



Nombre del Alumno: Juan Manuel Jiménez Álvarez.

Nombre del tema: Procedimiento quirúrgico: Nefrectomía y Pieloplastia.

Nombre de la Materia: Enfermería médico quirúrgica II.

Nombre del profesor: Cecilia de la cruz Sánchez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 6°

Parcial: 3°

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: NEFRECTOMÍA

CONCEPTO:

La nefrectomía es una cirugía que consiste en la extirpación quirúrgica de un riñón, ya sea de forma total o parcial. Dependiendo del motivo, **puede ser:**

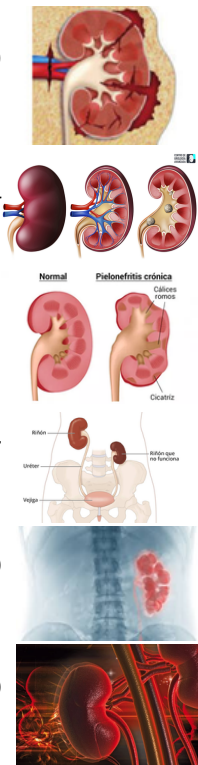
- **Nefrectomía simple:** Extirpación completa del riñón afectado sin incluir otros tejidos.
- **Nefrectomía parcial (nefrectomía conservadora):** Extirpación de solo la parte dañada del riñón, preservando el tejido sano.
- **Nefrectomía radical:** Extirpación completa del riñón, grasa perirrenal, glándula suprarrenal y ganglios linfáticos regionales.

Se puede realizar por:

- **Vía abierta:** Incisión grande en el costado o abdomen.
- **Vía laparoscópica o robótica:** Mediante pequeñas incisiones y uso de cámara e instrumentos especiales.

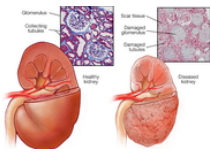
INDICACIONES

- Trauma renal severo con sangrado incontrolable:
- Tumores renales malignos (carcinoma de células renales):
- Pielonefritis crónica destructiva:
- Riñón atrófico o no funcional con dolor recurrente.
- Hidronefrosis avanzada con daño renal irreversible:
- Infecciones renales crónicas no controladas:



CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia renal bilateral o dependencia del riñón contralateral.



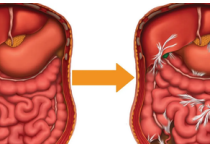
- Infección activa no controlada.



- Coagulopatías graves sin corrección previa.



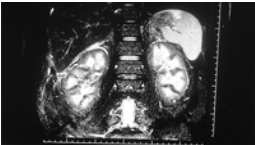
- Mala condición general o enfermedades cardíacas graves.



- Adherencias severas postquirúrgicas (en ciertos casos).

RECOMENDACIONES

- Evaluación nefrológica y urológica completa.
- Estudios imagenológicos (uro-TC, resonancia, gammagrafía renal).
- Estudios de laboratorio: creatinina, urea, hemograma, pruebas de coagulación.



- Valoración cardiopulmonar completa.



- Suspender anticoagulantes, antiagregantes y AINES al menos 7 días antes.



- Realizar control de infecciones urinarias (urocultivo negativo).

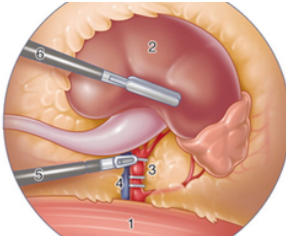


- Consentimiento informado, explicando riesgos: insuficiencia renal, sangrado, infecciones, lesión de órganos adyacentes.



EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO

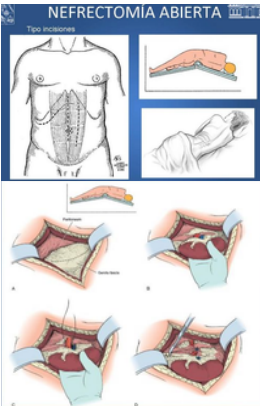
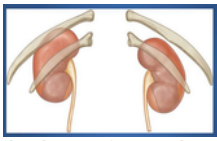
- Mesa quirúrgica con posibilidad de posición en decúbito lateral.
- Separadores automáticos grandes (Gibson, Balfour, etc.).
- Pinzas hemostáticas, de disección y vasculares.
- Tijeras quirúrgicas curvas y rectas.
- Suturas absorbibles (vicryl, poliglactina) y no absorbibles (prolene).
- Clips vasculares o ligaduras.
- Electrocoagulador.
- Sondas para drenaje (Hemovac, Penrose).
- Instrumental laparoscópico (si es mínimamente invasiva).
- Bolsas de extracción laparoscópicas.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

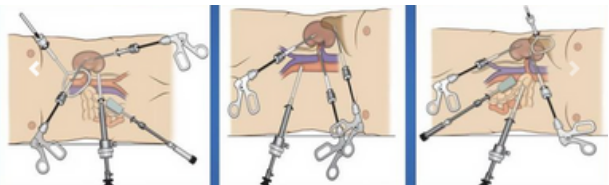
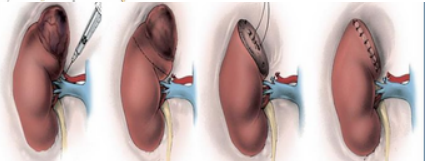
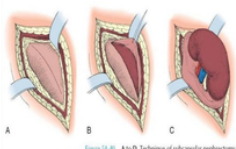
Vía Abierta (Lumbotomía Subcostal o Flanco):

1. **Anestesia:** General.
2. **Posición:** Decúbito lateral con flexión del tronco para exponer el flanco.
3. **Incisión:** Lumbotomía subcostal o transabdominal dependiendo del lado afectado y experiencia del cirujano.
4. **Apertura:** Seccionado de músculos y fascia para llegar al retroperitoneo.
5. **Identificación del riñón:** Se moviliza cuidadosamente, protegiendo el uréter y vasos cercanos.
6. **Control vascular:** Se identifican, ligan y cortan la arteria renal y la vena renal con clamps vasculares, evitando sangrado.
7. **Liberación del uréter:** Se secciona y liga distalmente.
8. **Extracción:** Se retira el riñón junto con el tejido graso circundante si es necesario.
9. **Hemostasia:** Minuciosa, para evitar sangrado postoperatorio.
10. **Colocación de drenaje:** Cerca del lecho renal.
11. **Cierre:** Por planos anatómicos: fascia, músculos y piel.



Vía Laparoscópica (Mínima Invasión):

1. **Posición:** Similar, con mesa en flexión moderada.
2. **Insuflación:** Neumoperitoneo con CO₂.
3. **Colocación de trocates:** 3 o 4 puertos para cámara e instrumentos.
4. **Disección:** Se accede al retroperitoneo, se moviliza el colon y se expone el riñón.
5. **Control vascular:** Clips o selladores vasculares para vasos renales.
6. **Resección:** Corte del uréter y liberación completa del riñón.
7. **Extracción:** A través de una mini-laparotomía o bolsa extractora.
8. **Drenaje:** Según necesidad.
9. **Cierre:** Sutura de los puertos y cierre cuidadoso.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Preoperatorios:

- Educación sobre el procedimiento y recuperación.
- Preparación intestinal si se indica.
- Evaluación del estado renal y metabólico.
- Ayuno mínimo de 8 horas.
- Rasurado y antisepsia de la zona quirúrgica.



Transoperatorios:

- Vigilancia hemodinámica.
- Control de líquidos y electrolitos.
- Asegurar asepsia estricta.
- Prevención de hipotermia.



Postoperatorios:

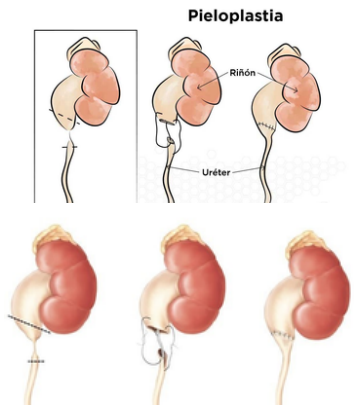
- Monitoreo de signos vitales y diuresis horaria.
- Control del dolor con analgesia multimodal.
- Vigilancia del sitio quirúrgico (signos de sangrado o infección).
- Manejo de drenajes y catéteres.
- Movilización precoz y ejercicios respiratorios.
- Educación sobre cuidados en el hogar y restricción de esfuerzos.



PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: PIELOPLASTIA

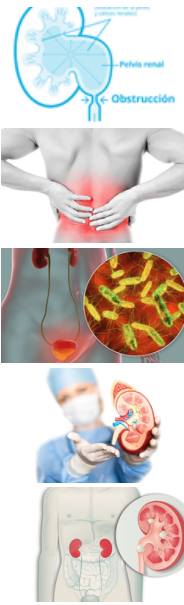
CONCEPTO:

La **pieloplastia** es un procedimiento quirúrgico reconstructivo que tiene como objetivo corregir la obstrucción o estrechamiento de la unión pieloureteral, es decir, el sitio donde la pelvis renal se conecta con el uréter. Esta zona puede presentar una estenosis (estrechez) congénita o adquirida, que bloquea el paso normal de la orina del riñón al uréter, generando acumulación de orina (hidronefrosis), infecciones recurrentes, dolor lumbar, litiasis urinaria e incluso daño progresivo de la función renal. La cirugía consiste en eliminar el segmento estrechado de la unión pieloureteral y volver a unir la pelvis renal al uréter, creando una conexión amplia que permita un drenaje libre y efectivo de la orina. Esta intervención puede realizarse mediante cirugía abierta tradicional, laparoscópica o asistida por robot, dependiendo de la experiencia del cirujano y las condiciones del paciente.



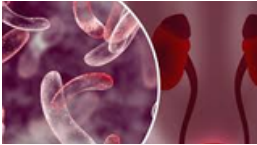
INDICACIONES

- Hidronefrosis secundaria a obstrucción pieloureteral.
- Dolor lumbar recurrente.
- Infecciones urinarias persistentes.
- Disminución progresiva de la función renal (urológica).
- Litiasis secundaria a obstrucción crónica.



CONTRAINDICACIONES

- Función renal irreversible o muy baja.
- Infección urinaria activa no tratada.
- Paciente en mal estado general.
- Coagulopatía severa sin corrección previa



RECOMENDACIONES

- Control de infecciones urinarias (urocultivo negativo).
- Valoración cardiovascular y anestésica completa.
- Suspensión de anticoagulantes si aplica.



- Estudios imagenológicos: pielografía, gammagrafía renal (MAG-3, DTPA), urotomografía.



- Información clara al paciente sobre riesgos, necesidad de catéter ureteral y posibles reintervenciones.



EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO

- Instrumental microquirúrgico.
- Suturas absorbibles finas (5-0 a 6-0).
- Catéter ureteral doble J o sonda de drenaje pieloureteral.
- Lupas quirúrgicas o microscopio en caso necesario.
- Electrocoagulador.
- Pinzas de disección atraumáticas.
- Drenajes tipo Penrose o Hemovac.
- Equipo laparoscópico o robótico si es cirugía mínimamente invasiva.



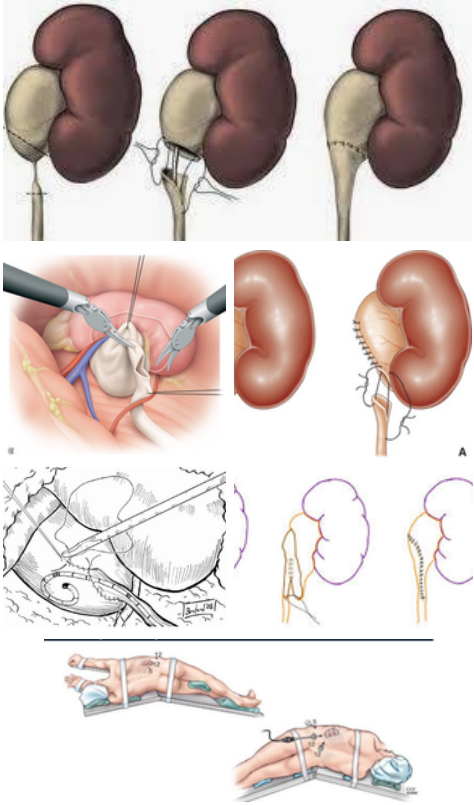
TÉCNICA QUIRÚRGICA (TÉCNICA ANDERSON-HYNES)

Vía Abierta (Clásica):

- Anestesia:** General.
- Posición:** Decúbito lateral con ligera flexión.
- Incisión:** Lumbotomía o subcostal.
- Exposición renal:** Movilización de tejidos para exponer la pelvis renal y el uréter.
- Disección:** Identificación precisa de la unión pieloureteral estenosada.
- Resección:** Corte del segmentoestenótico o atrófico del uréter y pelvis renal.
- Remodelación:** Ampliación de la pelvis renal si es necesario (reducción o aplanamiento).
- Anastomosis:** Unión término-terminal entre pelvis y uréter mediante sutura continua o puntos separados, utilizando suturas finas absorbibles.
- Colocación de catéter ureteral:** Catéter doble J para mantener permeabilidad y permitir cicatrización sin obstrucción.
- Hemostasia:** Detallada.
- Colocación de drenaje:** Cerca de la anastomosis.
- Cierre:** Por planos.

Vía Laparoscópica o Robótica (Técnica Similar)

- Igual técnica de resección y anastomosis, pero con acceso por pequeños puertos laparoscópicos.
- Uso de cámara de alta definición.
- Sutura intracorpórea con precisión.



Preoperatorios:

- Educación sobre cirugía y necesidad de catéter ureteral.
- Control de infecciones urinarias.
- Ayuno mínimo de 8 horas.
- Preparación intestinal en algunos casos.
- Antisepsia y rasurado local.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Transoperatorios:

- Control estricto de líquidos y signos vitales.
- Monitoreo urinario.
- Supervisión del mantenimiento térmico.



Postoperatorios:

- Vigilancia del drenaje quirúrgico (color, cantidad) y Control de dolor con analgésicos adecuados.
- Monitoreo de signos vitales y diuresis.
- Cuidado del catéter ureteral (doble J).
- Educación para el retiro del catéter (2-4 semanas después).
- Seguimiento con estudios de imagen para evaluar función renal.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Antología universidad del sureste
2. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/nephrectomy/about/pac-20385165>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003001.htm>
4. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nefrectomia>
5. <https://es.wikipedia.org/wiki/Nefrectom%C3%ADa>
6. <https://www.hospitallamoreja.es/es/especialidades-adultos-urologia/pieloplastia.php>
7. <https://www.hmhospitales.com/usuariohm-hm/documentosinteres-hm/consentimientos-hm/documents/i-ghm-dg-10.393%20c.i.%20pieloplastia%20rev.2.pdf>
8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331007700701>