



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

Practica	Nombre
1.	Actividades de quirófano <ul style="list-style-type: none"><li>Identificación de las características físicas del quirófano y mobiliario.</li><li>Dinámica dentro del quirófano</li><li>Conducta y disciplina de los integrantes del equipo de cirugía en el quirófano y medidas para la preservación de la esterilidad y causas de descalificación por contaminación.</li></ul>
2.	Instrumental quirúrgico
3.	Elaboración de compresas y preparación de los bultos quirúrgicos.
4.	Funcionamiento del autoclave y esterilización de los bultos quirúrgicos
5.	Vestimenta quirúrgica <ul style="list-style-type: none"><li>Lavado quirúrgico de manos y antebrazo.</li><li>Vestido y enguantado del equipo quirúrgico.</li></ul>
6.	Aplicación de diferentes tipos de anestesia parcial <ul style="list-style-type: none"><li>Manejo ético del paciente quirúrgico.</li><li>Anestesia local<ul style="list-style-type: none"><li>Tópica.</li><li>Infiltración</li></ul></li><li>Anestesia regional</li><li>Anestesia epidural</li><li>Técnica de punción de cisterna magna para toma de muestra de líquido cerebro-espinal.</li></ul>
7.	Inducción a la anestesia general con diferentes combinaciones de anestésicos fijos. <ul style="list-style-type: none"><li>Valoración preanestésica del paciente (toma e interpretación de constantes fisiológicas)</li><li>Cuidados al paciente que se va a someter a la anestesia general.</li><li>Aplicación de inyecciones por vía parenteral</li><li>Aplicación de preanestésicos</li><li>Venoclisis<ul style="list-style-type: none"><li>Técnicas de venopunción.</li><li>Colocación del equipo de venoclisis y administración de líquidos.<ul style="list-style-type: none"><li>Técnica de inducción de la anestésico general hasta el plano quirúrgico.</li><li>Monitoreo del paciente y manejo de hoja de registro anestésico.</li><li>Mantenimiento del periodo quirúrgico de la anestesia general.</li></ul></li></ul></li></ul>



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

8. Inducción a la anestesia general con anestésicos inhalados.
9. Técnicas de apoyo para el monitoreo de constantes fisiológicas durante la anestesia general y para evitar la contaminación por evacuaciones orgánicas.
  - Intubación orotraqueal
  - Aplicación de la sonda uretrovesical.
  - Colocación del estetoscopio esofágico.
  - Colocación del termómetro rectal de pantalla a distancia
10. Preparación del paciente en la mesa de operaciones y del área operatoria.
  - Técnica de rasurado y limpieza de la región operatoria en perros.
  - Manejo del paciente en el traslado, colocación y sujeción a mesa quirúrgica.
  - Aplicación de diferentes técnicas para realizar la antisepsia quirúrgica.
  - Colocación del campo operatorio.
11. Práctica de suturas básicas en medicina veterinaria.
  - Identificación de los materiales para las suturas.
  - Elaboración de nudos.
  - Elaboración de los puntos más comunes.
12. Venodisección y disección del paquete vasculo-nervioso paratraqueal
13. Esofagotomía.
14. Celiotomía y Esplenectomía
15. Vasectomía y orquiepididectomía
16. Osqueoorquiepididectomía.
17. Ooforosalingohisterectomía por la región esternopúbica
18. Ooforosalingohisterectomía por la región del flanco.
19. Cistotomía.
20. Gastrotomía.
21. Enterotomía.
22. Enteroanastomosis termino-terminal.
23. Enteroanastomosis latero-lateral.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

### PRÁCTICA # 12

#### Nombre:

DISECCIÓN DEL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO PARATRAQUEAL CERVICAL Y TRAQUEOTOMÍA.

**Importancia:** Esta práctica se incluye dentro de la formación quirúrgica del médico veterinario, porque ejercerá la forma de manejar un tejido con estructuras de riesgo y en caso de la tráquea se instruirá en el manejo de un órgano que contiene aire.

**Objetivo:** Diseccionará sin lesionar estructuras de alto riesgo con el instrumental y manejo de tejidos adecuados; practicará el manejo quirúrgico de piel móvil, tejido muscular y cartilaginoso de tráquea.

**Precauciones:** En la disección del paquete vasculo-nervioso si los cortes se hacen de manera incorrecta (forma transversal a la estructura), se podrían provocar los siguientes accidentes: Hemorragia si se lesiona una arteria o vena; o alteraciones en la función nerviosa como parálisis de las cuerdas bucales (ronquera), alteraciones cardíacas e intestinales. En Traqueotomía si la reconstrucción no es buena se complicará con enfisema subcutáneo generalizado.

#### Material y equipo/equipo:

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas. Bultos de ropa e instrumental
- 3 Bultos de ropa quirúrgica
- 1 Bultos de instrumental.
- Hoja de bisturí
- 1 Paquete de catgut del # 00, 1 de suturas absorbibles sintéticas del # 00 y 2 de poliamida de 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina.
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 Compresa para limpieza.

**Anestesia general y otros fármacos:**

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.
• Inducción a la anestesia general .....	Calmante + anestésico disociativo

**Continuación de cuidados preoperatorios .....**

- Preparación del área operatoria ..... Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
- Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes ..... Para poder monitorear las constantes del paciente.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

**Transoperatorios:**

- | <b>Transoperatorios:</b>                   | <b>Descripción</b>  |
|--|---|
| • Colocación del paciente. ....            | Decúbito dorsal con la cabeza extendida, calzado el cuello con una almohadita, con los miembros dirigidos y atados hacia atrás. |
| • Preparación del área operatoria .....    | 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.  |
| • Monitoreo de constantes .....            | Nos permite anticiparnos a los accidentes.  |
| • Limpieza y aplicación de antiséptico ... | Cuidando no quitar la sangre de la herida   |

**Postoperatorios:**

- | <b>Postoperatorios:</b>                              | <b>Descripción</b>   |
|--|--|
| • Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... | Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia. |
| • Aplicación de fármacos sintomáticos ...            | Como AINES, antibiótico, otros...  |
| • Dieta .....  | Blanda para que no lastime la zona de cuello, de fácil digestión, no cerdo.                        |
| • Seguimiento a la historia clínica .....            | Para monitorear la evolución de las heridas.   |
| • Curación de la herida .....                        | Cada 12 horas. prescindiendo de la sujeción del cuello, para evitar ruptura de la sutura.          |
| • Reposo .....                                       | Movimientos cotidianos para evitar adherencias indeseables.  |

**Metodología:**

1. Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
2. Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.  
Continuación de metodología ....
3. Instrumental General:
4. Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

5. Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medio en la región traqueal, de una longitud de un través de mano a partir del cartílago tiroides hacia atrás.
6. Material de sutura:  
Sujeción de la tráquea.- 4 Suturas de poliamida de 30 mm.  
Tráquea.- Catgut crómico o absorbible sintético de # 00  
Capas internas.- Absorbible sintético o catgut crómico # 00.  
Piel.- Poliamida de 30 mm.
7. Descripción de las técnicas:

### DISECCIÓN DEL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO PARATRAQUEAL CERVICAL

- a) Con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano, se incide la piel y subcutáneo.
- b) Con el bisturí en forma de grafo se incide la fascia del musculo esternotiroideo.
- c) Con las tijeras rectas se debridan las fibras de dicho músculo.
- d) Con los separadores de Farabeuf se separa y se aumenta el tamaño de la herida muscular.
- e) Con el dedo medio se debrida el tejido conjuntivo del área peritraqueal del lado opuesto, con la intención de tener acceso al paquete vasculo-nervioso.
- f) Localización del paquete vasculo-nervioso, por medio del pulso de la art. carótida.
- g) Con el dedo medio de la mano diestra, se dibrida lo más posible de alrededor del paquete.
- h) Con los dedos índice y pulgar, se toma el contorno del paquete y se saca, cuidando no lesionar las estructuras en la sujeción.
- i) Se perfora con el estilete o la sonda canalada el tejido conjuntivo adyacente del paquete que no alcanzó a debridarse, con la intención de mantenerlo fuera, para poder disecar con comodidad las estructuras anatómicas contenidas.
- j) Localizadas las estructuras objetivo, su disección se realiza con tijeras y pinzas de Potts-Smith sin dientes, haciendo pequeños cortes longitudinales a la fascia profunda que los envuelve, poniendo especial atención al nervio recurrente que es el mas pequeño, que se nota como un hilito blanco entre la fascia.
- k) Se separan las estructuras con estiletes o sondas cumpliéndose con el objetivo principal de la práctica.

### TRAQUEOTOMÍA.

- a) Se fija la tráquea de los anillos con puntos de Wolf no perforantes, colocados 2 de cada lado paralelos a la zona de incisión, en donde el ayudante la sostendrá.
- b) Con el bisturí en forma de grafo se inciden longitudinalmente 3 anillos traqueales
- c) Se reconstruye tráquea con puntos aislados en "X".

Continuación de descripción de la técnica.....



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- d) Se comprueba la oclusión de la herida traqueal poniendo solución sobre ella; posteriormente para probar que el cierre sea total, se tapa la nariz y boca del paciente, si no sale aire es correcto. Si no es así, saldrá por ella burbujas o se absorberá la solución y se tendrá que mejorar el cierre. En ocasiones es necesario apoyarse de la fascia profunda para la reconstrucción de la tráquea.
- e) Si todo está bien se quitan los puntos de fijación de la tráquea.
- f) Reconstrucción de la pared:
  - Músculo esternotiroideo con puntos separados en “X”.
  - Subcutáneo igual. Anclando al punto con hipodérmis.
  - Piel con puntos separados Wolf o simples.

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;cómo!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRACTICA # 12

**Práctica:** DISECCIÓN DEL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO PARATRAQUEAL CERVICAL Y TRAQUEOTOMÍA.

Equipo: ..... Fecha: .....

Cirujano: .....

1er. Ayudante: .....

Instrumentista: .....

Anestesista: .....

2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 13

**Nombre:** ESOFAGOTOMÍA.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

**Importancia:** Con esta práctica se muestra el manejo quirúrgico de esófago, porque en pequeñas especies es un evento terapéutico frecuente.

**Objetivo:** Practicará la técnica de acceso a esófago y su manejo quirúrgico de la fase aséptica y séptica.

**Precauciones:** De cuidar la separación de la fase séptica de la aséptica para evitar la presentación de infecciones.

### Material y equipo/equipo:

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.
- Bultos de ropa e instrumental
- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 2 instrumental.
- Hoja de Bisturí
- 1 Paquete de catgut del # 00,
- 1 Paquete de suturas absorbibles sintéticas del # 00.
- 6 Paquete de poliamida de 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina.
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para el lavado de zona operatoria.
- 1 Compresa para limpieza.

Anestesia general y otros fármacos

- Fco. de xilacina al 2 %.





**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.
• Inducción a la anestesia general .....	Calmante + anestésico disociativo
• Preparación del área operatoria .....	Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
• Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes .....	Para poder monitorear las constantes del paciente.

**Transoperatorios:**

**Descripción**

- Colocación del paciente. .... Decúbito dorsal con la cabeza extendida, calzado el cuello con una almohadita, con los miembros dirigidos y atados hacia atrás.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.
- Monitoreo de constantes ..... Nos permite anticiparnos a los accidentes.

- Limpieza y aplicación de antiséptico ..... Cuidando no quitar la sangre de la herida
- ...

**Postoperatorios:**

**Descripción**

- Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.
- Aplicación de fármacos sintomáticos ... Como AINES, antibiótico, omeprazol, otros...
- Dieta ..... Alimentación IV. Durante las primeras 48 a 72 hr. Líquidos (Ensure) las siguientes 24 hr. Las siguientes semisólidos de forma progresiva en 2 a 3 tomas, de tal forma que al día 8 o 10 este comiendo normal de consistencia blanda.
- Seguimiento a la historia clínica ..... Para monitorear la evolución de las heridas.
- Curación de la herida..... Cada 12 horas. prescindiendo de la sujeción del cuello, para evitar ruptura de la sutura.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos para evitar adherencias indeseables.

**Metodología:**

1. Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
2. Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
3. Instrumental: General y especial las pinzas de anillo.
4. Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario Continuación de metodología .....



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

5. Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal paramedial en la región yugular izquierda posterior, de una longitud de un través de mano por delante de la entrada de tórax.
6. Material de sutura:
  - Sujeción de esófago.- 4 Suturas de poliamida de 30 mm.
  - Esófago.- Catgut crómico o absorbible sintético de # 00
  - Capas internas.- Absorbible sintético o catgut crómico # 00.
  - Piel.- Poliamida de 30 mm.
7. Descripción de la técnica:
  - a) Comienza la fase aséptica, incidiendo piel por la orilla del canal yugular posterior, por el borde del musculo braquiocefálico; tomando el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar.
  - b) Con el bisturí en forma de grafo se incide la fascia del canal. Si se nota la vena yugular profundizar el corte con tijeras.
  - c) Con el dedo medio se debrida el tejido conjuntivo del área peritraqueal dorsal, con la intención de tener acceso al esófago; identificándolo como una estructura fusiforme con centro móvil, no compacto, existente en la parte dorsal de la tráquea.
  - d) Con el dedo medio de la mano diestra, se dibrida lo mas posible de alrededor de él.
  - e) Con los dedos índice y pulgar, se toma el contorno del esófago y se saca. cuidando no lesionar su irrigación en la sujeción.
  - f) Se perfora con el estilete o la sonda canalada el tejido conjuntivo adyacente al esófago que no alcanzó a debridarse, con la intención de mantenerlo fuera, para poder disecarlo con comodidad.
  - g) Se fija el esófago con puntos de Wolf no perforantes, colocados 2 ó 3 de cada lado, paralelos a la zona de incisión, en donde el ayudante lo sostendrá.
  - h) Con el bisturí en forma de pluma se incide el esófago longitudinalmente hasta su lumen; o si está muy móvil se hace solo una perforación con bisturí y se continua el corte con tijeras para evitar cortes indeseados. Con el acceso al lumen esofágico termina la fase aséptica y comienza la fase séptica, cuidando con ello el manejo del instrumental y material para no contaminar tanto.
  - i) Se simula la extracción del cuerpo extraño con una pinza de anillo.
  - j) Se reconstruye esófago con puntos continuos perforantes como el Continuo simple o Schmieden, abarcando todas las capas; reforzando con un punto de invaginación no perforante como el de Cushing.
  - k) Se lava la zona con solución de cloruro de sodio a chorro, terminando así la fase séptica y comenzando la fase aséptica otra vez, exigiéndose el cambio de guantes



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

bulto con instrumental, campos y compresas estériles. En protocolos más estrictos existe hasta el cambio de ropa.

l) Reconstrucción de la pared:

Canal yugular si es posible con puntos separados en “X”.

Continuación de la descripción de la técnica ....

Subcutáneo igual, cuidando la existencia de la vena yugular.

Piel con puntos separados Wolf o simples.

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;Que!, ;cómo!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRÁCTICA # 13

**Práctica:** ESOFAGOTOMÍA.

Equipo: .....

Fecha: .....

Cirujano: .....

1er. Ayudante: .....

Instrumentista: .....

Anestesista: .....

2º y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 14

**Nombre:** CELIOTOMIA Y ESPLENECTOMÍA.

**Importancia:** Con esta práctica se muestra el acceso quirúrgico a cavidad abdominal, la técnica de elaborar una ligadura en vasos importantes y el manejo de peritoneo porque en pequeñas especies es un evento común, que no debe representar gran riesgo. **Objetivo:** Practicará la técnica de acceso a abdomen por la región esternopúbica y el manejo quirúrgico de bazo y de repliegues peritoneales.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

**Precauciones:** Hemorragias en pared o por la elaboración de una mala ligadura en los vasos esplénicos y de cuidar los traumatismos (deshidratación, presión, rose con torundas y manos) en serosas y bazo, con la intención de evitar adherencias viscerales postoperatorias.

### Material y equipo/equipo:

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

#### Bultos de ropa e instrumental

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 1 de instrumental.
- Hoja de Bisturí
- 10 Paquetes de catgut simple # 0 ó 00 y 2 de absorbible sintético del # 00.
- 2 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml.

#### Exploración clínica

- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.

#### Continuación de preparación del área operatoria....

- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona clorhexidina.
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para el lavado de zona operatoria.
- 1 Compresa para limpieza.

#### Anestesia general y otros fármacos

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.
• Inducción a la anestesia general .....	Calmante + anestésico disociativo
• Preparación del área operatoria .....	Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
• Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes .....	Para poder monitorear las constantes del paciente.
<b>Transoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Colocación del paciente. ....	Decúbito dorsal con los miembros extendidos, atados lateralmente; con un pequeño cojín de calza en la parte lumbar.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.  
Nos permite anticiparnos a los accidentes.
- Monitoreo de constantes .....
- Limpieza y aplicación de antiséptico ... Cuidando no quitar la sangre de la herida

**Postoperatorios:**

**Descripción**

- Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.
- Aplicación de fármacos sintomáticos ... Como AINES, antibiótico, otros...
- Dieta ..... De fácil digestión, no carne de cerdo, y blanda por la zona lesionada.
- Seguimiento a la historia clínica ..... Para monitorear la evolución de las heridas.
- Curación de la herida ..... Cada 12 horas.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables de vísceras.

**Metodología:**

1. Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
2. Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
3. Instrumental: General con 10 pinzas hemostáticas
4. Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.
5. Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial de un través de mano aproximadamente, en la parte umbilical de la región esternopúbica.
6. Material de sutura:  
 Ligaduras.- Catgut simple del # 0 ó 00.  
 Capas internas.- Absorbible sintético o catgut crómico # 00.  
 Piel.- Poliamida de 30 mm.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

7. Descripción de la técnica:
- Con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo,
  - Para tener acceso a Línea Alba, algunas técnicas inciden la capa previa de conjuntivo-aponeurótico con el bisturí en forma de grafo y otras ablacionan solo la parte de la capa que cubre al rafe fibroso con la intención de tener mejor visibilidad y precisión al corte en él y que al reconstruirlo no se interponga ningún tejido. Es importante hacer una buena hemostasis para que la sangre de pared no contamine la cavidad abdominal y favorezca a la presencia de adherencias viscerales.
  - La incisión de Línea Alba se realiza primero haciendo una pequeña perforación de 2 mm. de profundidad con la punta del bisturí en forma de grafo, mirándose al fondo la cavidad, posteriormente se agranda dicha incisión introduciendo la sonda canalada por la perforación, dirigiéndola hacia adelante paralela al piso del abdomen. En casos en donde la Línea Alba es pequeña y no se haya cortado la capa interna (aponeurosis del transverso y seroso) que cubre al musculo recto abdominal, esta se sujeta con las pinzas de Potts-Smith con dientes y se hace un pequeño corte con tijeras y posteriormente se agranda.
  - Se abre la cavidad con los separadores de Farabeuf, se identifica el omento mayor que es la primera capa de serosa que se observa sobre los intestinos. Con una compresa mojada se hala éste suavemente hacia la derecha, porque al final del lado izquierdo se encuentra insertado el bazo.
  - Al visualizarse el bazo se sujeta con una compresa seca tomándolo con la cara palmar de los dedos medio, índice y pulgar apretando como si tuviese una consistencia de "flan". Se usa compresa seca porque tiene más agarre, es más traumática pero no importa porque es un órgano que se va a quitar. Cuando es un tejido que se va a quedar se emplea compresa mojada.
  - Afuera el bazo se distiende el ligamento gastroesplénico como abanico, para comenzar a colocar las ligaduras continuas a todo lo ancho de la porción más próxima al órgano para evitar ligar la arteria origen de las gástricas cortas.
  - Se ponen 3 ligaduras por cada muñón quedando la 1ra. pegada al bazo y las otras 2 (2da. y 3ra.) contiguas, separadas 1.5 cm. de la 1ra. La 3ra. Ligadura se deja con las puntas largas para que cuando se proceda a ablacionar el órgano se sujete de ahí el muñón y si no hay hemorragia se cortan las puntas; y si hay se sujeta el muñón y se realiza una mejor ligadura.
  - Se lava la zona con solución a temperatura corporal de cloruro de sodio a chorro, para eliminar algún contaminante (coagulo, fibrina, partícula ambiental).
  - Reconstrucción de la pared:

Línea Alba con puntos continuos simples o Schmieden. Cuidando no se interponga entre la capa fibrosa ni tejido adiposo-conjuntivo ni seroso.





**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

Subcutáneo con puntos aislados en “X”. Anclándolo con la capa profunda y con hipodermis.  
Piel con puntos separados Wolf o simples.

En casos en donde la Línea Alba de un lado no este definida, la reconstrucción se realiza tomando ambas cubiertas del musculo recto abdominal (la aponeurosis de los oblicuos abdominales y la aponeurosis del transverso).

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;cómo!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRACTICA # 14

**Práctica:** CELIOTOMIA Y ESPLENECTOMÍA.

Equipo: ..... Fecha: .....  
Cirujano: .....  
1er. Ayudante: .....  
Instrumentista: .....  
Anestesista: .....  
2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 15

**Nombre:** VASECTOMÍA Y ORQUIEPIDIDECTOMÍA.

**Importancia:** La práctica de estas técnicas es común en pequeñas especies, por el control de natalidad que se tiene en ellos; por eso se incluyen en la formación profesional del médico veterinario.

**Objetivo:** Practicará la técnica de acceso y ablación de testículos y conducto deferente con su manejo quirúrgico.

**Precauciones:** Hemorragias por la elaboración de una mala ligadura en los vasos de la región testicular y traumatismos en piel delicada de la zona, que pueden provocar la dehiscencia de los puntos.

**Material y equipo/equipo:**



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.
- Bultos de ropa e instrumental
- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 1 de instrumental.
- Hoja de Bisturí
- 2 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
- 2 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 compresas de gasas.

### Venoclísis

- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o Cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 Compresa para limpieza.

### Anestesia general y otros fármacos

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Preoperatorios:**

**Descripción**



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Reposo ..... 2 a 12 horas.
- Manejo ..... Afectuoso, con precaución, respetuoso.
- Historia clínica ..... Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no .
- Ayuno ..... 12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
- Drogas preoperatorias ..... Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.
- Inducción a la anestesia general ..... Calmante + anestésico disociativo
- Preparación del área operatoria ..... Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia en piel delicada.
- Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes ..... Para poder monitorear las constantes del paciente.

**Transoperatorios:**

**Descripción**

- Colocación del paciente. .... Decúbito dorsal con los miembros anteriores extendidos y los posteriores en abducción, atados hacia los lados.
- Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.
- Monitoreo de constantes ..... Nos permite anticiparnos a los accidentes.
- Limpieza y aplicación de antiséptico ... Cuidando no quitar la sangre de la herida

**Postoperatorios:**

**Descripción**



### ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.
- Aplicación de fármacos sintomáticos ... Como AINES, antibiótico, otros...
- Dieta ..... Blanda para favorecer el peristaltismo
- Seguimiento a la historia clínica ..... intestinal, de fácil digestión, no cerdo.
- Curación de la herida ..... Para monitorear la evolución de las heridas. Cada 12 horas.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables.

#### Metodología:

1. Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
2. Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
3. Instrumental: General.
4. Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.
5. Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial en la parte preescrotal.

#### Material de sutura:

1. Ligaduras.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
2. Piel.- Poliamida de 30 mm.
3. Descripción de las técnicas:

#### VASECTOMÍA

- a) Con la diestra se toma el bisturí como pluma y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo, haciendo un corte aproximado de 1 ó 2 través es de dedo.
- b) Con el dedo medio o con tijeras de mayo se debrida el tejido conjuntivo adyacente a los paquetes testiculares, se sujetan con los dedos o la pinza de Potts-Smith y se extrae; manteniéndose así con un estilete perforando en la parte profunda del peripaque.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- c) Con los dedos índice y pulgar se palpa el contenido del paquete, sintiéndose el conducto deferente como la estructura más fuerte (cordón).
- d) Se realiza una pequeña incisión sobre él y se extrae, sujetándolo con una pinza de Potts-Smith con dientes.
- e) Se liga una pequeña porción y se corta entre las 2 ligaduras. Existen otros procedimientos para interrumpir la continuidad del conducto para evitar la recanalización; como doblar los extremos y ligarlos por separado o encimarlos y ligarlos juntos.
- f) Se introduce el conducto por el pequeño corte de túnica vaginal.
- g) Se realiza la misma operación en el cordón testicular del otro lado
- h) Se reconstruye la piel con puntos separados Wolf o simples.

### ORQUIEPIDIDECTOMÍA

- a) Con la diestra se toma el bisturí como pluma y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo, haciendo un corte aproximado de 1 ó 2 través es de dedo.
- b) Con el dedo medio o con tijeras de Mayo se debrida el tejido conjuntivo hasta los paquetes testiculares.
- c) Primero se proyecta un testículo y su epidídimo hacia la herida, con la intención de tener acceso a él. Posteriormente se incide la túnica vaginal y se extraen.
- d) Se realizan 2 ligaduras en el paquete testicular para ablacionar los órganos. La 1ra.
  - a. proximal al anillo inguinal y la 2da contigua posterior; a la 1ra. se le dejan las puntas para que se pueda sujetar el muñón después del corte.
- e) La ablación de los órganos se realiza cortando ligamento epididimal, sujetando las puntas largas de la 1ra. ligadura y cortando por detrás de la segunda; si no hay hemorragia se cortan las puntas; si hay se sujeta el muñón y se liga mejor.
- f) Con el testículo del otro lado se realiza lo mismo.
- g) La reconstrucción de piel se lleva a cabo con puntos separados Wolf o simples.
- h) **Evaluación:** Se lleva a cabo mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.
- i) **Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;como!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

- a) REPORTE DE LA PRACTICA # 15



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

b) **Práctica:** VASECTOMÍA Y ORQUIEPIDIDECTOMÍA.

l) Equipo: ..... Fecha: .....

m) Cirujano:  
.....

n) 1er. Ayudante: .....

o) Instrumentista:  
.....

p) Anestesista:  
.....

q) 2º y 3er. Ayudante: .....

r) **Descripción:**

**PRÁCTICA # 16**

**Nombre:** OSQUEOORQUIEPIDIDECTOMÍA.

**Importancia:** Esta práctica es común en pequeñas especies, por el control de natalidad que se tiene en ellos, se recomienda en animales viejos por la pérdida de contracción del escroto, por eso se incluyen en la formación profesional del medico veterinario. **Objetivo:** Practicará la técnica de ablación de escroto, testículos y epidídimos con todo y túnica vaginal.

**Precauciones:** Hemorragias por la elaboración de una mala ligadura en los vasos de la región testicular y traumatismos en piel delicada de la zona, que pueden provocar la dehiscencia de los puntos.

**Material y equipo/equipo:**

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

**Bultos de ropa e instrumental**

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 1 de instrumental.
- Hoja de Bisturí
- 2 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
- 2 Paquetes de poliamida del 30 mm.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 2 Jeringas de 20 ml.

**Exploración clínica**

- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 Compresa para limpieza.

**Anestesia general y otros fármacos**

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Ayuno ..... 12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
- Drogas preoperatorias ..... Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.
- Inducción a la anestesia general ..... Calmante + anestésico disociativo
- Preparación del área operatoria ..... Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia en piel delicada.
- Colocación de conectores al organismo ..... Para poder monitorear las constantes del paciente.  
para el monitoreo de constantes .....

**Transoperatorios:**

**Descripción**

- Colocación del paciente. .... Decúbito dorsal con los miembros anteriores extendidos y los posteriores en abducción, atados hacia los lados.
- Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.
- Monitoreo de constantes ..... Es la única manera de darnos cuenta de los efectos del anestésico sobre el paciente
- Limpieza y aplicación de antiséptico ... permitiéndonos anticiparnos a los accidentes.  
Cuidando no quitar la sangre de la herida

**Postoperatorios:**

**Descripción**

- Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.  
..... Como AINES, antibiótico, otros...
- Aplicación de fármacos sintomáticos ...





## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Dieta ..... Blanda para favorecer el peristaltismo intestinal, de fácil digestión, no cerdo.
- Seguimiento a la historia clínica ..... Para monitorear la evolución de las heridas.
- Curación de la herida ..... Cada 12 horas.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables.

### Metodología:

1. Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
2. Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
3. Instrumental: General.
4. Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.
5. Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial en forma de boca en la región escrotal.
6. Material de sutura:

Ligaduras.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.

Piel.- Poliamida de 30 mm.

7. Descripción de la técnica:
    - a) Con la diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo, haciendo los cortes en forma de ojal con comisuras craneocaudales, del tamaño de escroto; cuidando alcance la piel para reconstruirse.
    - b) Se quita la parte central de escroto.
    - c) Con tijeras de Mayo se disecciona la túnica vaginal hasta el anillo inguinal.
    - d) Se realizan 2 ligaduras en el paquete testicular para ablacionar los órganos. La 1ra. proximal al anillo inguinal y la 2da contigua posterior; a la 1ra. se le dejan las puntas para que se pueda sujetar el muñón después del corte.
      - a) La ablación de los órganos se realiza sujetando las puntas largas de la 1ra. ligadura y cortando por detrás de la segunda; si no hay hemorragia se cortan las puntas; y si hay se sujeta el muñón y se realiza una mejor ligadura.
      - b) Con el testículo del otro lado se realiza lo mismo.
      - c) La reconstrucción de piel se lleva a cabo con puntos separados Wolf o simples.
- Evaluación: Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;como!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRACTICA # 16

**Práctica:** OSQUEOORQUIEPIPIDIDECTOMÍA.

Equipo: .....

Fecha: .....

Cirujano: .....

1er. Ayudante: .....

Instrumentista: .....

Anestesista: .....

2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 17

**Nombre:** OOFOROSALPINGOHISTERECTOMÍA POR LA REGIÓN  
ESTERNOPÚBICA SIN DESPRENDIMIENTO DEL LIGAMENTO OVÁRICO.

**Importancia:** Esta práctica es común en pequeñas especies, se emplea con el fin de control de natalidad canina, signos de Estro y patologías en esos órganos como piometras o neoplasias principalmente.

**Objetivo:** Practicará la técnica de ablación de ovarios, trompas uterinas y útero, y su manejo quirúrgico por la región esternopúbica.

**Precauciones:** Las causas principalmente son por operar de manera incomoda en incisiones parietales pequeñas, por razones de estética o para reducir el tiempo de la técnica:

Hemorragias.- Por desgarro del mesoovario o por mala ligadura,

Obesidad.- Como consecuencia de la ovariectomía, si se sigue con la dieta normal; este cambio es evidente en pacientes jóvenes. Para disminuir esta evolución física se recomienda cambiar a dietas especiales bajas en carbohidratos y grasas.

Estro.- Por dejar accidentalmente un remanente de ovario. Los signos de Estro se pueden presentar con diferente intensidad, suficientemente perceptible por el macho, sin sangrados en casos en donde se halla quitado el útero.

Quiste ovárico.- Por dejar accidentalmente un remanente de ovario, pudiéndose presentar sus consecuentes padecimientos, principalmente en piel.

Piometra.- Por dejar un remanente de útero. Este tipo de piometra puede presentarse al cabo de los años, es llamada de Stump o “Tocon” y si no es tratada quirúrgicamente a tiempo conlleva a la muerte del paciente. Los signos más sobresalientes son: anorexia, polidipsia,



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

depresión y posiblemente lengüeteo periódico de la vulva. Recordar que las mascotas se conservan toda su vida y este problema por ejecutar una técnica inadecuadamente, puede traer consecuencias a la larga al Veterinario. En animales de baja estimación como los ferales urbanos el impacto es diferente. Incontinencia urinaria.- Por desgarro de nervios del esfínter vesical Adherencias.- por mala manipulación de tejidos.

### Material y equipo/equipo:

Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

#### Bultos de ropa e instrumental

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 1 de instrumental.
- 1 Hoja de bisturí
- 3 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
- 2 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).

#### Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria

- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 Compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para lavado de cavidad.
- 1 Compresa para limpieza.

#### Anestesia general y otros fármacos

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

Cuidados indispensables al paciente

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.
• Inducción a la anestesia general .....	Calmante + anestésico disociativo
• Preparación del área operatoria .....	Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
• Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes .....	Para poder monitorear las constantes del paciente.
<b>Transoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Colocación del paciente. ....	Decúbito dorsal con los miembros extendidos, atados lateralmente; con un pequeño cojín de calza en la parte lumbar.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Evacuación del contenido vesical ..... Para favorecer la localización del útero.
- Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.
- Monitoreo de constantes ..... Nos permite anticiparnos a los accidentes.
- Limpieza y aplicación de antiséptico ... Cuidando no quitar la sangre de la herida

**Postoperatorios:**

**Descripción**

- Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.  
Como AINES, antibiótico, otros...
- Aplicación de fármacos sintomáticos ...
- Continuación de cuidados postoperatorios .....
  - Dieta ..... Blanda para favorecer el peristaltismo intestinal, de fácil digestión, no cerdo.
- Seguimiento a la historia clínica ..... Para monitorear la evolución de las heridas.
- Curación de la herida ..... Cada 12 horas.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables de vísceras.

**Metodología:**

- 1.- Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
- 2.- Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
- 3.- Instrumental: General y especial (Gancho de Snook o histerotomo).
- 4.- Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

5.- Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial de 5 a 10 cm., 2 través es de dedo por detrás de la cicatriz umbilical en la región esternopúbica

6.- Material de sutura:

Ligaduras.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.

Capas internas.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.

Piel.- Poliamida de 30 mm.

7.- Descripción de la técnica:

- a) Con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo.
- b) Para tener acceso a Línea Alba, algunas técnicas inciden la capa previa de conjuntivo-aponeurótico con el bisturí en forma de grafo y otras ablacionan solo la parte de la capa que cubre al rafe fibroso con la intención de tener mejor visibilidad y precisión al corte en él y que al reconstruirlo no se interponga ningún tejido. Es importante hacer una buena hemostasis para que la sangre de pared no contamine la cavidad abdominal y favorezca a la presencia de adherencias viscerales.
- c) La incisión de Línea Alba se realiza primero haciendo una pequeña perforación de 2 mm. de profundidad con la punta del bisturí en forma de grafo, mirándose al fondo la cavidad, posteriormente se agranda dicha incisión introduciendo la sonda canalada por la perforación, dirigiéndola hacia adelante paralela al piso del abdomen. En casos en donde la Línea Alba es pequeña y no se haya cortado la capa interna (aponeurosis del transverso y seroso) que cubre al musculo recto abdominal, esta se sujeta con las pinzas de Potts-Smith con dientes y se hace un pequeño corte con tijeras y posteriormente se agranda.
- d) Se abre la cavidad con los separadores de Farabeuf, se identifica el omento mayor que es la primera capa de serosa que se observa sobre los intestinos.
- e) Se checa que este la vejiga urinaria vacua, para que se facilite el proceso.
- f) Con el gancho de Snook se procede a extraer el mesoútero o los cuernos uterinos, que para su localización se desliza el histerotómo por la pared abdominal del lado diestro con el gancho hacia la pared, posteriormente en la parte medial del fondo de la cavidad, el gancho se gira hacia el lado opuesto y se saca gentilmente. Si lo enganchado no sale de cavidad se intuye que es mesorecto; si sale más de 3 cm. aproximadamente es omento mayor, y si sale de cavidad 1 a 3 cm. aproximadamente es ligamento Ancho. En este último caso se sujeta y se sigue hasta el final de la parte menos tensa, porque ahí se encontrará a los cuernos del útero o al útero. En caso de que no se tenga el gancho de Snook, con la vejiga vacía se desplaza el omento mayor hacia adelante, se introducen los dedos índice y medio por el espacio entre las asas intestinales y la pared abdominal, deslizándolos por esta última, sintiéndose una superficie lisa, en el fondo (reg. Sublumbar) se toca un repliegue peritoneal acompañado de un órgano tubular (Cuernos del útero) que varía su diámetro según el paciente; se toma éste con los dedos extendidos y se extrae. En



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- ocasiones cuando no se puede sujetar y extraer con los dedos, se puede uno apoyar para la extracción con una pinza de disección sin dientes.
- g) Ubicado el cuerno uterino, se toma como guía para localizar en la parte craneal a la bolsa ovárica conteniendo al ovario.
  - h) Para ablacionar el ovario se hacen 3 ligaduras. La # 1 con la pinza de Kelly sujetando en la punta al material para ligadura se perfora la parte translúcida más craneal del ligamento Ancho, posteriormente la ligadura se elabora en la parte más proximal a la región sublumbar, dejando las puntas largas y sujetándolas con una pinza hemostática, para que después sirva para sostener el muñón en el momento del corte. La ligadura # 2 de refuerzo se aplica contigua distal a la # 1, pero a esta si se dejan las puntas cortas al igual que la 3. La ligadura # 3 se va a extraer junto con el ovario y útero, se realiza con la intención de evitar la contaminación de cavidad del reflujo de sangre útero-ovárico, se coloca después de la 2 antes de la bolsa ovárica. Muchas veces esta ligadura # 3 es sustituida por una pinza hemostática.
  - i) Para extraer el ovario se sujeta éste con los dedos índice y pulgar de la mano no diestra, posteriormente con la tijera de puntas romas se corta entre la ligaduras # 2 y 3. Después se sujeta el muñón de las puntas largas y si no está sangrando se cortan las puntas, y si hay sangrado se procede a hacer un mejor ligado. Todas estas maniobras para elaborar las ligaduras deben ser apoyadas por el ayudante, empujando el piso del abdomen y aislando el muñón de vísceras y pliegues serosos lo más posible. El mesoovario NO SE HALA se sostiene, porque existen muy lábiles y la posibilidad de que se desgarre y se modifique la técnica es posible. La técnica de emergencia consiste en hacer una incisión parietal medial del ombligo hasta cerca del pubis, aislando la zona post renal para localizar el vaso úteroovárico. Se extrae el ovario y cuernos del útero derecho desgarrando el mesoútero hasta el cérvix pegado a los vasos uterinos para evitar que accidentalmente se rompan los uréteres.
  - j) Para localizar el otro ovario se guía uno siguiendo el cuerno derecho hasta el cuerpo del útero en donde se encuentra el otro cuerno que nos guiará hasta el ovario izquierdo en donde se repite el punto "h".
  - k) Para ligar la parte posterior del útero se realizan igual 3 ligaduras como en ovarios; la # 1 "sostén" se realiza a nivel de la unión de vagina y cérvix. La # 2 "refuerzo" se coloca contigua craneal y la 3 "evitar el reflujo y contaminación uterina", se aplica aproximadamente 1 cm más craneal de la # 2. La ablación de ovarios y útero se realiza por último cortando a nivel de cérvix entre las ligaduras 2 y 3.
  - l) Si se contamina la cavidad abdominal con sangre Se lava con solución a temperatura corporal de cloruro de sodio a chorro, para eliminar los contaminante (coagulo, fibrina, partícula ambiental).
  - m) Reconstrucción de la pared:





**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

Línea Alba con puntos continuos simples o Schmieden. Cuidando no se interponga entre la capa fibrosa ni tejido adiposo-conjuntivo ni seroso.

Subcutáneo con puntos aislados en “X”. Anclándolo con la capa profunda y con hipodermis.

Piel con puntos separados Wolf o simples.

En casos en donde la Línea Alba de un lado no está definida, la reconstrucción se realiza tomando ambas cubiertas del musculo recto abdominal (la aponeurosis de los oblicuos abdominales y la aponeurosis del transversos).

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;cómo!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRACTICA # 17

**Práctica:** OOFOROSALPINGOHIISTERECTOMÍA POR LA REGIÓN ESTERNOPÚBICA SIN DESPRENDIMIENTO DEL LIGAMENTO OVÁRICO.

Equipo: ..... Fecha: .....  
Cirujano: .....  
1er. Ayudante: .....  
Instrumentista: .....  
Anestesista: .....  
2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 18

**Nombre:** OOFOROSALPINGOHIISTERECTOMÍA POR LA REGIÓN DEL FLANCO SIN DESPRENDIMIENTO DEL LIGAMENTO OVÁRICO.

**Importancia:** Esta práctica se emplea con el fin de controlar la natalidad canina, signos de Estro y patologías en esos órganos como piometras o neoplasias principalmente. Esta técnica anatómicamente la pared es más compleja y la localización del ovario y accesibilidad es mayor. Lo complicado o fácil de una técnica depende de las habilidades de cada cirujano.

**Objetivo:** Practicará la técnica de ablación de ovarios, trompas uterinas y útero, y su manejo quirúrgico por el flanco.





## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

**Precauciones:** Las causas principalmente son por operar de manera incomoda en incisiones parietales pequeñas, por estética o para reducir el tiempo de la técnica:

Hemorragias.- Por desgarro del mesoovario o por mala ligadura,

Obesidad.- Como consecuencia de la ovariectomía, si se sigue con la dieta normal; este cambio es evidente en pacientes jóvenes. Para disminuir esta evolución física se recomienda cambiar a dietas especiales bajas en carbohidratos y grasas.

Estro.- Por dejar accidentalmente un remanente de ovario. Los signos de Estro se pueden presentar con diferente intensidad, suficientemente perceptible por el macho, sin sangrados en casos en donde se halla quitado el útero.

Quieste ovárico.- Por dejar accidentalmente un remanente de ovario, pudiéndose presentar sus consecuentes padecimientos, principalmente en piel.

Piometra.- Por dejar un remanente de útero. Este tipo de piometra puede presentarse al cabo de los años, es llamada de Stump o "Tocon" y si no es tratada quirúrgicamente a tiempo conlleva a la muerte del paciente. Los signos más sobresalientes son: anorexia, polidipsia, depresión y posiblemente lengüeteo periódico de la vulva. Recordar que las mascotas se conservan toda su vida y este problema por ejecutar una técnica inadecuadamente, puede traer consecuencias a la larga al Veterinario. Incontinencia urinaria.- Por desgarro de nervios del esfínter vesical Adherencias.- por mala manipulación de tejidos.

### Material y equipo/equipo:

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

#### Bultos de ropa e instrumental

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 1 de instrumental.
- Hoja de Bisturí
- 3 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
- 2 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 Compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 1 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para lavado de cavidad.
- 1 Compresa para limpieza.

Anestesia general y otros fármacos

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

Cuidados indispensables al paciente

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Inducción a la anestesia general ..... Calmante + anestésico disociativo
- Preparación del área operatoria ..... Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
- Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes ..... Para poder monitorear las constantes del paciente.

**Transoperatorios:**

**Descripción**

- Colocación del paciente. .... Decúbito lateral izquierdo con los miembros extendidos, atados, en cirujanos diestros derechos, en izquierdos el paciente se coloca contrario  
Para favorecer la localización del útero.
- Evacuación del contenido vesical ..... Para favorecer la localización del útero.
- Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.  
Nos permite anticiparnos a los accidentes.
- Monitoreo de constantes ..... Cuidando no quitar la sangre de la herida
- Limpieza y aplicación de antiséptico ...

**Postoperatorios:**

**Descripción**

- Sala de recuperación y monitoreo que no se lastime y se empeore paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y al físicas para la hipotermia.
- Aplicación de fármacos Como AINES, antibiótico, otros... sintomáticos ...

Continuación de cuidados postoperatorios ....

- Dieta ..... Blanda para favorecer el peristaltismo intestinal, de fácil digestión, no cerdo.
- Seguimiento a la historia clínica Para monitorear la evolución de las heridas.  
.....



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Curación de la herida ..... Cada 12 horas.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables de vísceras.

### Metodología:

- 1.- Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
- 2.- Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
- 3.- Instrumental: General.
- 4.- Posición del cirujano: En la parte ventral del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en paciente se colocará el paciente en decúbito lateral izquierdo.
- 5.- Lugar y dirección de la incisión: En región del flanco derecho se realiza un corte transversal de 2 a 4 través es de dedo, a partir de un punto medio entre el borde posterior de la última costilla y línea transversa a nivel de la tuberosidad coxal y de un través de dedo ventral a la apófisis transversa lumbar.
- 6.- Material de sutura:
  - Ligaduras.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Capas internas.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Piel.- Poliamida de 30 mm.
- 7.- Descripción de la técnica:
  - a) Con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo.
  - b) Las siguientes capas musculares se debridan con punta de tijera siguiendo la dirección de las fibras hasta peritoneo.
  - c) Para localizar el ovario derecho, se toma el primer pliegue peritoneal que se encuentre relacionado a la pared derecha y en su parte ventral estará pendiendo el cuerno del útero que cranealmente guiará hasta el ovario.
  - d) Para ablacionar el ovario se hacen 3 ligaduras. La # 1 con la pinza de Kelly sujetando en la punta al material para ligadura se perfora la parte traslucida más craneal del ligamento Ancho, posteriormente la ligadura se elabora en la parte más proximal a la región sublumbar, dejando las puntas largas y sujetándolas con una pinza hemostática, para que después sirva para sostener el muñón en el momento del corte. La ligadura # 2 de refuerzo se aplica contigua distal a la # 1, pero a esta si se dejan las puntas cortas al igual que la 3. La ligadura # 3 se va a extraer junto con el ovario y útero; se realiza para evitar la contaminación de cavidad del reflujo de sangre utero-ovárica. Se coloca 1 cm después de la # 2 antes de la bolsa ovárica. Muchas veces esta ligadura # 3 es sustituida por una pinza hemostática.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- e) Para extraer el ovario se sujeta éste con los dedos índice y pulgar de la mano no diestra, posteriormente con la tijera de puntas romas se corta entre la ligaduras # 2 y 3. Después se sujeta el muñón de las puntas largas y si no está sangrando se cortan las puntas, y si hay sangrado se procede a hacer un mejor ligado. Todas estas maniobras para elaborar las ligaduras deben ser apoyadas por el ayudante, empujando el piso del abdomen y aislando el muñón de vísceras y pliegues serosos lo más posible. El mesoovario NO SE HALA se sostiene, porque existen muy lábiles y la posibilidad de que se desgarre y se modifique la técnica es posible. La técnica de emergencia consiste en hacer una incisión parietal medial del ombligo hasta cerca del pubis, aislando la zona post renal para localizar el vaso uteroovarico. Se extrae el ovario y cuernos del útero derecho desgarrando el mesoútero hasta el cérvix pegado a los vasos uterinos para evitar que accidentalmente se rompan los uréteres.
- f) Para localizar el otro ovario se guía uno siguiendo el cuerno derecho hasta el cuerpo del útero en donde se encuentra el otro cuerno que nos guiará hasta el ovario izquierdo en donde se repite el punto “d”.
- g) Para ligar la parte posterior del útero se realizan igual 3 ligaduras como en ovarios; la # 1 “sostén” se realiza a nivel de la unión de vagina y cérvix. La # 2 “refuerzo” se coloca contigua craneal y la 3 “evitar el reflujo y contaminación uterina”, se aplica aproximadamente 1 cm más craneal de la # 2. La ablación de ovarios y útero se realiza por último cortando a nivel de cérvix entre las ligaduras 2 y 3.
- h) Si se contamina la cavidad abdominal con sangre Se lava con solución a temperatura corporal de cloruro de sodio a chorro, para eliminar los contaminante (coagulo, fibrina, partícula ambiental).
- i) Reconstrucción de la pared:
  - Peritoneo y músculo transverso abdominal con puntos continuos simples.
  - Músculo oblicuo interno y externo con puntos aislados en “X” o simples.
  - Subcutáneo con puntos aislados en “X” anclándolo con hipodermis.

Piel con puntos separados Wolf o simples.

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ¡que!, ¡como!, ¡con que! y ¡para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

REPORTE DE LA PRACTICA # 18

**Práctica:** OOFOROSALPINGOHISTERECTOMÍA POR LA REGIÓN DEL FLANCO SIN DESPRENDIMIENTO DEL LIGAMENTO OVÁRICO.

Equipo: ..... Fecha: .....  
Cirujano: .....  
1er. Ayudante: .....  
Instrumentista: .....  
Anestesista: .....  
2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 19

**Nombre:** CISTOTOMÍA.

**Importancia:** La formación de urolitos en vejiga urinaria es un padecimiento que su presentación se incrementa cada día, debido al tipo de dietas que se les proporcionan a los animales de compañía, por eso es una práctica que se incluye en la formación quirúrgica del medico veterinario.

**Objetivo:** Practicará la técnica de acceso al lumen vesical y su manejo quirúrgico. **Precauciones:** Contaminación bacteriana y de material calcáreo, lisis del material de sutura si no se emplean los puntos y material adecuados y dejar residuos de urolitos que obstruyan el lumen uretral.

**Material y equipo/equipo:**

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.
- Bultos de ropa e instrumental
- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 1 de instrumental.
  - 1 Hoja de Bisturí
  - 3 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
  - 4 Paquetes de poliamida del 30 mm.
  - 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
  - Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
  - Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
  - 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
  - 1 Tijera de Mayo curva.
  - 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- Continuación de preparación del área operatoria.....
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 Compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 2 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para lavado.
- 1 Compresa para limpieza.

**Anestesia general y otros fármacos**

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

Preoperatorios:	Descripción
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Inducción a la anestesia general ..... Calmante + anestésico disociativo
  - Preparación del área operatoria ..... Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
  - Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes ..... Para poder monitorear las constantes del paciente.
- Transoperatorios:
- Descripción
- Colocación del paciente. .... Decúbito dorsal con los miembros extendidos, atados lateralmente; con un pequeño cojín de calza en la parte lumbar.
  - Evacuación del contenido vesical ..... Para evitar la contaminación de la cavidad.
  - Preparación del área operatoria ..... 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.
  - Monitoreo de constantes ..... Nos permite anticiparnos a los accidentes.
  - Limpieza y aplicación de antiséptico ... Cuidando no quitar la sangre de la herida
- Postoperatorios:
- Descripción
- Sala de recuperación y monitoreo al paciente ..... Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.
  - Aplicación de fármacos sintomáticos ... Como AINES, antibiótico, otros...
  - Dieta ..... Blanda para favorecer el peristaltismo intestinal, de fácil digestión, no cerdo.
  - Seguimiento a la historia clínica ..... Para monitorear la evolución de las heridas.
  - Curación de la herida ..... Cada 12 horas.





## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Reposo .....

Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables de vísceras.

### Metodología:

- 1.- Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
- 2.- Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
- 3.- Instrumental: General.
- 4.- Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.
- 5.- Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial de 5 a 10 cm., en la región prepúbica
- 6.- Material de sutura:
  - Fijación de vejiga.- Poliamida de 30 mm.
  - Pared vesical.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Capas internas.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Piel.- Poliamida de 30 mm.
- 7.- Descripción de la técnica:
  - a) Con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo.
  - b) Para tener acceso a Línea Alba, algunas técnicas inciden la capa previa de conjuntivo-aponeurótico con el bisturí en forma de grafo y otras ablacionan solo la parte de la capa que cubre al rafe fibroso con la intención de tener mejor visibilidad y precisión al corte en él y que al reconstruirlo no se interponga ningún tejido. Es importante hacer una buena hemostasis para que la sangre de pared no contamine la cavidad abdominal y favorezca a la presencia de adherencias viscerales.
  - c) La incisión de Línea Alba se realiza primero haciendo una pequeña perforación de 2 mm. de profundidad con la punta del bisturí en forma de grafo, mirándose al fondo la cavidad, posteriormente se agranda dicha incisión introduciendo la sonda canalada por la perforación, dirigiéndola hacia adelante paralela al piso del abdomen. En casos en donde la Línea Alba es pequeña y no se haya cortado la capa interna (aponeurosis del transversal y seroso) que cubre al musculo recto abdominal, esta se sujeta con las pinzas de Potts-Smith con dientes y se hace un pequeño corte con tijeras y posteriormente se agranda.
  - d) Se abre la cavidad con los separadores de Farabeuf, se identifica el omento mayor que es la primera capa de serosa que se observa sobre los intestinos.



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- e) Se localiza la vejiga urinaria en el piso de pelvis y piso posterior del abdomen y se checa que este la vejiga urinaria vacua, para que se facilite el proceso; si no esta se procede a evacuar su contenido liquido por medio de una sonda uretrovesical o por medio de la cistocentesis.
- f) Se exterioriza la vejiga, para mantenerla en posición se fija con puntos de Wolf no perforantes, colocados 2 de cada lado paralelos a la zona de incisión, en donde el ayudante la sostendrá; se aísla con compresas para evitar escurrimientos y contaminación abdominal.
- g) Se aborda el lumen de la vejiga haciendo una incisión longitudinal en la parte ventral, del tamaño suficiente para poder accionar.
- h) Se procede a explorar para ver la patología para elaborar un plan terapéutico, se simula la extracción de los cuerpos extraños, se lava la cavidad vesical y uretra con solución de cloruro de sodio a chorro y se drena por gravedad o succionando con aspersion. Para lavar y drenar uretra es necesario hacerlo por vía uretral utilizando la sonda uretral.
- i) La reconstrucción de la vejiga se realiza con puntos continuos perforantes simples o Schmieden, reforzados con invaginantes no perforantes de Cushing.
- j) Se quitan los puntos de fijación, se lava la vejiga con solución de cloruro de sodio a chorro y se introduce a la cavidad en su posición.
- k) Si se contamina la cavidad abdominal con sangre, se lava con solución a temperatura corporal de cloruro de sodio a chorro, para eliminar los contaminantes (coagulo, fibrina, partícula ambiental).
- l) La reconstrucción parietal se realiza de la siguiente forma:
  - Línea Alba con puntos continuos simples o Schmieden. Cuidando no se interponga entre la capa fibrosa ni tejido adiposo-conjuntivo ni seroso.
  - Subcutáneo con puntos aislados en "X". Anclándolo con la capa profunda y con hipodermis.
  - Piel con puntos separados Wolf o simples.

En casos en donde la Línea Alba de un lado no este definida, la reconstrucción se realiza tomando ambas cubiertas del musculo recto abdominal (la aponeurosis de los oblicuos abdominales y la aponeurosis del transverso).

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;como!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

REPORTE DE LA PRACTICA # 19

**Práctica:** CISTOTOMÍA.

Equipo: .....

Fecha: .....

Cirujano: .....

1er. Ayudante: .....

Instrumentista: .....

Anestesista: .....

2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 20

**Nombre:** GASTROTOMÍA.

**Importancia:** Esta técnica es una práctica común en pequeñas especies, por el tipo de vida que llevan, objetos a los que están expuestos, ociosidad, ingestiones accidentales. Por ello se incluye en la formación quirúrgica del médico veterinario.

**Objetivo:** Practicará la técnica de acceso al lumen estómago, su manejo quirúrgico y el manejo de la fase séptica y aséptica.

**Precauciones:**

Peritonitis séptica.- Se asocia con mayor frecuencia con un trans-operatorio séptico. Los signos clínicos son fiebre, depresión, anorexia, vómitos y dolor abdominal; suelen presentarse en el segundo o quinto día posterior a la cirugía, comparados con los signos de íleon que se presentan dentro de las primeras 24 horas. Tx. quirúrgico y antibiograma del exudado como soporte al tratamiento de antibiótico.

Dehiscencia de los puntos o perforaciones de la pared gástrica.- Causado por una mala sutura o por dieta postoperatoria inadecuada. Tx. quirúrgico, reconstrucción de la pared y darle un soporte por medio de un parche seroso u omental; la peritonitis consecuente se detecta y trata según la técnica.

Peritonitis aséptica.- Se asocia con la dehiscencia de los puntos de estómago con salida de líquidos. Los signos clínicos son fiebre, depresión, anorexia, vómitos y dolor abdominal. Tx. quirúrgico.

Hemorragias.- Cuando se incide el estómago de manera transversal a la circulación. Tx. quirúrgico.

Adherencias.- Del omento mayor con otro órgano por mala manipulación.

**Material y equipo/equipo:**



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

### Bultos de ropa e instrumental

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 2 de instrumental.
- 1 Hoja de Bisturí
- 3 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
- 6 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 Compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 2 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para lavado.
- 1 Compresa para limpieza.

### Anestesia general y otros fármacos

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Cja. de omeprazol 20 mg. capsulas o inyectable
- 1 Fco. de protectores de mucosa gástrica "hidróxido de aluminio".



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

Cuidados indispensables al paciente

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Preparación del área operatoria .....	Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.
• Drogas preoperatorias .....	Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas. omeprazol.
• Inducción a la anestesia general .....	Calmante + anestésico disociativo
• Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes .....	Para poder monitorear las constantes del paciente.

<b>Transoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Colocación del paciente. ....	Decúbito dorsal con los miembros extendidos, atados lateralmente; con un pequeño cojín de calza en la parte dorsolumbar.
• Preparación del área operatoria .....	2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.
• Monitoreo de constantes .....	Nos permite anticiparnos a los accidentes.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Limpieza y aplicación de antiséptico ... Cuidando no quitar la sangre de la herida

Postoperatorios:	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de recuperación y monitoreo al paciente .....</li> </ul>	Que tenga las condiciones ambientales y físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de fármacos sintomáticos ...</li> </ul>	Como AINES, antibiótico, omeprazol, antiespasmódicos, protectores de mucosa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta .....</li> </ul>	Alimentación IV. durante las primeras 48 a 72 hr. Líquidos (Ensure) las siguientes 24 hr. Las siguientes semisólidos de forma progresivo en 2 a 3 tomas, de tal forma que al día 8 o 10 este comiendo normal de consistencia blanda.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a la historia clínica .....</li> </ul>	Para monitorear la evolución de las heridas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curación de la herida .....</li> </ul>	Cada 12 horas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposo .....</li> </ul>	Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables de vísceras.

**Metodología:**

- 1.- Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
- 2.- Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
- 3.- Instrumental: General.
- 4.- Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.
- 5.- Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial de 1 través de mano, iniciándose por detrás del cartílago xifoides, en la región esternoprepúbica
- 6.- Material de sutura:
  - Fijación de estómago.- Poliamida de 30 mm.
  - Pared gástrica.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Capas internas.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Piel.- Poliamida de 30 mm.
- 7.- Descripción de la técnica:



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- a) Con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo.
- b) Para tener acceso a Línea Alba, algunas técnicas inciden la capa previa de conjuntivo-aponeurótico con el bisturí en forma de grafo y otras ablacionan solo la parte de la capa que cubre al rafe fibroso con la intención de tener mejor visibilidad y precisión al corte en él y que al reconstruirlo no se interponga ningún tejido. Es importante hacer una buena hemostasis para que la sangre de pared no contamine la cavidad abdominal y favorezca a la presencia de adherencias viscerales.
- c) La incisión de Línea Alba se realiza primero haciendo una pequeña perforación de 2 mm. de profundidad con la punta del bisturí en forma de grafo, mirándose al fondo la cavidad, posteriormente se agranda dicha incisión introduciendo la sonda canalada por la perforación, dirigiéndola hacia adelante paralela al piso del abdomen. En casos en donde la Línea Alba es pequeña y no se haya cortado la capa interna (aponeurosis del transverso y seroso) que cubre al musculo recto abdominal, esta se sujeta con las pinzas de Potts-Smith con dientes y se hace un pequeño corte con tijeras y posteriormente se agranda. En esta zona la capa serosa está separada de la Línea Alba formando una cavidad o pliegue por esa razón se corta por separado.
  - d) Expuesta la cavidad, el primer órgano que se nota es el omento mayor que cubre a las asas intestinales. Se utilizan separadores de Farabeuf para abrir los bordes de la herida para tener mejor visibilidad de los órganos. Se localiza el estómago tomando amablemente el omento y se hala hacia atrás porque al final de este va encontrar su origen en la curvatura mayor del estómago.
  - e) Se explora clínicamente la cavidad abdominal antes de la diéresis gástrica con la intención de identificar la patología.
  - f) El estómago se sujeta suavemente con las palmas de los dedos usando una compresa húmeda para facilitar su manipulación y disminuir su traumatismo.
  - g) Se exterioriza el estómago. Para mantenerlo en posición se fija con puntos de Wolf no perforantes, colocados 2 ó 3 de cada lado paralelos a la zona de incisión, en donde el ayudante lo sostendrá; se aísla con compresas para evitar escurrimientos y contaminación abdominal.
  - h) Para abordar el lumen gástrico se hace una incisión longitudinal paralela a los vasos gástricos cortos en la zona central de la cara visceral del estómago, del tamaño necesario. Con el bisturí sujeto en forma de cuchillo se incide serosa- muscular y mucosa, del tamaño suficiente para poder accionar. Con ello comienza la fase séptica.
  - i) Se procede a explorar para ver la patología para elaborar un plan terapéutico; se simula la extracción del cuerpo extraño empleando una pinza de anillo.
  - j) La reconstrucción de la pared gástrica se realiza con puntos continuos perforantes simples o Schmieden en mucosa y muscular-seroso por separado; reforzando las





**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

anteriores suturas con puntos invaginantes no perforantes de Cushing abarcando solo muscular-seroso.

- k) Se lava el estómago con solución de cloruro de sodio a chorro, terminando así la fase séptica.
- l) Para empezar la segunda fase aséptica, se exige el cambio de guantes, bulto con instrumental, campos y compresas estériles. En protocolos más estrictos existe hasta el cambio de ropa; se quitan los puntos de fijación, y se introduce el estómago a la cavidad en su posición.

Si se contamina la cavidad abdominal con sangre, se lava con solución a temperatura corporal de cloruro de sodio a chorro, para eliminar los contaminantes (coagulo, fibrina, partícula ambiental).

m) La reconstrucción parietal se realiza de la siguiente forma:

Línea Alba con puntos continuos simples o Schmieden. Cuidando no se interponga entre la capa fibrosa ni tejido adiposo-conjuntivo ni seroso.

Subcutáneo con puntos aislados en “X”. Anclándolo con la capa profunda y con hipodermis.

Piel con puntos separados Wolf o simples.

En casos en donde la Línea Alba de un lado no este definida, la reconstrucción se realiza tomando ambas cubiertas del musculo recto abdominal (la aponeurosis de los oblicuos abdominales y la aponeurosis del transverso).

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;como!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRACTICA # 20 **Práctica:**

GASTROTOMÍA.

Equipo: .....

Fecha: .....

Cirujano: .....

1er. Ayudante: .....

Instrumentista: .....

Anestesista: .....

2º y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**





## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

### PRÁCTICA # 21

**Nombre:** ENTEROTOMÍA.

**Importancia:** Esta técnica es una práctica común en pequeñas especies, por el tipo de vida que llevan, objetos a los que están expuestos, ociosidad, ingestiones accidentales. Por ello se incluye en la formación quirúrgica del médico veterinario.

**Objetivo:** Practicará la técnica de acceso al lumen intestinal como cavidad séptica, su manejo quirúrgico y el manejo de la fase séptica y aséptica.

#### **Precauciones:**

Peritonitis séptica.- Se asocia con mayor frecuencia con un trans-operatorio séptico; los signos clínicos son fiebre, depresión, anorexia, vómitos y dolor abdominal; suelen presentarse en el segundo o quinto día posterior a la cirugía, comparados con los signos de íleon que se presentan dentro de las primeras 24 horas. Tx. quirúrgico y antibiograma del exudado como soporte al tratamiento de antibiótico.

Dehiscencia de los puntos o perforaciones de la pared intestinal.- Causado por una mala sutura o por dieta postoperatoria inadecuada. Tx. quirúrgico, reconstrucción de la pared y darle un soporte por medio de un parche seroso u omental; la peritonitis séptica consecuente se detecta y trata según la técnica.

Adherencias.- Del omento mayor con otro órgano por mala manipulación.

#### **Material y equipo/equipo:**

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

Bultos de ropa e instrumental

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 2 de instrumental.
- 1 Hoja de Bisturí
- 3 Paquetes de sutura absorbible sintético del # 00.
- 6 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml.

Exploración clínica

- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo.

Preparación del área operatoria

- 1 Máquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 Compresas de gasas. Venoclísis
- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 2 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para lavado.
- 1 Compresa para limpieza.

**Anestesia general y otros fármacos**

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Cja. de omeprazol 20 mg. capsulas o inyectable
- 1 Fco. de protectores de mucosa gástrica “hidróxido de aluminio”.
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

<b>Preoperatorios:</b>	<b>Descripción</b>
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.
• Historia clínica .....	Llenado de la hoja clínica, concluyendo si es apto para cirugía o no.
• Ayuno .....	12 hr. de líquidos y 24 de sólidos.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- |   |  |
|---|--|
| • Drogas preoperatorias<br>.....  | Aplicación de drogas preanestésicas, antibióticas, desinflamatorias y analgésicas.                                       |
| • Inducción a la anestesia general<br>.....                                   | Calmante + anestésico disociativo  |
| • Preparación del área operatoria<br>.....                                    | Tricotomía, limpieza y 1er. ½ tiempo de antisepsia.  |
| • Colocación de conectores al organismo para el monitoreo de constantes ..... | Para poder monitorear las constantes del paciente.   |
| Transoperatorios:   | Descripción  |
| • Colocación del paciente. ....   | Decúbito dorsal con los miembros extendidos, atados lateralmente; con un pequeño cojín de calza en la parte dorsolumbar. |
| • Preparación del área operatoria .....                                       | 2º. ½ tiempo. de antisepsia y colocación del campo operatorio.   |
| • Monitoreo de constantes .....   | Permite anticiparnos a los accidentes.   |
| • Limpieza y aplicación de antiséptico ...                                    | Cuidando no quitar la sangre de la herida  |
| Postoperatorios:  | Descripción  |
| • Sala de recuperación y monitoreo al paciente<br>.....                       | Que tenga las condiciones ambientales y Físicas para que no se lastime y se empeore la hipotermia.                       |
| • Aplicación de fármacos sintomáticos ...                                     | Como AINES, antibiótico, antiespasmódicos  |



### ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- Dieta ..... Alimentación IV. durante las primeras 48 a 72 hr. Líquidos (Ensure) las siguientes 24 hr. Las siguientes semisólidos de forma progresivo en 2 a 3 tomas, de tal forma que al día 8 o 10 este comiendo normal de consistencia blanda.
- Seguimiento a la historia clínica ..... Para monitorear la evolución de las heridas.
- Curación de la herida ..... Cada 12 horas.
- Reposo ..... Movimientos cotidianos no exagerados para evitar adherencias indeseables de vísceras.

#### Metodología:

- 1.- Reunir el material necesario, ordenarlo y colocarlo.
- 2.- Tipo de anestesia: General, prolongándose la analgesia quirúrgica parietal si se infiltra anestésico local en la zona de incisión.
- 3.- Instrumental: General y de especial 2 pinzas de Doyen rectas.
- 4.- Posición del cirujano: A la derecha del paciente en personas diestras derechas y en cirujanos diestros izquierdos en el lado contrario.
- 5.- Lugar y dirección de la incisión: Corte longitudinal medial de 1 través de mano, en la porción transumbilical en la región esternopúbica
- 6.- Material de sutura:
  - Pared intestinal.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Capas internas.- Absorbible sintético del # 0 ó 00.
  - Piel.- Poliamida de 30 mm.
- 7.- Descripción de la técnica:
  - a) Para iniciar la primera fase aséptica, con la mano diestra se toma el bisturí como cuchillo de mesa y sujetando la piel móvil con los dedos índice y pulgar de la otra mano se incide la piel y subcutáneo.
  - b) Para tener acceso a Línea Alba, algunas técnicas inciden la capa previa de conjuntivo-aponeurótico con el bisturí en forma de grafo y otras ablacionan solo la parte de la capa que cubre al rafe fibroso con la intención de tener mejor visibilidad y precisión al corte en él y que al reconstruirlo no se interponga ningún tejido. Es importante hacer una buena hemostasis para que la sangre de pared no contamine la cavidad abdominal y favorezca a la presencia de adherencias viscerales.
  - c) La incisión de Línea Alba se realiza primero haciendo una pequeña perforación de 2 mm. de profundidad con la punta del bisturí en forma de grafo, mirándose al fondo la cavidad,



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- posteriormente se agranda dicha incisión introduciendo la sonda canalada por la perforación, dirigiéndola hacia adelante paralela al piso del abdomen. En casos en donde la Línea Alba es pequeña y no se haya cortado la capa interna (aponeurosis del transverso y seroso) que cubre al musculo recto abdominal, esta se sujeta con las pinzas de Potts-Smith con dientes y se hace un pequeño corte con tijeras y posteriormente se agranda.
- d) Expuesta la cavidad, el primer órgano que se nota es el omento mayor que cubre a las asas intestinales. Se utilizan separadores de Farabeuf para abrir los bordes de la herida para tener mejor visibilidad de los órganos.
  - e) Se explora clínicamente la cavidad abdominal con la intención de identificar la patología.
  - f) Para localizar la supuesta parte afectada de yeyuno, se toma amablemente el omento y se recorre hacia adelante. Expuestas las asas yeyunales se procede a localizar la parte afectada, cuidando la hidratación del tejido seroso en su manipulación.
  - g) Localizada la parte seleccionada del intestino, se aísla con compresas húmedas para evitar escurrimientos contaminantes; se evacua el contenido entérico de la zona de incisión, colocando dicha zona entre los dedos índice y medio de ambas manos juntas que posteriormente se deslizan respectivamente hacia cada lado; posteriormente el ayudante coloca de cada lado de la zona libre de contenido las pinzas de Doyen para sujetar la porción y evitar el reflujos de contenido contaminante.
  - h) Para incidir se toma el intestino suavemente con la cara palmar de los dedos índice y pulgar de la mano no diestra y se cortan todas sus capas sobre el borde libre, de manera longitudinal del tamaño necesario, tomando el bisturí como cuchillo de mesa. Con ello termina la primera fase aséptica y comienza la fase séptica.  
Cuidando tener una manipulación controlada para no contaminar tanto.
  - i) Se procede a explorar para evaluar la patología para elaborar un plan terapéutico; se simula la extracción del cuerpo extraño. En casos en donde el tejido intestinal no este dañado se continua con la enterotomía y en donde si, se procederá a llevar a cabo la enteroanastomosis.
  - j) La reconstrucción de la pared intestinal se realiza con puntos continuos perforantes simples o Schmieden abarcando todas sus capas; reforzando con suturas invaginantes no perforantes de Cushing. Cuidando que el borde no obstruya la luz intestinal.
  - k) Se lavan los tejidos expuestos con solución de cloruro de sodio a chorro y se introducen a la cavidad en su posición. Terminando así la fase séptica e iniciando la segunda fase aséptica. Exigiéndose el cambio de guantes, bulto con instrumental, campos y compresas estériles. En protocolos más estrictos existe hasta el cambio de ropa; se quitan los puntos de fijación, y se introduce el estómago a la cavidad en su posición.
  - l) Si se contamina la cavidad abdominal con sangre, se lava con solución a temperatura corporal de cloruro de sodio a chorro, para eliminar los contaminantes (coágulo, fibrina, partícula ambiental).



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

m) La reconstrucción parietal se realiza de la siguiente forma:

Línea Alba con puntos continuos simples o Schmieden. Cuidando no se interponga entre la capa fibrosa ni tejido adiposo-conjuntivo ni seroso.

Subcutáneo con puntos aislados en “X”. Anclándolo con la capa profunda y con hipodermis.

Piel con puntos separados Wolf o simples.

En casos en donde la Línea Alba de un lado no este definida, la reconstrucción se realiza tomando ambas cubiertas del musculo recto abdominal (la aponeurosis de los oblicuos abdominales y la aponeurosis del transverso).

**Evaluación:** Se llevara a mediante una guía de observación que valorará: Puntualidad, conocimientos previos, desempeño, trabajo en equipo, conducta y actitud y por medio del reporte de prácticas.

**Reporte de práctica individual y anexos con bibliografía:** Este punto consiste en narrar ;que!, ;como!, ;con que! y ;para que! se hizo dicha una actividad, y en muchas ocasiones será necesario apoyarse de libros o revista de consulta con la intención de retroalimentar los conocimientos de las actividades realizadas.

REPORTE DE LA PRACTICA # 21

**Práctica:** ENTEROTOMÍA.

Equipo: .....

Fecha: .....

Cirujano: .....

1er. Ayudante: .....

Instrumentista: .....

Anestesista: .....

2° y 3er. Ayudante: .....

**Descripción:**

PRÁCTICA # 22

**Nombre:** ENTEROANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL.

**Importancia:** Esta técnica se lleva a cabo en intestinos de diámetro mediano y grandes, porque en pequeños el punto de invaginación que se requiere obstruiría el lumen intestinal. Es una práctica que nos enseña el manejo quirúrgico de la fase séptica y aséptica, se realiza principalmente en perros, por la ingestión de objetos extraños de forma accidental o como consecuencia de enfermedades que afectan la coordinación del peristaltismo intestinal.

**Objetivo:** Practicará en intestino la técnica para extirpar una porción, su manejo quirúrgico y el manejo de la fase séptica y aséptica.

**Precauciones:**



## ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

Peritonitis séptica.- Se asocia con mayor frecuencia con un trans-operatorio séptico; los signos clínicos son fiebre, depresión, anorexia, vómitos y dolor abdominal; suelen presentarse en el segundo o quinto día posterior a la cirugía. Tx. quirúrgico y antibiograma del exudado como soporte al tratamiento de antibiótico.

Dehiscencia de los puntos o perforaciones de la pared intestinal.- Causado por una mala sutura o por dieta postoperatoria inadecuada. Tx. quirúrgico, reconstrucción de la pared y darle un soporte por medio de un parche seroso u omental; la peritonitis séptica consecuente se detecta y trata según la técnica.

Adherencias.- Del omento mayor con otro órgano por mala manipulación.

Obstrucción intestinal.- Por la ejecución de la técnica de anastomosis incorrecta.

### Material y equipo/equipo:

- Material para toma de apuntes para llenar la hoja de reporte de prácticas.

#### Bultos de ropa e instrumental

- 3 Bultos de ropa quirúrgica y 2 de instrumental.
- 1 Hoja de Bisturí
- 3 Paquetes de sutura absorbible sintético de 00 y catgut crómico de 00 (crecimiento)
- 6 Paquetes de poliamida del 30 mm.
- 2 Jeringas de 20 ml. Exploración clínica
- Equipo de exploración clínica (estetoscopio, termómetro, lamparita clínica, martillo).
- Hoja quirúrgica de registra de datos y monitoreo. Preparación del área operatoria
- 1 Maquina de rasurar con cuchilla del # 40
- 1 Tijera de Mayo curva.
- 2 Navajas p/rasurar con rastrillo.
- 1 Recipiente con yodopovidona o clorhexidina
- 1 Atomizador con alcohol 96°
- 3 Paquete de 5 Compresas de gasas.

#### Venoclísis

- 1 Equipo de venoclísis
- 2 Punzocats # 17 y 18.
- 1 Manguerita para ligadura.
- 1 Rollo de tela adhesiva.
- 1 lt. Solución glucosada al 5 % o cloruro de sodio al 0.9 %.
- 2 lt. Solución de cloruro de sodio al 0.9 % para lavado.



**ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE CIRUGÍA**

RESPONSABLE(S): MC. ANDRÉS RUBÉN SOSA VALENZUELA

- 1 Compresa para limpieza.

**Anestesia general y otros fármacos**

- 1 Fco. de xilacina al 2 %.
- 1 Fco. de ketamina al 10 %.
- 1 Fco. de lidocaina al 2 %.
- 1 Fco. de sulfato de atropina.
- 1 Fco. de dopram.
- 1 Fco. de AINES.
- 1 Fco. de antibiótico.
- 1 Cja. de omeprazol 20 mg. capsulas o inyectable
- 1 Fco. de protectores de mucosa gástrica "hidróxido de aluminio".
- 1 Jeringa de 10 y de 5 ml.
- 3 Jeringas de 3 ml.

**Cuidados indispensables al paciente**

Preoperatorios:	Descripción
• Reposo .....	2 a 12 horas.
• Manejo .....	Afectuoso, con precaución, respetuoso.