



Mi Universidad

resúmenes

*Esc/20
☺*

Luis Angel Vasquez Rueda

Resúmenes

Segundo parcial

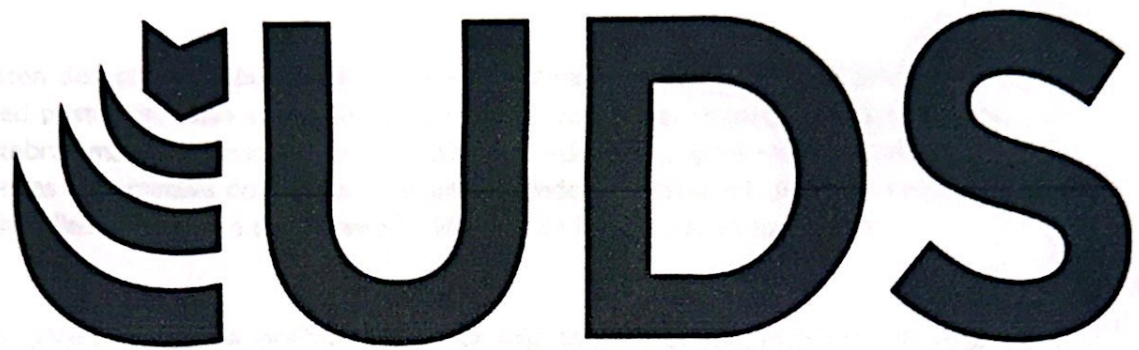
Técnicas quirúrgicas básicas

Dr. Brenda Paulina Ortiz Solis

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 15 de Abril del 2024



Mi Universidad

resumen equipo I

esue/20

Luis Angel Vasquez Rueda

Resumen equipo I

Segundo parcial

Técnicas quirúrgicas básicas

Dr. Brenda Paulina Ortiz Solis

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 11 de Abril del 2024

*Agregar Setas y
Tipos de puentes.*

El abdomen es la región del cuerpo que se ubica entre el tórax y la pelvis. Su orificio superior mira hacia el tórax y está encerrado por el diafragma. La región inferior del abdomen se encuentra abierta hacia la pelvis, comunicándose a través del orificio pélvico superior (entrada pélvica). Estos dos orificios junto con las paredes abdominales, forman y delimitan a la cavidad abdominal.

Existen dos paredes abdominales musculares conocidas como la pared anterolateral y la pared posterior. Estas se adhieren a las estructuras óseas circundantes como la columna vertebral, margen inferior de la caja torácica y márgenes superiores de la pelvis ósea. Las paredes abdominales poseen una estructura predominantemente de tejido blando, lo cual le da la flexibilidad para adaptarse a la dinámica de las vísceras abdominales.

Para poder tener una orientación clínica más sencilla, el abdomen está dividido en 4 cuadrantes y 9 regiones. Los cuadrantes incluyen al superior izquierdo, inferior izquierdo, superior derecho e inferior derecho. Las regiones incluyen al hipocondrio derecho e izquierdo, flanco o región abdominal lateral izquierda y derecha, fosa ilíaca derecha e izquierda, epigastrio, mesogastrio o umbilical, e hipogastrio.

Peritoneo y cavidad peritoneal

El peritoneo es un saco membranoso compuesto por dos capas:

- La capa parietal: cubre las paredes abdominales.
- La capa visceral: reviste la mayor parte de las vísceras abdominales.

Entre estas capas hay un espacio delgado conocido como la cavidad peritoneal la cual contiene una pequeña cantidad de fluido peritoneal. Debido a que las capas peritoneales son continuas entre sí, forman recesos o espacios en los sitios donde el peritoneo parietal se comunica con el peritoneo visceral.

Algunos órganos como los riñones, glándulas suprarrenales y uréteres no están cubiertos de peritoneo visceral y, por ende, son llamados órganos retroperitoneales. El resto de los órganos están cubiertos en su totalidad por peritoneo visceral, denominándose órganos intraperitoneales

El peritoneo está dividido en dos; omento (epiplón) mayor y epiplón menor. El epiplón menor, también conocido como ligamento gastrohepático, es un espacio hueco de menor tamaño que el epiplón mayor. Está ubicado de manera posterior al estómago y tiene como

Caja Torácica

10/04/24/2 1st

- tiene forma de cúpula, O sea que es más ancho arriba que abajo, la parte posterior es la columna torácica y la parte anterior es el esternón, que se encuentran conectados por las costillas.
- Esternón → consta de 3 partes (manubrio, cuerpo y el proceso xifoides) conectados entre sí por las articulaciones manubrioesternal y xifoesternal, el manubrio forma una articulación con la clavícula llamado articulación esternoclavicular.
- Costillas → Existen 12 pares de costillas
 - ↓
 - 10 costillas se articulan con el esternón por medio de sus Cartilagos costales
 - ↓
 - 2 últimos pares se insertan posteriormente a la columna
 - 7 pares (Costillas Verdaderas) → cada una tiene su propio cartilago costal por el cual se unen al esternón
 - 3 pares (Costillas Falsas) → sus cartilagos se conectan a los cartilagos costales de la costilla superior
- Articulación Costovertebrales → articulaciones entre las costillas y la columna torácica
- Articulación Costocondrales → entre las costillas y sus respectivos cartilagos

Scribe

②

Ventilación Mecánica

10/04/24/2

- la ventilación mecánica o ventilación de presión positiva, es un procedimiento que suplente la función respiratoria del px o le asiste para que pueda llevarlo a cabo

- ¿En qué consiste? → se conoce como ventilación artificial -

↓
emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona, que no puede o no desea que se haga por sí misma, de forma que mesure la oxigenación e influya así mismo en la mecánica pulmonar

- Ventilador → es un generador de presión positiva en la vía aérea que suplente la fase activa del ciclo respiratorio (se fuerza la entrada de aire en la vía aérea central y en los alveolos)

↓
El principal beneficio, consisten en el intercambio gaseoso y la disminución del trabajo respiratorio

- Ventilación Mecánica Invasiva → Ventilación mecánica tradicional -

↓
se realiza a través de un tubo endotraqueal o un tubo de traqueostomía (procedimiento en el cual se coloca una cánula o sonda en la tráquea para

Scribe

3

Semiología X Propedeutica

10/04/24/2

- **Propedeutica** → estudio que precede a la clínica, enseña a conocer los síntomas, como recogerlos, apreciar e interpretar
 - ↓
 - **Medica** → enfermedades cuyo tx empleamos medicamentos
 - **Qx** → enf. cuyo tx requiere intervenciones quirúrgicas
- **Adyuvantes** → favorecen las eAcientes, ya sea menor resistencia transitoria del organismo o aumentada por agentes morbosos
- **Predisponentes** → causas que determinan una menor resistencia del organismo y los medios de defensa que este posee
- **Determinantes** → desencadenan el proceso patológico
- **Semiología** → estudio de cada uno de los síntomas que presenta el px, investiga causas, interpreta e indica las enfermedades
- **Diagnostico** → (tipos) etiológico/patogenico/anatomopatológico/fisiopatológico/sindromático/Nosológico/integral
- **Pronostico** → predicción probable segura de una enfermedad
- **Tratamiento** → medios profilácticos, higienicos, dietéticos y terapéuticos que combate la enfermedad y evita su propagación
- **Interrogatorio** → **A.L.I.C.I.A.** → Aparición / localización / intensidad / caracter / Irradiación / Atenuantes

Scribe

14

Neumotorax

10/04/24/2

- Afección potencialmente mortal, debido a la acumulación de aire en el espacio pleural, lo que puede provocar un colapso parcial o total de un pulmón
 - Traumático
 - ↳ abierto → una conexión a través de la pared torácica
 - ↳ cerrado → sin conexión con el aire exterior
 - Espontáneo
 - ↳ primario → no se identifica enfermedad adyacente
 - ↳ secundario → afección pulmonar preexistente conocida
 - Epidemiología → Traumático → más común / 5-7 x 10,000 ingresos /
↓
1-2% neonatos
 - ↳ Espontáneo primario → más fcte 20-30 años / más en hombres (3:1)
 - ↳ Espontáneo secundario → Px mediana edad - mayores / más en hombres
 - Etiología → Traumático → lesión contusa o penetrante / iatrogenia:
↓ - ↳ Espontáneo → primario → idiopático (vesículas o bullas subpleurales)
↓
↳ secundario → EPOC / Bronquiectasias /
neoplasias pulmonares / inf. pulmonares / enf. genéticas /
trastorno pulmonar quístico / tabaquismo (factor riesgo)
- Síntomas → Asintomático (neumotorax pequeño) / Disnea / dolor agudo súbito en el lado afectado / dolor torácico pleurítico

Scribe

⑥

Hemotorax

10/04/24/2

- Acumulación de sangre en la cavidad pleural, ocurre con mayor frecuencia debido al daño de las arterias intercostales o por una laceración pulmonar, al menos 50% acumulado
- Causa traumática → lesión del parénquima pulmonar (t común) / lesión arterial / iatrogena
- Causa no traumática → malignidad / medicamentos anticoagulantes / coagulopatías / disección - aneurisma aórtico / TB / infecciones necrosantes
- Fisiopatología → Componente hemodinámico → ↓ precarga por constricción de la vena cava / ↑ restricción del movimiento de la pared cardíaca / ↑ presión hidrostática → hipertensión pulmonar
- Componente respiratorio → ↓ volumen corriente / desasuste de ventilación / perfusión (V/Q) / derivación anatómica
- Síntomas → Disnea / dolor torácico
- Signos → Sonidos respiratorios ipsilaterales ausentes o ↓ / desviación traqueal / matidez a la percusión / crepitación
Signos de Shock hemorrágico en grandes hemotorax
↳ Hipotensión / taquicardia / taquipnea / ↓ presión Venosa yugular

Scribe

7

Pericardiocentesis

10/04/24/2

- Procedimiento invasivo, en el cual se drenan el líquido del pericardio hacia la pleura



- Debe contarse con acceso inmediato al equipo de reanimación
- Se recomienda **Sedación intravenosa**.
- Ex p^o debe permanecer en posición decubito supino, con la cabeza elevada 30° respecto a la posición horizontal

- Procedimiento → Se ensambla una aguja de 7.5 mm y un diámetro 16 con muesca corta a una válvula de 3 vías y una jeringa de 30-50 ml



el pericardio se puede abordar a través del ángulo xifocostal dch-izq, o desde la punta del apéndice xifoides con la aguja en dirección interna

↳ luego se avanza la aguja mientras se aplica aspiración constante con la jeringa

→ puede emplearse ecocardiografía para guiar la aguja mientras se inyecta solución fisiológica agitada a través de ella

→ la ecocardiografía se emplea para identificar el sitio de punción óptimo y la trayectoria de la aguja

Scribe

9

Avances Pleurales

10/04/24/2

- Colocación de un tubo en el espacio pleural
- objetivos
 - eliminar líquido o aire en cavidad pleural
 - impedir que el aire o líquido retornen a la misma
- Drenaje pleural → indicaciones → Neumotorax / Hemotorax /
empiema / Derrame pleural masivo /
Quilotorax / tras Cx torácica
- Técnica colocación drenaje → informar al px y petición del
consentimiento informado / material necesario /
colocar al px en posición / limpieza de zona de
inserción / localizar la cámara pleural /
incisión en piel con bisturí / inserción del
drenaje / conexión al sistema de drenaje pleural /
fijación de drenaje / colocación de apósito /
Rx torax de control
- Variantes de la técnica
 - Diseción roma
 - con frador o trocar
 - pleurecath
 - técnica de Seldinger

Scribe

LAPAROSCOPIA

La laparoscopia es el examen del contenido abdominal utilizando laparoscopio e iluminación con fibra óptica, La laparoscopia, al igual que la laparotomía, se recomienda en el abordaje del abdomen con fines de diagnóstico y tratamiento.

- **Intervención de las vías biliares:** Colecistitis calculosa aguda y crónica, Coledocolitiasis con obstrucción y sin ella, Papilotomía transcoledociana y anterógrada.
- **Tx de ERGE:** Funduplicatura, Implantación de prótesis de Angelchik.
- **Tx de ACALASIA**
- **Tx de Úlcera DUODENAL**
- **Tx de hernia INGUINAL**
- **Tratamiento de la enfermedad diverticular del colon.**
- **Resecciones de colon por neoplasias malignas.**
- **Resección abdominoperineal del recto.**
- **Resección del bazo.**
- **Intervención ginecológica.**
- **Cx UROLOGICA**

PREPARACION

La preparación del paciente para laparoscopia no difiere de la preparación para laparotomía en igualdad de diagnósticos preoperatorios. Todo paciente que ingresa para el procedimiento debe ser ampliamente informado de la posibilidad, siempre presente, de que se tenga que efectuar una operación "convencional"; para este propósito se debe recabar el consentimiento informado por escrito.

LAPAROSCOPIO

Es un instrumento telescópico óptico, de visión frontal o desde un ángulo y de componentes delicados, que se esteriliza por lo general en el autoclave de gas. Se prefiere el telescopio de calibre de 10 mm, pero se pueden utilizar endoscopios de menor calibre cuya desventaja es que se pierde luminosidad de la imagen.

Cable de fibra óptica y fuente luminosa

Se trata de un cable de fibra óptica, también estéril, que conduce la luz sin deformarla; por uno de sus extremos se conecta al laparoscopio y por el otro lado a la fuente luminosa, la cual queda instalada sobre una consola o mesa de Pasteur, fuera del campo estéril, para ser controlada por el personal no estéril del grupo.

APENDICECTOMÍA

Preparación preoperatoria

- Hidratación
- Sobre todo en niños y ancianos
- Procurar una diuresis adecuada

Colocación de SNG

- (disminución del vomito durante al inducción anestésica)
- Administración de antipiréticos
- Administración de antibióticos

Incisión

No existe un abordaje quirúrgico universal, Se la ubicación del apéndice sobre todo por el punto de hipersensibilidad, Mas frecuente incisión inferior derecha con separación muscular

Incisión de Roux: incisión de apendicectomía, Sigue una dirección paralela al arco crural, a 2 cm por dentro de la espina iliaca anterosuperior

Incisión de Sonnenburg: incisión simple en el hemiabdomen derecho, paralela al arco crural que secciona oblicuamente todos los planos musculares

La incisión de Jalaguier: es una laparotomía pararectalderecha infraumbilical.

La incisión de Mc Burnney:

piel, el tejido celular subcutáneo siguiendo la dirección de las fibras del oblicuo mayor. La incisión pasa por el punto de Mc Burnney, Se profundiza hasta llegar aponeurosis, en la Divulsión muscular, se separa la aponeurosis del musculo oblicuo mayor

divulsión las fibras musculares: músculos oblicuo mayor, menor y transverso, como si fueran uno solo con pinzas de hemostasia hasta llegar a la fascia transversalis

Se colocan entonces dos separadores angostos, se procede a la divulsión de todas las capas musculares en sentido de la incisión con una sola y firme maniobra

Se toma peritoneo con dos pinzas, cuidando de no tomar las visceras que se encuentran debajo del mismo, La apertura del peritoneo (se realiza con bisturí y se continua con tijera)

A continuación: se colocan los dos trocares restantes, uno supra pùblico y otro en el cuadrante inferior izquierdo, cuidando de no lesionar la arteria epigàstrica, Una vez liberado el apéndice de su meso y disecado hasta su base: se colocan entonces dos ligaduras a 3-4 mm de su implantación en el ciego y se secciona con tijera entre las mismas

Para retirar el apéndice del abdomen se lo debe extraer en bolsa para evitar la contaminación de la herida

ACCESOS VASCULARES

El término Acceso Vascular significa el ingreso de un dispositivo (DIV) al Sistema Circulatorio con distintas finalidades:

- Infusión de drogas o soluciones
- Extracción de muestras de laboratorio
- Control hemodinámico: Medición de la Presión Venosa Central (PVC) y Presión Arterial (PAI)
- Monitorización de los gases arteriales

Tabla 1 - CLASIFICACIÓN DE LOS ACCESOS VASCULARES

ACCESOS VASCULARES (AV)	AV VENOSOS (AVV)	TIPO DE CATÉTER	SITIO DE INSERCIÓN	UBICACIÓN DEL CATÉTER
		AVV PERIFÉRICOS (AVVP)	Dorso de la mano Cefàlica, Basílica, Humeral	PERIFÉRICO
	AVV CENTRALES (AVVC)	Umbilical, Subclavia, Yugular, Femoral	Subclavia, Axilar, Yugular, Femoral, Iliaca, Vena Cava Superior (VCS), Vena Cava Inferior (VCI), Aurícula Derecha	
	AV ARTERIALES (AVA)	AVA PERIFÉRICOS (AVAP)	Radial, Cubital, Temporal, Tibial posterior	PERIFÉRICO
AVA CENTRALES (AVAC)	Umbilical, Axilar, Femoral, Aurícula Izquierda	Aurícula Izquierda Aorta		

Tabla 3 - UTILIZACIÓN DEL DIV

AV	TIPO DE CATÉTER	DIV	UTILIZACIÓN
VENOSOS	PERIFÉRICO	Agua de acero Catéteres de Teflón	Adm. de Sol. Inotónicas ATB Terapia Adm. de Liposol Adm. de hemoderivados
	CENTRAL	Catéteres umbilicales de simple y DL PICC, Catéteres de Silastic Catéteres DL y TL Catéteres semi-implantables (Tipo Hickman o Broviac)	Adm. de Sol. Hiperosmóticas Adm. de NPT y Líquidos Adm. de Drogas vasoactivas (DIVA) Adm. de hemoderivados (según el catéter) Medición de PVC (según el catéter)
ARTERIALES	PERIFÉRICO	Catéteres de Teflón	Toma de muestras de sangre Medición de PA
	CENTRAL	Catéteres umbilicales de simple y DL	Toma de muestras de sangre Medición de PA Adm. de Sol. Inotónicas Adm. de NPT y Líquidos Adm. de hemoderivados (según el catéter)