



**Mi Universidad**

Nombre de los Alumnos:

Hannya Eunice Domínguez Santiago

**Karla Sofia Tovar Albores**

Darío Antonio Hernández Mesa

Nombre del tema: LUI embarazo molar

Parcial: II

Nombre de la Materia: enfermería medico-quirúrgica

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6° "B"

*Comitán de Domínguez a 14 de junio 2024*



**LUI (BIOPSIA)  
EMBARAZO MOLAR**

# ANTECEDENTES HISTORICOS

## Siglo XIX

### Primeras Descripciones y Procedimientos:

- 1800s: Los primeros intentos de evacuar el útero en casos de aborto y otras complicaciones del embarazo se realizaban con instrumentos rudimentarios. Sin embargo, estos procedimientos eran peligrosos y a menudo resultaban en complicaciones severas.

## Siglo XX

### Desarrollo y Refinamiento del LUI:

- 1920s-1930s: El desarrollo de instrumentos ginecológicos más avanzados, como las curetas de metal, permitió a los médicos realizar legrados uterinos con mayor eficacia y seguridad. Durante este tiempo, se comenzó a utilizar el legrado para tratar el embarazo molar, aunque la comprensión de la enfermedad aún era limitada.

# ANTECEDENTES HISTORICOS

## **Manejo del Embarazo Molar:**

- 1940s-1950s: Con la mejora de la anestesia y las técnicas quirúrgicas, el legrado uterino instrumentado se convirtió en el método estándar para tratar el embarazo molar. Los médicos comenzaron a reconocer la importancia de la evacuación completa del contenido uterino para prevenir complicaciones como la enfermedad trofoblástica persistente.

## **Ecografía y Diagnóstico Mejorado:**

- 1960s-1970s: La introducción de la ecografía revolucionó el diagnóstico prenatal, incluyendo la identificación de molas hidatiformes. Esto permitió un diagnóstico más temprano y preciso, lo que mejoró los resultados del tratamiento con legrado uterino.

## **Monitoreo de hCG y Seguimiento:**

- 1970s-1980s: La medición de los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) se convirtió en una herramienta esencial para el seguimiento de pacientes después del legrado uterino. La disminución de los niveles de hCG indicaba la remoción completa del tejido molar, mientras que niveles elevados persistentes sugerían la presencia de enfermedad trofoblástica persistente.

# ANTECEDENTES HISTORICOS

## Siglo XXI

### Avances Modernos y Estándares Actuales:

- 2000s-Presente: Las técnicas de legrado uterino han continuado refinándose. El uso de la succión-aspiración (aspiración por vacío) se ha convertido en el método preferido para evacuar el contenido uterino en casos de embarazo molar, debido a su menor riesgo de perforación uterina y complicaciones.
- Técnicas Histeroscópicas: En algunos casos, se utiliza la histeroscopia para visualizar directamente el interior del útero durante el procedimiento, asegurando una evacuación completa y reduciendo el riesgo de retención de tejido molar.
- Seguimiento Estricto: El seguimiento posprocedimiento con mediciones regulares de hCG es esencial para detectar cualquier recurrencia o persistencia de la enfermedad trofoblástica.

# ANATOMIA

## Útero:

- **Estructura:** El útero es un órgano muscular hueco situado en la pelvis femenina. Tiene una forma de pera invertida y se compone de tres capas: el endometrio (capa interna), el miometrio (capa muscular media) y el perimetrio (capa externa).
- **Función:** Durante el embarazo, el útero alberga y nutre al embrión en desarrollo. En el caso de un embarazo molar, el tejido trofoblástico anormal crece dentro del útero en lugar del desarrollo normal del feto y la placenta.

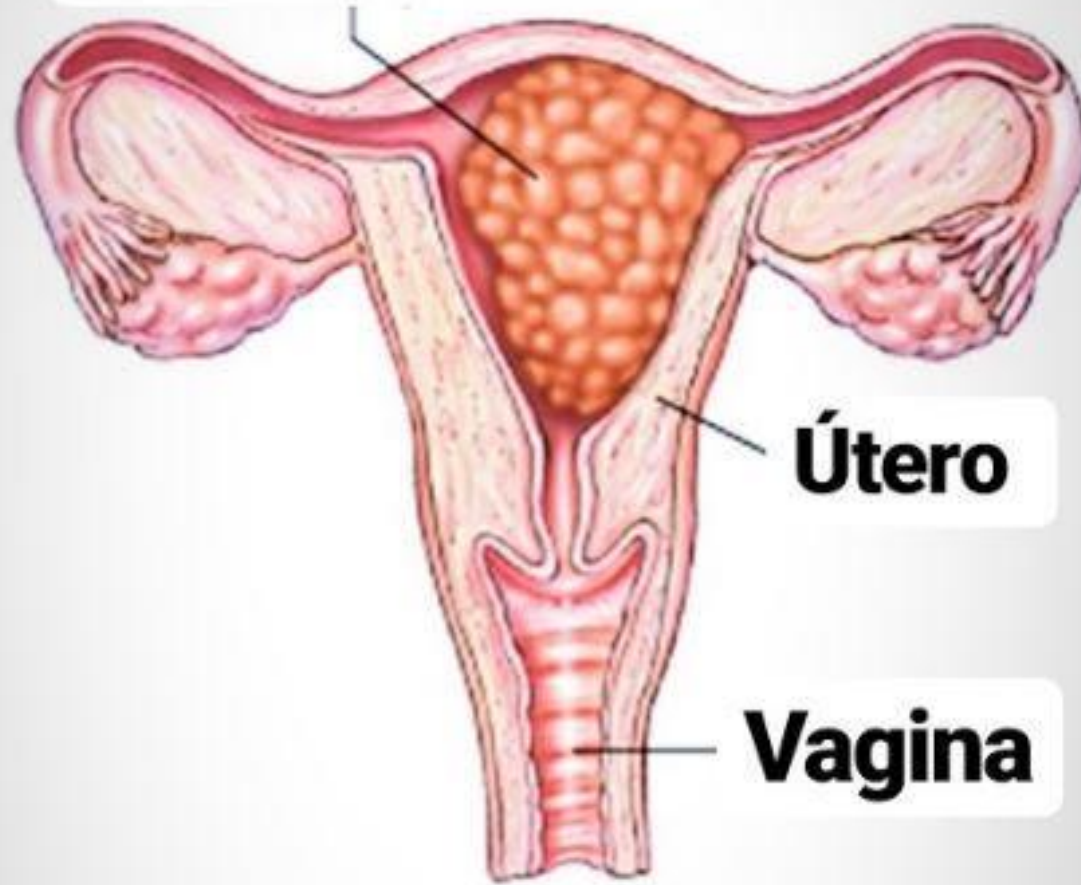
## Cérvix:

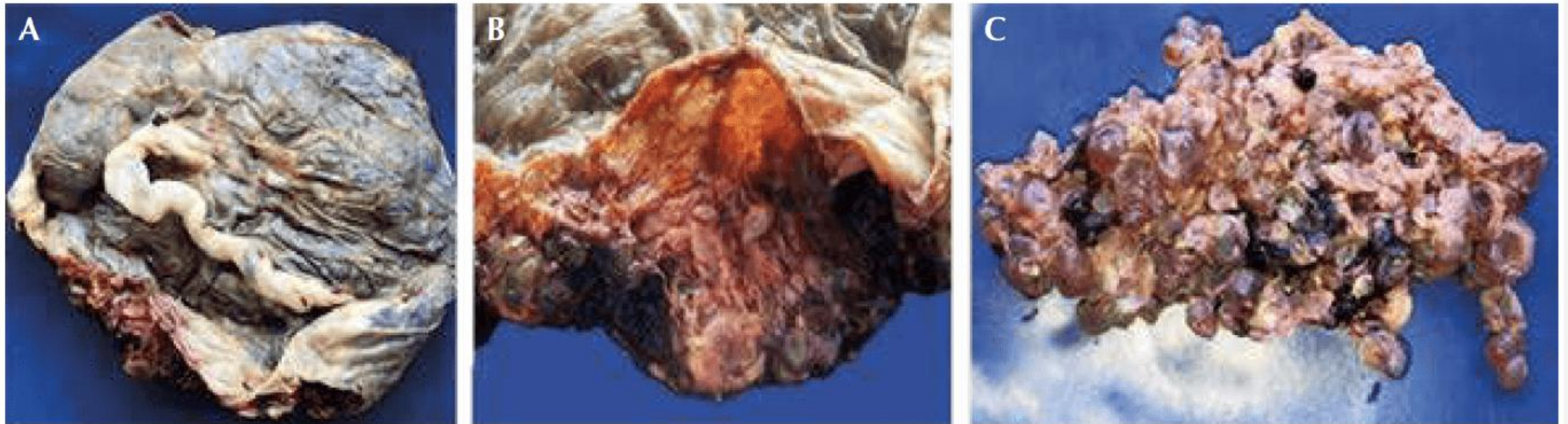
- **Estructura:** El cérvix es la parte inferior del útero que se proyecta hacia la vagina. Actúa como un canal que permite el paso del flujo menstrual desde el útero hacia la vagina y durante el parto se dilata para permitir el paso del bebé.
- **Función en LUI:** Durante el LUI, el cérvix debe ser dilatado para permitir la inserción de instrumentos en la cavidad uterina.

## Vagina:

- **Estructura:** La vagina es un tubo muscular elástico que conecta el cérvix del útero con el exterior del cuerpo.
- **Función en LUI:** Sirve como vía de acceso para los instrumentos quirúrgicos durante el procedimiento.

## Embarazo Molar





**Figura 2.** Cara fetal con placenta íntegra (A). Acercamiento de lesiones vesiculares en la pared placentaria (B). Tejido con lesiones vesiculares (C).



# FISIOLOGÍA

## **Desarrollo Anormal del Tejido Trofoblástico:**

- Mola Completa: En una mola hidatiforme completa, no hay feto ni tejido fetal normal. Las vellosidades coriónicas se convierten en masas quísticas que llenan el útero, produciendo niveles extremadamente altos de hCG.
- Mola Parcial: En una mola parcial, puede haber algún desarrollo fetal junto con las vellosidades coriónicas anormales. Los niveles de hCG suelen ser elevados pero no tan altos como en las molas completas.

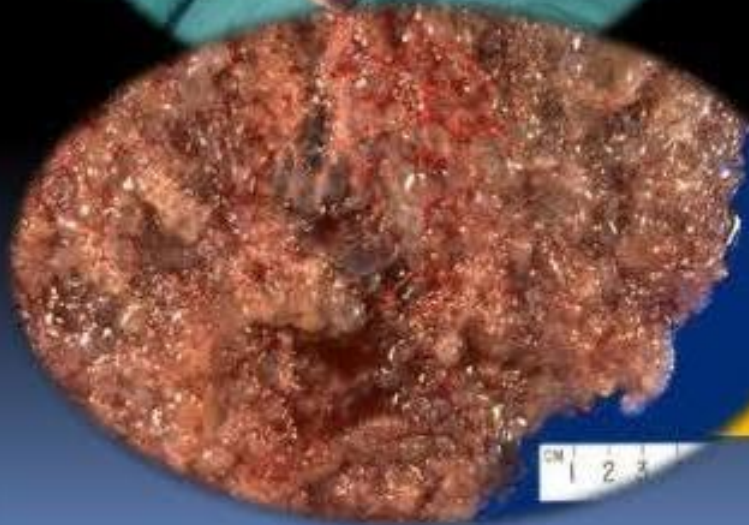
## **Síntomas y Diagnóstico:**

- Síntomas: Sangrado vaginal, náuseas severas, aumento rápido del tamaño uterino, y niveles muy altos de hCG.
- Diagnóstico: La ecografía y los niveles séricos de hCG son herramientas clave para el diagnóstico del embarazo molar.

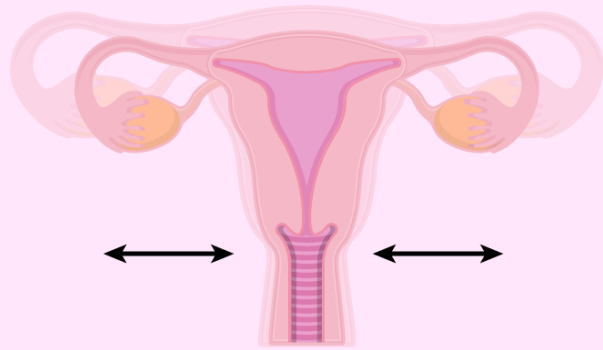
## Clasificación



***incompleta o parcial***



***Completa o total***



Crecimiento  
anormal del útero



Náuseas y  
vómitos



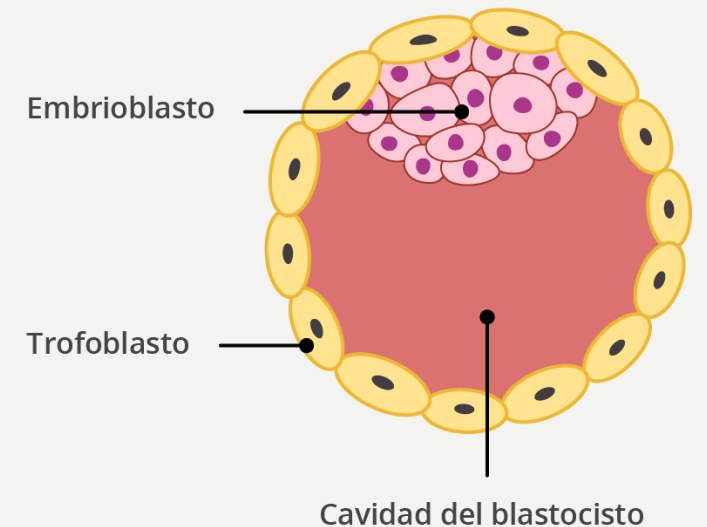
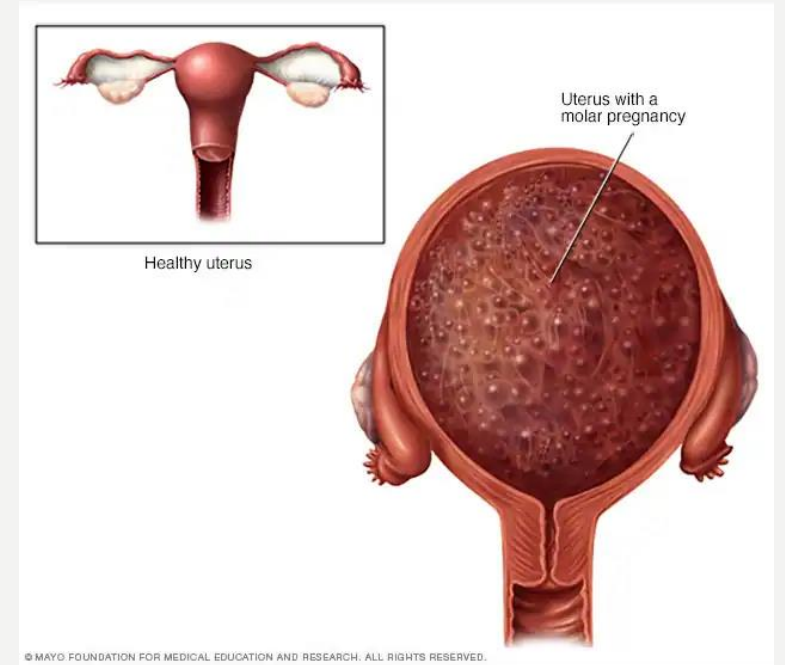
Sangrado  
vaginal



Hipertensión  
arterial

# CONCEPTOS

- Un **embarazo molar** es una complicación poco frecuente del embarazo caracterizada por la multiplicación anormal de células llamadas trofoblastos. Estas células se suelen convertir en el órgano que alimenta al feto en desarrollo, es decir, la placenta.
- El legrado uterino instrumentado (LUI) es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se inserta una cureta (instrumento en forma de cuchara) a través del cérvix para eliminar el contenido del útero. En el caso de un embarazo molar, el objetivo del LUI es remover el tejido trofoblástico anormal, que puede incluir masas quísticas (en molas completas) o una mezcla de tejido fetal y trofoblástico anormal (en molas parciales).



# OBJETIVOS

## Objetivos Diagnósticos:

- **Confirmación del Diagnóstico:** Obtener tejido del útero para un análisis histológico que confirme la presencia de un embarazo molar. Esto permite diferenciar entre mola hidatiforme completa y parcial.
- **Evaluación de la Extensión:** Determinar la extensión y características del tejido molar, lo cual es crucial para el diagnóstico y para planificar el manejo posterior.

## Objetivos Terapéuticos:

- **Evacuación del Tejido Molar:** Remover completamente el tejido trofoblástico anormal del útero para prevenir la persistencia de la enfermedad trofoblástica gestacional.
- **Reducción de los Niveles de hCG:** Eliminar el tejido molar que produce niveles elevados de gonadotropina coriónica humana (hCG), lo cual es esencial para la recuperación de la paciente y para el monitoreo postoperatorio.

# OBJETIVOS

## Objetivos Preventivos:

- **Prevención de Complicaciones:** Reducir el riesgo de complicaciones como la enfermedad trofoblástica persistente y el desarrollo de coriocarcinoma, una forma de cáncer altamente maligno asociado con el tejido molar residual.
- **Prevención de Hemorragias y Síntomas Asociados:** Tratar los síntomas asociados con el embarazo molar, como el sangrado vaginal anormal, las náuseas severas y la hipertensión gestacional, mediante la evacuación del contenido uterino anormal.

## Objetivos de Seguimiento y Control:

- **Monitoreo de la Remisión:** Facilitar el monitoreo postoperatorio de los niveles de hCG para asegurar que estos desciendan a niveles indetectables, lo que indica la remoción completa del tejido molar.
- **Detección Temprana de Recurrencias:** Permitir la detección temprana de cualquier recurrencia de la enfermedad trofoblástica gestacional mediante el seguimiento riguroso de los niveles de hCG.

# TIPOS DE BIOSIAS

## Legrado por Succión (Aspiración)

- **Descripción:** Este es el método más común y preferido para tratar el embarazo molar. Consiste en el uso de una cánula conectada a una fuente de succión para aspirar el contenido uterino.
- **Ventajas:**
  - Menor riesgo de perforación uterina comparado con el legrado tradicional.
  - Menos trauma para el tejido endometrial.
  - Proceso más rápido y generalmente menos doloroso.
- **Procedimiento:**
  - El cérvix se dilata y se inserta una cánula de succión en el útero.
  - La succión elimina el tejido molar anormal.

Es generalmente el método de elección debido a su eficacia y menor riesgo de complicaciones. Indicado en la mayoría de los casos de embarazo molar.

# TIPOS DE BIOSIAS

## Legrado por Curetaje Manual

- **Descripción:** Este método utiliza una cureta metálica para raspar el tejido del interior del útero.
- **Ventajas:**
  - Permite al médico sentir directamente las superficies uterinas, lo que puede ayudar en la remoción completa del tejido.
- **Procedimiento:**
  - Después de la dilatación cervical, se inserta una cureta y se raspa cuidadosamente el endometrio para eliminar el tejido molar.
- **Indicaciones:**
  - Puede ser utilizado en combinación con la succión si se sospecha que queda tejido residual.
  - En casos donde la succión no sea suficiente para eliminar todo el tejido.



# TIPOS DE BIOSIAS

## Legrado por Succión Manual (Manual Vacuum Aspiration - MVA)

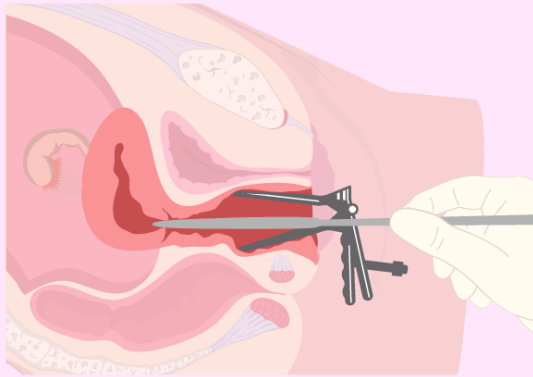
- **Descripción:** Similar al legrado por succión, pero utiliza una jeringa manual en lugar de una máquina para crear el vacío.
- **Ventajas:**
  - Puede realizarse en entornos con recursos limitados donde no hay acceso a aspiradores eléctricos.
  - Proceso controlado manualmente, lo que puede ser útil en situaciones específicas.
- **Procedimiento:** El cérvix se dilata y se inserta una cánula conectada a una jeringa manual para aspirar el contenido uterino.

# TIPOS DE BIOSIAS

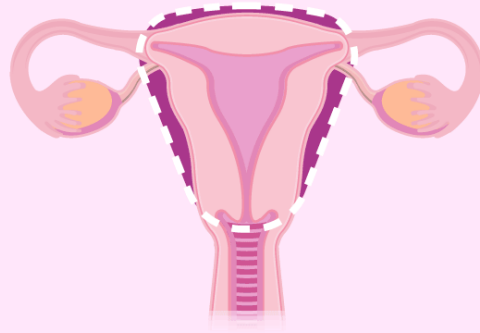
## Legrado por Histeroscopia

- **Descripción:** Este es un método más avanzado que utiliza un histeroscopio (un tubo delgado con una cámara y luz) para visualizar directamente el interior del útero durante el procedimiento.
- **Ventajas:**
  - Permite la visualización directa del tejido molar y la confirmación visual de su remoción completa.
  - Útil para casos complejos o cuando se sospecha que queda tejido molar residual.
- **Procedimiento:**
  - El histeroscopio se inserta a través del cérvix, y el médico puede usar herramientas a través del histeroscopio para eliminar el tejido molar bajo visualización directa.

Utilizado en casos complejos, cuando se sospecha la presencia de tejido molar residual o cuando es necesario visualizar directamente el interior del útero para asegurar una remoción completa.



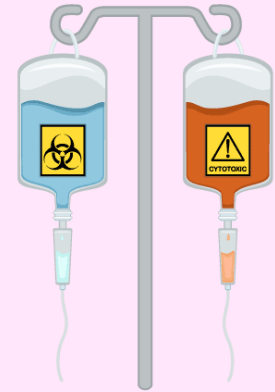
Legrado



Histerectomía



Control de  
la hormona hCG



Quimioterapia

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

## Preparación Preoperatoria

- Evaluación Preoperatoria:

1. Realizar un examen físico completo y una evaluación ginecológica.
2. Confirmar el diagnóstico de embarazo molar mediante ecografía pélvica y medición de los niveles de hCG.
3. Realizar análisis de sangre, incluyendo hemograma completo y coagulación.
4. Obtener el consentimiento informado de la paciente.

### Anestesia:

1. Administrar anestesia local, regional (epidural o espinal) o general, según las necesidades y preferencias de la paciente y el equipo quirúrgico.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

## Técnica Quirúrgica

- **Posicionamiento:**
  - Colocar a la paciente en posición de litotomía dorsal (decúbito supino con las piernas levantadas y flexionadas en estribos).
- **Preparación Asepsia:**
  - Desinfectar la región perineal y vaginal con una solución antiséptica.
  - Colocar campos estériles alrededor del área quirúrgica.
- **Dilatación Cervical:**
  - Exponer el cérvix usando un espéculo vaginal.
  - Sujetar el cérvix con una tenacilla (pinza de Pozzi) para estabilizarlo.
  - Dilatar gradualmente el cérvix utilizando dilatadores de Hegar o Pratt hasta alcanzar el diámetro adecuado para la inserción de la cánula de succión.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

- **Evacuación por Succión:**

- Insertar una cánula de succión adecuada a través del cérvix hacia la cavidad uterina.
- Conectar la cánula a una máquina de succión eléctrica o a una jeringa manual (en el caso de la aspiración manual). Aplicar succión para evacuar el contenido uterino, moviendo la cánula suavemente para asegurar la remoción completa del tejido molar.

- **Legrado Manual (si es necesario):**

- Después de la succión, insertar una cureta metálica para raspar suavemente el endometrio y asegurarse de que no quede tejido molar residual.
- Realizar movimientos controlados y cuidadosos para evitar la perforación uterina.

- **Verificación de la Remoción Completa:**

- En algunos casos, utilizar ecografía intraoperatoria para confirmar la evacuación completa del contenido uterino.
- Inspeccionar visualmente el tejido removido para identificar cualquier característica residual sospechosa.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

## Postprocedimiento

- **Hemostasia:**
  - Verificar que no haya sangrado activo significativo.
  - Aplicar medidas hemostáticas adicionales si es necesario.
- **Monitoreo Inmediato:**
  - Observar a la paciente en la sala de recuperación hasta que se recupere de la anestesia.
  - Monitorear signos vitales y sangrado vaginal.
- **Instrucciones Postoperatorias:**
  - Proporcionar instrucciones sobre reposo y cuidados postoperatorios.
  - Indicar a la paciente que informe cualquier signo de infección, sangrado excesivo o dolor severo.
- **Seguimiento:**
  - Programar citas de seguimiento para monitorear los niveles de hCG semanalmente hasta que se normalicen (niveles indetectables).
  - Realizar evaluaciones periódicas para detectar cualquier indicio de enfermedad trofoblástica persistente.

# INDICADORES DIAGNÓSTICOS

- **Ecografía Pélvica:**
  - Apariencia ecográfica característica de "copos de nieve" o "panal de abejas", que es típica de una mola hidatiforme completa.
  - Ausencia de tejido fetal en una mola completa, o presencia de tejido fetal anormal en una mola parcial.
- **Histopatología:**
  - Confirmación de la presencia de tejido trofoblástico anormal a través del análisis histológico de una muestra de biopsia o del material expulsado.



# INDICADORES DE RIESGO

- **Riesgo de Enfermedad Trofoblástica Persistente:**
  - Indicación de LUI para prevenir la progresión a enfermedad trofoblástica gestacional persistente, que puede incluir coriocarcinoma.
- **Hemorragia Uterina Grave:**
  - Indicación urgente de LUI para controlar el sangrado y prevenir complicaciones hemodinámicas graves.
- **Infección Uterina:**
  - Indicación de LUI si hay signos de infección intrauterina (endometritis) secundaria a la presencia de tejido molar.

# COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

- **Perforación Uterina:**
  - Ocurre cuando la pared del útero se perfora accidentalmente con los instrumentos quirúrgicos.
  - Puede resultar en daño a los órganos adyacentes, como la vejiga o los intestinos, y puede requerir una cirugía adicional para reparar el daño.
- **Hemorragia:**
  - Sangrado excesivo durante el procedimiento, que puede ser difícil de controlar.
  - Puede requerir transfusiones de sangre o intervenciones adicionales para detener el sangrado.

# COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

- **Infección:**
  - Infección uterina (endometritis) puede ocurrir después del procedimiento, manifestándose con fiebre, dolor pélvico, y secreción vaginal anormal.
  - Requiere tratamiento con antibióticos y, en casos severos, puede necesitar hospitalización.
- **Síndrome de Asherman (Adherencias Uterinas):**
  - Formación de cicatrices dentro del útero que pueden resultar en adherencias intrauterinas.
  - Puede causar infertilidad y problemas menstruales, como amenorrea (ausencia de menstruación).
- **Retención de Tejido Molar:**
  - Incompleta evacuación del tejido molar que puede llevar a la persistencia de la enfermedad trofoblástica gestacional.
  - Requiere monitoreo continuo de los niveles de hCG y, posiblemente, un segundo procedimiento de LUI.
- **Enfermedad Trofoblástica Gestacional Persistente:**
  - Puede desarrollarse si queda tejido molar en el útero, lo que lleva a la necesidad de tratamientos adicionales como quimioterapia.
  - Se monitorea a través de niveles persistentes o crecientes de hCG postoperatoriamente.

# PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

- **Técnica Quirúrgica Cuidadosa:**

- Realización del procedimiento por un ginecólogo experimentado para minimizar el riesgo de perforación y otras complicaciones.
- Uso de técnicas de imagen, como la ecografía, para guiar el procedimiento y asegurar la completa evacuación del tejido molar.

- **Monitoreo Postoperatorio:**

- Vigilancia estrecha de los niveles de hCG para asegurar que desciendan a niveles indetectables.
- Seguimiento clínico para detectar signos de infección, hemorragia o retención de tejido molar.

- **Tratamiento Adecuado de Complicaciones:**

- Administración de antibióticos para tratar infecciones.
- Procedimientos adicionales si se sospecha retención de tejido o perforación.
- Terapia de apoyo, como transfusiones de sangre si es necesario.

- **Educación y Orientación a la Paciente:**

- Informar a la paciente sobre los signos y síntomas de posibles complicaciones postoperatorias.
- Instrucciones claras sobre cuándo buscar atención médica de emergencia.

# PREPARACIÓN FÍSICA PRE-OPERATORIA

- **Ayuno:**
  - Instrucciones claras para la paciente sobre el ayuno antes del procedimiento quirúrgico, generalmente de 6 a 8 horas antes de la intervención, según las pautas específicas del hospital.
- **Preparación de la Piel:**
  - La paciente puede ser instruida para tomar una ducha la noche anterior o la mañana del procedimiento con un jabón antiséptico para reducir el riesgo de infecciones.
- **Medicación Preoperatoria:**
  - Administración de medicamentos preoperatorios según sea necesario, como antibióticos profilácticos para prevenir infecciones o medicamentos para la ansiedad o el dolor según las indicaciones del médico.
- **Consentimiento Informado:**
  - Explicación completa del procedimiento y riesgos asociados, y obtención del consentimiento informado por parte de la paciente.

# PREOPERATORIO INMEDIATO

- **Verificación de Identidad y Consentimiento:**
  - Confirmación final de la identidad de la paciente y verificación del consentimiento informado antes de proceder con el LUI.
- **Preparación del Área Quirúrgica:**
  - La paciente es trasladada al área quirúrgica y se le coloca en la posición adecuada para el procedimiento (generalmente posición de litotomía dorsal).
- **Conexión a Monitores Vitales:**
  - Colocación de dispositivos para monitorear constantemente los signos vitales de la paciente, incluyendo frecuencia cardíaca, presión arterial y saturación de oxígeno.
- **Preparación Anestésica:**
  - Evaluación y preparación por parte del anestesiólogo para administrar el tipo de anestesia adecuado (general, regional o local) según las necesidades y la condición de la paciente.

# PREOPERATORIO INMEDIATO

- **Preparación de Instrumental y Equipos:**
  - Aseguramiento de que todos los instrumentos quirúrgicos necesarios estén esterilizados y listos para su uso.
- **Preparación de Medicación:**
  - Preparación de medicamentos y fluidos intravenosos (IV) que puedan ser necesarios durante el procedimiento, como antibióticos profilácticos y analgésicos.
- **Dilatación Cervical y Preparación Uterina:**
  - Dilatación gradual del cérvix utilizando dilatadores de Hegar o Pratt bajo visión directa, si es necesario.
- **Preparación Psicológica:**
  - Apoyo emocional y explicación final del procedimiento por parte del equipo médico para tranquilizar a la paciente y asegurar su cooperación.

# PREOPERATORIO INMEDIATO

- **Verificación Final**

Time-Out (Pausa de Seguridad):

- Antes de iniciar el procedimiento, se realiza un "time-out" donde todo el equipo quirúrgico verifica de manera conjunta la identidad de la paciente, el sitio quirúrgico, el consentimiento informado, y cualquier otra información relevante para garantizar la precisión y seguridad del procedimiento.
- **Comunicación y Coordinación**
  - Durante todo este proceso, es crucial una comunicación clara y efectiva entre todos los miembros del equipo quirúrgico, incluyendo cirujanos, enfermeras, anestesiólogos y personal de apoyo, para asegurar una ejecución fluida y segura del procedimiento.



# CUIDADOS DE ENFERMERIA TRANSOPERATORIOS

- **Preparación del Área Quirúrgica:**
  - Asegurarse de que el área esté completamente equipada y lista para el procedimiento.
  - Colocar a la paciente en la posición adecuada para el LUI (generalmente posición de litotomía dorsal).
  - Asegurar que todos los equipos y materiales estén esterilizados y listos para su uso.
- **Monitorización Continua:**
  - Conectar a la paciente a monitores para controlar constantemente sus signos vitales, incluyendo frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria.
  - Registrar y documentar los signos vitales de manera periódica según los protocolos establecidos.
- **Asistencia al Anestesiólogo:**
  - Ayudar al anestesiólogo en la administración del tipo de anestesia requerido (general, regional o local), asegurando la comodidad y seguridad de la paciente.
- **Ayuda en la Dilatación Cervical:**
  - Asistir al cirujano durante la dilatación cervical utilizando dilatadores adecuados, asegurando un manejo suave y cuidadoso para evitar trauma adicional al cérvix.
- **Apoyo Psicológico:**
  - Proporcionar apoyo emocional y tranquilizar a la paciente durante todo el procedimiento para reducir la ansiedad y fomentar la cooperación.

# USO DE LA MESA

## Posicionamiento de la Paciente

### Posición de Litotomía Dorsal:

- Es la posición estándar utilizada para la mayoría de los procedimientos ginecológicos, incluyendo el LUI.
- La paciente se coloca acostada sobre la espalda con las piernas elevadas y flexionadas en estribos (conocidos como "pierneras") que están montados en la mesa quirúrgica.
- Esta posición permite un acceso óptimo al área genital y perineal, facilitando la realización del procedimiento con comodidad y eficiencia.

## Ajustes y Seguridad

### Ajustes de la Mesa Quirúrgica:

- La mesa quirúrgica debe permitir ajustes precisos de altura, inclinación y posición lateral según las necesidades del cirujano y del equipo quirúrgico.
- Asegurar que la mesa esté nivelada y estable para evitar cualquier movimiento no deseado durante el procedimiento.

### Seguridad de la Paciente:

- Colocar dispositivos de seguridad en la mesa quirúrgica, como correas de sujeción, para mantener a la paciente de manera segura y estable durante la intervención.
- Verificar regularmente el posicionamiento y la comodidad de la paciente para prevenir lesiones por presión o incomodidad durante el procedimiento prolongado.

# USO DE LA MESA

## Accesibilidad y Ergonomía

- **Acceso a Instrumentos y Equipos:**
  - La mesa quirúrgica debe estar diseñada para permitir un fácil acceso del equipo quirúrgico a los instrumentos necesarios para realizar el LUI de manera efectiva.
  - Asegurar que todos los instrumentos estén dispuestos de manera ordenada y accesible para el cirujano y los asistentes.

## Consideraciones Específicas del Procedimiento

- **Apoyo Durante Dilatación y Limpieza:**
  - La mesa quirúrgica debe proporcionar suficiente espacio y soporte para realizar la dilatación cervical y el legrado uterino de manera segura y eficiente.
  - Permitir movimientos precisos y controlados durante la manipulación de los instrumentos dentro del útero para evacuar completamente el contenido molar.

# LAVADO QUIRÚRGICO

- Lavado de manos con técnica quirúrgica
- La E.I. se traslada con las manos arriba de la cintura al quirófano



# ¿QUÉ SE HACE EN QUIRÓFANO?

- Preparación de la Paciente
- Preparación del Área Quirúrgica
- Anestesia
- Dilatación Cervical
- Legrado Uterino
- Control de Hemorragias
- Recolección de Muestras: Se recolectan muestras del tejido molar para análisis histológico.
- Monitorización Continua
- Asistencia al Equipo Quirúrgico
- Transferencia a Sala de Recuperación
- Cuidados Postoperatorios
- Registro y Documentación

# PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.



# TIPOS DE ANESTESIA

- Anestesia local: Adormece una pequeña parte del cuerpo. Puede usarse en un diente que necesita ser extraído o en un área pequeña alrededor de una herida que necesita puntos. Usted está despierto y alerta durante la anestesia local
- Anestesia regional: Se usa para áreas más grandes del cuerpo, como un brazo, una pierna o todo lo que esté debajo de la cintura. Es posible que esté despierto durante el procedimiento o que le administren sedantes. Se puede usar anestesia regional durante el parto, una cesárea o cirugías menores
- Anestesia general: Afecta a todo el cuerpo. Le deja inconsciente e incapaz de moverse. Se usa durante operaciones mayores, como cirugía cardíaca, cirugía cerebral, cirugía de espalda y trasplantes de órganos

# EQUIPOS Y APARATOS MÉDICOS NECESARIOS

- Legra de Sims
- Dilatadores Hegar
- Pinza Pozzi/ Bozeman-
- Pinzas Foerster-
- Histerómetro-
- Solución antiséptica



# BULTO QUIRÚRGICO

- El bulto quirúrgico es un paquete que contiene el material que ha sido esterilizado al vapor o con gas oxido de etileno (batas, sabanas, cubiertas) que se utiliza para impedir o disminuir el riesgo de la transmisión de los microorganismos desde el equipo quirúrgico y el propio paciente hasta la herida quirúrgica abierta.



# MATERIALES DE CONSUMO Y SUTURAS

- • Suturas manuales:
- Suturas convencionales: formadas por un hilo y/o una aguja.
- Suturas cutáneas adhesivas.
- Adhesivos tisulares (pegamentos): derivados de cianoacrilato.
- • Suturas mecánicas:
- Grapadoras y otros dispositivos.
- Clips. – Accesorios (quitagrapas).

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTOPERATORIO

- Al respecto, los principales cuidados que se señalan son: examinar el estado general de la herida quirúrgica, supuración en la piel y membranas mucosas, monitorear la evolución en regiones de enrojecimiento y/o rotura, controlar la humedad y temperatura de la piel