



Resumen

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen anatomía de tórax

Parcial 2°

Técnicas Quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 11 de abril del 2024.



Resumen

*Sum 2.0
Muy Bien =)*

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen anatomía de tórax

Parcial 2°

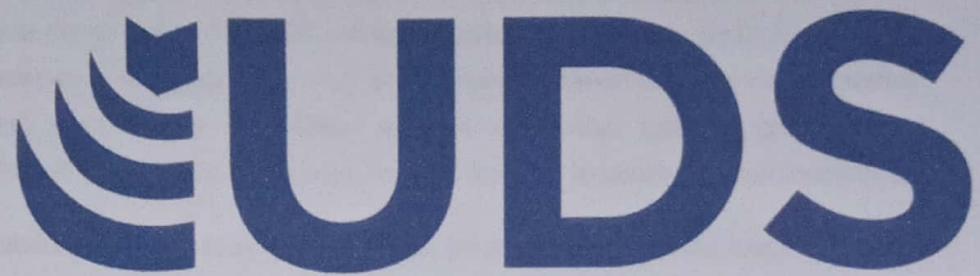
Técnicas Quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 11 de abril del 2024.



Mi Universidad

Def 2.0

Resumen

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen Abdomen

Parcial 2°

Técnicas Quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 16 de abril del 2024.



Mi Universidad

Resumen

Ex/ 2.0

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen Cirugía de mínima invasión, cirugía robótica, cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales y cirugía laparoscópica de una sola incisión

Parcial 2°

Técnicas Quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 19 de abril del 2024.



Resumen

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen apéndice

Parcial 2°

Técnicas Quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 25 de abril del 2024.

Apéndice

Las enfermedades del apéndice son una causa frecuente de ingreso a urgencias en los hospitales y la apendicectomía es uno de los procedimientos de urgencia más frecuentes realizados en medicina contemporánea. La primera apendicectomía conocida fue realizada en 1736 por Claudius Amyand en Londres.

Embriología

La sexta semana del desarrollo embrionario humano, el apéndice y el ciego aparecen como evaginaciones del extremo caudal del intestino medio. El apéndice se puede ubicar en cualquier parte del cuadrante inferior del abdomen, la pelvis o el retroperitoneo.

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. 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

Órgano inmunitario que activamente participa en la secreción de inmunoglobulinas, sobre todo inmunoglobulina A. El apéndice puede funcionar como un reservorio para recolonizar el colon con bacterias saludables.

Apendicitis aguda

Epidemiología: El riesgo de que se presente apendicitis en el curso de la vida es de 8.6% para los varones y de 6.7% para las mujeres, siendo la frecuencia más alta en el segundo y tercer decenios de la vida.

Etiología y patogenia

La obstrucción de la luz consecutiva a fecalitos o hipertrofia al tejido linfoide se propone como el principal factor etiológico de la apendicitis aguda. La obstrucción proximal de la luz apendicular produce una obstrucción de asa cerrada, y la secreción normal continuada por la mucosa apendicular rápidamente produce distensión. La distensión del apéndice

estimula las terminaciones nerviosas de las fibras viscerales aferentes estiradas y produce un dolor vago, sordo, difuso en la parte media del abdomen o en la porción baja del epigastrio. La distensión aumenta por la secreción continuada de la mucosa y la multiplicación rápida de las bacterias residentes del apéndice. Esto ocasiona náusea refleja y vómito, y aumenta el dolor visceral. A medida que aumenta la presión en el órgano, se sobrepasa la presión venosa. Los capilares y las vénulas son ocluidos mientras continúa la afluencia de sangre arterial, lo que produce ingurgitación y congestión vascular. El proceso inflamatorio pronto afecta a la serosa del apéndice y a su vez al peritoneo parietal. Esto produce el cambio característico del dolor hacia la fosa iliaca derecha.

Presentación clínica

El proceso inflamatorio del apéndice se manifiesta con dolor, que al inicio es de tipo visceral difuso y más tarde se vuelve más circunscrito a medida que se irrita el peritoneo.

Principales síntomas como: dolor periumbilical y difuso que tarde o temprano se circunscribe a la fosa iliaca derecha; náusea, vómito y anorexia. La diarrea puede presentarse asociada a la perforación, sobre todo en los niños.

Signos: Los datos físicos están determinados por la aparición de irritaciones peritoneales e influidas por el hecho de que el órgano ya se haya perforado cuando se exploró inicialmente al paciente. Otro dato a resaltar son los signos del psoas y mac burney positivo.

Laboratorio: La leucocitosis leve suele presentarse en pacientes con apendicitis aguda, no complicada y por lo general se acompaña de un aumento de los polimorfonucleares. Un incremento de la concentración de proteína C reactiva (CRP) es un indicador potente de apendicitis, sobre todo en la apendicitis complicada.

Dx: La calificación de Alvarado es el sistema de calificación más utilizado.

Estudios de imágenes. Las radiografías simples del abdomen pueden mostrar la presencia de un fecalito y la carga fecal en el ciego que acompaña a la apendicitis. La ecografía y la CT son las pruebas de imágenes que se utilizan con más frecuencia en pacientes con dolor abdominal, sobre todo para valorar posible apendicitis.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico del abdomen agudo. Un cuadro clínico idéntico puede deberse a una amplia gama de procesos agudos en la cavidad peritoneal que producen las mismas alteraciones

fisiológicas que la apendicitis aguda. Depende de cuatro factores principales: la ubicación anatómica del apéndice inflamado; la etapa del proceso (no complicado o complicado); la edad y género del paciente.

Pacientes pediátricos. La adenitis mesentérica aguda es la enfermedad que más a menudo se confunde con apendicitis aguda en niños.

Pacientes ancianos. La diverticulitis o el carcinoma perforante del ciego o de una porción del sigmoidees superpuesta en la porción baja del abdomen puede ser imposible de distinguir de la apendicitis.

Pacientes femeninos. Las enfermedades de los órganos de la reproducción internos de la mujer que incorrectamente pueden diagnosticar signos de apendicitis son, en orden descendente de frecuencia aproximada, enfermedad inflamatoria pélvica, rotura de folículo de Graaf, torsión de quiste o tumor de ovario, endometriosis y embarazo ectópico roto. En consecuencia, la frecuencia de diagnóstico incorrecto sigue siendo más alta en las mujeres.

Paciente inmunodeprimido. La frecuencia de apendicitis aguda en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es del orden de 0.5% según estudios.

Tratamiento inicial

Apendicitis no complicada: el tratamiento quirúrgico ha sido el estándar desde que McBurney comunicó sus experiencias. En primer lugar, en los pacientes en un entorno en que no se dispone de tratamiento quirúrgico, el tratamiento sólo con antibióticos resultó eficaz. En segundo lugar, muchos pacientes con signos y síntomas compatibles con apendicitis en quienes no se aplicó tratamiento médico, en ocasiones tenían resolución espontánea de su enfermedad.

Apendicitis complicada: La apendicitis complicada por lo general se refiere a una apendicitis perforada que suele asociarse a un absceso o flemón, Los niños < 5 años de edad y los pacientes > 65 años tienen las tasas más altas de perforación. La tasa de perforación aumenta conforme se incrementa la duración de los síntomas.

CIRUGÍAS PARA EL APÉNDICE

Apendicectomía abierta: se lleva a cabo con el paciente bajo anestesia general; se coloca al paciente en decúbito dorsal. Se prepara el abdomen y se colocan campos para cubrirlo todo, por si es necesario realizar una incisión más grande. En etapas tempranas de la

apendicitis no perforada, suele utilizarse una incisión en el cuadrante inferior derecho en el punto de McBurney (a un tercio de la distancia desde la espina iliaca anterosuperior hasta el ombligo). Se realiza una incisión de McBurney (oblicua) o de Rocky-Davis (transversa) que separe los músculos del cuadrante inferior derecho. Si se sospecha apendicitis perforada o hay dudas sobre el diagnóstico, se considera la laparotomía en la porción baja de la línea media.

Apendicectomía laparoscópica: se lleva a cabo bajo anestesia general. Se utiliza una sonda orogástrica o nasogástrica y un catéter urinario. Se coloca al paciente en decúbito dorsal con su brazo izquierdo fijo y asegurado con cintas en la mesa de operaciones. Tanto el cirujano como el ayudante deben estar a la izquierda del paciente de frente hacia el apéndice. Se deben colocar los monitores a la derecha del paciente o en el pie de la cama. La apendicectomía laparoscópica normal suele utilizar tres puertos de acceso. se utiliza un trócar de 10 o 12 mm al nivel del ombligo, en tanto que los dos trócares de 5 mm se colocan en la región suprapúbica y en la fosa iliaca izquierda. El paciente debe colocarse en posición de Trendelenburg e inclinado hacia la izquierda. El apéndice se identifica de la misma forma que en la cirugía abierta siguiendo la tenia libre del colon hasta la base del apéndice.

NEOPLASIAS DEL APÉNDICE

Prevalencia de las neoplasias: En múltiples estudios se ha valorado la prevalencia de lesiones expansivas presentes en especímenes de apendicectomía. La prevalencia de identificación de una masa dentro del apéndice es < 1%. El carcinoma apendicular y los adenomas apendiculares son las lesiones identificadas con mayor frecuencia.

1. Carcinoide: La presencia de una masa bulbar firme y amarillenta en el apéndice debe despertar la sospecha de un carcinoide apendicular.
2. Adenocarcinoma: El adenocarcinoma primario del apéndice es una neoplasia infrecuente con tres subtipos histológicos principales: adenocarcinoma mucinoso, adenocarcinoma colónico y adenocarcinoide.
3. Mucocele: Un mucocele del apéndice es una dilatación obstructiva por la acumulación intraluminal de material mucoide. Los mucocelos pueden deberse de uno a cuatro procesos: quistes de retención, hiperplasia de la mucosa, cistadenomas y cistadenocarcinomas.

4. Seudomixoma peritoneal: Es un trastorno infrecuente en el cual ocurren derrames de líquido gelatinoso tras implantes en las superficies peritoneales y el epiplón. Elseudomixoma es dos a tres veces más común en mujeres que en varones.
5. Linfoma El linfoma del apéndice es en extremo poco común. El tubo digestivo es la zona extraganglionar afectada con mayor frecuencia por los linfomas no Hodgkin. También se han comunicado otros tipos de linfoma apendicular, como el de Burkitt, así como la leucemia.



Resumen

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen accesos vasculares, venosos y arteriales, periféricos y centrales

Parcial 2°

Técnicas Quirúrgicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 25 de abril del 2024.

Accesos vasculares, venosos y arteriales, periféricos y centrales

Las técnicas endovasculares pueden tratar la totalidad de la patología vascular, lo que incluye estenosis y oclusiones de diversos orígenes, enfermedades aneurismáticas y lesiones traumáticas.

Agujas y accesos

Para lograr el acceso vascular percutáneo se utilizan agujas. El tamaño de la aguja depende del diámetro del alambre guía utilizado. se utilizan agujas de calibre 18, las cuales dan cabida a guía de alambre de 0.035 pulg. Una aguja de micropunción calibre 21 acepta una guía de alambre de 0.018 pulg. La aguja de acceso más utilizada es la de Seldinger, que puede utilizarse con técnicas de punción de una o dos paredes vasculares.

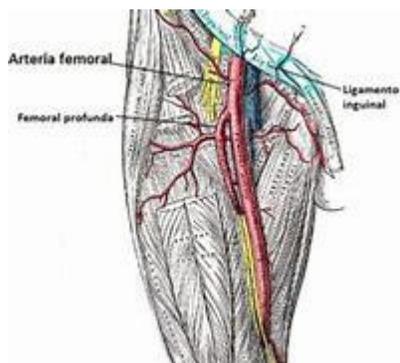
La arteria femoral es el sitio de acceso más común. La arteria femoral común se punciona sobre el tercio interno de la cabeza femoral, que puede ubicarse con el empleo de fluoroscopia.

La técnica de punción de una sola pared requiere una aguja biselada cortante y sin estilete central. La punción que se da a la pared vascular anterior se realiza con el bisel de la aguja apuntando hacia arriba; la hemorragia pulsátil a través de la aguja indica su posición intraluminal.

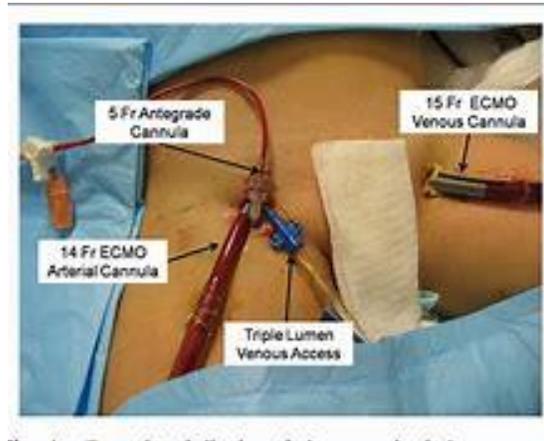
Este método es el más útil para las punciones para injertos, pacientes con perfiles de coagulación anormales o si se espera el uso de tratamiento trombolítico.

Una vez que la aguja se coloca en posición intraluminal, se verifica el sangrado de retorno y se hace avanzar la guía de alambre con suavidad y bajo guía fluoroscópica para evitar disección de la subíntima o rotura de la placa.

El acceso femoral retrógrado es la técnica más común para el acceso arterial.

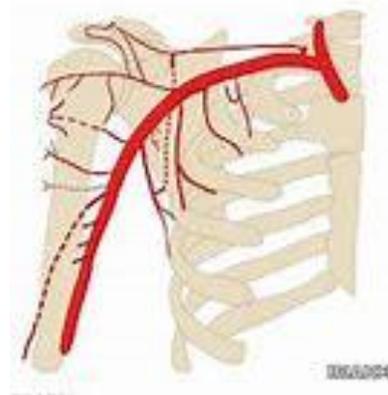


El acceso femoral anterógrado es más difícil que el retrógrado y es más probable que se puncione la SFA, pero es de gran utilidad cuando no puede atravesarse la bifurcación aórtica o cuando los dispositivos no tienen la longitud suficiente para alcanzar una lesión desde un acceso femoral contralateral.



Arteria humeral: cuando las arterias ilíacas bilaterales o la aorta son inaccesibles por la extensión de las lesiones ateroscleróticas, cicatrización o presencia de conductos de derivación, debe utilizarse la arteria humeral para el acceso en intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Se punciona la arteria humeral izquierda porque con esto se evita el origen de la arteria carótida y por lo tanto disminuye el riesgo de embolia cerebral relacionada con el catéter.

El acceso a la arteria se lleva a cabo con una aguja delgada, justo proximal al pliegue antecubital. El uso del acceso humeral se asocia con mayor riesgo de trombosis y lesión nerviosa que el acceso femoral.



Guías de alambre

Las guías de alambre se utilizan para introducir, colocar e intercambiar catéteres. Por lo común son flexibles con un extremo distal rígido. sólo se coloca en el vaso sanguíneo el extremo flexible de la guía de alambre. Todas las guías están compuestas por un centro

rígido y un resorte externo, lo que permite que se coloque un catéter sobre las mismas. Hay cinco características esenciales de las guías de alambre: tamaño, longitud, rigidez, cubierta y configuración de la punta; se encuentran disponibles con diferentes diámetros transversales máximos que varían de 0.011 a 0.038 pulgadas.

Vainas hemostáticas

Son dispositivos a través de los cuales se realizan procedimientos endovasculares. La vaina protege al vaso sanguíneo de la lesión mientras se introducen las guías de alambre y los catéteres. La válvula unidireccional evita la hemorragia a través de la vaina y la vía de acceso lateral permite la administración de medio de contraste o de heparina durante el procedimiento.

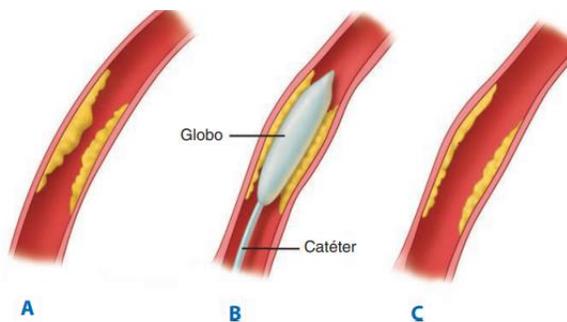


Catéteres

Se utilizan para realizar angiografías, proteger el paso de globos y endoprótesis y pueden utilizarse para dirigir la guía de alambre a través de estenosis estrechas o vasos de trayecto tortuoso.

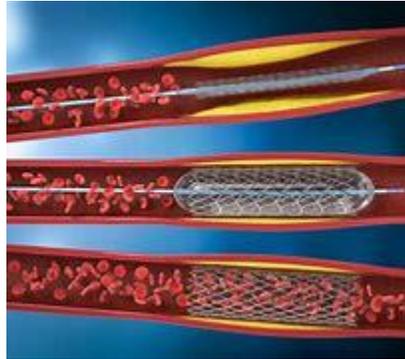
Angioplastia con globo:

Se utilizan para realizar angioplastia en segmentos con estenosis vascular, para desplegar endoprótesis y para permitir la expansión adicional después de la introducción de endoprótesis autoexpandibles. . La duración del inflado del globo y la presión utilizada para la angioplastia dependen de la indicación para la intervención y de la ubicación y características de la lesión a tratar.



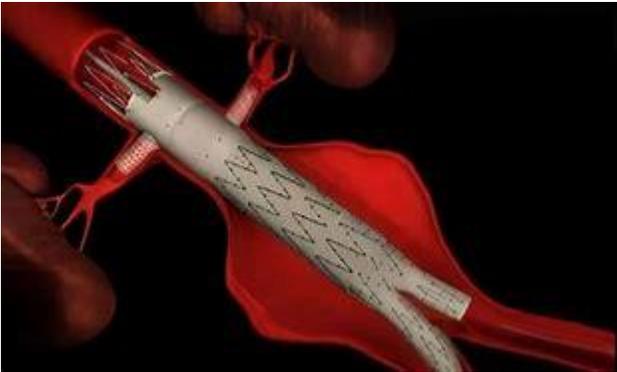
Endoprótesis

Las endoprótesis vasculares se utilizan con frecuencia después de una angioplastia inadecuada con disección o con rebote elástico de una estenosis arterial. Sirven para sostener vasos susceptibles de compresión y ayudan a evitar la recurrencia de la estenosis por aterosclerosis. Las indicaciones apropiadas para la colocación primaria de endoprótesis en una lesión sin una angioplastia inicial han evolucionado en formas que dependen de la extensión y sitio de la lesión.



Endoprótesis cubiertas

Las combinaciones de endoprótesis metálicas cubiertas con material tejido dieron origen a las primeras endoprótesis cubiertas. Las endoprótesis cubiertas se diseñaron con poliéster o PTFE y se han empleado de manera predominante para el tratamiento de lesiones vasculares de origen traumático.



CLASIFICACIÓN DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE ACUERDO AL SITIO DE INSERCIÓN

De acuerdo con el sitio de inserción, los catéteres venosos centrales se clasifican en diferentes categorías, como se describe a continuación:

1. Centrales de inserción periférica (PICC): Estos catéteres se insertan en una vena periférica, generalmente en la extremidad superior, y se avanzan hasta una vena central, como la vena cefálica o la vena basilíca. Aunque se colocan en una vena periférica, se consideran catéteres venosos centrales debido a su ubicación final en una vena central.

Los PICC son más delgados y flexibles que otros catéteres centrales y se utilizan principalmente para administrar medicamentos a largo plazo, nutrición parenteral o quimioterapia. Debido a su diseño, se pueden mantener en su lugar durante varias semanas.

2. Centrales: Estos catéteres se insertan directamente en una vena central y se clasifican según el sitio de inserción. Las ubicaciones comunes incluyen:

- a. Subclavia: Se insertan a través de una vena subclavia, que se encuentra debajo de la clavícula. Esta ubicación proporciona un acceso seguro y estable, con un menor riesgo de complicaciones relacionadas con la inserción. Los catéteres subclavios se utilizan en diversas situaciones clínicas y se pueden mantener durante períodos de tiempo variables, según las necesidades del paciente.

- b. Yugular interna: Se insertan a través de la vena yugular interna, que se encuentra en el cuello. Esta ubicación permite un acceso rápido y relativamente fácil, y se utiliza comúnmente en situaciones de emergencia. Sin embargo, los catéteres yugulares internos pueden tener un mayor riesgo de complicaciones, como infecciones o trombosis.

- c. Yugular externa: Se insertan a través de la vena yugular externa, que se encuentra en el lateral del cuello. Esta ubicación se utiliza con menos frecuencia que las anteriores, pero puede ser una opción cuando existen contraindicaciones para otros sitios de inserción. Los catéteres yugulares externos también pueden ser utilizados en pacientes con coagulopatías, ya que esta ubicación no está contraindicada en esos casos.

- d. Femoral: Se insertan a través de la vena femoral, que se encuentra en la región inguinal. Esta ubicación se utiliza cuando no es posible o no se recomienda el acceso a través de las venas subclavia o yugular. Sin embargo, los catéteres femorales están asociados con un mayor riesgo de infecciones y complicaciones, y

se prefieren en situaciones de corta duración o cuando otros sitios de inserción no son viables.

catéter venoso central;

