



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno : Araceli López Pérez

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

Las Técnicas Quirúrgicas son los distintos procedimientos de manipulación de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

Con los avances tecnológicos actuales, la cirugía ya no significa necesariamente incisiones grandes y períodos de recuperación largos como en el pasado. Según el tipo de cirugía, pueden emplearse muchos métodos quirúrgicos



DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL

Existen dos variantes principales: el abordaje parietooccipital y el abordaje precoronal.



Función del cirujano

- El cirujano hace dos cortes grandes. Un corte se realiza en la zona del cuello y el otro en el abdomen superior.
- Desde el corte de su abdomen, el cirujano libera el estómago y la parte inferior del esófago de los tejidos circundantes. Desde el corte en el cuello, se libera el resto del esófago.
- Posteriormente, el cirujano extirpa la

Función del instrumentista

- Proporciona pinzas de ángulo, pinzas mixter y seda libre 3-0. 2. Proporciona dos pinzas de ángulo o Kelly curvas y seda libre 3-0. 3. Proporciona mango de-bisturí núm. 7 con hola de bisturí núm. 15 y tijeras de Sims curvas, así como sonda de

<p>parte del esófago donde está el cáncer u otros problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luego de esto su estómago se reforma como un conducto o tubo a para crear un nuevo esófago. Este se une con las partes restantes de su esófago con grapas o suturas. • Durante la cirugía, es probable que los ganglios linfáticos en el cuello y el abdomen se extirpen para determinar si el cáncer se ha propagado hacia ellos. <p>Se coloca una sonda de alimentación en</p> <ul style="list-style-type: none"> • el intestino delgado para que lo puedan alimentar mientras se esté recuperando de la cirugía. • Se pueden dejar tubos de drenaje en el pecho para eliminar el líquido. 	<p>alimentación núm. 5 u 8 y jeringa de 20 ml con solución salina tibia. 4. Proporciona dilatadores de Bakes de menor a mayor calibre (iniciando con el núm. 4) y pinzas de Randal. 5. Proporciona sonda de alimentación con 20 ml de medio de contraste a media dilución con solución salina isotónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona sonda en “T” (de Kehr o de Catell), mango de bisturí núm. 3 con hoja de bisturí núm. 15, pinzas Kelly curvas y seda atraumática 2-0. Proporciona portaagujas, pinzas de disección con dientes y sin dientes, polipropileno, núm. 1, poliglactina 910 núm. 1-0 y 3-0, nylon 3-Q o 4-0 y tijeras Mayo rectas.
--	--

Función del cirujano

<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted recibirá anestesia general al momento de la cirugía. Esto lo mantendrá dormido y no sentirá dolor. ○ El cirujano hace de 3 a 4 cortes pequeños en el abdomen superior, el tórax o la parte inferior del cuello. Estos cortes son de aproximadamente 1 pulgada (2.5 cm) de largo. ○ El laparoscopio se introduce a través de una de las incisiones en la parte superior del abdomen. El dispositivo tiene una cámara en el extremo. El video de la cámara aparece en un monitor en el 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. ‘l 0. Proporciona pinzas de disección sin dientes y tijeras Metzenbaum curvas. 1’l . Proporciona portaagujas con seda atraumática 2_0 o.3-0, pinzas de disección sin dientes y tijeras Metzenbaum curvas. 1Proporciona porta.agujas.con polipropileno núm. L, j_0 o 2-0, pinzas de
--	---

<p>quirófano. Esto le permite al cirujano ver la zona en la que se está haciendo la operación. Los otros instrumentos quirúrgicos se introducen a través de las otras incisiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El cirujano libera el esófago de los tejidos que lo rodean. Según cuánto de su esófago esté comprometido, se extirpa solo una parte o casi la totalidad. ○ Si se extrae solo una parte del esófago, los extremos restantes se unen por medio de grapas o suturas. Si se extrae la mayoría de su esófago, el cirujano reforma su estómago para hacer un tubo o conducto con el que crea un nuevo esófago. Este se une a la parte que aún queda de su esófago. ○ Durante la cirugía, los ganglios linfáticos del pecho y el abdomen probablemente se extirparán para determinar si el cáncer se ha propagado hacia estos. ○ Se coloca una sonda de alimentación en el intestino delgado para que lo puedan alimentar mientras se esté recuperando de la cirugía. 	<p>disección sin'dientes y tijeras Mayb rectas.</p>
---	---

Manga gástrica laparoscópica.

Es una Cirugía Mínimamente Invasiva en la que se extirpa el 70-80% del estómago, aproximadamente. Se trata de una intervención ideal para el manejo de Sobrepeso y Obesidad, para empezar a disfrutar de un cuerpo más saludable y atractivo.



- El cirujano hace de 2 a 5 cortes (incisiones) pequeños en su abdomen.
 - El laparoscopio y los instrumentos necesarios para llevar a cabo la cirugía se insertan a través de estos cortes.
 - La cámara va conectada a un monitor de video en el quirófano. Esto le permite al cirujano ver el interior del abdomen mientras lleva a cabo la operación.
 - Un gas inofensivo se bombea dentro de su vientre para expandirlo. Esto le da al cirujano espacio para trabajar.
 - El cirujano extirpa la mayor parte del estómago.
 - Las porciones restantes del estómago se unirán usando grapas quirúrgicas. Esto crea un tubo vertical largo o estómago en forma de banano.
 - La cirugía no implica cortar ni cambiar los músculos del esfínter que le permiten al alimento entrar o salir del estómago.
 - El laparoscopio y los demás instrumentos se extraen. Los cortes se cierran con suturas.
- Proporciona bisturí núm. 4 con hoja, de bisturí núm. 20 Proporciona electrocoagulador o segundo bisturí núm.. 3 con hoja núm. 10 y pinzas de disección sin dientes.
 - 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

- **Se inicia Anestesia General. El paciente en decúbito dorsal y en posición francesa. Asepsia y antisepsia de la región abdominal. Se procede a la colocación de 5 trocares**
- **Una vez obtenido pneumoperitoneo a 12 mmHg se introduce cámara o lente de 30 grados y se realiza una inspección general de la cavidad abdominal. Se realiza Tracción Hepática y Exposición de Hiato Esofágico mediante un separador hepático automático a través del trocar subxifoideo. Se identifica la válvula pilórica y ramas terminales del nervio de Latarjet. Se realiza la disección del ligamento gastrocólico con bisturí ultrasónico iniciando a 5-7 cm de la válvula pilórica para posteriormente entrar a la retrocavidad de los epiplones**
- **Continúa la Disección con Bisturí Ultrasónico por toda la vascularidad de la curvatura mayor del estómago hasta alcanzar los vasos cortos y liberar de manera completa el ángulo de Hiz. Después, el anesthesiólogo introduce una sonda orogástrica de 32 Fr, la cual se coloca de manera próxima a la curvatura menor hasta alcanzar la válvula pilórica. Inicia la resección gástrica de distal a proximal en forma vertical desde el inicio de la devascularización de la curvatura mayor hasta el ángulo de Hiz por fuera de la sonda de ferulización, con una engrapadora de 60 mm Ethicon Echelon de cartuchos de diferentes grosores, adecuados a la conformación anatómica (verdes 60 × 4,1 mm, dorados 60 × 3,8 mm o azules 60 × 3,5 mm), hasta completar la resección**

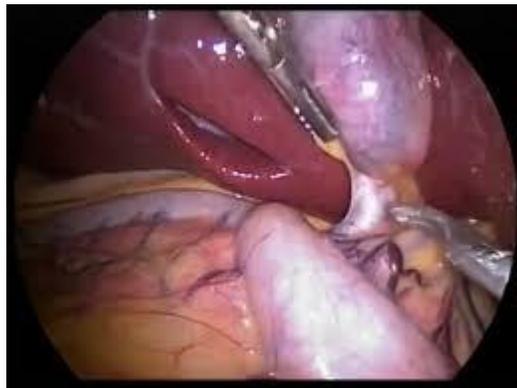
Proporciona mango de bisturí núm. 4 con hoja núm. 2. 20, compresas secas² y electrobisturí. Proporciona electrobisturí, compresas húmedas, separadores Richardson, pinzas Kelly y tijeras Metzenbaum.

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. 7. 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.

- Se extrae el estómago resecado. Posteriormente se realiza prueba hidroneumática, introduciendo 500 ml de solución salina a la cavidad abdominal hasta cubrir por completo el neoestomago. Se coloca una pinza de oclusión distal a la línea de grapado para solicitarle al anestesiólogo que insufle el mismo y poder observar burbujeo que pudiera corresponder a fuga de la línea de sutura. Se instila azul de metileno a través de la sonda para nuevamente corroborar hermeticidad del neoestómago

Colecistectomía simple con exploración de vías

Esta técnica consiste en la extracción quirúrgica de la vesícula biliar enferma



1. Realiza Incisión subcostal derecha.
2. Prolonga la incisión al tejido graso subcutáneo cortando la línea de fusión aponeurótica de la vaina de los rectos y las fibras del músculo oblicuo mayor.
3. Realiza hemostasia de los vasos de la

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

<p>capa de tejido areolar, corta y liga.</p> <p>4. Corta el músculo recto y descubre el oblicuo menor y su aponeurosis.</p> <p>5. La incisión se extiende por la vaina posterior del recto, el músculo transverso abdominal y el peritoneo, para realizar revisión de la cavidad intraperitoneal subyacente</p> <p>Metzenbaum curvas. 5. Proporciona pinzas de disección sin dientes y tijeras Metzenbaum curvas.</p> <p>6. Proporciona separador de Harington o Deaver. 7. Proporciona pinzas de ángulo o pinzas Kelly curvas.</p> <p>6. Coloca separador manual para visualizar vesícula biliar. 7. Toma el fondo de la vesícula biliar, la tracciona hacia abajo y posteriormente hacia arriba.</p>	<p>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 Snyder, ligadura 2-0 y 3-0 de seda, tijeras Metzenbaum y disectores finos sin dientes. Proporciona pinzas de disección finas sin dientes de 20 cm, pinzas de ángulo, tijeras Metzenbaum, ligadura 3-0 de seda y tijeras Mayo rectas. Proporciona compresa húmeda, pinzas Karmant rectas de intestino, bisturí núm. 7 con hoja núm. 15, pinzas de disección sin dientes medianas de 20 cm, portaagujas Mayo-Hegar de 23 cm, sutura de polipropileno 2-0 o 3-0 con aguja redonda, yunque receptor de engrapadora circular (fig. 53-a). Proporciona dilatadores esófagicos (fig. 53-5) y vaselina líquida. Proporciona pinzas Karmant rectas de intestino, bisturí núm. 7 con hoja núm. 15 y compresa seca. Proporciona pinzas de Snyder, tijeras Metzenbaum, ligadura 2-A y 3-O de seda, pinzas de disección finas sin dientes. Proporciona pinzas Karmant rectas de intestino, bisturí núm.7 con hoja núm. 15. Proporciona compresa húmeda, pinzas de disección sin dientes, tijeras Metzenbaum y prepara engrapadora circular. Proporciona bisturí núm. 7 con hoja núm. 15, engrapadora circular de 25,28 o 31 mm, según el diámetro establecido.</p>
--	--

Hace disparo de engrapadora circular y verifica donas esofagoyeyunales.

Apendicectomía

La apendicectomía consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice vermiforme.



<p>Realiza incisión de McBurney.s Actividqdes de lo instrumentista 1. Proporciona,mango de bisturí núm. 4 con hoja 2. Profundiza la incisión por las fibras del oblicuo mayor y su aponeurosis, y por los músculos oblicuo mayor y transverso del abdomen. 3. P.inza y corta transversalm.ente pequeños segmentos de fascia transversal y peritoneó. 4. Separa los bordes de la herida e incide la cavidad peritoneal para descubrir la región ileocecal y el</p>	<p>Proporciona electrocoagulador o manqo de bisturí núm. 3 con hoja de bisiurí núm. 10. 3. Proporciona pinzas Kelly curvas y tijeras Metzenbaum curvas o bisturí núm. 3 con hofá núm. 10 o electrocoagulador. 4. P.roporciona separador Richardson, pinzas de disección srn dtentes y tijeras Metzenbaum curvas. 5. Proporciona pinzas Babcock (f Proporciona pinzas Kelly curvas o de ángulo, tijeras Metzenbaum curvas y seda</p>
---	---

<p>apéndice. 5. Toma la punta del mesoapéndice.y moviliza con ciego e íleon terminal para exteriorizar hacia la nárida qutrurtca.</p>	<p>libre 2-0 o 3-0. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 5. 6. 7. 8. Proporciona pinzas Kelly curvas. Proporciona portaaguías con seda atraumática. Proporciona pinzas Kelly curvas. Proporciona seda libre 2-0. Proporciona mango de bisturí núm. 3 con hoja núm. 10. Proporciona pinzas Kelly curvas. Proporciona portaagujas, con seda atraumática 3-0, pinzas de disección sin dientes y tileras Mayo rectas. 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.</p>
---	---

Referencias bibliograficas

uDocz

<https://www.udocz.com> › apuntes

Técnicas Quirúrgicas en Enfermería Guillermina Hernandez pdf | El Rincon del estudiante de Enfermeria

uDocz

<https://www.udocz.com> › apuntes

Técnicas Quirúrgicas en Enfermería Guillermina Hernandez pdf | El Rincon del estudiante de Enfermeria