



Mi Universidad

Surf 1.8

RESUMEN

Derlin Guadalupe Castillo González

Resumen de temas

2do parcial

Técnicas quirúrgicas básicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en medicina humana

6to semestre



Mi Universidad

Seef 2.0

RESUMEN

Derlin Guadalupe Castillo González

Resumen de temas

2do parcial

Técnicas quirúrgicas básicas

Dra. Brenda Paulina Ortiz Solís

Licenciatura en medicina humana

6to semestre

Dein

Sally 2.0

SUTURAS DE LA PARED ABDOMINAL

Existen varias técnicas de sutura que se utilizan comúnmente en la pared abdominal durante procedimientos quirúrgicos. Algunas de las suturas más comunes incluyen:

- **Sutura continua:** Se utiliza para cerrar incisiones largas de manera uniforme. El cirujano pasa el hilo a través del tejido en una dirección continua, asegurándolo al final del cierre.
- **Sutura interrumpida:** Consiste en hacer nudos separados a lo largo de la incisión para cerrarla. Cada nudo se ata de forma independiente, lo que proporciona más flexibilidad y control en el cierre de la herida.
- **Sutura en bolsa de pastor:** Esta técnica implica el uso de puntos anchos que abarcan grandes áreas de tejido. Es útil para cerrar incisiones en tejidos gruesos o donde se necesita una mayor resistencia.
- **Sutura en U invertida:** Se utiliza para cerrar incisiones en capas separadas de tejido. El hilo se coloca en forma de "U" invertida, penetrando y asegurando las capas de tejido juntas.
- **Sutura en X de Lembert:** Esta técnica se utiliza para cerrar capas de tejido con un punto que atraviesa y asegura las capas, formando una "X". Es especialmente útil para detener el sangrado y reforzar la unión de tejidos.

CONCEPTOS BASICOS DE CIRUJIA LAPAROSCOPICA

La cirugía laparoscópica es una técnica quirúrgica mediante la cual se insertan tubos cortos y delgados (trócares) en el abdomen, utilizando pequeñas incisiones (inferiores a un centímetro). A través de estos trócares se insertan instrumentos largos y angostos, que el cirujano utiliza para manipular, cortar y coser tejidos.

1. **Laparoscopia:** Es un instrumento delgado y largo con una cámara en el extremo que permite al cirujano ver el interior del abdomen en una pantalla de video.
2. **Insuflación:** Durante la cirugía laparoscópica, se insufla dióxido de carbono en el abdomen para crear espacio y permitir una mejor visualización de los órganos.
3. **Trocares:** Son instrumentos tubulares que se insertan a través de pequeñas incisiones en la pared abdominal para permitir la entrada del laparoscopio y otros instrumentos quirúrgicos.
4. **Pinzas y tijeras laparoscópicas:** Son instrumentos especializados que se utilizan para manipular tejidos y órganos dentro del abdomen a través de las pequeñas incisiones.
5. **Sutura intracorpórea:** Algunas cirugías laparoscópicas permiten realizar suturas dentro del cuerpo utilizando agujas y dispositivos especiales diseñados para trabajar a través de las pequeñas incisiones.
6. **Endoestaplers:** Son dispositivos que se utilizan para cortar y sellar tejidos durante la cirugía laparoscópica. Son útiles para dividir órganos o vasos sanguíneos de manera segura.
7. **Tiempo de recuperación más rápido:** La cirugía laparoscópica generalmente resulta en tiempos de recuperación más cortos y menos dolor postoperatorio en comparación con la cirugía abierta tradicional debido a las incisiones más pequeñas y el menor trauma tisular.
8. **Menor riesgo de infección:** Con menos tejido expuesto, hay un menor riesgo de infección en comparación con la cirugía abierta.

¿Presión máxima de CO₂?

DEALIN
Dij 20
Sep 1.8
Fallaron en
apellidos por
disección.

Apendicectomía abierta

Por lo general 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. Si bien se ha comunicado que la posición de la base del apéndice puede cambiar con el embarazo, estudios prospectivos han demostrado que el embarazo no cambia la proporción de pacientes con la base apendicular a no más de 2 cm del punto de McBurney.

Después de entrar en la cavidad abdominal, se debe colocar al paciente en posición de Trendelenburg leve con rotación de la cama hacia la izquierda del paciente. Si no se identifica fácilmente el apéndice, se localiza el ciego. Siguiendo las tenias (las tenias anteriores), la más visible de las tres tenias del colon, hacia la porción distal, se puede identificar la base del apéndice.

El apéndice a menudo tendrá adherencias a la pared lateral o la pelvis que se pueden liberar mediante disección.

Apendicectomía laparoscópica

La apendicetomía 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. Por lo general, 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.

A través del trócar infraumbilical, se diseca suavemente el mesenterio en la base del apéndice y se crea una ventana. Por lo general se aplica una grapa en la base del apéndice, y luego se efectúa la sutura automática mecánica del mesenterio. Como alternativa, el mesenterio se puede dividir mediante un dispositivo de energía o se le puede aplicar un clic en la base del apéndice inmovilizada con una endoasa. Se examina con cautela el muñón para asegurarse de la hemostasia, de que el corte de la base del apéndice haya sido completo y confirmar que no quede el muñón. Se reseca el apéndice a través del trócar infraumbilical en una bolsa de recuperación.