

**TEMA: NEFRECTOMÍA / PIELOPLASTIA.**

**MATERIA: ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICO.**

**DOCENTE: LICENCIADA CECILIA DE LA CRUZ SANCHEZ.**

**ALUMNA: KARLA GPE. MÉRITO GÓMEZ.**

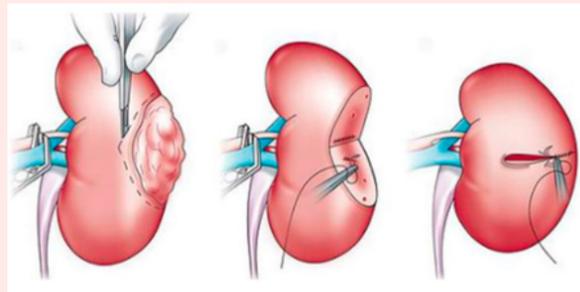
**LICENCIATURA: ENFERMERÍA.**

**PARCIAL: III**

**CUATRIMESTRE: 6°**

# NEFRECTOMÍA

La nefrectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación parcial o total del riñón, y puede realizarse por vía abierta, laparoscópica o robótica, según el caso clínico. El objetivo principal es eliminar tejido renal enfermo, dañado o no funcional, ya sea por tumores, traumatismos, infecciones crónicas, malformaciones o para donación de órganos.



## TECNICAS DE NEFROCTOMÍA

### Nefrectomía Abierta

#### Indicaciones

- Tumores renales grandes o localmente avanzados.
- Trauma renal severo.
- Infecciones o abscesos no controlables.
- Malformaciones severas.

#### Contraindicaciones

- Paciente no apto para cirugía mayor.
- Infección activa sistémica.
- Coagulopatías no controladas.

#### Recomendaciones

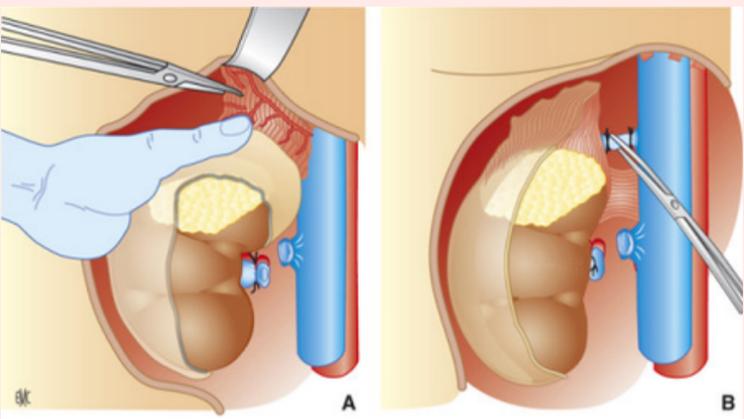
- Evaluación prequirúrgica completa.
- Corrección de alteraciones electrolíticas y coagulación.
- Ingreso hospitalario anticipado para estabilización si es necesario.

#### Equipo y Material

- Bisturí eléctrico.
- Separadores de retroperitoneo.
- Pinzas vasculares, suturas, electrocauterio.
- Material de hemostasia y succión.
- Mesa de riñón y lámpara quirúrgica.

#### Descripción de la Técnica

Se realiza una incisión en el flanco o abdomen. Se disecan los tejidos hasta llegar al riñón. Se ligan y cortan los vasos renales y uréter. Finalmente, se retira el riñón y se cierra la incisión por planos.



### Nefrectomía Laparoscópica

#### Indicaciones

- Tumores pequeños localizados.
- Nefrectomía por donación renal.
- Pielonefritis crónica.

#### Contraindicaciones

- Tumores muy grandes o invasivos.
- Cirugías abdominales previas extensas (adherencias).
- Mal control hemodinámico.

#### Recomendaciones

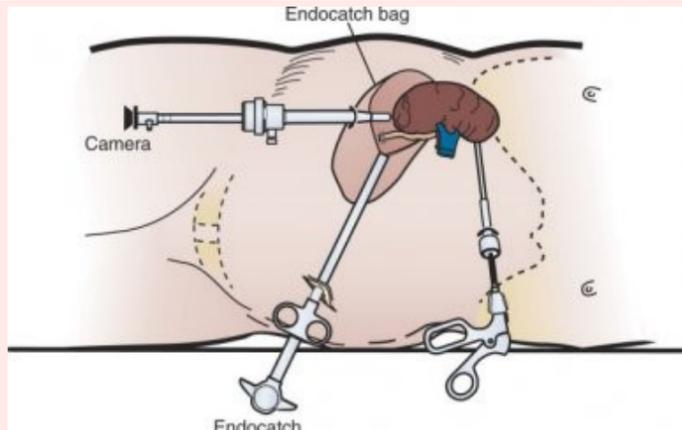
- Ayuno 8 horas.
- Colon limpio si se abordará por vía transperitoneal.
- Consentimiento informado específico para laparoscopia.

#### Equipo y Material

- Torre de laparoscopia (cámara, fuente de luz, insuflador).
- Trocars (puertos).
- Pinzas laparoscópicas, tijeras, electrocauterio o bisturí armónico.
- Bolsa de extracción de órganos.

#### Descripción de la Técnica

Se colocan trócares para introducir la cámara y los instrumentos. Se insufla CO<sub>2</sub> en el abdomen. Se libera el riñón, se ligan vasos y uréter, se extrae el órgano por un trocar ampliado o minilaparotomía.



## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### CUIDADOS PREOPERATORIOS

#### 1. Valoración y preparación del paciente

- Evaluación médica integral: historia clínica, comorbilidades, función renal.
- Estudios: BHC, creatinina, tiempos de coagulación, EGO, imagenología (TAC, USG).
- Valoración preanestésica y de riesgo quirúrgico.

#### 2. Preparación física

- Ayuno preoperatorio de 6–8 horas.
- Higiene con antiséptico (baño con clorhexidina).
- Vía venosa periférica funcional.
- Retiro de objetos personales, joyas y prótesis dentales.

#### 3. Educación al paciente y familia

- Explicación del procedimiento, tiempos de recuperación y dispositivos postoperatorios (sonda, drenaje).
- Entrenamiento en ejercicios respiratorios (espirometría, tos asistida).
- Reducción de ansiedad con apoyo emocional y, si es necesario, ansiolíticos prescritos.

### CUIDADOS TRANSOPERATORIOS

#### 1. Monitoreo y soporte

- Control continuo de signos vitales (TA, FC, FR, SpO<sub>2</sub>, T°).
- Registro de ingresos y pérdidas (balance hídrico).
- Evaluación constante de la respuesta anestésica.

#### 2. Condiciones de seguridad y técnica

- Verificación de identidad, procedimiento y lateralidad (checklist quirúrgico).
- Posicionamiento adecuado (decúbito lateral o dorsal según técnica).
- Protección de puntos de presión y uso de medias compresivas para evitar TEP.
- Apoyo en asepsia, colocación de sondas y manejo de instrumental.

#### 3. Asistencia al equipo quirúrgico

- Suministro de insumos y verificación de material estéril.
- Registro de tiempos operatorios y procedimientos realizados.



### CUIDADOS POSTOPERATORIOS

#### 1. Inmediatos (primeras horas en recuperación)

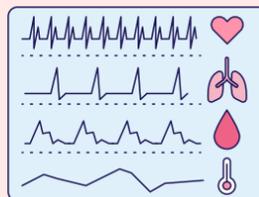
- Evaluación neurológica post-anestesia.
- Monitoreo hemodinámico estricto.
- Control del dolor: escala EVA y analgesia programada.
- Valoración del sitio quirúrgico y drenajes (cantidad y aspecto).
- Vigilancia de la diuresis: control de sonda vesical.

#### 2. Primeras 24–72 horas

- Continuar control de signos vitales y balance hídrico.
- **Prevención de complicaciones:**
  - Respiratorias: espirometría incentivada, cambios de posición.
  - Trombosis: movilización temprana, medias compresivas.
  - Infección: control de fiebre, leucocitos, herida quirúrgica.
- Retiro progresivo de sonda y drenajes según indicación médica.
- Dieta: iniciar con líquidos claros, progresar según tolerancia.

#### 3. Al alta

- **Educación sobre:**
  - Cuidados de la herida.
  - Higiene personal.
  - Signos de alarma: fiebre, sangrado, dolor excesivo, disminución de diuresis.
- Indicaciones sobre actividad física: evitar esfuerzos por 4 a 6 semanas.
- Adherencia a medicamentos y control médico.



# PIELOPLASTIA

La pieloplastia es un procedimiento quirúrgico reconstructivo cuyo objetivo es corregir la obstrucción de la unión pieloureteral (UPU), es decir, el área donde la pelvis renal (la parte donde se recolecta la orina en el riñón) se une con el uréter (el conducto que lleva la orina hacia la vejiga).

Esta obstrucción puede ser congénita (presente desde el nacimiento) o adquirida (por litiasis, infecciones repetidas, cirugías previas, fibrosis, etc.) y provoca un bloqueo parcial o total del flujo urinario, lo que puede llevar a:

- Hidronefrosis (dilatación progresiva del sistema colector renal).
- Dolor lumbar intermitente.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Pérdida progresiva de la función renal si no se corrige.



## INDICACIONES

- Estenosis congénita o adquirida de la unión pieloureteral.
- Hidronefrosis sintomática.
- Dolor lumbar por obstrucción.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Función renal conservada en el riñón afectado.



## RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de imagen previos: TAC, pielografía, urografía o renograma.
- Preferir técnica mínimamente invasiva si es posible.
- Considerar la edad y condición del paciente para decidir vía quirúrgica.

## CONTRAINDICACIONES

- Riñón atrófico o con función no recuperable (<10% en gammagrafía renal).
- Infección urinaria activa no tratada.
- Paciente no apto para cirugía bajo anestesia general.
- Coagulopatías no corregidas.



## TÉCNICAS DE PIELOPLASTIA

### 1. PIELOPLASTIA DE ANDERSON-HYNES (Técnica estándar)

#### Descripción:

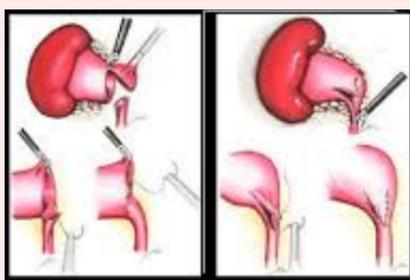
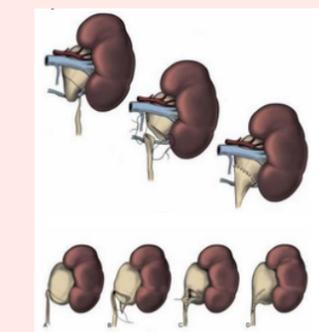
- Técnica dismembered (resección y reconstrucción).
- Secciona la unión pieloureteral estenosada y se reimplanta el uréter en la pelvis renal de forma más amplia.

#### Vías:

- Abierta: Incisión lumbar o subcostal.
- Laparoscópica / Robótica: Acceso mínimamente invasivo con instrumentos especiales.

#### Pasos generales:

1. Exposición de la unión pieloureteral.
2. Resección del segmento estenótico.
3. Anastomosis de la pelvis renal con el uréter sin tensión.
4. Colocación de catéter doble J.
5. Cierre por planos.



### 2. PIELOPLASTIA Y-V O EN CUÑA

- Técnica alternativa cuando la resección completa no es posible.
- Se realiza un colgajo en forma de Y o cuña para ampliar el área de obstrucción sin cortar completamente la unión.
- Menos utilizada que la de Anderson-Hynes.

## EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO DE AMBAS TÉCNICAS

- Mesa quirúrgica con opción de posición decúbito lateral.
- Separadores quirúrgicos o laparoscopio (según vía).
- Pinzas finas para microcirugía.
- Catéter doble J.
- Suturas absorbibles finas (4-0 o 5-0).
- Instrumental para disección fina y anastomosis.
- Torre laparoscópica si se usa acceso mínimamente invasivo.



## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### CUIDADOS PREOPERATORIOS

#### ✓ Valoración inicial:

- Revisión completa de la historia clínica y diagnósticos (hidronefrosis, dolor, infecciones recurrentes).
- Identificar alergias, antecedentes quirúrgicos, comorbilidades (HTA, diabetes, IRC).
- Confirmar resultados de estudios: ultrasonido renal, urografía, renograma isotópico, creatinina.

#### ✓ Preparación física:

- Ayuno mínimo de 6-8 horas antes del procedimiento.
- Baño antiséptico (clorhexidina) la noche anterior y el mismo día.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Asegurar que esté firmada y explicada la autorización del consentimiento informado.
- Administración de medicación preanestésica según indicación médica (antibióticos, ansiolíticos).

#### ✓ Educación al paciente y familia:

- **Explicar:**
  - Procedimiento quirúrgico y beneficios.
  - Posibles dispositivos postoperatorios: sonda vesical, drenaje perirrenal, catéter doble J.
- **Enseñar:**
  - Ejercicios de respiración profunda, tos asistida y movilización precoz.
  - Signos de alarma postquirúrgicos.

### CUIDADOS TRANSOPERATORIOS

#### ✓ Durante el procedimiento:

- Verificar:
  - Identidad del paciente y procedimiento (checklist quirúrgico).
  - Lateralidad del riñón afectado.
- Mantener:
  - Monitoreo de signos vitales: PA, FC, FR, SpO<sub>2</sub>, T°C.
  - Registro de líquidos administrados y pérdidas (sangre, orina).
- Asegurar:
  - Asepsia y antisepsia del campo quirúrgico.
  - Correcta posición quirúrgica (decúbito lateral o supino con rotación leve).
  - Protección de prominencias óseas para evitar lesiones por presión.
- Apoyo al equipo quirúrgico:
  - Suministro de instrumentos, suturas, drenajes, catéter doble J.
  - Documentación del tiempo quirúrgico y procedimientos realizados.



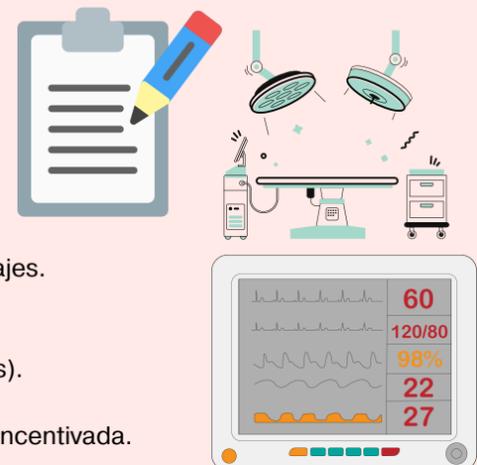
### CUIDADOS POSTOPERATORIOS

#### ✓ Fase inmediata (primeras 6-12 horas):

- Monitoreo estrecho:
  - Signos vitales cada 15-30 min al inicio.
  - Diuresis por sonda Foley (cantidad, color, aspecto).
  - Sitio quirúrgico: inspección de apósitos, herida y drenajes.
- Control del dolor:
  - Uso de escalas de dolor (EVA).
  - Administración de analgesia prescrita (AINES, opioides).
- Prevención de complicaciones:
  - Valoración respiratoria: fomentar uso de espirometría incentivada.
  - Evaluar presencia de náuseas/vómito postanestesia.
  - Evaluar signos de hemorragia, infección o sangrado urinario.

#### ✓ Fase tardía (primeros 2-5 días):

- Movilización progresiva:
  - Levantarse del lecho con ayuda el primer día si está estable.
  - Caminar brevemente varias veces al día.
- Retiro progresivo de dispositivos:
  - Retiro de sonda vesical según indicación médica.
  - Drenaje quirúrgico se retira cuando el gasto es <30 ml en 24 h.
- Hidratación adecuada:
  - Mantener buen volumen urinario para evitar obstrucción del catéter.
- Evaluación emocional:
  - Reforzar confianza, responder preguntas, disminuir ansiedad por dispositivos.



# REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

1. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/nephrectomy/about/pac-20385165>
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S176133101787907X>
3. <https://images.app.goo.gl/1gRWbXKZz1BcUYW8A>
4. [https://d328k6xhl3lmif.cloudfront.net/docs/default-source/default-document-library/nefrectomia\\_revisadofinal\\_f5af87001fb0f471b82df11173e6d4272.pdf?sfvrsn=217c64f0\\_4](https://d328k6xhl3lmif.cloudfront.net/docs/default-source/default-document-library/nefrectomia_revisadofinal_f5af87001fb0f471b82df11173e6d4272.pdf?sfvrsn=217c64f0_4)
5. <https://www.hospitallamoraleja.es/es/especialidades-adultos-urologia/pieloplastia.php>
6. <https://www.clinicacentro.com/otras-especialidades/urologia/estenosis-pieloureteral-pieloplastia/>
7. <https://www.clinicacentro.com/otras-especialidades/urologia/estenosis-pieloureteral-pieloplastia/>
8. <https://www.pediatrix.com/-/media/default-website/practices/urologycentraltexas/roboticpyeloplastysurgeryspanish03202024.pdf>