



Mi Universidad

Resumen

Handwritten signature

Dionicio Moreno Suchiapa

Resumen

2º parcial

Técnicas Quirúrgicas Básicas

Dra. Brenda Paulina

Medicina humana

6°C

Comitán de Domínguez, a 18 de Abril de 2024

Dionisio Moreno Suchraza

19/09/24

Quil / 1.87

Faltan presiones
Material i. inicado
nes.

Laparoscopia

Una laparoscopia es un procedimiento que usa un médico para observar el interior del abdomen (barriga) y la pelvis. Se hace con un laparoscopio, un tubo delgado y flexible que tiene en un extremo una luz y una pequeña cámara de video.

La Cirugía Laparoscópica se inicia en 1987, cuando los médicos franceses Mouret y Dubois reportan los primeros casos de Colectistomía Laparoscópica. Su comunicación revoluciona el mundo de la cirugía.

Laparoscópica (CL) utiliza una microcámara de televisión compuesta de un telescopio, que se denomina Laparoscopio, con el cual visualiza el interior del abdomen (Lámina 2:1). Este dispositivo permite una magnificación de la imagen 20 veces el tamaño normal, cuyo resultado final se aprecia con gran nitidez en un monitor.

Como el interior del abdomen es oscuro, se tiene que agregar luz a través del mismo laparoscopio utilizando una fuente de luz fría, transmitida a través de fibra óptica. A esto se agrega un Insuflador, que es un dispositivo que insufla CO₂ por una aguja (aguja de Verres) previamente colocada en la pared abdominal.

El tubo se introduce a través de una incisión realizada a través de la pared abdominal, cerca del ombligo. También se podría hacer una segunda o una tercera incisión en otras partes del abdomen para insertar otros instrumentos. La laparoscopia también se conoce como cirugía mínimamente invasiva.

Las ventajas de la CL se derivan, en parte, del hecho de evitar total o parcialmente la existencia de una herida quirúrgica en la pared abdominal. A ello se añade una manipulación visceral más cuidadosa durante el acto quirúrgico, una menor pérdida de sangre y una menor manipulación intestinal. Todos estos factores comportan menor dolor postoperatorio, una rápida recuperación del tránsito intestinal, reducen la estancia hospitalaria y permiten una rápida reactivación de las actividades normales o laborales y lógicamente, un importante efecto estético.

Todo ello comporta una menor incidencia y gravedad de las complicaciones de la herida como la infección, la aparición de adherencias o la eventración tardía. Derivado del menor traumatismo quirúrgico se acompaña una menor inmunodepresión postoperatoria en comparación con la cirugía convencional, lo que podría tener consecuencias importantes en cirugía oncológica y en cirugía de urgencias.

Dionisio Moreno Sotelo

20/20

Apendicetomía

La apendicitis es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en la medicina contemporánea, y tiene una tasa de incidencia anual de cerca de 100 por 100 000 habitantes. El riesgo de apendicitis de por vida es 8.6% para varones y 6.7% para mujeres, y la incidencia más alta es en el segundo decenio de vida.

No se ha esclarecido la evolución natural de la apendicitis, pero al parecer el avance a la perforación no es previsible y la resolución espontánea es frecuente, lo que indica que la apendicitis no perforada y la perforada pueden, de hecho, ser enfermedades diferentes.

Anatomía

En el adulto, la longitud promedio del apéndice es 6 a 9 cm; sin embargo, puede tener una longitud variable que va de < 1 a > 30 cm. El diámetro externo varía entre 3 y 8 mm, en tanto que el diámetro luminal varía entre 1 y 3 mm.

El apéndice recibe su abastecimiento arterial de la rama apendicular de la arteria ileocólica. Esta arteria se origina por detrás del íleon terminal, entrando en el mesoapéndice cerca de la base del apéndice. El drenaje linfático del apéndice fluye hacia los ganglios linfáticos que yacen a lo largo de la arteria ileocólica. La inervación del apéndice se deriva de elementos simpáticos abastecidos por el plexo mesentérico superior (T10-L1) y fibras aferentes de los elementos parasimpáticos a través de los nervios vagos.

Las características histológicas del apéndice están contenidas en las tres siguientes capas: la serosa externa, que es una extensión del peritoneo; la capa muscular, que no está bien definida y que en algunos lugares no existe, y por último, la submucosa y mucosa.

Fisiología

El apéndice es un órgano inmunitario que activamente participa en la secreción de inmunoglobulinas, sobre todo inmunoglobulina A.

Aunque el apéndice no desempeña una función clara en la presentación de enfermedades humanas, se ha comunicado una relación inversa entre la apendicectomía y la aparición de colitis ulcerosa, lo que indica que la apendicectomía tiene un efecto protector.

El apéndice puede funcionar como un reservorio para recolonizar el colon con bacterias saludables. En un estudio retrospectivo se demostró que la apendicectomía previa puede tener una relación inversa con las infecciones recidivantes por *Clostridium difficile*.



Mi Universidad

Dionicio Moreno Suchiapa

Escu/ 1.8

Resúmenes

2º parcial

Clínicas quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina

Medicina humana

6°C

Comitán de Domínguez, a 10 de abril de 2024



Mi Universidad

Resumen

Dionicio Moreno Suchiapa

Resumen

Segundo parcial

Técnicas quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Medicina Humana

6°C

Comitán de Domínguez a 02 de mayo del 2024.

La mayoría de los pasos de la inserción de un catéter vascular son comunes a todos los procedimientos: Se necesita tiempo para escoger el dispositivo y el sitio óptimo, dependiendo de las necesidades clínicas, duración del tratamiento y preferencias del paciente. También se necesita una adecuada explicación del procedimiento y la firma de un consentimiento informado.

La asepsia es esencial para todo tipo de inserciones y los cuidados post procedimiento debido al acceso directo al torrente sanguíneo que éste implica. Esto está bajo un escrutinio cada vez mayor¹. Es importante prevenir las lesiones producidas por las agujas de punción ya que éstas acarrean un inóculo significativo de sangre. Todos los dispositivos, incluso los más pequeños, necesitan anestesia local tópica o inyectada. Para los accesos centrales se requiere una amplia infiltración (un mínimo de 10-15ml para adultos). La sedación intravenosa es útil para pacientes ansiosos. Algunos pacientes (por ej., niños) requerirán anestesia general para poder realizar el procedimiento.

La canulación del vaso se logra a través de ciertas técnicas, entre las cuales tenemos:

- Visión directa
- Visión indirecta
- Palpación Orientación

CANULACIÓN DE VENAS PERIFÉRICAS

Esta constituye una técnica esencial y se necesitan habilidades especiales en los casos más complejos, por ejemplo, en niños pequeños, en los muy ancianos con venas frágiles, y cuando todas las venas importantes ya se han obstruido. No está libre de riesgos por referencias anatómicas.

Infección local o sistémica

Venas trombosadas y dolorosas

Fuga de fluidos al tejido produciendo lo siguiente:

- Administración ineficiente de medicamentos
- Extravasación de medicamento con pérdida de tejido
- Síndrome compartimental derivado de infusiones a presión
- Canulación arterial inadvertida
- Fractura o daño del catéter

La molestia se reduce utilizando los dispositivos más pequeños posibles y una anestesia local efectiva. Se debe evitar la inserción del catéter sobre áreas de flexión articular. Todos los esfuerzos para ayudar a realizar la inserción del catéter se basan en mejorar la visibilidad o el tamaño del vaso a canular.

Tradicionalmente, éstos incluyen transiluminación y calor local.

CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

Muchos pacientes requerirán cateterización venosa central en el corto o largo. Más de 250000 pacientes son cateterizados anualmente en el Reino Unido. Las contraindicaciones son relativas e incluyen: pocos sitios para realizar la canulación, variantes anatómicas, estenosis venosas, dificultades/complicaciones previas, coagulopatías severas, y septicemia local en el sitio de la inserción.

Indicaciones:

- Monitoreo de la presión de la vena central
- Reanimación con fluidos en volúmenes grandes
- Nutrición parenteral.
- Administración de medicamentos
- Cable marcapasos
- Inserción de catéteres en la arteria pulmonar

- Diálisis/hemofiltración
- Ausencia de acceso periférico
- Bypass cardiopulmonar
- Administración de medicamentos

VÍAS DE ACCESO VENA YUGULAR INTERNA

El acceso por el lado derecho se relaciona a menores complicaciones asociadas a la inserción del catéter y a disfunción por mala posición de la punta del mismo.

Existe una relación entre la arteria carótida y la vena yugular interna que varía con la posición de la cabeza y con la dominancia de una vena en uno de los lados.

En pacientes más enfermos, hay mayor riesgo de infección debido a la proximidad del sitio de inserción con secreciones orales.

La punción y cateterización accidental de la arteria carótida debería ser evitable con el uso de ultrasonido. Las arterias tales como el tronco tirocervical y sus ramas, la arteria vertebral y la subclavia se encuentran detrás de la vena y pueden ser pasadas a llevar al transfixiar la vena.

VENA YUGULAR EXTERNA

Este sitio se utiliza de manera extraordinaria cuando una cánula es instalada bajo visión directa de la vena. Los catéteres venosos centrales que se insertan a través de esta vena atraviesan distintos ángulos y planos fasciales lo que puede dar problemas para alcanzar la vena subclavia.

VENA SUBCLAVIA

Las técnicas basadas en referencias anatómicas se asocian a más riesgos en este acceso comparado con el acceso de la vena yugular interna, como por ejemplo, neumotórax y posición incorrecta de la punta del catéter, sin embargo, es un sitio más cómodo para el paciente y potencialmente más limpio.

Se debe evitar este acceso si está en el lado de una fístula arteriovenosa ya que existe en este lado una mayor presión en la vena y por lo tanto mayor riesgo de fístula y trombosis.

Técnicas con referencias anatómicas

La aguja pasa bajo la clavícula en la unión de su tercio medial y los dos tercios laterales, y luego es redirigida hacia la escotadura supraesternal, con aspiración continua hasta ver la sangre. La vena puede ser transfixiada, de modo que la aspiración es importante cuando se extrae la aguja

VENA FEMORAL

La anatomía es más compleja que la visualización gráfica de venas y arterias en los libros de estudio, lo cual es relativamente cierto a nivel del ligamento inguinal. El acceso por la vena femoral es útil en pacientes incapaces de tolerar la posición cabeza abajo, en niños y en situaciones de urgencia

Técnica con referencias anatómicas

Palpe la arteria femoral e introduzca la aguja apenas hacia medial de la arteria, cerca del ligamento inguinal (que no se palpa, pero se puede representar como una línea desde la cresta iliaca hacia el tubérculo del pubis). Es un error frecuente puncionar la vena en una zona más distal de la vena, donde la arteria femoral superficial se superpone parcialmente a la vena y por lo tanto con mayor riesgo de punción arterial.

VENAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES

El ultrasonido de alta resolución identifica fácilmente las venas más profundas en la región proximal de las extremidades superiores para ayudar en los casos de

pacientes con condiciones difíciles y en el caso de la inserción de catéteres periféricos centrales (PICC) en los que se quiere evitar la zona de flexión del codo al hacer la punción. Los PICC pueden insertarse también en la fosa ante cubital sin ultrasonido y con visión directa de los vasos. Las venas basílica, braquial y cefálica se visualizan junto a arterias y nervios.

POSICIÓN DE LA PUNTA DEL CATÉTER

Una posición inadecuada de la punta del catéter aumenta los riesgos de: trombosis, arritmias, perforación de la pared vascular (causando hidrotórax, taponamiento cardíaco, extravasación), falla del catéter, dolor al momento de inyectar por el dispositivo y estenosis. Tradicionalmente se ha considerado una posición ideal de la punta del catéter aquel cuya longitud permita que ella quede paralela al eje largo de la VCS y sobre la reflexión pericárdica. Este punto se aproxima al nivel de la carina principal.

Sin embargo, a menudo esto no es posible, especialmente con los catéteres que son introducidos por el lado izquierdo.

Una situación frecuente es un catéter corto cuya punta abomba la pared de la vena incidiendo en un ángulo agudo. La mayoría de los operadores actualmente apunta a dejar la punta de los catéteres a nivel de la unión de la vena cava con la aurícula derecha.