

ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICO

“INTERVENCIONES QUIRURGICAS GINECO-OBSTETRICAS”



Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ACADEMICO INSTRUCTOR JORGE DEVIA CASTRO
MAGISTER© EN DOCENCIA PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
DIPLOMA EN CALIDAD EDUCATIVA PARA LA ED. SUPERIOR

EQUIPO DE ENFERMERIA MQ
Escuela de Obstetricia



Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

PROCESO DE CERTIFICACIÓN (Reacreditación)



180 Años

Dedicados a la Salud de
la Mujer, su Hijo y Familia

Escuela de Obstetricia | Desde 1834



CLASIFICACIÓN SEGÚN CIRUGÍA:

- **Cirugía Mayor:** Abertura de cavidades del cuerpo, que puede tensionar el funcionamiento de órganos vitales, generalmente con anestesia general, y con médicos especializados, necesita al menos 24 hrs de observación.
- Laparotomía (Abdomen)
- Toracotomía (Pecho)
- Craneotomía (Cráneo)
- **Cirugía Menor:** No hay abertura de cavidades mayores, se utiliza anestesia local, regional o general, no suele afectar a órganos vitales, puede ser realizada por un solo médico, puede ser cirujano o no, y puede volver al domicilio durante el día.
- **Cirugía mínimamente invasiva:** Incisiones mas pequeñas, menos rotura de tejidos que una cirugía tradicional.
- Laparoscopia (instancia hospitalaria reducida, menos algia post quirúrgica, cicatrices mas ínfimas, pero a la vez tiene mas tiempo quirúrgico y necesita un cirujano ESPECIALIZADO y con bastante experiencia con la técnica)



RIESGO QUIRÚRGICO

Del tipo de cirugía y las características de las pacientes.

Peor estado de la usuaria(o) = Mayor riesgo quirúrgico.

ASA 1	Paciente Sano	
ASA 2	Paciente con alguna alteraciones sistémicas leves a moderadas , que no produce incapacidad o limitación funcional.	HTA controlada, anemia, tabaquismo, diabetes controlada, asma, embarazo, obesidad, edad < de 1 año o > de 70 años.
ASA 3	Paciente con alguna alteraciones sistémicas grave, que produce limitación funcional definida y en determinado grado.	Angor, HTA no controlada, Diabetes no controlada, Asma, EPOC, Historia de IAM, Obesidad Mórbida.
ASA 4	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante que constituye una amenaza constante para la vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía	Angor inestable, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca global, hepatopatía, insuficiencia renal.
ASA 5	Pacientes terminales o moribundos, con unas expectativas de supervivencia no superior a 24 horas con o sin tto quirúrgico.	
ASA 6	Paciente con muerte cerebral.	





Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

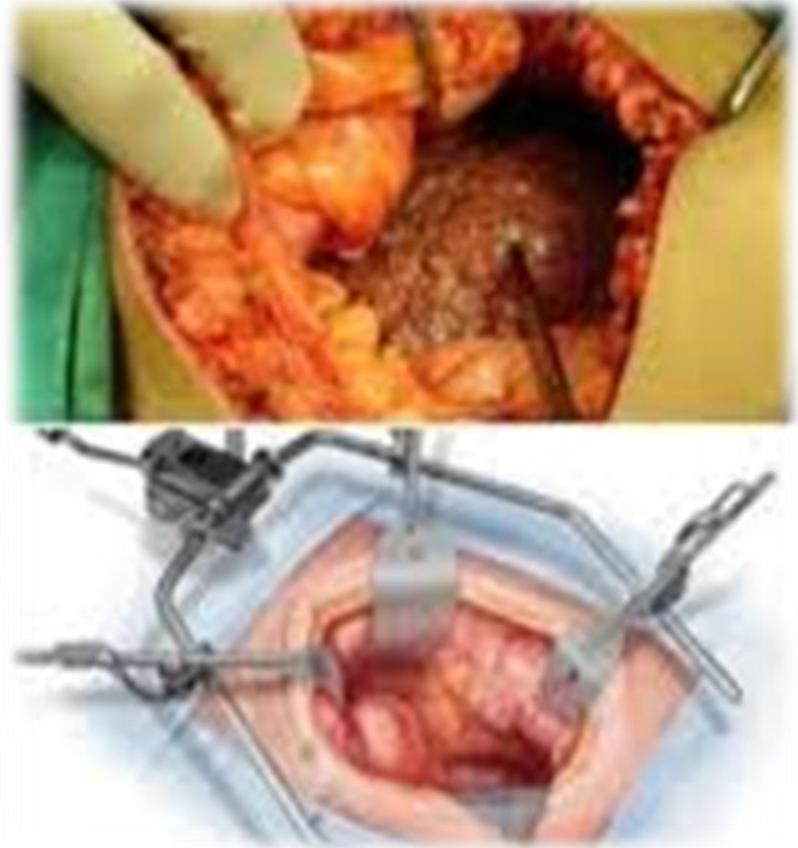
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

LAPAROTOMÍA

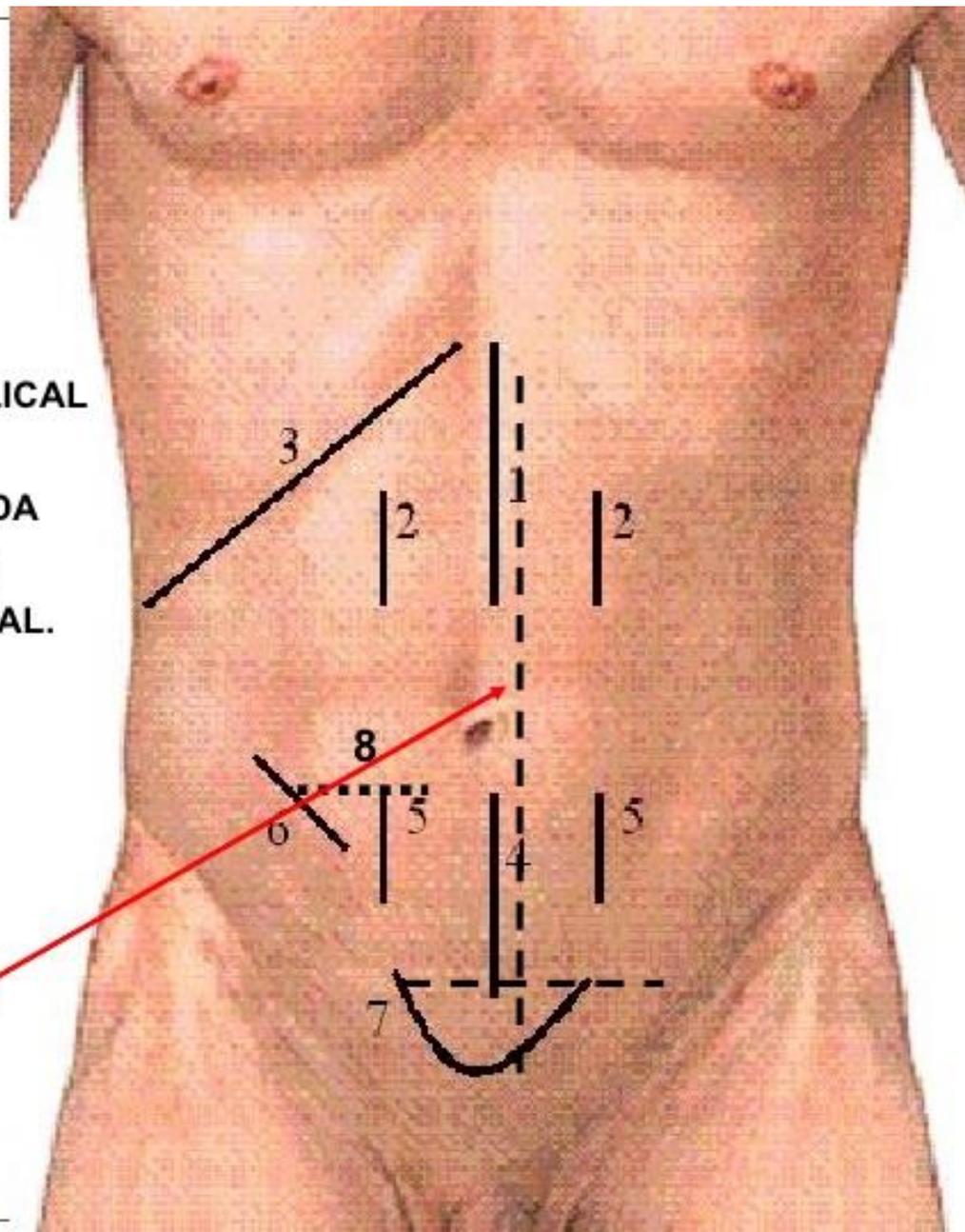


LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

- Palabra de origen Griego “*Sección o incisión del flanco vacío*”, esta es realizada en el Abdomen.
- Ferrier y Gaillard Thomas “*Es mas peligrosa cuanto mas lejos se lleva el traumatismo quirúrgico*”
- *En el año 1842 Dr Walne fue el primero en meter los dedos en el abdomen únicamente para reconocer si habían adherencias, pero posteriormente 1844 ya es recomendada.*
- *Practica mas frecuente en mujeres que en hombres, se utiliza como medio de diagnostico.*



- 1- INCISIÓN MEDIANA SUPRAUMBILICAL
- 2- INCISIONES PARAMEDIANS SUPERIORES DERECHA E IZQUIERDA
- 3- INCISIÓN SUBCOSTAL (KOCHER)
- 4- INCISIÓN MEDIANA INFRUMBILICAL.
- 5- INCISIONES PARAMEDIANAS INFRAUMBILICALES (JALAGUIER)
- 6- INCISIÓN DE MAC BURNEY
- 7- INCISIÓN PFANESTIEL
- 8- INCISIÓN ROCKY – DAVIS
- 9- I. MEDIANA XIFO – PUBIANA (BATTLE)



CESÁREA

- Consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión del útero
- **Posición:** Posición Supina.
- Inclínación lateral izquierda usualmente 10 – 15 grados, evita la compresión de la vena cava ---→ revisiones Cochrane se asocia: Menor Apgar bajos, mejor Ph y mejor saturación de oxígeno fetal.
- **Limpieza de zona de incisión:**
 - Clorhexidina 2% - 4%
 - Povidona solo piel.
- **Antibióticos profilácticos:** a usuarias de cesárea cualquiera sea el motivo, Uso de ampicilina o cefalosporinas de 1era generación, solo posterior a clampear el cordón umbilical.
- **Tiempo Quirúrgico:** de 30 a 60 minutos, existen factores que influyen en el tiempo, especialmente los antecedentes mórbidos de las usuarias.



1



2



3



4



5



6



7

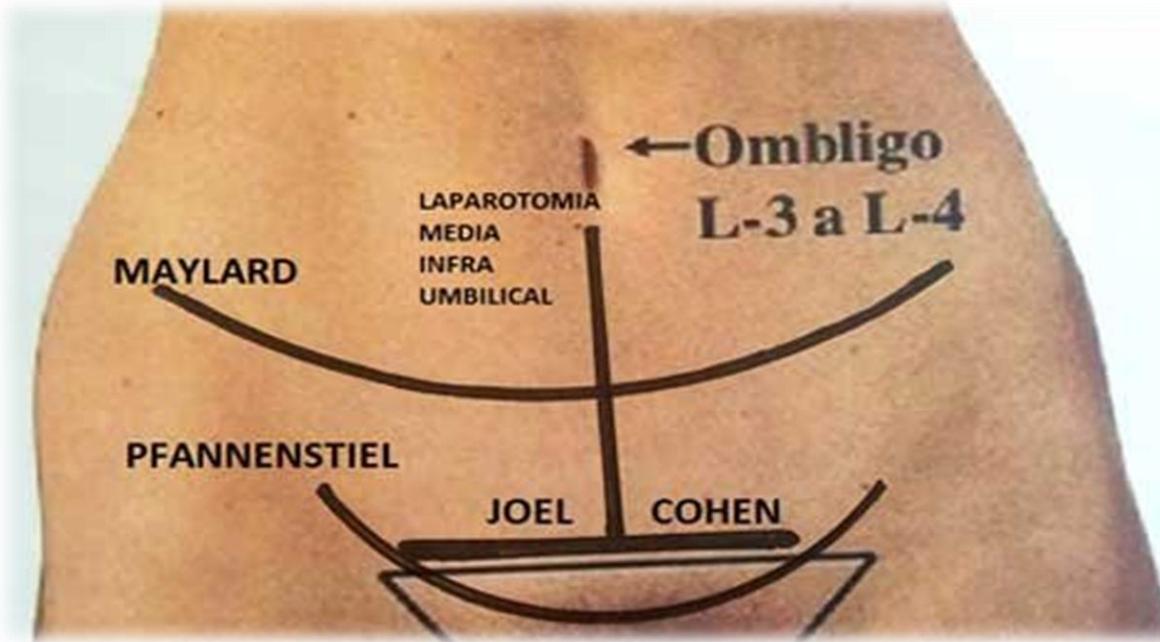


8



9





Incisión Pfannenstiel: Es un incisión transversa de 10 a 12 cm de longitud sobre el pubis, se realiza disección por planos, se separan en sentido vertical los rectos abdominales,

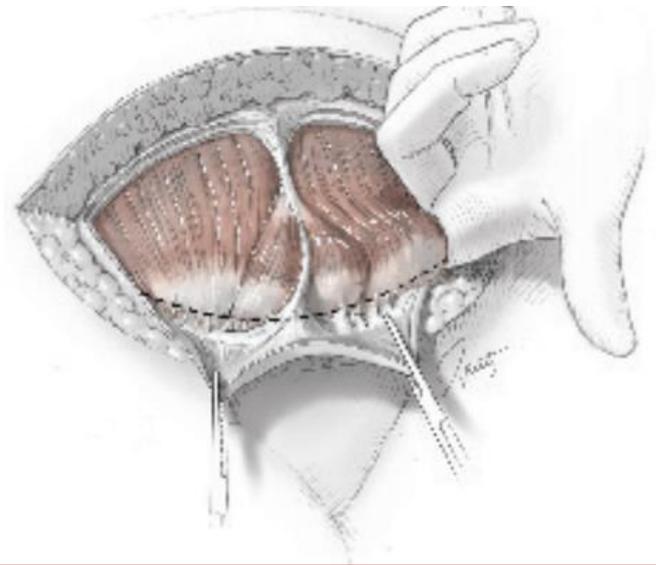
Incisión Joel Cohen: Menor tiempo operatorio, disminución de las perdidas hemáticas y menor dolor postoperatorio, tiempo reducido para la ingesta oral, menor inyección de analgésicos.

Las pruebas disponibles sugieren que la técnica de Joel-Cohen (Joel-Cohen, Misgav Ladach y Misgav Ladach modificada) tienen ventajas por encima de las técnicas de cesárea Pfannenstiel y tradicional





Incisión vertical media: Dicha incisión ofrece acceso rápido, hemorragia mínima, mejor acceso a la parte alta del abdomen, espacio quirúrgico amplio y la flexibilidad para fácil extensión de la herida si se necesita un mayor espacio o acceso



Incisión cherney : ofrece mayor espacio quirúrgico así como acceso al espacio de Retzius



Incisión Pfannenstiel: No se recomienda en aquellos casos en que es indispensable un campo quirúrgico amplio o donde tal vez se requiera el acceso a la porción alta del abdomen.



Incisión maylard: mayor espacio quirúrgico que ofrece.

Cesárea Perimortem:

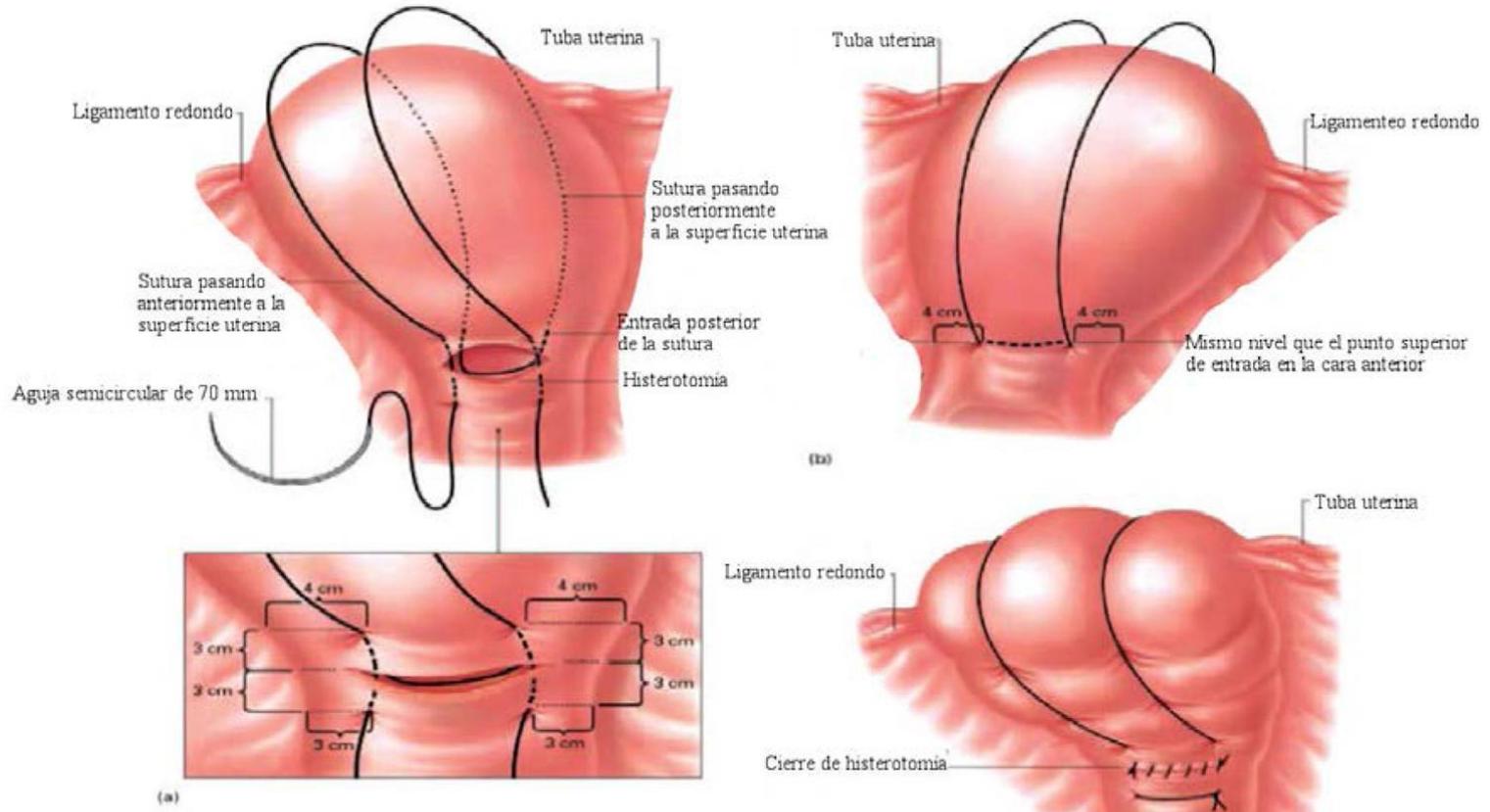
- Cesárea de emergencia usuaria en paro cardiorrespiratorio mayor de 24 semanas y sin respuesta a reanimación, se debe realizar cesárea dentro los primeros 5 minutos de haberse producido el cuadro.
- Realizar en la sala que se encuentre la usuaria.
- Un útero mayor de 24 semanas es una dificultad para el retorno venoso y secuestro de volemia, al realizar la cesárea esto mejora las expectativas de reanimación materna.



SITUACIONES ESPECIALES, NO ESPERADAS.



SUTURA B LYNCH



© Mr. C. B-Lynch '05



HISTERECTOMÍA

- Esta técnica por vía abdominal fue descrita en 1929 por Richardson.
- Vía vaginal Soranus Obstetra griego fue el primero en roma en realizar una histerectomía vaginal durante el siglo II.
- Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino.
- Incisión de 5 a 7 cm en zona suprapubica
- Permite que el cirujano pueda palpar los órganos pélvicos directamente puede aumentar la formación de adherencias y generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio y además deja cicatriz en la pared abdominal.



ADAM.



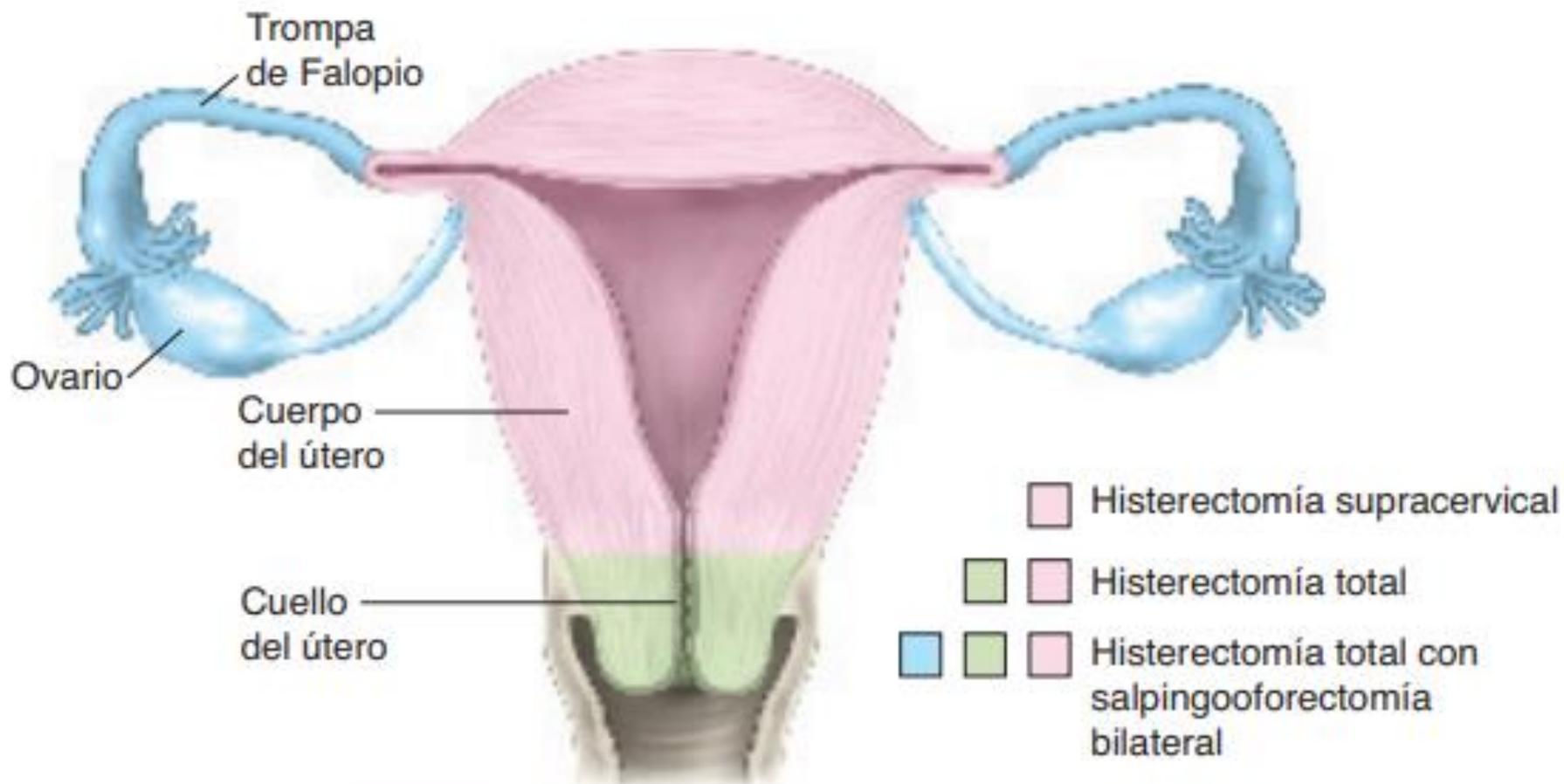


FIGURA 41-12.1 Clasificación de la histerectomía.



TECNICA QUIRURGICA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SEGÚN PASOS:

1. Anestesia y posición de usuaria.
2. Acceso abdominal.
3. Disección retroperitoneal.
4. Ligadura de las arterias Uterinas.
5. Resección del ligamento cardinal.
6. Resección útero-sacra
7. Resección vaginal.

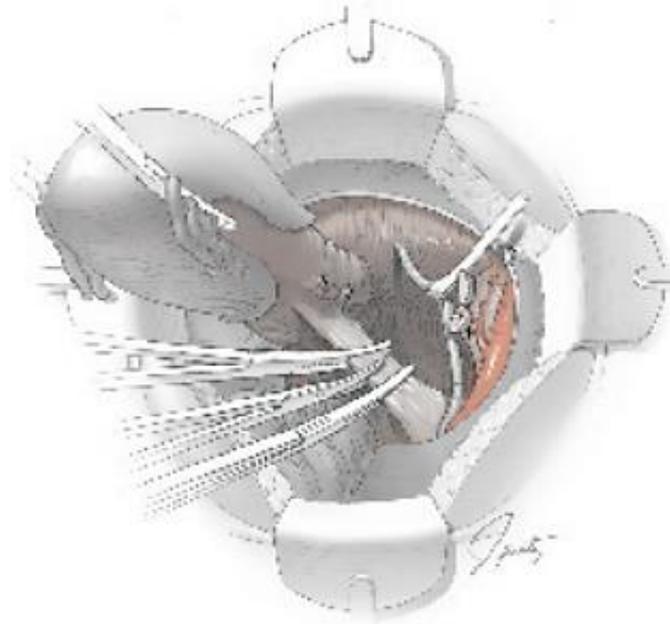


FIGURA 44-2.2 Resección del ligamento cardinal.

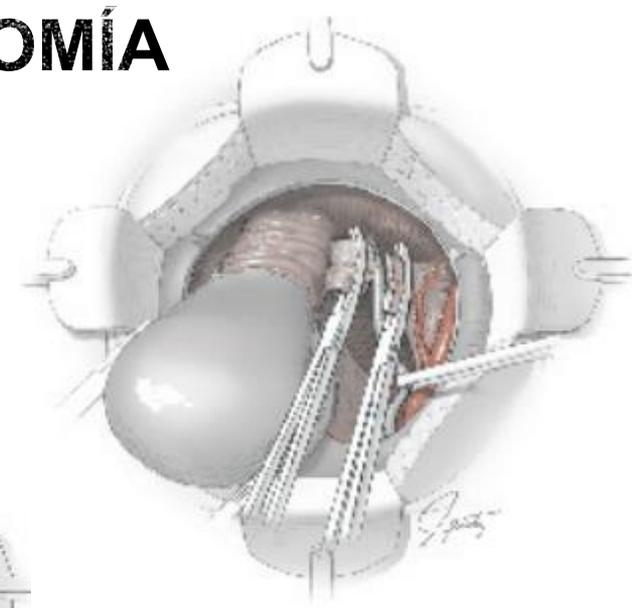


FIGURA 44-2.1 Ligadura de la arteria uterina.

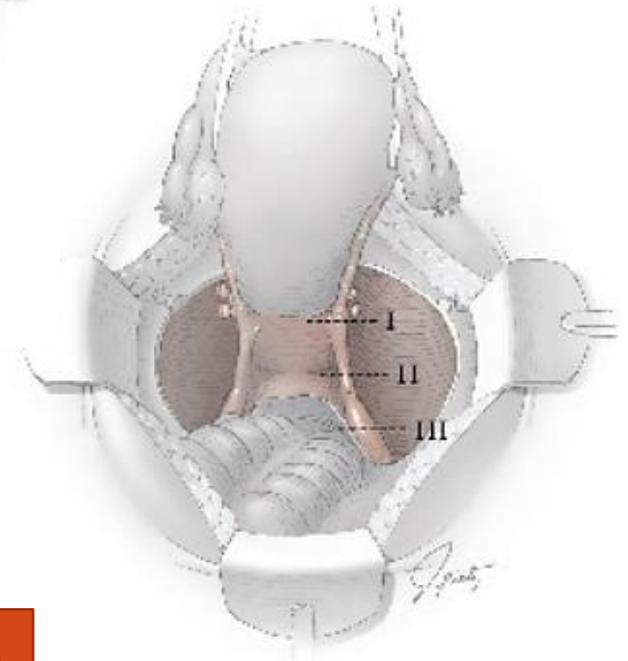
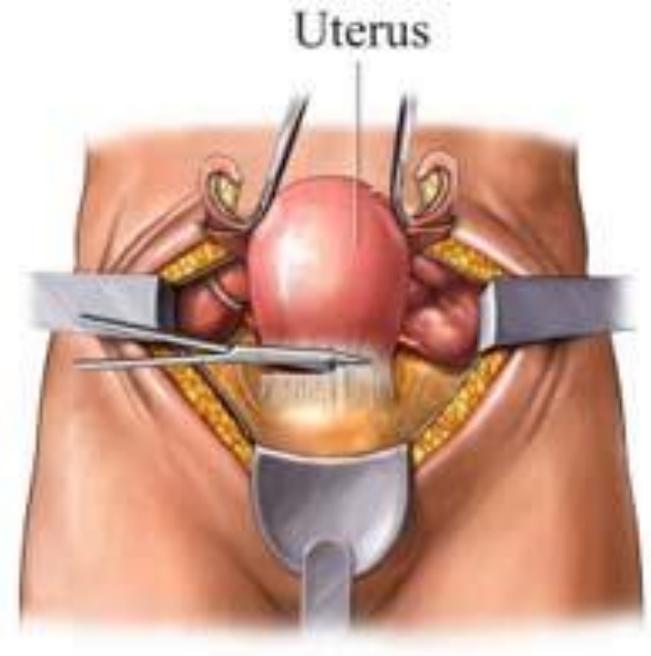


FIGURA 44-2.3 Resección de los ligamentos uterosacros.

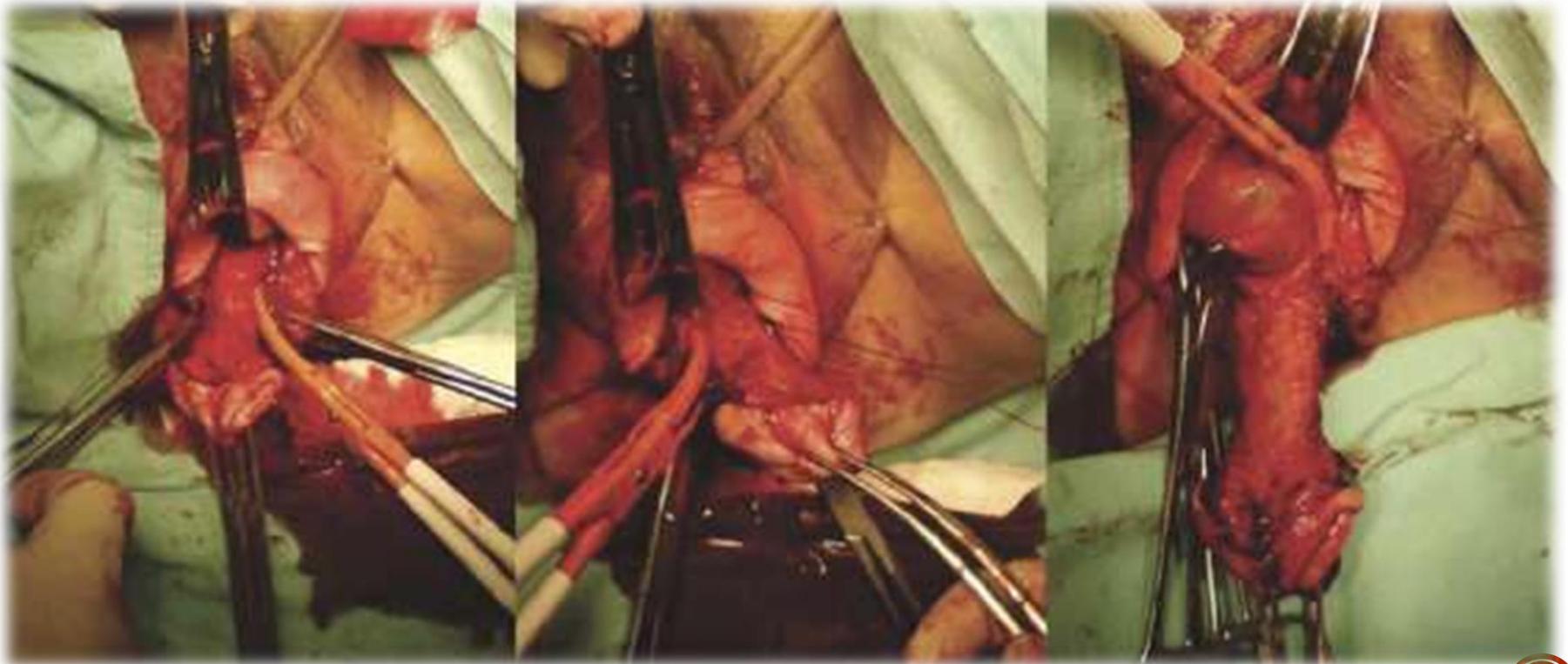
■ **INDICACIONES:**

- Cáncer ginecológico.
- Fibromas.
- Endometriosis.
- Prolapso uterino.
- Sangrado vaginal anormal. .
- Dolor pélvico crónico.



HISTERECTOMÍA VAGINAL

- Permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Además facilita la sección de los ligamentos útero sacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas.



HISTERECTOMÍA VAGINAL

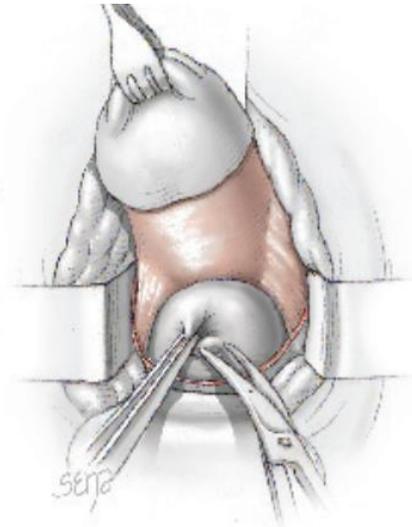
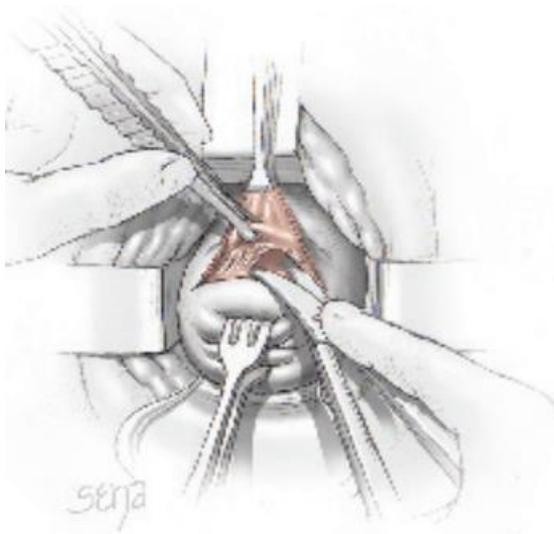
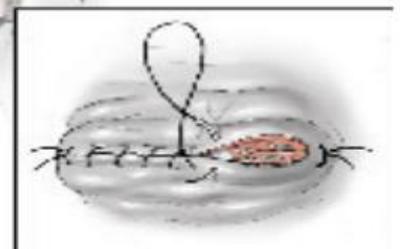
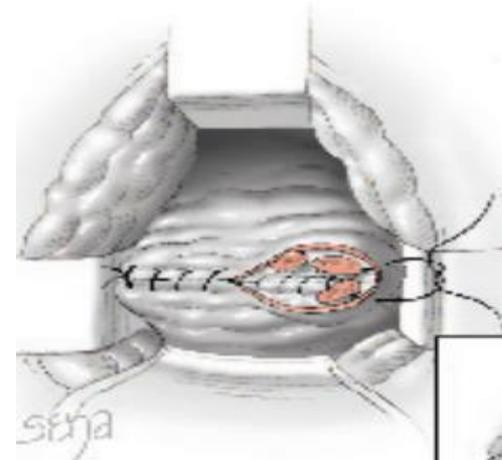
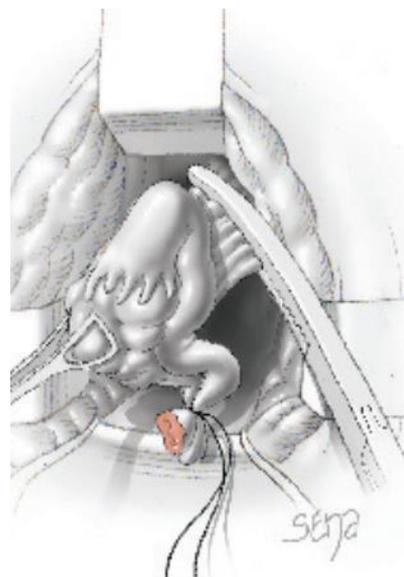


FIGURA 41-13.1 Disección cortante de la mucosa vaginal.

FIGURA 41-13.2 Identificación del pliegue ve

FIGURA 41-13.3 Incisión del pliegue vesicouterino.

FIGURA 41-13.4 Acceso al fondo del saco de Douglas.



OOFORECTOMÍA

- Extirpación quirúrgica de un o ambos ovarios.
- **Indicaciones:**
 - Un absceso de las trompas o los ovarios: una bolsa llena de pus que involucra a una trompa de Falopio y un ovario
 - Cáncer de ovario
 - Endometriosis
 - Tumores o quistes ováricos no cancerosos (benignos)
 - Reducción del riesgo de padecer cáncer de ovario o de mama en quienes corren un mayor riesgo
 - Torsión ovárica (el retorcimiento de un ovario)
- **Técnica quirúrgica:** Laparotomía o laparoscopia.
- **Tiempo Quirúrgico:** depende de las antecedentes de la usuaria y del operador, ya que **debe ser utilizado por personal capacitado.**

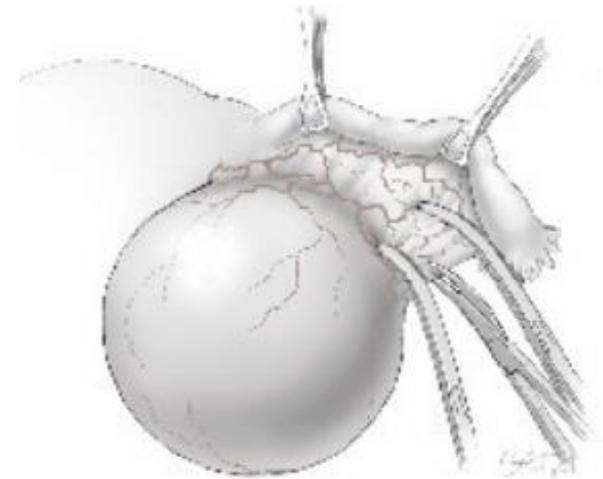
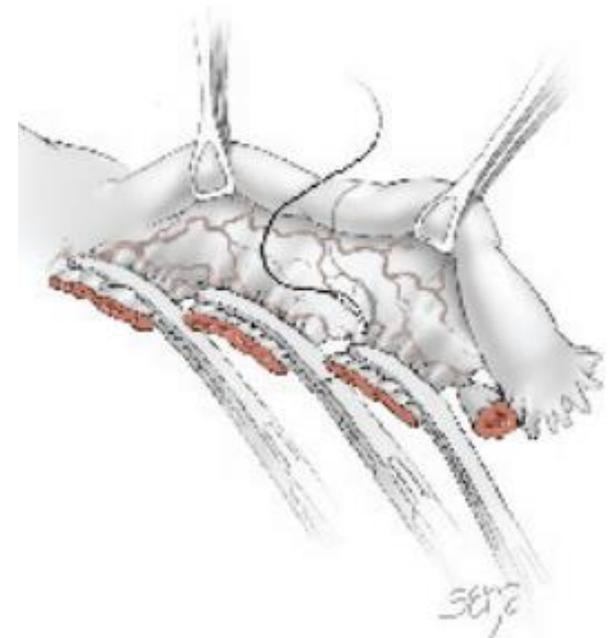


FIGURA 41-6.1 Pinzamiento del mesoovario.



SALPINGECTOMÍA

- Ablación de la trompa de Falopio con conservación del ovario.
- **Indicaciones:**
- Embarazo extrauterino
- Salpingitis
- Hidrosalpinx
- Histerectomía
- **Técnica quirúrgica:** Laparotomía o Laparoscopia.
- **Tiempo quirúrgico:** depende de las antecedentes de la usuaria y del operador, ya que **debe ser utilizado por personal capacitado.**

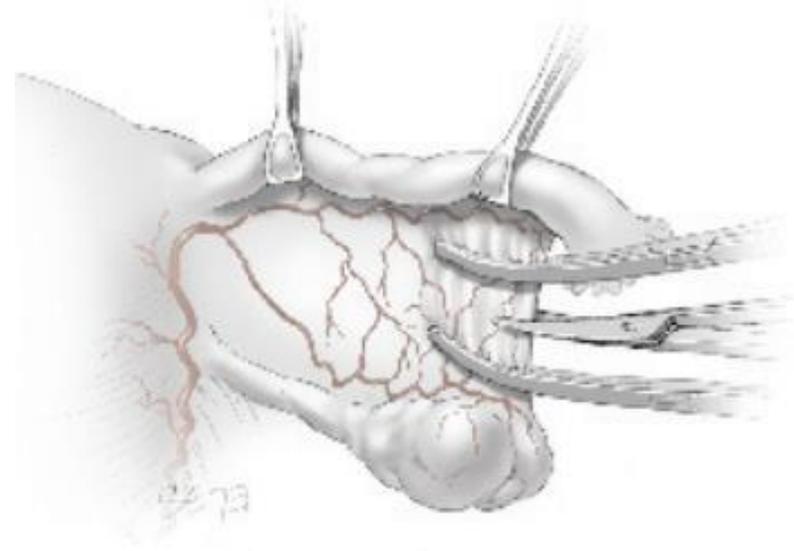
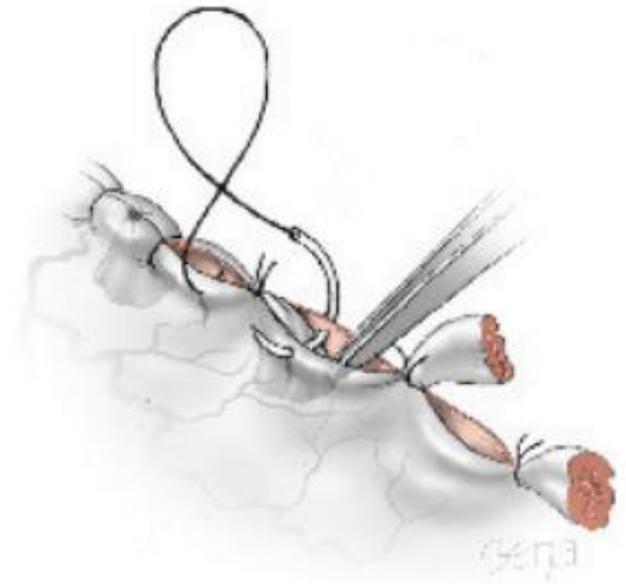
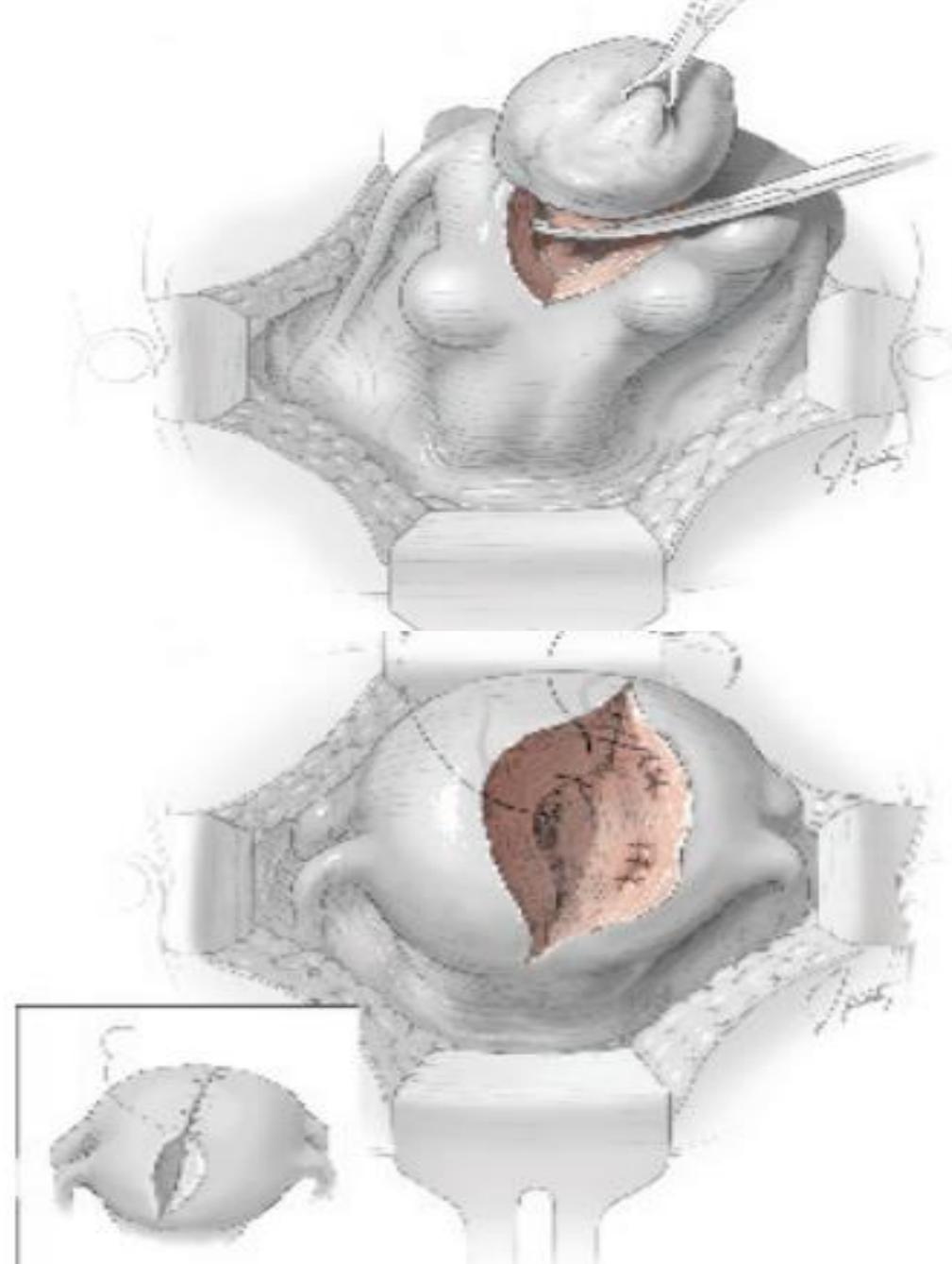


FIGURA 41-8.1 Salpingectomía.



MIOMECTOMÍA

- Ablación quirúrgica de leiomiomas del miometrio circundante.
- **Indicaciones:**
 - Hemorragia uterina
 - Dolor pélvico
 - Infertilidad
 - Abortos recurrentes
- **Técnica Quirúrgica:** Laparotomía o laparoscopia.
- **Tiempo quirúrgico:** depende de las antecedentes de la usuaria y del operador, ya que **debe ser utilizado por personal capacitado.**





Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

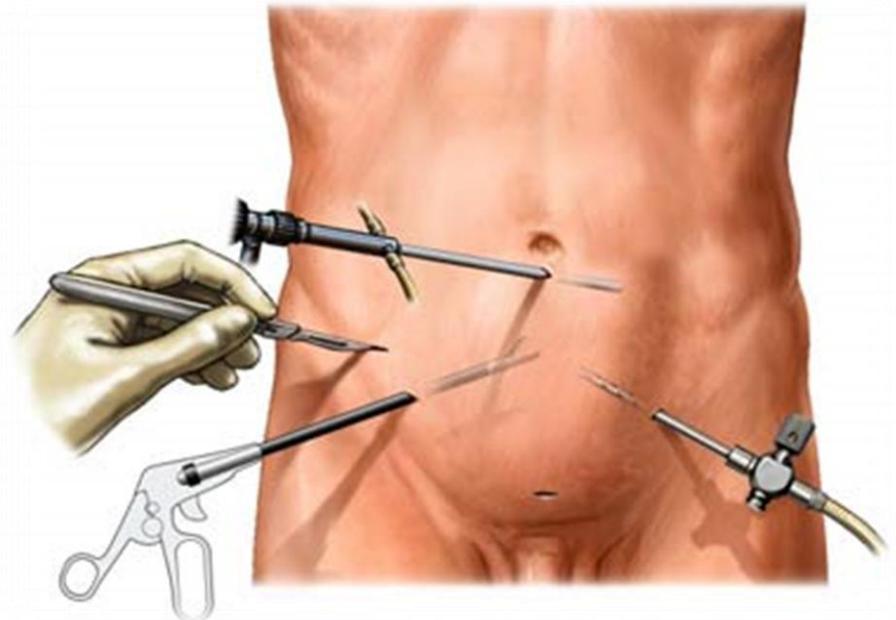
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

LAPAROSCOPIA



LAPAROSCOPIA

- Es una técnica quirúrgica que por medio de un tubo delgado y flexible que contiene una cámara de video, y producto de una pequeña incisión en el abdomen, se obtienen imágenes de la cavidad abdominal que pueden ser visualizadas en una computadora simultáneamente al procedimiento.
- Se visualiza de forma directa los órganos y estructuras internas sin necesidad de efectuar cirugías con incisiones mayores.



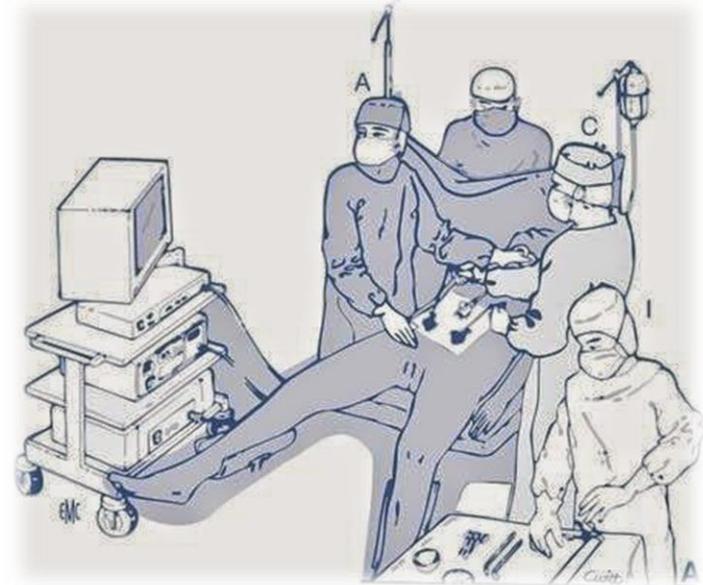
- **Posición:** Litotomía

- Una de las principales instancias del procesos es la punción por medio de la aguja de Veress a nivel umbilical, ya que no visualización de la cavidad abdominal previamente, por lo tanto existe un riesgo de perforación.

- En el caso de ginecología se realiza un tiempo vaginal para vaciar la vejiga y colocar una cánula intrauterina. Esta cánula permite movilizar el útero e inyectar líquido para evaluar la permeabilidad tubaria especialmente en los casos de embarazo tubárico.

- El otro tiempo de relevancia es el que permite el cierre final donde se efectúa un lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con suero fisiológico y se suturan las incisiones abdominales.

- En la generalidad las pacientes se encuentran en condiciones de alta a las 24 horas del postoperatorio.



Aguja Veress

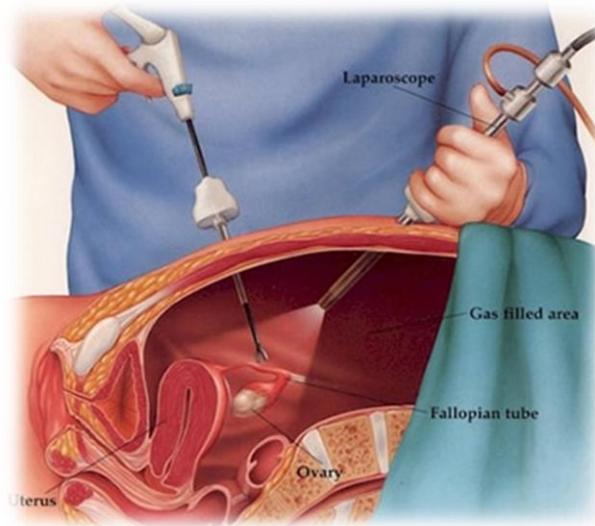


- **Algunos factores o estados pueden interferir con la laparoscopia. Estos factores incluyen, entre otros, los siguientes:**
- **Obesidad**
- **Antecedentes de varias cirugías que ocasionan adherencias que impiden el acceso seguro al abdomen con un laparoscopio**
- **La sangre de una hemorragia intra-abdominal puede impedir la visualización con el laparoscopio**



INDICACIONES

1. Infertilidad.
2. Síndrome adherencial
3. Endometriosis
4. Hidrosalpinx
5. Malformaciones uterinas
6. Embarazo tubario
7. Fertilización asistida
8. Algia pélvica crónica.
9. Tumores pélvicos
10. Procesos inflamatorios pélvicos
11. Miomatosis uterina
12. Histerectomía



CONTRAINDICACIONES

Absolutas:

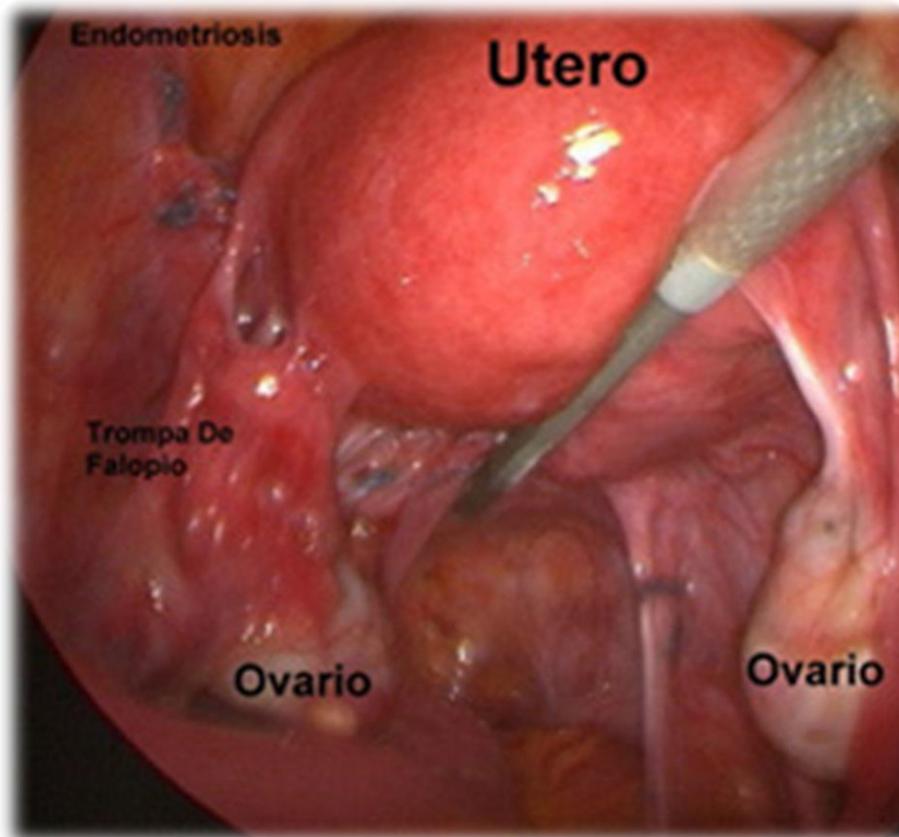
1. Shock de cualquier origen.
2. Peritonitis generalizada.
3. Obstrucción intestinal.
4. Enfermedades cardiorrespiratorias graves.
5. Hernia externa irreductible.
6. Grandes tumores intrabdominales.

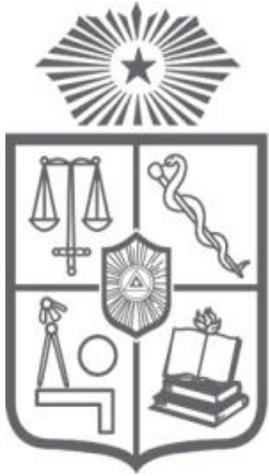
Relativas:

1. Cirugía abdominal previa.
2. Infección cutánea.
3. Obesidad extrema.
4. Hernia hiatal
5. Cardiopatía isquémica.
6. Trastornos de coagulación.



- La Clasificación de la Sociedad Internacional de Ginecólogos Endoscopistas la clasifica según el grado de dificultad del procedimiento en diferentes niveles:
- **Nivel 1** que incluye laparoscopias diagnósticas y esterilizaciones,
- **Nivel 2** laparoscopias en patologías anexiales
- **Nivel 3** laparoscopias más avanzadas como miomectomías e hysterectomías





Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

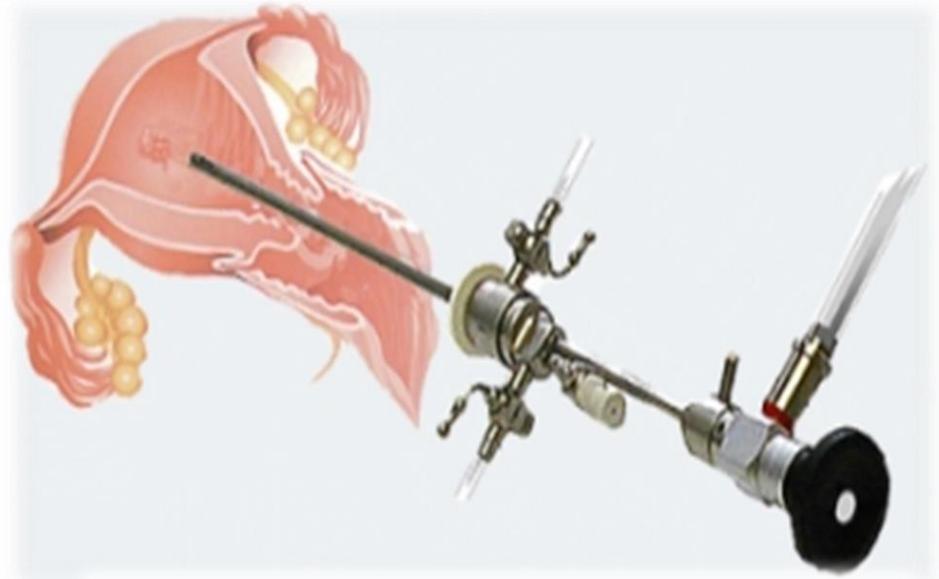
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

HISTEROSCOPIA



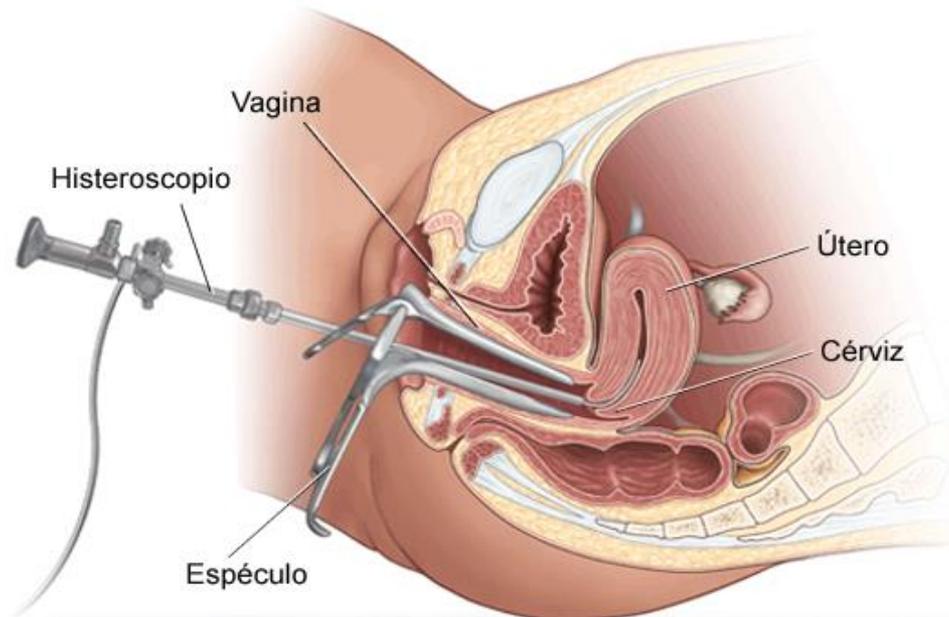
HISTEROSCOPIA

- Histeroscopio es un tubo delgado y flexible con luz que permite visualizar la cavidad uterina, tiene fines diagnósticos y terapéuticos, permite ver el revestimiento de las estructuras, tomar biopsia extraer pólipos o fibromas, o bien prevenir el sangrado con cauterización (destrucción del tejido por medio de corriente eléctrica, congelamiento, calor o sustancias químicas).
- Ambos deben ser realizados por medio de anestesia, local regional o general, en un quirófano.
- La usuaria se establece en posición ginecológica para el procedimiento.
- El tiempo quirúrgico depende de las antecedentes de la usuaria y del operador, ya que **debe ser utilizado por personal capacitado.**



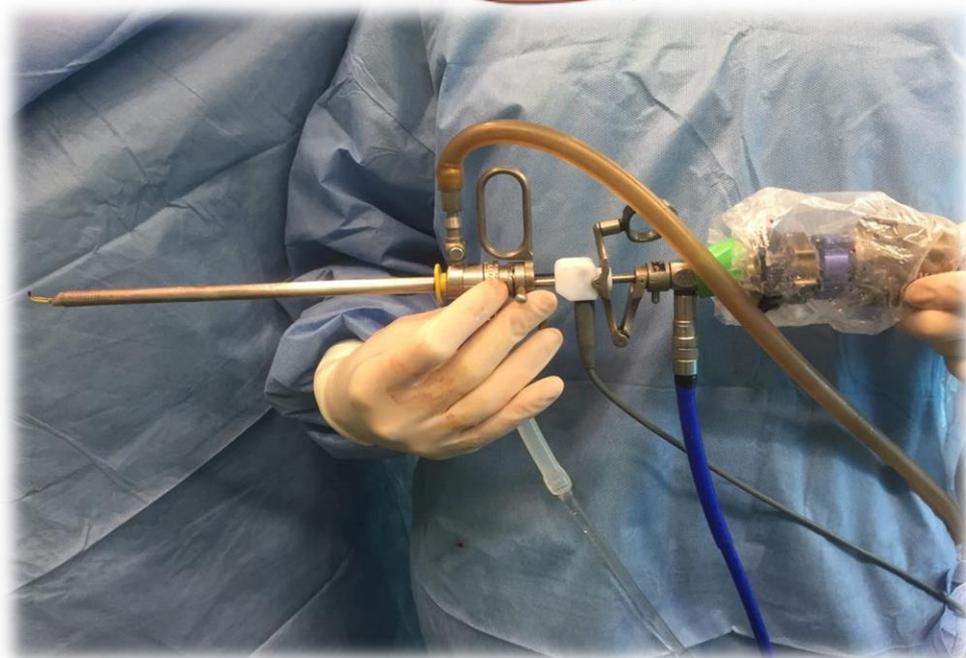
- **Histeroscopia diagnóstica:**

- Permite visualizar la cavidad uterina, con el fin de obtener imágenes para exámenes de utilidad en el ámbito de la infertilidad, ginecología general y oncología.



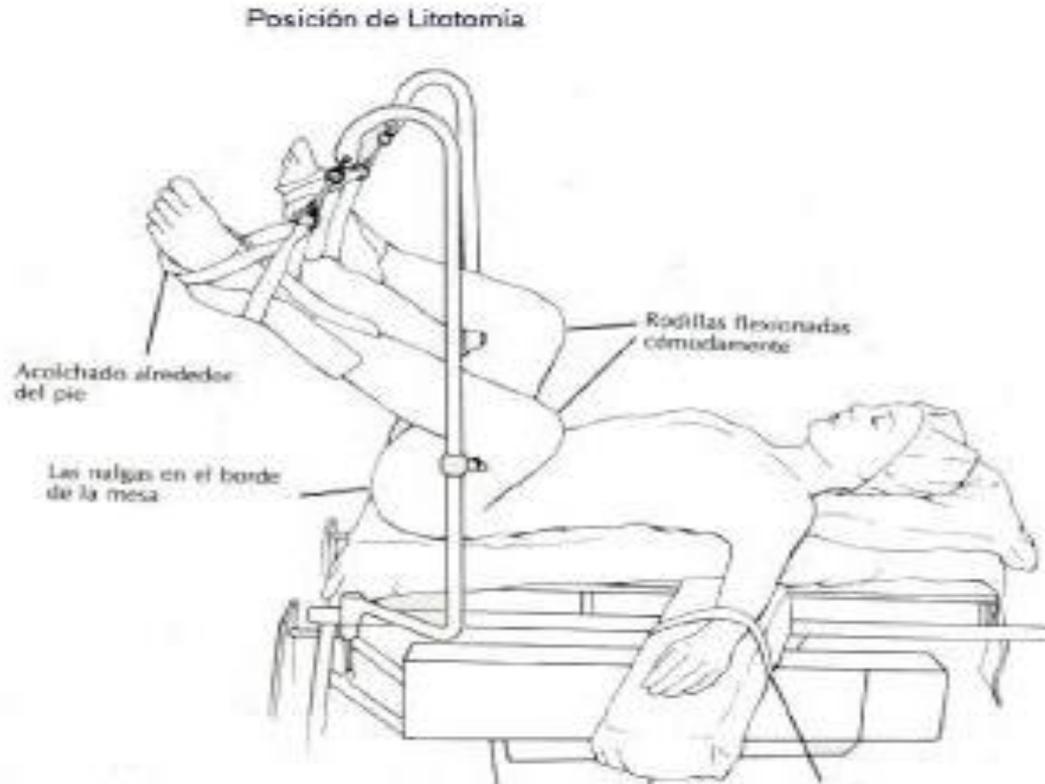
- **Histeroscopia Terapéutica:**

- Técnica que se produce por medio de un resectoscopio donde se logra la resección de miomas submucosos, algunos intramurales, pólipos endometriales, sinequias uterinas y resección endometrial.



INDICACIONES

- Las indicaciones para realizar la histeroscopia ambulatoria son múltiples:
 1. Sangrados en pacientes menopáusicas y premenopáusicas.
 2. Hallazgos ecográficos que sugieran patología endocavitaria (miomas, pólipos, engrosamiento endometrial, cáncer, etc.).
 3. Patología de endocérvix.
 4. Enfermedad molar persistente.
 5. Control postcirugía endoscópica.
 6. Extracción de DIU.
 7. Malformaciones uterinas.
 8. Metaplasia ósea.
 9. Cuerpos extraños.
 10. Esterilización tubaria (Essure).
 11. Usuaria de tamoxifeno.
 12. Embrioscopia, etc.

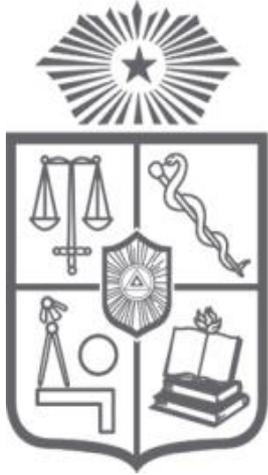


COIMPLICACIONES:

- Perforaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Una de las principales ventajas de esta técnica son sus mínimas contraindicaciones. La insuflación y distensión uterina a las presiones recomendadas carecen de efectos nocivos.
 1. Infección pélvica actual
 2. Presencia de embarazo
 3. Falta de experiencia del operador



Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

COLPOSACROPEXIA



COLPOSACROPEXIA

Es una técnica que se define como:

- **Pexia:** fijación quirúrgica mediante sutura.
- **Sacro:** referencia al hueso sacro.
- **Colpo:** relacionado con la vagina.

Fijación al hueso sacro de la vagina, el periné y el recto mediante la utilización de una malla quirúrgica y sutura.

- **Cinta:** La cinta suburetral utilizada fue de polipropileno, monofilamento, macroporo (Prolene)
- **Anestesia:** Raquídea para realizar el procedimiento quirúrgico
- **Posición:** Ginecológica.
- **Tiempo quirúrgico:** Depende de los antecedentes mórbidos de la usuaria y de la experiencia del operador.



1



2



3



CINTA TRANS-OBTURADORA (TOT)

4



5



6



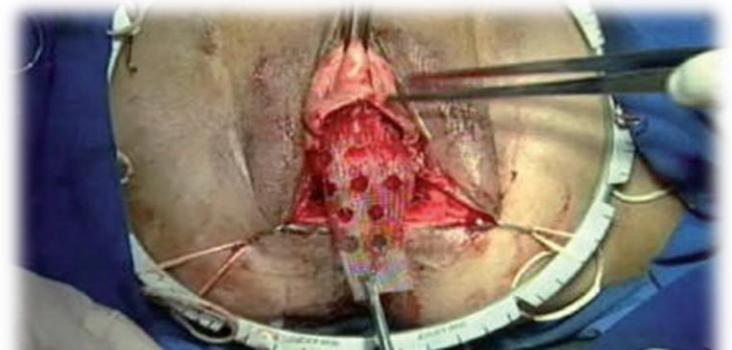
COMPLICACIONES MAYORES:

1. Sangrado vaginal y/o hematoma retropúbico (durante la cirugía hay un sangrado moderado que se ocluye tras dar los puntos de vagina).
2. Perforación vesical inadvertida con banda de prolene.
3. Retención crónica de orina o inestabilidad vesical por hiperpresión uretral.
4. Otras más raras como perforación intestinal, lesiones nerviosas, vasculares.



COMPLICACIONES MENORES Y CORRECCION:

1. Hasta 7 días después de la cirugía:
2. Obstrucción parcial de la uretra por edema e inflamación,
3. Corrección en las primeras 48 horas, administrando anti-inflamatorios por vía intramuscular y oral.



PLASTIA VAGINAL

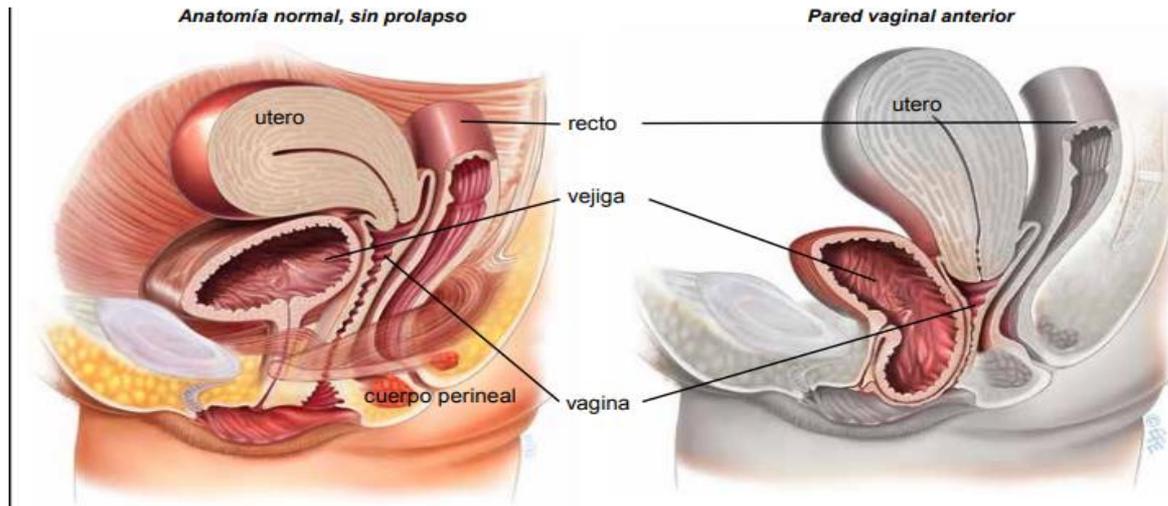
El prolapso genital afecta hasta al 50% de las mujeres a nivel mundial, su calidad de vida, percepción corporal y vida sexual.

Una plastia anterior, también conocida como colporrafia anterior es un procedimiento quirúrgico realizado para reparar o reforzar la capa de tejido (fascia) que sostiene la vagina y vejiga.

El objetivo de esta cirugía es aliviar los síntomas de bulto vaginal y mejorar la función vesical sin interferir con la función sexual.

Existen múltiples factores etiopatogénicos que se han asociado a mayor incidencia de prolapso genital:

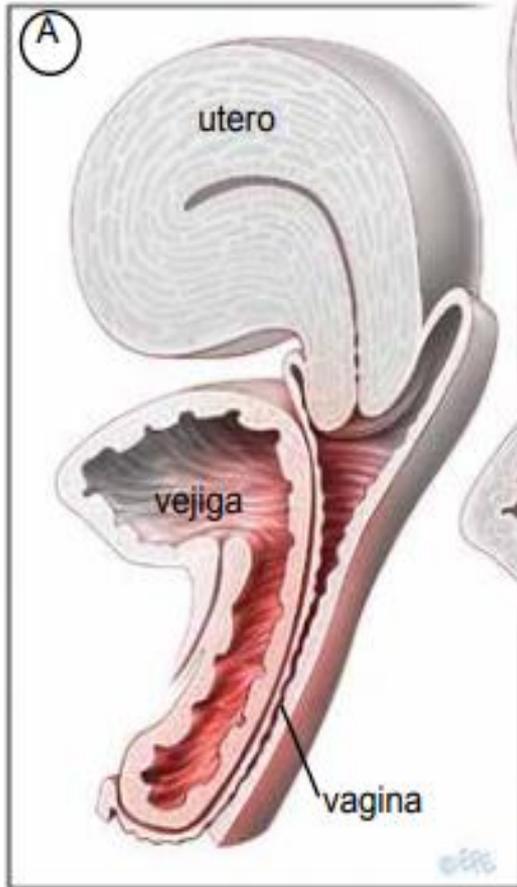
1. **Multiparidad:** se asocia a un mayor número de partos, con especial aumento de riesgo en caso de parto instrumental, macrosomía fetal, episiotomías defectuosas y desgarros vagino-perineales.
2. **Atrofia genital postmenopáusica,** por deprivación estrogénica.
3. **Aumento de presión intraabdominal:** constipación, tos crónica, obesidad.
4. **Factores constitucionales de los medios de fijación del útero:** probablemente, este es el factor etiopatogénico más importante, ya que hay casos severos de prolapso en mujeres sin otros factores de riesgo.



De petris V., Valentina, laiz R., Domingo, & castro L., Francisco. (2017). Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el servicio de salud metropolitano oriente, santiago-chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(5), 480-490. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500480>

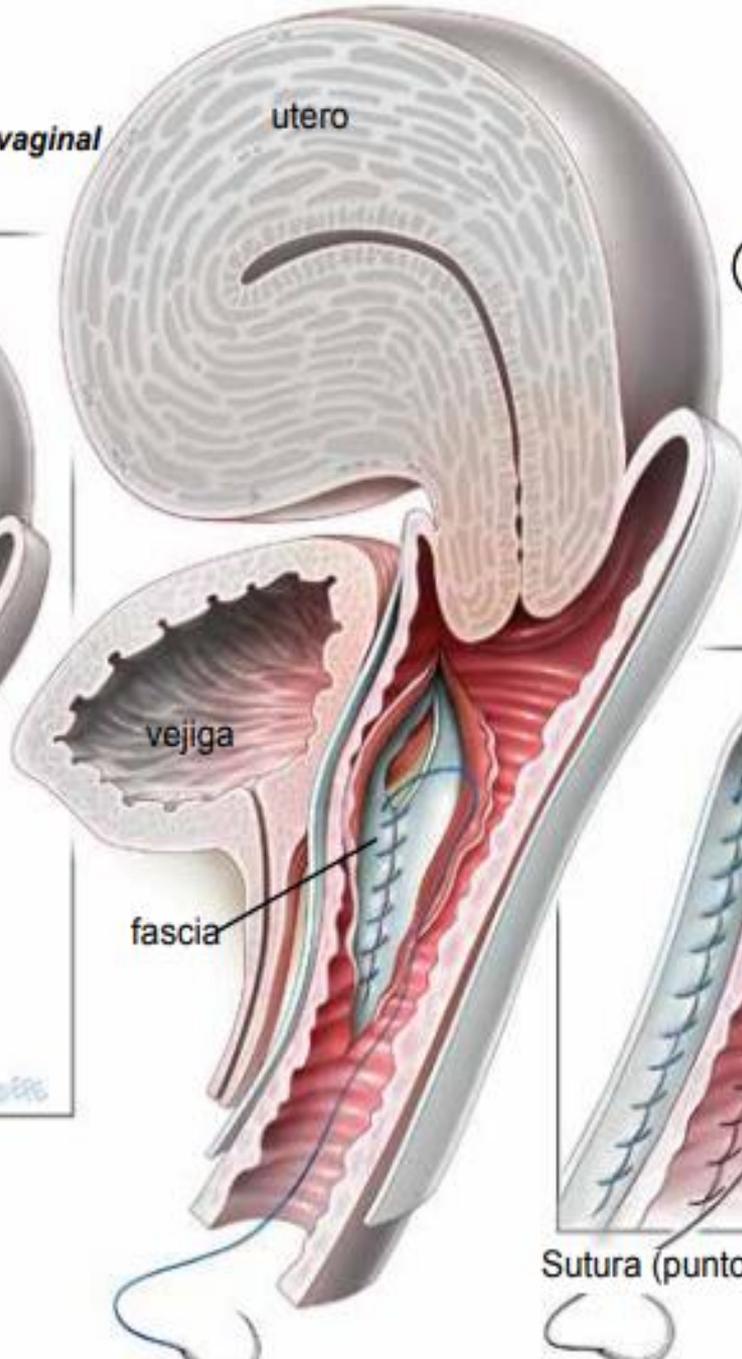
Alvarez julio (2011) reparación o plastia vaginal anterior (reparación de cistocele) IUGA: <https://www.Yourpelvicfloor.Org/media/anterior-vaginal-repair-spanish.Pdf>

A) Prolapso de pared anterior vaginal

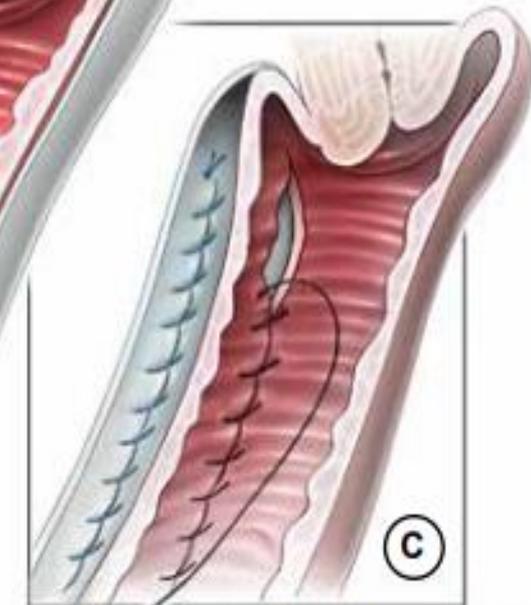


utero

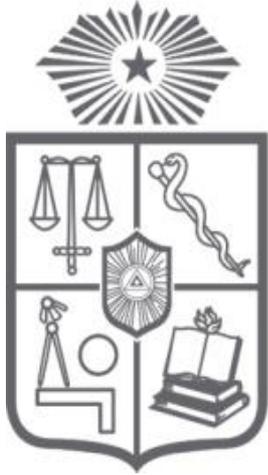
B) Reparación de la fascia



C) Reparación de la capa mucosa vaginal



Sutura (punto) en la mucosa vaginal



Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

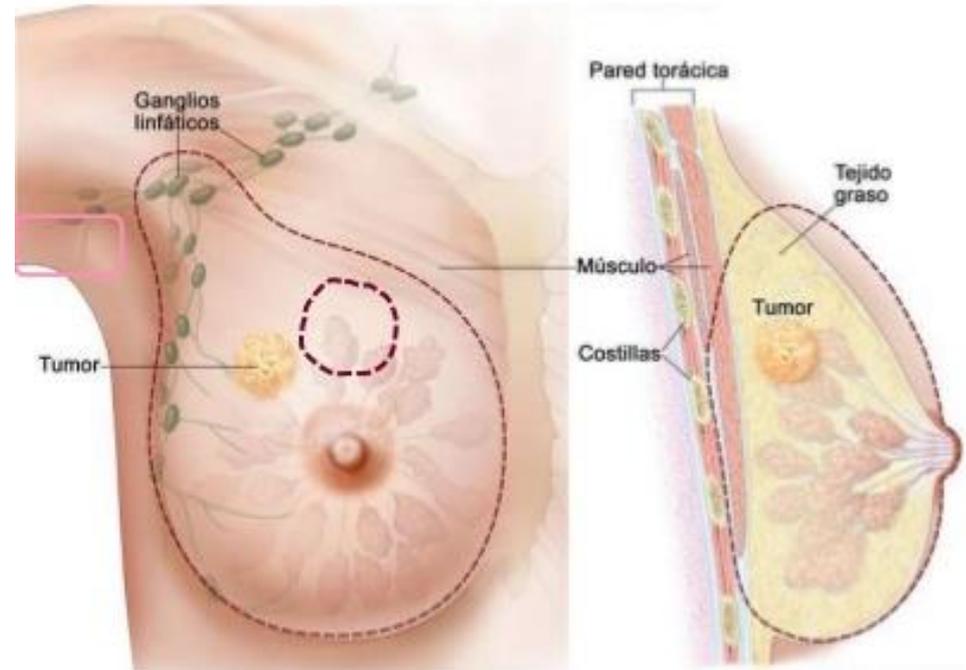
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

MASTECTOMÍA



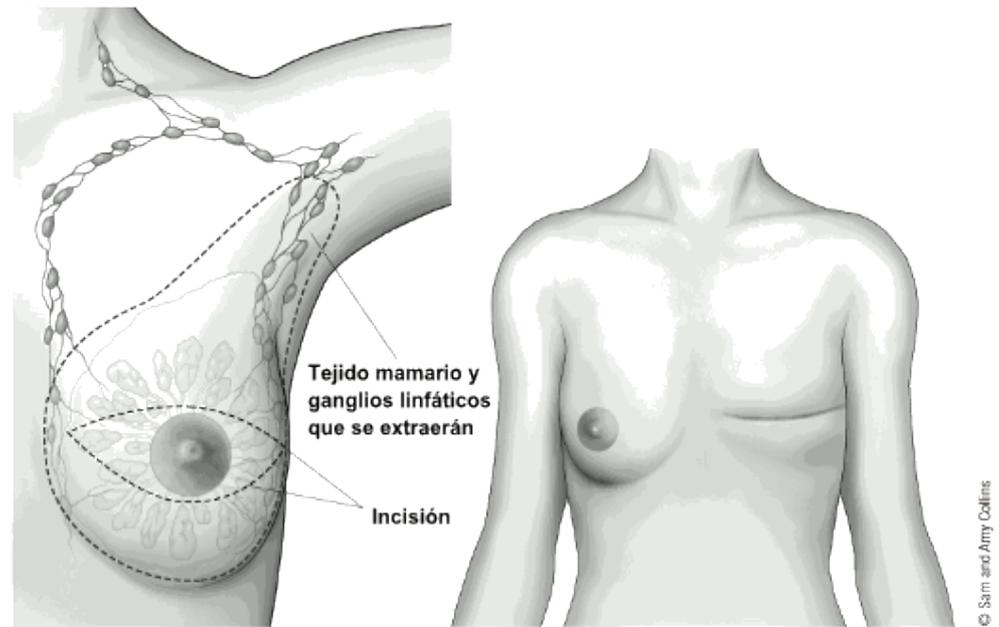
MASTECTOMIA

- Cirugía que permite la extirpación del tejido mamario, ganglios y anexos.
- Los propósitos son causados por neoplasias malignas o producto de enfermedades tales como ginecomastia o cambio de estructura física transexualidad.
- **Anestesia:** General.
- **Posición:** Supina
- **Tiempo quirúrgico:** Depende de los antecedentes mórbidos de la usuaria y de la experiencia del operador.



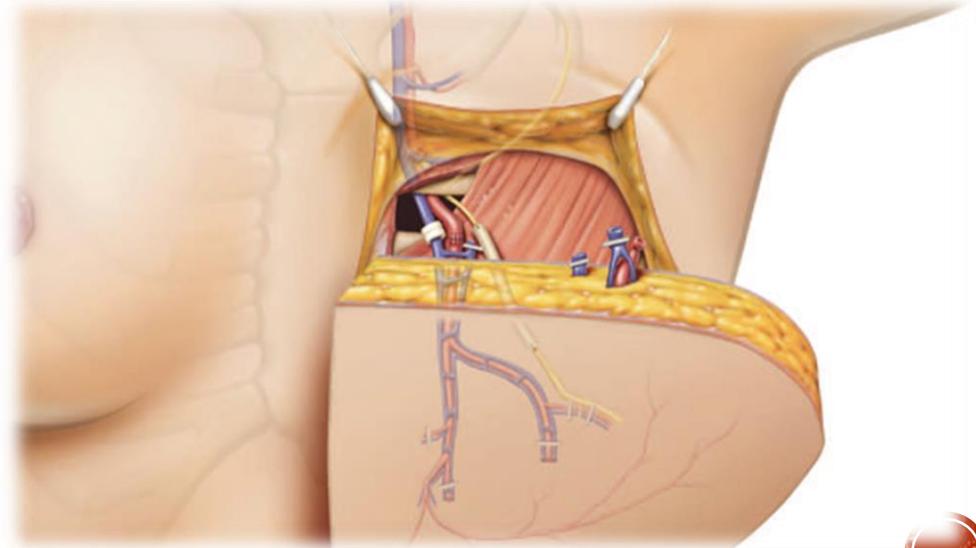
RIESGOS:

- Sangrado
- Infección
- Dolor
- Hinchazón (linfedema) en el brazo, si te sometes a una disección de ganglios axilares
- Formación de tejido cicatricial duro en el sitio de la cirugía
- Dolor y rigidez en el hombro
- Entumecimiento, en especial debajo del brazo, debido a la extirpación de un ganglio linfático
- Acumulación de sangre en el sitio de la cirugía (hematoma).



Apariencia después de la operación

Mastectomía radical modificada

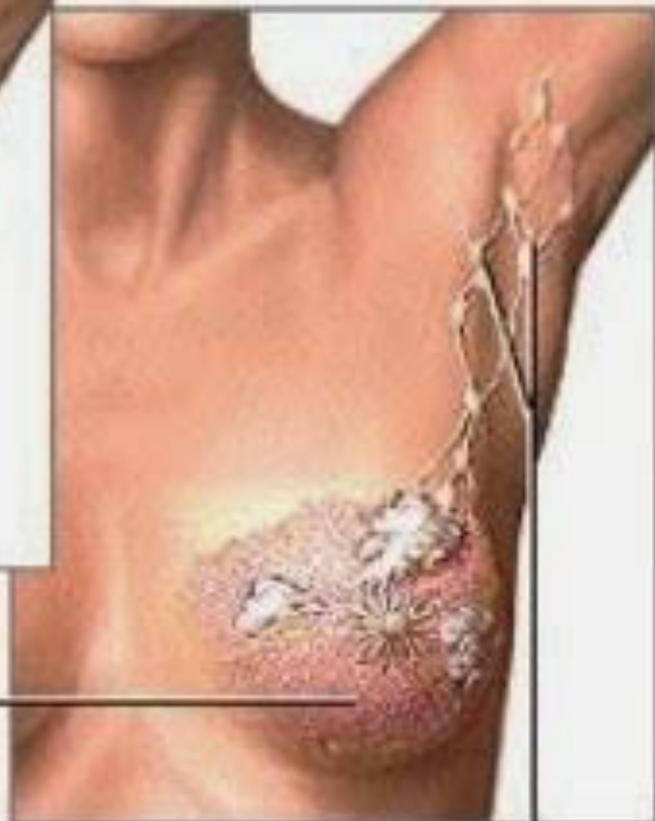




Mujer adulta después de una mastectomia



Mastectomía radical modificada



Mama

Ganglios
linfáticos

Extirpación de la
mama y los ganglios
linfáticos afectados



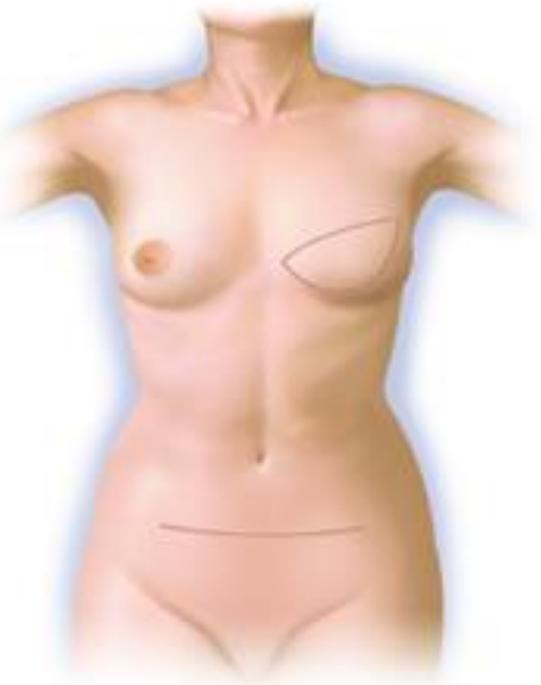
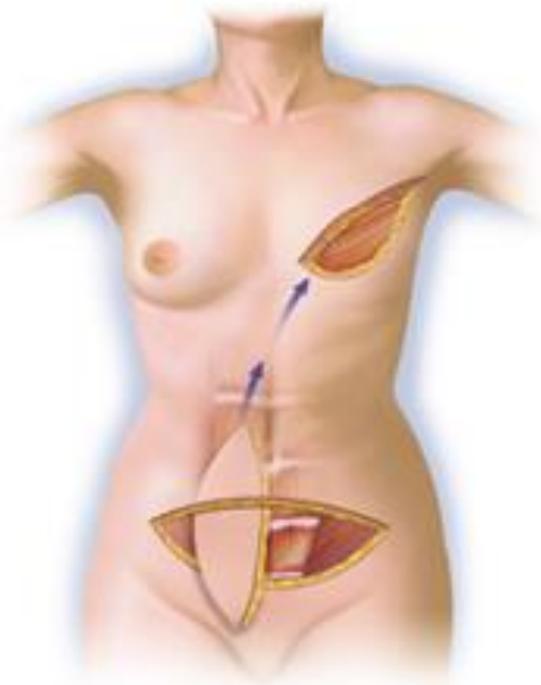
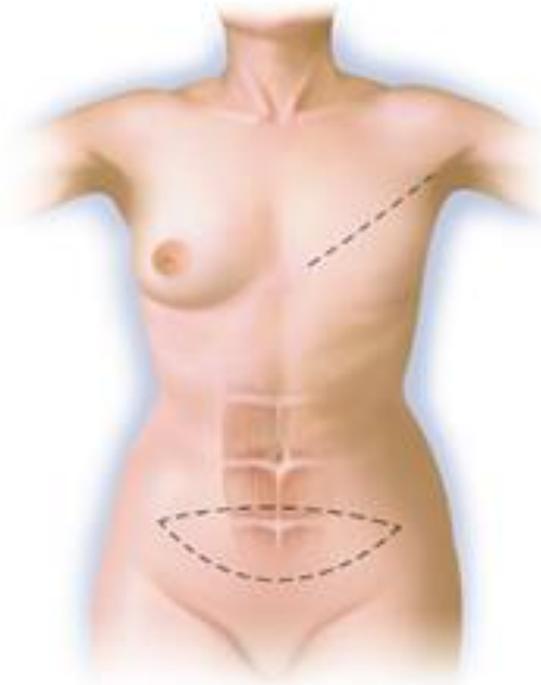
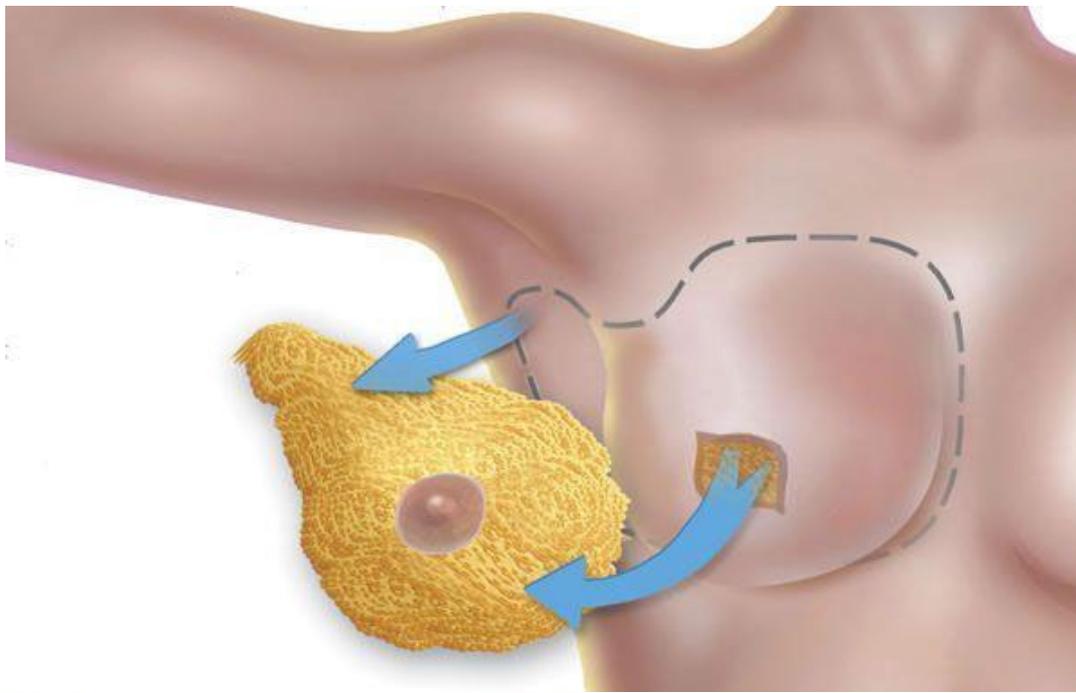


Tabla 1. Ventajas de reconstrucción mamaria inmediata y diferida

Inmediata	Diferida
<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de cicatriz, fibrosis y/o retracción de los tejidos	<ul style="list-style-type: none">• Evita los problemas asociados a la radioterapia, tanto en una reconstrucción con implantes como con tejidos propios
<ul style="list-style-type: none">• Preservación del surco submamario	<ul style="list-style-type: none">• Es posible completar el estudio histopatológico, y por tanto definir la necesidad de tratamiento adyuvante, antes de la reconstrucción
<ul style="list-style-type: none">• El bolsillo cutáneo una vez relleno vuelve a su forma y proyección natural, lo cual se traduce en una mejor simetría con el lado sano	<ul style="list-style-type: none">• Se evitan complicaciones relacionadas con el sufrimiento vascular de los colgajos de mastectomía
<ul style="list-style-type: none">• Al conseguir una mayor simetría se reduce la necesidad de cirugía en la mama sana, con lo cual la reconstrucción puede hacerse en muchos casos en un solo tiempo y por tanto con un menor costo económico	
<ul style="list-style-type: none">• Beneficio psicológico para la paciente que en ningún momento del proceso se ve a sí misma mastectomizada	

OPCIONES QUIRÚRGICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA:

1. Colgajo musculocutáneo de dorsal ancho ampliado (*latissimus dorsi*).
2. Colgajo miocutáneo transverso de recto abdominal
3. Reconstrucción del pezón
4. Reconstrucción de laaréola

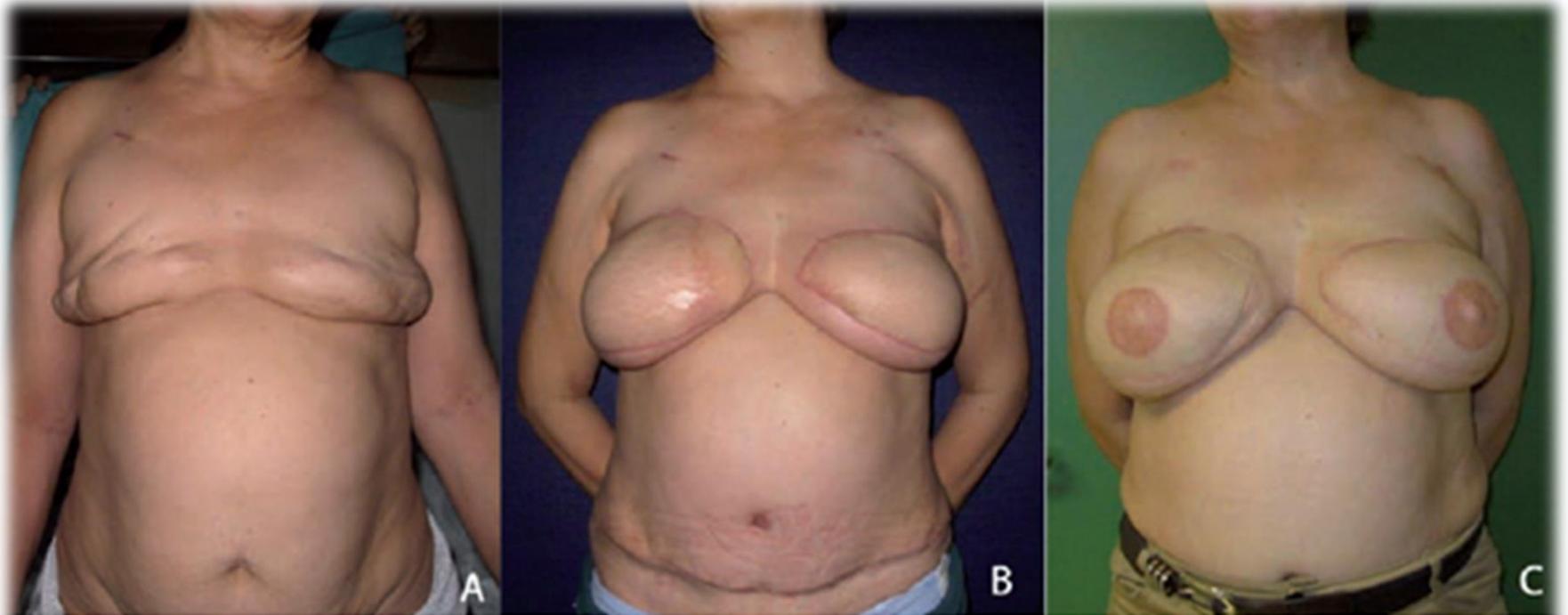


Fig. 2. Paciente de 58 años sin radioterapia previa. A: Preoperatorio. B: Postoperatorio a los 2 meses tras reconstrucción diferida con dos colgajos MS-TRAM. C: Imagen tras reconstrucción de los pezones, 4 meses de postoperatorio, y tatuaje de las areolas.

**LO ÚNICO
IMPOSIBLE
ES AQUELLO
QUE NO
INTENTAS**

@Candidman

