

Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno :fernanda cruz perez

Nombre del tema :Técnica Quirúrgica en patologías

Parcial: 1

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

Advertencia: el paciente debe estar boca arriba con la cabeza elevada y el cuello extendido. Se coloca el paciente en posición supina con la cabeza elevada y el cuello extendido. Se coloca el paciente en posición supina con la cabeza elevada y el cuello extendido.

La vía de acceso para la cirugía de la amígdala palatina, se realiza a través de la vía oral, por debajo de la amígdala. Incisión en el pilar

compresión del lecho.

Se repite todo el procedimiento anterior en la amígdala contralateral. Irrigación del lecho amigdalino.

Hemostasia con el electrocauterio bipolar y con



Fig. 3 Instrumental de amigdalectomía. En la parte superior se observa el electrocauterio.

Acciones del instrumentista

Proporciona al ayudante aspirador con

✓ cánula Yankauer

✓ Proporciona pinzas White

✓. Proporciona mango de bisturí con hoja

números y tijeras Heymann Proporciona

tijeras Heymann y disector . Proporciona pinzas White

amigdalótomo Tyding . Proporciona una torunda de gasa montada en unas pinzas Allis rectas

✓ Realiza las mismas acciones anteriores.

✓ Proporciona jeringa Aséptico con

solución.

Instrumental 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).
11. Disector Hurd.
12. Mango de bisturí núm. 7.
13. Tileras Metzenbaum de 18 cm, rectas.
14. Portaagulas Mayo-Hegar.
15. Jeringa AsePto de 100 ml.
16. Riñón de acero de 250 ml.),

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

Richardson) (fig. 50-1), pinzas de disección sin dientes, tijeras Métenbaum curvas, gasa, disector roma (push).

Proporciona pinzas de disección sin dientes y tijeras Métenbaum curvas.

Proporciona dos pinzas Kelly curvas.

Acciones del cirujano

Realiza incisión inguinal oblicua situada a 2 cm por encima de la línea inguinal. 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. Pinza la 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 graso 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. Jeringa Asepto.

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

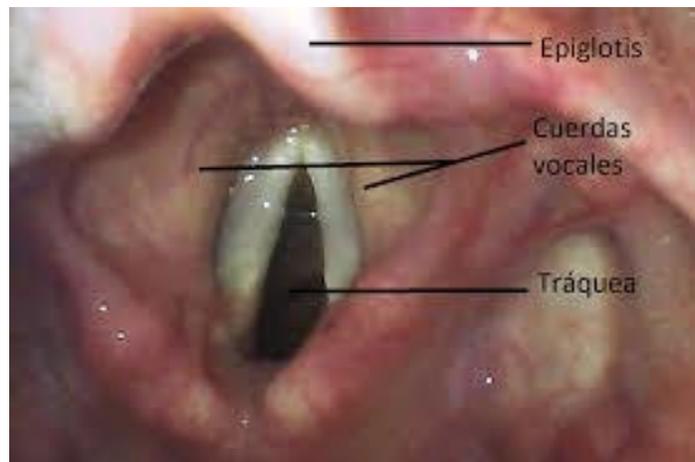
Proporciona dos separadores (Farabeuf o

Proporciona pinzas de disección sin dientes y

tijeras Métenbaum curvas.

Proporciona cinta de algodón y pinzas Kelly curvas.

Proporciona gasa libre o torunda de gasa.



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 arrib a 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.

sobre el tórax del paciente.

microscopio al campo quirúrgico.

Prepara xilocaína y la aplica a través del laringoscopio.

Proporciona pinzas para biopsia, gancho

explorador y microtijeras de laringoscopia.

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 endolaríngeas empleando microscopio quirúrgico.

para evitar laringospasmo. Identifica y evalúa la patología; efectúa resección del tejido

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. Adaptador 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. 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

Protege la región gingivobucal y ocular.

Introduce el 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 el microscopio quirúrgico.

Aplica xilocaína a 100/0 en aerosol (spray) para evitar el 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 (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 del estómago. Efectúa sección y ligadura de vasos cortos, arteria 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. Mobiliza las asas yeyunales y prepara el yeyuno a 50 cm aproximadamente del ángulo de Treitz. Efectúa resección yeyunal.

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 Snyder curvas y tijeras Metzenbaum, ligadura 2-0 y 3-0 de seda.

Proporciona pinzas de ángulo y pinzas de Snyder 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.

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.
- Mobiliza 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.

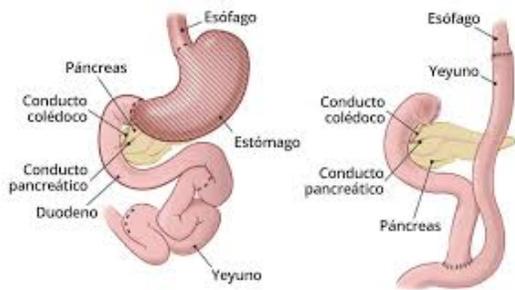
- Separa el músculo recto para descubrir los tejidos subyacentes.

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.



Gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyu na I 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.



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

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 en 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

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



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 (p rueba 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, punto5 de seda atraumática 2-0. Proporciona suturas según plano y preferencia del cirujano.

Cánula de Yankauer. I 1

. Cánula de Frazier.

2. Equipo de asepto.

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.

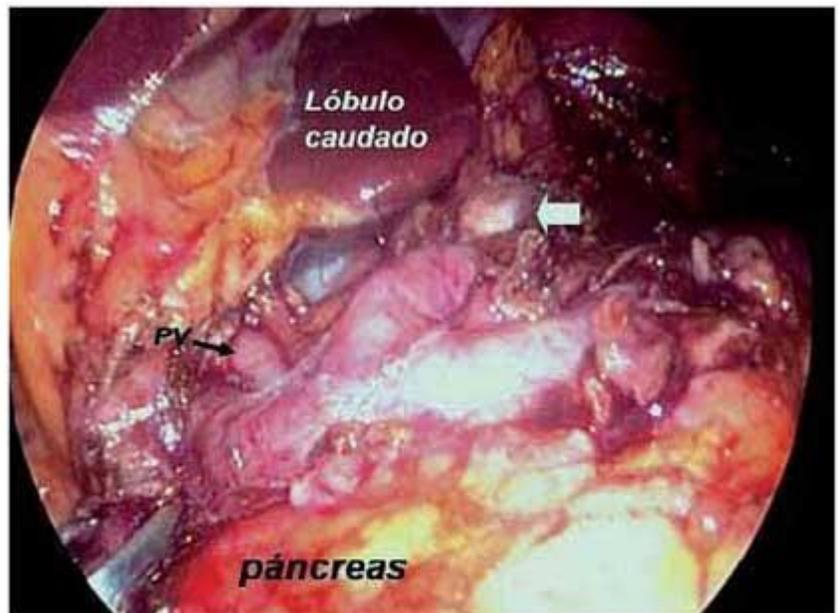


Foto 2. Vista laparoscópica después de la disección linfática alrededor de las arterias del tronco celiaco. La flecha blanca muestra el muñón de la arteria gástrica izquierda. (PV) Borde izquierdo de la vena porta.