usan para separar los nueve segmentos. Los planos verticales son las líneas medioclaviculares izquierda y derecha. Estas líneas recorren desde el punto medio de la clavícula en dirección caudal hacia el punto medio del ligamento inguinal.

Los planos horizontales incluyen los planos subcostal e intertubercular. El plano subcostal transcurre horizontalmente a través del borde inferior del cartílago costal de la décima costilla en ambos lados del cuerpo. Finalmente, el plano intertubercular pasa a través de los tubérculos de la cresta ilíaca y el cuerpo de la quinta vértebra lumbar (L5).

Las regiones hipocóndricas derecha e izquierda se encuentran superiormente a cada lado del abdomen, mientras que la región epigástrica se ubica entre estos en posición central y superior. Las regiones laterales (o flancos) derecha e izquierda rodean a la región umbilical, que se ubica justo en el centro de los nueve segmentos y tiene al ombligo como su punto central. Por último, las regiones inguinales derecha e izquierda se localizan inferiormente a cada lado de la región hipogástrica, la cual es la más inferior de los segmentos centrales.

Ahora enlistamos cada una de las nueve regiones de forma individual, recorriendo en dirección craneocaudal y de izquierda a derecha.

Región hipocóndrica izquierda

La región hipocóndrica izquierda contiene:

El estómago.

La porción superior del lóbulo izquierdo del hígado.

El riñón izquierdo.

El bazo.

La cola del páncreas.

Porciones del intestino delgado.

El colon transverso (porción izquierda).

El colon descendente.

Aprende todo acerca de las regiones abdominales con nuestros videos, cuestionarios, diagramas

Región hipocóndrica derecha

La región hipocóndrica derecha contiene:

El hígado.

La vesícula biliar.

El intestino delgado.

El colon ascendente.

El colon transverso (porción derecha).

El riñón derecho.

Región epigástrica

La región epigástrica contiene:

El esófago.

El estómago.

El hígado.

El bazo.

El páncreas.

Los riñones derecho e izquierdo.

Los uréteres derecho e izquierdo.

Las glándulas suprarrenales derecha e izquierda.

El intestino delgado.

El colon transverso.

La posición del colon transverso puede variar ligeramente de persona a persona debido a su suspensión móvil dentro del mesocolon transverso. Sin embargo, usualmente se localiza entre las regiones epigástricas y umbilicales del abdomen.

Región lateral izquierda

La región lateral izquierda contiene:

Una porción del intestino delgado.

Una porción del colon descendente.

La punta del riñón izquierdo.

Región lateral derecha

La región lateral derecha contiene:

La punta del hígado.

La vesícula biliar.

El intestino delgado.

El colon ascendente.

El riñón derecho.

Región umbilical

La región umbilical contiene:

El estómago

El páncreas.

El intestino delgado.

El colon transverso.

Las extremidades mediales de los riñones derecho e izquierdo.

Los uréteres derecho e izquierdo.

La cisterna chyli.

Región inguinal izquierda

La región inguinal izquierda contiene:

Una porción del intestino delgado.

El colon descendente.

El colon sigmoideo.

El ovario izquierdo y la tuba uterina izquierda en las mujeres.

Región inguinal derecha

La región inguinal derecha contiene:

El intestino delgado.

El apéndice vermiforme.

El ciego.

El colon ascendente.

El ovario derecho y la tuba uterina derecha en las mujeres.

Región hipogástrica

La región hipogástrica contiene:

El intestino delgado

El colon sigmoideo.

El recto.

La vejiga urinaria.

Los uréteres derecho e izquierdo.

El útero, los ovarios derecho e izquierdo y las tubas uterinas en las mujeres.

Los conductos deferentes, las vesículas seminales y la próstata en los hombres

TIPOS DE INCISIONES

Las incisiones abdominales se realizan para acceder a los órganos internos del área del abdomen, en particular los órganos asociados con el sistema digestivo y el sistema reproductivo femenino1. Algunos de los órganos a los que se puede llegar a través de este tipo de incisiones incluyen el estómago, los intestinos y el hígado1. Los tipos de incisiones abdominales incluyen23:

Incisión media o mediana

Incisión subcostal

Incisión paramediana

Incisión transversa supraumbilical

Incisión transversa infraumbilical

Las incisiones a través de la pared anterolateral, por lo tanto, romperán las siguientes estructuras:

* Piel
* Capa grasa subcutánea
* Fascia membranosa
* Oblicuo externo
* Oblicuo interno
* Transverso del abdomen
* Fascia transversal
* Transversal.
* Grasa preperitoneal
* Peritoneo parietal

A medida que las fibras de los músculos de la pared abdominal lateral progresan medialmente dan lugar a láminas fibrosas de tejido conocidas como aponeurosis, lo que permite una zona de inserción mucho más amplia que la que se consigue con los tendones típicamente redondos que se ven en los músculos del esqueleto apendicular.

Incisión paramediana

Esta cicatriz puede verse paralela a la línea media en un número limitado de pacientes, pero ha dejado de ser una práctica común en favor de la incisión de la línea media debido a su complejidad y a su escasa cosmética. El ligamento falciforme del hígado suele encontrarse si la incisión se realiza a la derecha de la línea media, y las intersecciones tendinosas deben dividirse en el lado elegido para acceder al peritoneo.

Incisión pararrectal

Al igual que el abordaje paramediano, se ha abandonado en gran medida. Las desventajas incluyen la interrupción de la inervación del recto media

Incisión en parrilla

Una incisión en arco a través de la piel, la grasa subcutánea y la fascia, los oblicuos externos e internos, el transverso abdominal y la fascia transversalis que se utiliza para las apendicectomías abiertas. La incisión se centra en el punto de McBurney, a dos tercios de la distancia entre el ombligo y la espina ilíaca anterior superior derecha (ASIS), donde es más probable que se encuentre la base del apéndice. Esta zona suele corresponder a la zona de máxima sensibilidad en la exploración clínica cuando el apéndice se ha inflamado lo suficiente como para causar una peritonitis localizada. Esta incisión puede modificarse para seguir las líneas de Langer horizontales para mejorar la cosmética. Las desventajas incluyen el riesgo de lesión de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico. El arco puede extenderse cefálica y lateralmente para facilitar el acceso al colon ascendente, lo que se conoce como incisión de Rutherford-Morison.

Incisión de Lanz

Una incisión diseñada para ser más sutil cosméticamente que la de rejilla, con la ventaja de que puede quedar oculta bajo la línea del bikini, pero con el inconveniente de que suele seccionar los nervios ilioinguinales e iliohipogástricos.

Incisión de Pfannenstiel

Una de las favoritas de los obstetras para acceder al útero grávido para lo cual se realiza una incisión curvilínea a través de la piel y la grasa subcutánea, luego se hace una incisión longitudinal en la línea alba. También la utilizan los cirujanos generales y urológicos para algunos procedimientos pélvicos como la prostatectomía radical abierta o la cistectomía.

Incisión transversal

Una técnica de laparotomía útil para utilizar en pacientes pediátricos que aún no han desarrollado recesos subfrénicos o pélvicos profundos, y en los que el cirujano, por lo tanto, no necesita la capacidad de extender la incisión longitudinalmente como permite la incisión de la línea media. Los cirujanos vasculares también suelen utilizar esta incisión para la reparación electiva y de emergencia de aneurismas aórticos abdominales

Incisión de Kocher

Incisión paralela al margen subcostal para acceder al hígado y al árbol biliar subyacentes, utilizada habitualmente para la colecistectomía abierta. Puede reflejarse en el lado contralateral para proporcionar acceso al bazo o realizarse bilateralmente como una incisión en el techo para proporcionar un acceso eficaz a órganos como el páncreas y el árbol biliar dentro del plano transpilórico (véase más adelante). Las desventajas incluyen el riesgo de lesionar los vasos epigástricos superiores, y la extensión lateral de la incisión corre el riesgo de interrumpir los nervios intercostales.

Estructuras dentro del plano transpilórico:

* + Cuerpo vertebral L1
  + Punta del 9º cartílago costal
  + Fondo de la vesícula biliar
  + Duodeno-flexión yeyunal
  + Píloro del estómago
  + Cuello del páncreas
  + Hila renal
  + Cono de la médula espinal

SUTURA DELA PARED ABDOMINAL

* + 1. Plano profundo: aponeurosis de la vaina posterior del recto (oblicuo menor y transverso) 2- Plano superficial: aponeurosis de la vaina anterior del recto (oblicuo mayor) INFRAUMBILICAL: Sólo plano superficial
    2. Continua Recomendación FUERTE - Más rápida - Mayor índice de error - Menor índice de herniaS
    3. Monofilamento Recomendación FUERTE 1- Mínimo riesgo de propagación de infección 2- Mejora la cicatrización de la herida 3- Anudado fiable 4- Paso suave y atraumático por los tejido
    4. Absorción lenta Recomendación FUERTE - Absorción rápida vs no absorbible: disminución de hernias en las no absorbibles - Absorción lenta vs no absorbible: no diferencias de complicaciones
    5. Small bites Recomendación DÉBIL - Un único estudio al respecto (Millbourn): - Menor índice de hernias - Menor índice de infección
    6. Jenkins 4/1 Recomendación DÉBIL - Un único estudio al respecto (Suecia): - Menor índice de hernias

RECOMENDACIONES

Incisiones lejos de la línea media u No cerrar peritoneo u Cerrar por capas (aponeurosis) u usar sutura continua u Usar puntos cortos y la regla del 4/1

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

1. Cortes-Telles, A., Morales-Villanueva, C. E., & Figueroa-Hurtado, E. (s/f). Hemotórax: etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones. Medigraphic.com. Recuperado el 10 de abril de 2024, de https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2016/bio163d.pdf
2. Incisiones quirúrgicas abdominales. (2020, noviembre 19). Ncgovote.org; NCGo. https://ncgovote.org/es/incisiones-quir%c3%bargicas-abdominales-y-la-vaina-del-recto/
3. Navarro, P. B., & Serrano, D. C. (2022, febrero 14). Regiones del abdomen.
4. Pericardiocentesis. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 10 de abril de 2024, de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003872.htm