



Mi Universidad

Super Nota

Nombre del Alumno: Denisse Velázquez Morales

Nombre del tema: Técnicas Quirúrgicas

Nombre de la Materia: Enfermería Medico Quirúrgica II

Nombre del profesor: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to. C

Pichucalco, Chiapas a 28 de Mayo 2024

ANASTOMOSIS ESOFÁGICO – GÁSTRICA A NIVEL CERVICAL IZQUIERDO

Equipo y material : sonda de tipo Foley, sonda nasogástrica, Hoja de bisturí, anestesia, jeringa de 20, retractores, pinzas Kelly, trocares, separador de nathanson, cartuchos azules Echelon endonad, esponja, rocar de Hasson de 12 mm, laparoscópica

ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Infiltra, previo a la incisión, con solución anestésica	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
Prepara la cámara y la lente laparoscópica	prende la camara y le pasa al cirujano la lente laparoscopica
Colocación de los trocares accesorios en el abdomen	Proporciona trocar de Hasson de 12 mm y la manguera de insuflación
Apertura del omento menor	proporciona laparoscopio, funda para la cámara, cable, cinta umbilical y una gasa
disección de la membrana freno esofágica	
Creación de la membrana freno esofágica	
disección paraesofágica	
Apertura del ligamento gastro-cólico	
Se conserva el flujo de las arterias gastro-epiglóticas	
La cara posterior esta completamente liberada	
Colocación de grapas sobre los vasos gástricos izquierdos	
Se utilizaron cartuchos azules Echelon endonad	pasa los cartuchos azules Echelon Endonad
Se deben revisar la hemostasia de las líneas de grapado	
Se sutura	se proporciona Hilo de sutura con aguja, pinzas, tijera
La sonda nasogástrica ayuda a aproximar el esófago	
El cirujano realiza una maniobra de Kocher amplia para permitir el ascenso del estómago. Primer plano con Vicryl 000 Segundo plano con seda 000	
Cierre de los pilares con polipropileno 00, nudos extracorpóreos	
Se fijo el estomago hacia el pilar derecho	se proporciona hilo de sutira, pinzas, tijeras

ESOFAGUECTOMÍA PARCIAL

Equipo y material : Hoja de bisturí, anestesia, jeringa de 20, retractores, pinzas Kelly, trocares, separador de nathanson, suturas laparoscópica

ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Tiempo abdominal Paciente en decúbito dorsal	
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Se colocan un trocar en el ombligo 10 mm, uno en hipocondrio izquierdo 5mm, 10 mm, uno en el hipocondrio derecho 5 mm.	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
Se separa con separador de nathanson y el primer efecto es la apertura de la parte flácida para acceder al pilar derecho y se disecciona el hiato para tener una buena disección sumando todo el tejido (disección del hiato)	prende la camara y le pasa al cirujano la lente laparoscópica
Se separa el esófago en sentido horario de derecha a izquierda, soltamos el estómago, Seccionando el gastro frénico, Se disecciona todo alrededor del pilar, Se empezará la disección en el mediastino superior para obtener un hiato bien diseccionado, Ampliamos seccionando el borde superior del hiato, para cuando pase el tubo gástrico no vaya a quedar comprimido.	Proporciona trocar de Hasson de 12 mm y la manguera de insuflación
Se procede a hacer la liberación del gastro colon, conservando la arteria gástrica derecha que va hacer lo que va a mantener el tubo gástrico irrigado, Se seccionan los vasos cortos ascendentes, Disección de la arteria coronaria estomáca.	proporciona laparoscopio, funda para la cámara, cable, cinta umbilical y una gasa
Se utilizan ligaduras de hilo reabsorbible para el ligado de los vasos, con los precintos de 300 de electricidad de 2 mm y de esa manera se hace la sección de los vasos.	
CONSTRUCCION DEL TUBO GASTRICO	
En la curvatura menor se va a iniciar la construcción del tubo gástrico que se hace con suturas calca lineal cortante inicialmente utilizara cartucho verde a medida que se va ascendiendo vamos iniciando la longitud de los cartuchos.	

ESOFAGUECTOMÍA PARCIAL

Se construye en tubo con 3 disparos y se hace una sutura traficciante con la finalidad hemostática y evitar que cuando uno asiendo el tubo durante la tracción no vaya a haber una distinción de la estructura con la posibilidad del filtración, al terminar la sutura, se continua con la cirugía.

PILORO MIOTOMIA

Se hace un método de drenaje gástrico como una piamiotomia, Se coloca una sonda K9 y después se sutura, y se va a crear un túnel, con una sutura se va ascendiendo y se va a ir formando el túnel con la finalidad de que cuando se retire la sonda solo haya una zona de transición que va a colapsar después de la extracción y evitar la filtración
Con puntos de Nylon transite string se va a fijar la sonda a la pared para que quede con un buen apoyo.

PACIENTE EN POSICION PRONA

Se entra del lado derecho con un trocar en el sexto espacio en línea media oxidal y dos trocates de 5mm, Sección de la vena ACIGOS, El cirujano identificara la vena, y se va a seccionar para entrar al mediastino posterior para acceder al esófago.

Se va a seccionar la vena ácidos utilizando dos ligaduras de seda, Se hace la recepción de esófago con el tejido ganglionar, Abre la pleura y libera el esófago, Se hace la movilización del esófago hacia el lado distal se disecciona todo el tejido ganglionar con las adenopatías asta llegar a la zona del hiato

ASCENSO DEL TUBO GASTRICO AL TORAX

Se remolca todo el componente esófago gástrico y el tubo gástrico que se ha preparado hacia el tórax ahí se observa el estomago vesical con la sutura mecánica y se sube el tubo preparado para anastomosarlo con el esófago, Se disecciona lo que queda de tubo gástrico con una sutura lineal constante azul y se separa la parte del epiplón gastro colónico para liberar totalmente la pieza

pinzas de disección

ESOFAGUECTOMÍA PARCIAL

Se hace una sección del esófago y se libera toda la pieza se coloca un punto para jalonar y hacer la anastomosis y al estomago se la hace un orificio y en el esófago y se coloca una sutura lineal color azul para hacer la anastomosis esófago gástrica, Se toma la sutura y la estructura y se va a cerrar la brecha por donde ingreso la maquina con una sutura reabsorbible en forma transversal en dos planos

Se hace el primer plano total y después se realiza el segundo plano y se hace una anastomosis impermeable y segura, Una vez lista la anastomosis se inserta una sonda nasogástrica se infla el estómago, Se coloca la pieza en una bolsa para realizar su extracción atreves de la Toracotomía

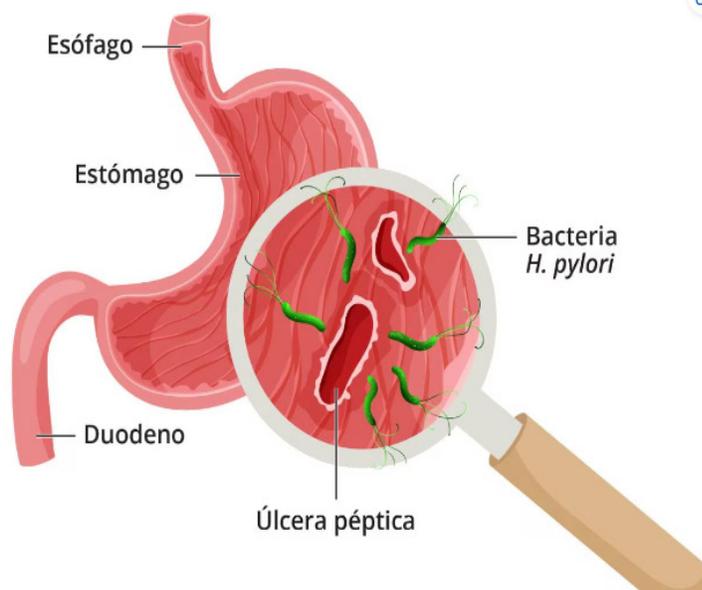
LA ÚLCERA PÉPTICA

Sigue siendo la causa más común de hemorragia del tubo digestivo.

Equipo y material : material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica, preparación de la anestesia en la jeringa de 20, bisturi, mango de bisturi, pinzas de disección, gasas, laparoscopio. funda de la cámara, hilo de sutura

ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Vía intra venosa en el brazo medicamentos para el dolor ,Anestesia general, Catéter en la vejiga para drenar la orina, Se le insertara un tubo de respiración	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica, preparación de la anestesia en la jeringa de 20
FUNDOPLICACION ABIERTA	
EL CIRUJANO Realiza una incisión de 8 pulgadas, 20 cm en el abdomen para dejar a la vista el estómago y el esófago inferior,	proporciona laparoscopio, funda para la cámara, cable, cinta umbilical y una gasa
después de separarlo de las estructuras cercanas,	
el cirujano envolverá el fondo o parte superior del estómago alrededor del esófago inferior y lo suturará,	
esta envoltura actúa como un cinturón que ajusta y refuerza el LES	
suturar la pared abdominal	Hilo de sutura con aguja, pinzas, tijeras

Úlceras pépticas



APENDICITIS

Equipo y material : mango de bisturí núm. 4 con hoja de bisturí núm. 20, electrocoagulador o mango de bisturí núm. 3 con hoja de bisturí núm. 1, portaagujas, pinzas de disección con dientes y sin dientes, polipropileno núm. 1, poliglactina 910 núm. 1 y 3-0, nylon 3-0 y tileras Mayo rectas.

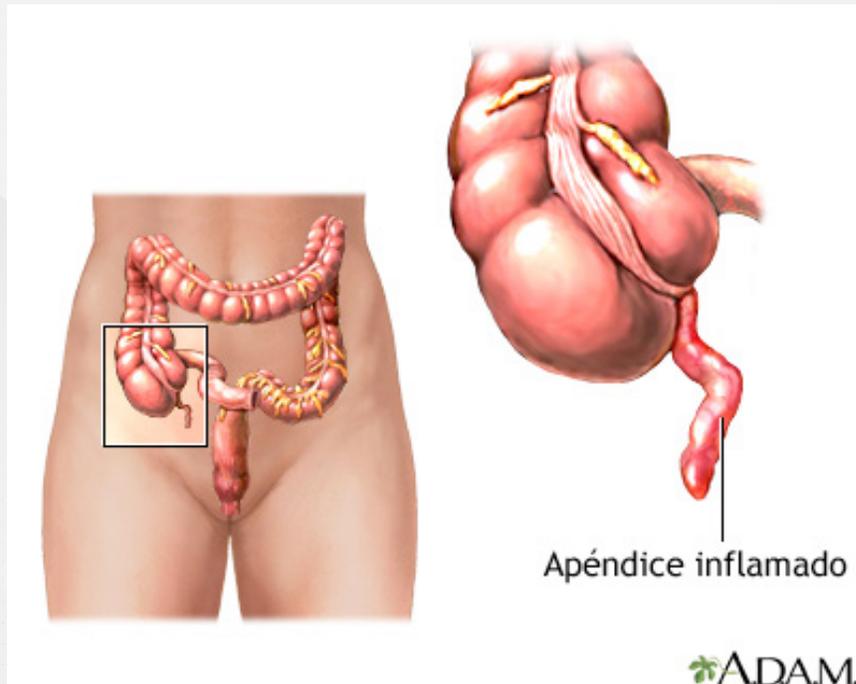
ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Infiltra, previo a la incisión, con solución anestésica	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
El cirujano define el tipo de incisión que realizará sobre el paciente (para definir imaginaremos una línea imaginaria entre la espina iliaca antero superior derecha y el ombligo y sobre esa línea un tercio superior y dos tercios inferior se va a realizar la incisión aproximadamente de 1.5 cm)	Proporciona, mango de bisturí núm. 4 con hoja de bisturí núm. 20, Proporciona electrocoagulador o mango de bisturí núm. 3 con hoja de bisturí núm. 1
Incisión Macburney y se procede a realizar la incisión sobre el tejido celular subcutáneo y va a allegar sobre las aponeurosis de los oblicuos, Para tener una adecuada exposición utilizaremos unas pinzas y posterior con los retractores tipo Faraver.	Proporciona pinzas Kelly curvas y tijeras Metzenbaum curvas o bisturí núm. 3 con hoja núm. 10 o electrocoagulador., Proporciona separador Richardson, pinzas de disección sin dientes y tijeras Metzenbaum curvas, Proporciona pinzas Babcock,
Se ingresará hasta llegar a las fases las cuales va a suspender con 2 pinzas Kelly y haciendo la maniobra de transluminación, Se procede a hacer el corte con tijera y después se hace una acomodación de sus retractores.	
Se hace una tracción de la apéndice con exposición hacia el cirujano y debe hacer una incisión lo más pegada hacia el apéndice con el fin de hacer una adecuado pinzamiento del meso apéndice, después se hace una ligadura de la arteria arteria iliocecolica, Una vez ligada se procede a cortar y se realiza una adecuada hemostasia	
Después se pasa a realizar un clampeo de la base del apéndice utilizando dos clamps intestinales y los liga y posterior a eso con bisturí frío, o electrocauterio corta lo mas cercano a la base del apéndice con una maniobra de hacia arriba y hacia adelante y eso facilita el adecuado corte del apéndice, Se realiza una limpieza de la cavidad abdominal en especial hacia los sitios de mayor relevancia	

APENDICITIS

Se realiza una limpieza de la cavidad abdominal en especial hacia los sitios de mayor relevancia

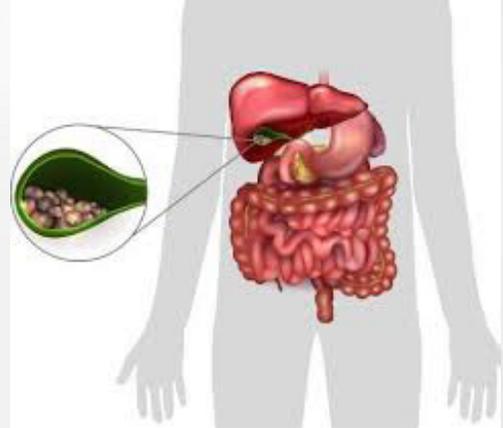
Continuaremos con el cierre de la pared abdominal que se hará por capas y por último el cierre intradérmico de la piel para finalizar

Proporciona portaagujas, pinzas de disección con dientes y sin dientes, polipropileno núm. 1, poliglactina 910 núm. 1 y 3-0, nylon 3-0 y tileras Mayo rectas.



LITIASIS BILIAR -COLECISTECTOMÍA ABIERTA

Equipo y material : Proporciona electrocoagulador, tijeras Metzenbaum curvas, separadores de Farabeuf Proporciona pinzas Kelly curvas, tijeras Metzenbaum, grapas, gasas, geringa de 20, guantes, solución fisiológica



ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Se realiza una incisión en la parte superior derecha del abdomen	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
El cirujano separa la vesícula biliar del hígado Posteriormente realiza un corte en el conducto y la arteria que conducen a la vesícula biliar y posteriormente extirpa la vesícula	Proporciona electrocoagulador, tijeras Metzenbaum curvas, separadores de Farabeuf Proporciona pinzas Kelly curvas, tijeras Metzenbaum
Para cerrar la incisión se utilizarán unas grapas o puntos.	grapas

CANCER DE HIGADO

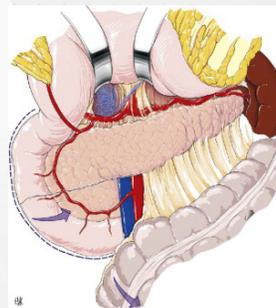
Equipo y material : sonda de tipo Foley, Hoja de bisturí, anestesia, jeringa de 20, retractores, pinzas Kelly, separador de nathanson, cánula de Yankauer, Pinzas de disección sin dientes y con dientes, Separador Deaver



ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Infiltra, previo a la incisión, con solución anestésica	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
Se realiza una incisión en la parte superior derecha del abdomen	proporciona bisturi 4 con hoja numero 23
Se realiza la extirpación de la vesícula biliar y se libera el hígado de sus elementos de sujeción ligamento triangular derecho falciforme coronario	
Disección y sección de las venas de drenaje entre hígado derecho y vena cava, Disección y linfadenectomía del helio hepático, Clampaje de la arteria, sección de la arteria hepática derecha, Disección de la vena porta derecha que se secciona entre punto de sutura con la finalidad de crear la isquemia del hígado derecho y se realiza la transición del hígado mediante bisturí ultrasónico, Se seccionan con seguridad los vasos intraparenquimatosos de mayor tamaño	entrega pinzas de disección sin dientes y electrocauterio
La transacción progresa de abajo hacia arriba y procurar abrir el hígado por capas sucesivas evitando crear pozos donde sería más difícil detener una hemorragia para los vasos de mayor tamaño y la vía biliar se puede emplear puntos o suturas mecánicas, Disección y sección de ligamento de Macucci que suele tener vascularización, identificación de la vena suprahepática derecha transición del parénquima hasta idéntica confluencia de la cava suprahepática derecha y clampaje de ambas	proporciona Pinza hemostática Kocher-Delicate recta Y curva ptoporciona pinzas de disección
Sección sobre vena cava manteniendo margen libre sobre la metástasis más cercana, Extracción de la pieza quirúrgica hepatectomía derecha, sutura de la vena cava, acomodan el hígado en su posición anatómica	hilo de sutura, pinzas, tijeras
suturan la parde abdominal.	Hilo de sutura con aguja, pinzas, tijeras

DUODENO PANCREATITIS CEFALICA Y LA RECONSTRUCCION COMPLETA DEL EJE MESENTERICO PORTAL Y ESPLENICO

Equipo y material : pinzas de disección, separador autoestático de Balfour, compresas húmedas, separador Richardson, pinzas Kelly curvas, Pinzas Adson con dientes y sin dientes, hilo de suturas, gasas



ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Infiltra, previo a la incisión, con solución anestésica	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
Con apoyo de un bisturí eléctrico cauterizador Se realiza una maniobra de Kocher que nos permite visualizar la cara anterior del riñón y extirpar el tejido que lo cubre	Proporciona pinzas de disección, separador autoestático de Balfour, compresas húmedas, pinzas Kelly curvas y separador Richardson.
La disección debe sobre pasar la vena cava y llegar asta la vena renal izquierda, Se tracciona hacia arriba el meso intestinal y justo por encima de la vena renal izquierda encontramos la arteria mesentérica superior, se le colocará una referencia para identificarla con un mesembru, Se llevará acabo la extirpación del epiplón mayor respetando los vasos gastroepiipoide	Proporciona pinzas de disección,
Apertura de la cavidad de los epiplones que nos permite ver la extensión del tumor, Disección de la vena y la arteria mesentérica superior en la raíz del mesón identificando y referenciando la vena y la arteria, Disección del hilio hepático seccionando la arteria gastroduodenal y referenciando la vía biliar desde hilo amarillo, La arteria hepática que es el hilo rojo e identificando la vena porta	
Sección de la vía biliar extrayendo y seccionando el drenaje biliar colocando de forma preoperatoria (con el aspirador recoger el líquido que salga de las vías biliares), Sección del estomago a nivel del antro mediante un instrumento de auto sutura mecánica, Disección del borde inferior y superior del páncreas y referencia a la altura del cuello pancreático	

DUODENO PANCREATITIS CEFALICA Y LA RECONSTRUCCION COMPLETA DEL EJE MESENTERICO PORTAL Y ESPLENICO

ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
<p>Identificación y sección con ligaduras de ramas venosas procedentes de las venas cólica media que se encuentran afectadas por el tumor, disección y liberación del duodeno yeyuno a nivel del ángulo de Trail hasta los vasos mesentéricos, disección de la vena mesentérica superior hasta la zona afectada por el tumor, disección del margen lateral derecho de la arteria mesentérica superior con disección hacia la vena mesentérica superior</p>	
<p>sección del páncreas sobre un clan intestinal con el electro bisturí y posteriormente complementándose la sección con una tijera y se le colocara una identificación y referencia de la vena esplénica de la vena porta y de la vena mesentérica superior disección y referencia de la vena renal izquierda clampaje distal y proximal de la misma, sección del injerto venoso y sutura de los márgenes de secciones, clampaje de la vena esplénica de la vena mesentérica superior y de la vena porta, clampaje de la arteria mesentérica superior para evitar la congestión intestinal y sección de la pieza quirúrgica al cortar el eje venoso mesentérico portal y esplendor</p>	
<p>la reconstrucción del eje venoso mesentérica se inicia mediante la estructura de la vena mesentérica superior al borde inferior de injerto venoso renal mediante dos suturas continuas de prolem, se anastomosa el borde superior del injerto venoso a la vena porta igualmente mediante suturas continuas una vez terminada la sutura se procede al des plantaje tanto de la vena como la arteria mesentérica superior y se anuda la sutura venosa con un factor de crecimiento, la vena esplénica se reconstruye anastomosando el borde seleccionado al injerto venoso renal mediante sutura termino lateral desclampando posteriormente, Retirarla pieza afectada y suturar la piel abdominal</p>	<p>Proporciona suturas según plano y preferencia del cirujano.</p>

TUMOR MUCINOSO DE LA COLA DE PANCREAS

Equipo y material :Proporciona pinzas Kelly curvas o de ángulo, tijeras Metzenbaum curvas y seda libre, pinzas Kelly curvas, portaaguias con seda atraumática, pinzas Kelly curvas, seda libre 2-0.a mango de bisturí núm. 3 con hoja, pinzas de diseccion,

ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DEL INSTRUMENTISTA
Asepsia del área a operar	Proporciona material de asepsia como jabón quirúrgico, esponja, solución fisiológica.
Infiltra, previo a la infición, con solución anestésica	Preparación de la anestesia en jeringa de 20
Se inicia la operación con una laparotomía exploradora llevándose acabo una incisión vi subcostal, Una vez abierta la cavidad abdominal explora manualmente la misma donde puede observarse la palpación del hígado y el resto de la cavidad abdominal se coloca un separador tipo valva ginecológica que tracciona arriba la pared abdominal, Se incide el epiplón menor abriéndose la trans cavidad de los epiplones	proporciona bisturi, pinzas de diseccion, pinzas Kelly
Se coloca la mano izquierda del cirujano asta encontrar el colon transverso, Se continúa con el Decolamiento coloepiploico en toda su extensión tanto hacia la región derecha del colon transverso como en dirección hacia la región esplénica, Se coloca diferentes pasos sucesivos con el hilo para evitar hemorragias de este decolamiento, se palpa la cara anterior del páncreas, Se incide el borde inferior del páncreas con tijera lo que permite observar un tumor en la cara posterior del órgano	
Se realiza la maniobra de liberación del vaso de sus adherencias parietales con el electro bisturí y compases sucesivos donde se observa un tumor quístico en la cara posterior del páncreas, Una vez liberado el vaso se procede a la ligadura de la vena esplénica, sobre el borde superior del páncreas se liga la arteria esplénica se lleva a cabo la colocación de varios puntos sobre el páncreas para luego seccionar el órgano con bisturí por encima de estos puntos quedando e remanente pancreático	
Se continua con la colocación de puntos sobre el resto del muñón pancreático para llevar a cabo su hemostasia, Se colocan puntos en el muñón pancreático para finalizar dicha hemostasia, Finalmente se procede la ligadura los vasos cortos de la estoma y el vaso con paso excesivo llevándose a cabo la es pleno pancreatectomía distal, Se lava con solución fisiológica la cavidad abdominal y colocación de dos drenajes	proporciona sutura con aguja, pinzas, tijeras

Referencia Bibliografica

1. Asociacion de Cirujanos Guatemala. (s.f.). Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=Pgi-jkO1UETI>
2. Cirboque TV. (s.f.). Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=AJEPzS3_r48
3. Esofagectomia Laparoscopica (<https://www.youtube.com/watch?v=UmmRTzUOI4E>). [Película].
4. Esofaguectomia Ivor Lewis (<https://www.youtube.com/watch?v=tkbXPM1R6Ys>). [Película]. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=tkbXPM1R6Ys>
5. GuardiaClinica. (s.f.). Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=aSCku1GP4sQ>
6. Nucleus Health videos. (s.f.). Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=URI97ZPGhvo>
7. Orlando arevalo . (s.f.). Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=bhUTQfwdTg8>
8. Revista de Gastroenterologia de Mexico. (s.f.). Obtenido de <http://www.revistagastroenterologia-mexico.org/es-pdf-X0375090603242926>
9. Solis, C. d. (s.f.). Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=2E2wWB7WMTY>
vida, E. c. (s.f.). Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=iQ7JTnuLd_8