



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno : Ingrid Guadalupe Villar Capetillo

Nombre del tema Técnicas Quirúrgica en patologías

Parcial: I

Nombre de la Materia: Enfermería medico quirúrgica

Nombre del profesor: : Mariano walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6

Técnicas Quirúrgica de patologías

CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERIA .

- Solicitar medicamentos específicos, como vasoconstrictor nasal y analgésico (oximetazolina y ketorolaco) para el transoperatorio.
- Verificar, antes de la cirugía, el aparato de succión-aspiración.
- Solicitar pinzas bipolares con material aislante para evitar quemaduras al paciente.
- Colaborar en la posición de o detectar datos de sangrado y complicaciones.

Acciones del cirujano

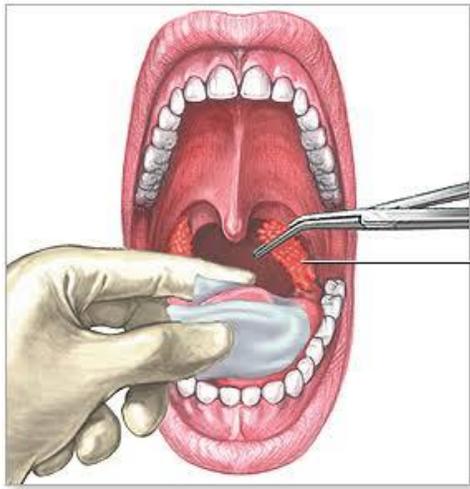
- ✓ Colocación de abre bocas (Jenning o McIvor) del lado- opuesto a la cánula endotraqueal.
- La adenoamigdalectomía es la técnica quirúrgica que consiste en la excisión de las amígdalas palatinas y faríngeas.
- ✓ Incisión de la amígdala. Incisión en el pilar anterior. Disección roma de la amígdala liberándola de la cápsula del lecho.
- ✓ Excisión amigdalina con amigdalótomo.
- ✓ Verifica si existen restos amigdalinos y compresión del lecho.
- ✓ Se repite todo el procedimiento anterior en la amígdala contralateral. Irrigación del lecho amigdalino.
- ✓ Hemostasia con el electrocauterio bipolar y con puntos' Inspección de adenoides mediante el retractor de úvula y palpación digital. En mediinte el adenótomo de canastilla' Revisión del lecho adenoideo y legrado de los restos existentes.
- ✓ Lrrigación con solución salina en retrofaringe y por la nrñnoclusión noclusión de la contralateral y aspiración de la cavidad bucal. Hemostasia con electrocauterio bipolar.
- ✓ Lnstilación de vasoconstricción local (oximetazolina)'
- ✓ Administración de analgésico previo a la emersión anestésica.

Acciones del instrumentista

- ✓ Proporciona al ayudante aspirador con cánula Yankauer
- ✓ Proporciona pinzas White
- ✓ . Proporciona mango de bistuif con hoja números y tijeras Heymann Proporciona tijeras Heymánn y diseltor .
- ✓ Proporciona pinzas White y amigdalótomo Tyding . Proporciona una torunda de gasa montada en unas pinzas Allis rectas
- ✓ Realiza las mismas acciones anteriores.
- ✓ Proporciona jeringa Aséptico con solución.

Lnstrumental para adenoamigdalectomía

1. Amigdalótomo TYding.
2. Abrebocas McIvor o lenning.
3. Abatelenguas de Wieder.
4. Protector de úvula.
5. Legras de Beckman (3).
6. Adenótomo La Force.
7. Tijeras Heymann 8. Pinzas Allis de 18 cm.
9. Pinzas Allis de 14.5 cm.
10. Pinzas de camPo (5).
- 1 1. Disector Hurd.
12. Mango de bisturí núm. 7.
- l 3. Tileras Metzenbaum de 18 cm, rectas.
14. Portaagulas MaYo-Hegar.
15. .leringa AsePto de 100 ml.
16. Riñóñ de acero de 250 ml.),



Amígdalas inflamadas extraídas

ADAM.

Proporciona segundo bisturí núm. 3 con hoja de bisturí núm. 10, o electrocoagulador y separadores de Farabeuf. 3.

Proporciona pinzas Kelly curvas y tijeras Metzenbaum curvas, seda libre 2-0 o 3-0 y tijeras Mayo.

Proporciona dos separadores (Farabeuf o Richardson) (fig. 50-1), pinzas de disección sin dientes, tijeras Métsenbaum curvas, gasa, disector roma (push).

Proporciona pinzas de disección sin dientes y tijeras Metzenbaum curvas.

Proporciona dos pinzas Kelly curvas.

Proporciona pinzas de disección sin dientes y tijeras Metzenbaum curvas.

Proporciona cinta de algodón y pinzas Kelly curvas.

Proporciona gasa libre o torunda de gasa.

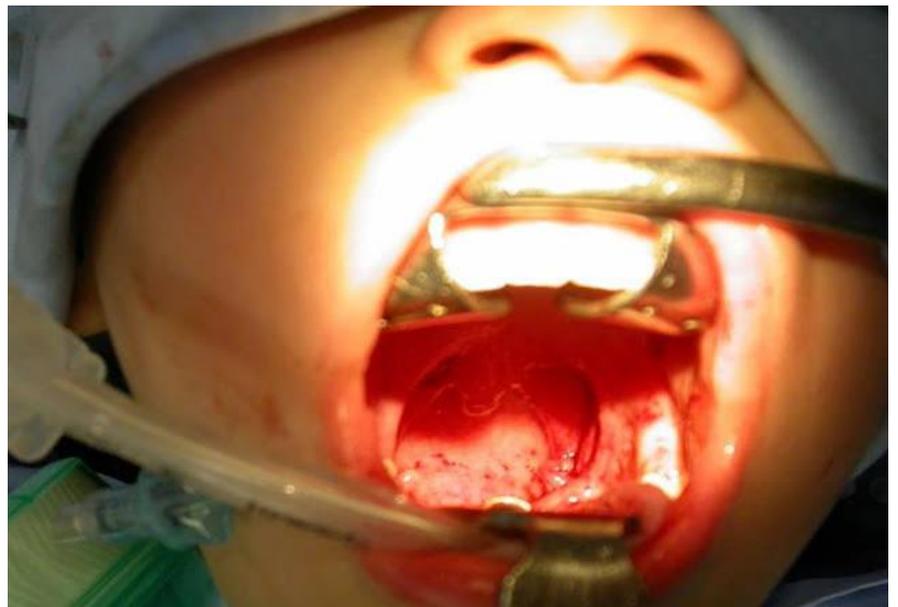
Acciones del cirujano

Realiza incisión inguinal oblicua situada a 2 cm por Actividades de lo instrumentista l. Proporciona mango de bisturí núm. 3 con hoja de adentro y paralela al ligamento inguinal, iniciando en el tubérculo púbico y se extiende en forma oblicua hacia arriba, 7 cm aproximadamente.

Profundiza la incisión por la capa de grasa subcutánea y la capa superficial de la aponeurosis subcutánea.

Liga la vena epigástrica externa superficial entre la aponeurosis de Camper (seccionada) y la aponeurosis de Scarpa. Pinzala vena pudenda superficial externa y la secciona.

Separa los bordes de la herida extendiendo la incisión hacia arriba en la aponeurosis de Scarpa, orificio por donde se visualiza parte o libre el tejido grasoso preaponeurótico del músculo oblicuo mayor para separarlo mediante disección roma. Descubre una zona amplia de la aponeurosis del oblicuo mayor haciendo una incisión, que se extiende en forma distal por las fibras.



Recipiente plano Mayo.

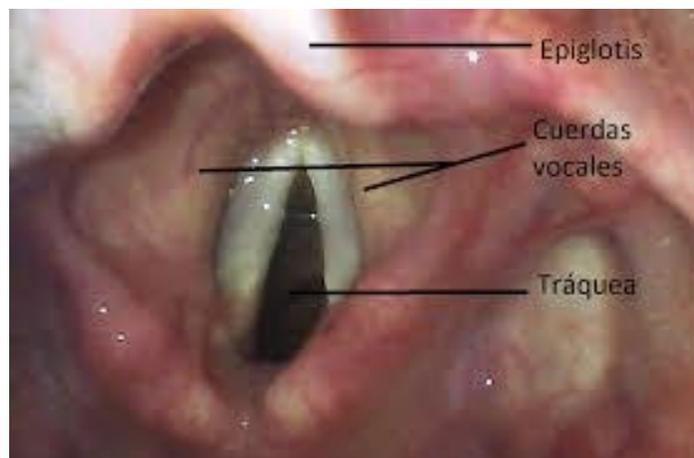
2. Instrumental básico para cirugía general.

3. Separadores Richardson.

4. Pinzas Babcock.

5. Pinzas de ángulo.

6. Laringa Asepto.



Laringoscopia directa

La laringoscopia directa consiste en el examen de la cavidad de la laringe y de la hipofaringe, la cual se observa directamente con la ayuda de un tubo en forma de espátula con fibra óptica, introducido sobre el dorso de la lengua y manteniendo la cabeza en extensión. Una variante de esta técnica es la laringoscopia de suspensión, en la que el tubo del laringoscopio es sostenido por un brazo articulado que descansa sobre la mesa Mayo, colocada arriba del esternón del paciente



Acciones del instrumentista

- ❖ Proporciona protector dental de plástico y gasas húmedas.
- ❖ Proporciona cánula de aspiración larga, ayudando al cirujano a introducirla a través del laringoscopio.
- ❖ . Coloca soporte para pecho y mesa Mayo sobre el tórax del paciente.
- ❖ . La enfermera circulante acerca el microscopio al campo quirúrgico.
- ❖ Prepara xilocaína y la aplica a través del laringoscopio.
- ❖ Proporciona pinzas para biopsia, gancho explorador y microtijeras de laringoscopia.
- ❖ Proporciona jeringa desechable con solución salina isotónica y aguja angulada a 45 grados.

Actividades del cirujano

- ❖ Protege la región gingivobucal y ocular. Introduce laringoscopio e identifica las estructuras.
- ❖ Aspira el líquido o las secreciones de la cavidad bucal, la bucofaringe y la laringe.
- ❖ Fija el laringoscopio.
- ❖ Visualiza las estructuras endolaringeas empleando microscopio quirúrgico.
- ❖ Aplica xilocaína a 100/o en aerosol (spray) para evitar laringospasmo. Identifica y evalúa la patología; efectúa resección del tejido enfermo y toma biopsia. Lriga el área quirúrgica para identificar el sitio de sangrado.
- ❖ Protege la tráquea y el globo del tubo endotraqueal en caso de usar láser.
- ❖ Realiza la hemostasia.
- ❖ Retira el laringoscopio y revisa la integridad de las estructuras anatómicas.

Instrumental

1. Laringoscopio tipo Kleinsasser (fig' 40-1, A).
2. Adapiador para laringoscopio y soporte para pecho (fig. a0-1, B).
3. Conector de fibra óptica para laringoscopio (fig. 40-1, C).
4. Soporte para pecho según la edad (fig. 40-1, D).
5. Cánula de aspiración larga (fig. 40-2, A).
6. Cancho en ángulo recto romo (fig. 40-2, B).
7. Protector dental de plástico (fig. 40-2, C).
8. Pinzas caimán largas (fig. 40-3, A).
9. Pinzas para biopsia o copa larga (fig.40-3, B).



Acciones del cirujano

Protege la región gingivobucal y ocular.

Introduce laringoscopio e identifica las estructuras

Aspira el líquido o las secreciones de la cavidad bucal, la bucofaringe y la laringe.

Fija el laringoscopio.

Visualiza las estructuras endolaringeas empleando microscopio quirúrgico.

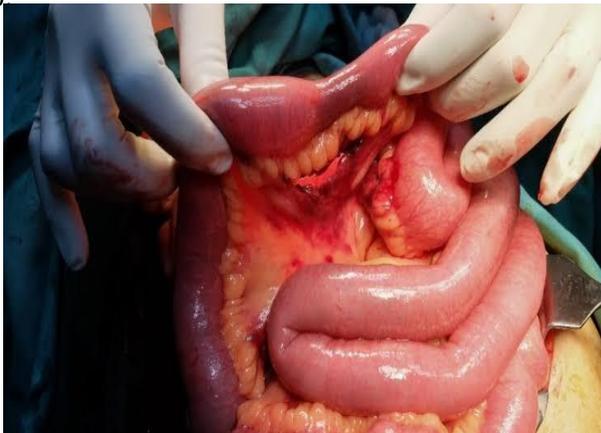
Aplica xilocaína a 100/0 en aerosol (spray) para evitar laringospasmo. Identifica y evalúa la patología; efectúa resección del tejido enfermo y toma biopsia. Irriga el área quirúrgica para identificar el sitio de sangrado.

Protege la tráquea y el globo del tubo endotraqueal en caso de usar láser. Realiza la hemostasia. Retira el laringoscopio y revisa la integridad de las estructuras anatómicas.



Resección intestinal

Esta técnica consiste en la resección quirúrgica de una porción o segmento del intestino.



Acciones del instrumentista

Proporciona protector dental de plástico y gasas húmedas.

Proporciona cánula de aspiración larga, ayudando al cirujano a introducirla a través del laringoscopio.

Coloca soporte para pecho y mesa Mayo sobre el tórax del paciente.

La enfermera circulante acerca el microscopio al campo quirúrgico.

Prepara xilocaína y la aplica a través del laringoscopio.

Proporciona pinzas para biopsia, gancho explorador y microtijeras de laringoscopia.

Proporciona jeringa desechable con solución salina isotónica y aguja angulada a 45 grados.

Laringoscopio tipo Kleinsasser (fig' 40-1, A).

2. Adaptador para laringoscopio y soporte para pecho (fig. 40-1, B).

3. Conector de fibra óptica para laringoscopio (fig. 40-1, C).

4. Soporte para pecho según la edad (fig. 40-1, D).

5. Cánula de aspiración larga (fig. 40-2, A).

6. Gancho en ángulo recto romo (fig. 40-2, B).

7. Protector dental de plástico (fig. 40-2, C).

8. Pinzas caimán largas (fig. 40-3, A).

9. Pinzas para biopsia o copa larga (fig. 40-3, B).

Acciones del cirujano

Efectúa separación adecuada del borde superior del páncreas de la curvatura mayor flet estómago. Efectúa sección y ligadura de vasos cortos, arterja y vena gástrica izquierda.

Identifica y prepara el tercio inferior del esófago cortando y ligando ambos nervios vagos. Efectúa corte parcial de esófago y prepara para inserción del yunque de la engrapadora circular de 28 mm de calibre.

Efectúa dilatación esofágica. Realiza sección total de estómago y extracción de pieza quirúrgica. Moviliza las asas yeyunales y prepara el yeyuno a 50 cm aproximadamente del ángulo de Treitz. Efectúa resección yeyunal.

Actividades del cirujano

- Realiza incisión paramedia supraumbilical.
- Profundiza la incisión por la capa subcutánea del tejido adiposo, separando los bordes de la herida para descubrir la vaina anterior de la aponeurosis del recto.
- Moviliza el músculo recto anterior y lo separa lateralmente en forma manual.
- Separa el borde interno de la porción inferior del músculo recto de sus inserciones en la línea media.
- Separa el músculo recto para descubrir los tejidos subyacentes.
- Pinza en segmentos pequeños la vaina posterior del recto y del peritoneo.
- Realiza incisión de la cavidad peritoneal y protege el intestino subyacente; extiende la incisión superior y la inferior por disección.
- Realiza exploración de la cavidad peritoneal y coloca separador para localizar la porción del intestino que se va a extirpar.

1. Instrumental básico para cirugía general.

2. Instrumental de colecistectomía. "

3. Recipiente plano (charola) Mayo.

4. Juego (set) de agujas de intestino.

Acciones del instrumentista

Proporciona pinzas de disección, separador autoestático de Balfour (fig. 53-1), compresas húmedas y separador Richardson.

Proporciona pinzas Babcock, pinzas Kelly curvas, pinzas de ángulo por cada pequeño segmento de tejido, tijeras Metzenbaum, electrobisturí, ligaduras de 2-0 y 3-0 de seda. 5. Proporciona compresas húmedas, pinzas de disección sin dientes de 20 cm y tijeras Metzenbaum curvas. 6. Proporciona pinzas de ángulo, pinzas de Snayder curvas y tijeras Metzenbaum, ligadura 2-0 y 3-0 de seda.

Proporciona pinzas de ángulo y pinzas de Snayder por cada pequeño segmento de tejido seccionado, y pinzas de disección sin dientes de 20 cm; electrobisturí, tijeras Metzenbaum, compresas húmedas, ligadura 2-0 y 3-0 de seda, portaagujas Mayo-Hegar con seda traumática. 3-0 con aguja redonda. 8. El mismo procedimiento anterior.

Acciones del instrumentista

Realiza incisión de la cavidad peritoneal y protege el intestino subyacente; extiende la incisión superior y la inferior por disección.

Realiza exploración de la cavidad peritoneal y coloca separador para localizar la porción del intestino que se va a extirpar.

Proporciona pinzas Kelly curvas.

Proporciona dos compresas de gasa secas.

Proporciona pinzas de disección sin dientes, tijeras Metzenbaum curvas o electrocoagulador.

Proporciona compresas de gasa secas.

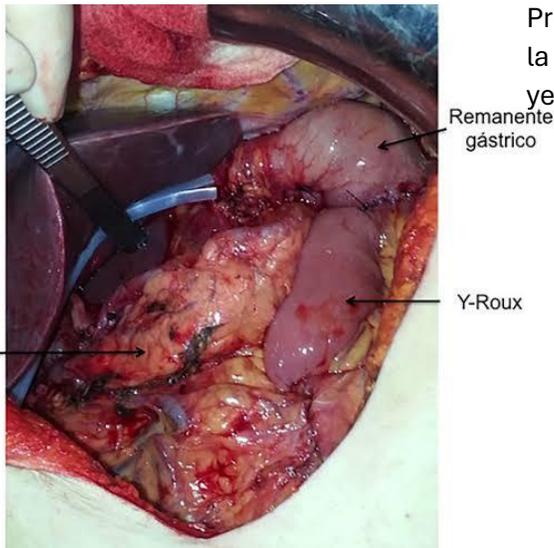
Proporciona pinzas Kelly curvas y pinzas de disección sin dientes.

Proporciona compresas de gasa húmedas y tijeras Metzenbaum curvas.

Proporciona dos compresas de gasa húmedas y separador Deaver o valva de Doyen

Gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal terminolateral en Y de Roux

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación total del estómago y la creación de una nueva continuidad del tubo digestivo entre el esófago y el yeyuno.



Proporciona pinzas Babcock, pinzas Kelly curvas, pinzas de ángulo por cada pequeño segmento de tejido, tijeras Metzenbaum, electrobisturí, ligaduras de 2-0 y 3-0 de seda.

Proporciona compresas húmedas, pinzas de disección sin dientes de 20 cm y tijeras Metzenbaum curvas.

Proporciona pinzas de ángulo, pinzas de Snayder curvas y tijeras Metzenbaum, ligadura 2-0 y 3-0 de seda.

Proporciona pinzas de ángulo y pinzas de Snayder por cada pequeño segmento de tejido seccionado, y pinzas de disección sin dientes de 20 cm; electrobisturí, tijeras Metzenbaum, compresas húmedas, ligadura 2-0 y 3-0 de seda, portaagujas Mayo-Hegar con seda traumática. 3-0 con aguja redonda.

El mismo procedimiento anterior.

Proporciona pinzas Karmant rectas de intestino (fig. 53-2), engrapadora lineal de 55 mm (fig. 53-3), bisturí núm. 7 con hoja núm. 15, portaagujas con punto de sutura de poliglactina 9.1 0 núm. 3-0 y seda atraumática 3-0, así como tijeras Mayo rectas. Proporciona compresas húmedas, pinzas de ángulo, tijeras y ligadura 2-0 de seda y tijeras Metzenbaum. Proporciona varias pinzas de ángulo y de Snayder, ligadura 2-0 y 3-0 de seda, tijeras

Explora todas las estructuras intraabdominales, ganglios paraaórticos, paracava e interaortocava, ilíacos internos y externos bilaterales. Efectúa sección de epiplón mayor de la pared del colon transversal.

2 Moviliza el duodeno mediante la maniobra de Kocher amplia.

Efectúa resección del epiplón menor y exposición adecuada del ligamento hepatoduodenal. Identifica el tronco celiaco y sus ramas; comprueba si existe actividad tumoral importante fuera del estómago y del tronco celiaco; si es posible, reseca su totalidad y realiza linfadenectomía D1, D3 y D4. Efectúa procedimiento con colecistectomía, disección de tronco celiaco, hepática común, hepática derecha e izquierda, colédoco, vena porta y ganglios retroperitoneales. Efectúa sección duodenal en la primera porción. 1



Acciones del cirujano

Cierra el margen yeyunal distal y lo refuerza.

Fija la anastomosis esofagoyeyunal a tejidos adyacentes para disminuir la tensión. Verifica la anastomosis (prueba de la llanta) con solución y aire.

Realiza la Y de Roux uniendo yeyuno proximal a yeyuno distal terminolateral a 50 cm de la anastomosis esofagoyeyunal. Efectúa irrigación y lavado de cavidad abdominal, y verifica la hemostasia.

Coloca drenajes en el hemidiafragma derecho y por debajo de la anastomosis esofagoyeyunal. Cierra por planos.

Acciones del instrumentista

Prepara engrapadora lineal de 55 mm; proporciona portaagujas con punto de sutura de poliglactina 910 núm. 3-0, tijeras Mayo rectas. Proporciona punto de seda 3-0 atraumático en portaaguas.

Preparará puntos de poliglactina 910 núm. 3-0 o de seda atraumática 3-0. Proporciona jeringa Asepto, solución de cloruro de sodio y posteriormente cánula de Yankauer. Proporciona bisturí núm. 7 con hola núm. 15, punto de sutura de poliglactina 910 núm. 3-0 y seda 3-0. Proporciona solución de cloruro de sodio, jeringa Asepto, compresas húmedas y electrobisturí. Prepara drenaje blando de succión cerrada, punto 5 de seda atraumática 2-0. Proporciona suturas según plano y preferencia del cirujano.

Cánula de Yankauer. | 1

. Cánula de Frazier.

2. Equipo de aseo.

3. .Jeringa Asepto.

4. Separador Deaver (fig. Sa-4).

5. Pinzas de disección sin dientes 2 de 20 cm. 16. Pinzas de disección con dientes 2 de 20 cm.

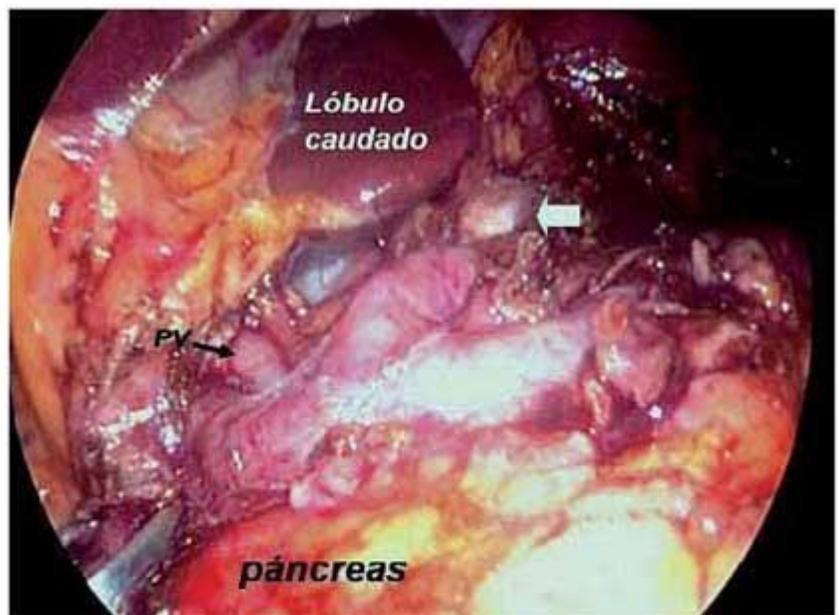


Foto 2. Vista laparoscópica después de la disección linfática alrededor de las arterias del tronco celiaco. La flecha blanca muestra el muñón de la arteria gástrica izquierda. (PV) Borde izquierdo de la vena porta.

Referencias bibliograficas

<https://www.topdoctors.com.co/diccionario-medico/tecnicas-quirurgicas/>