



MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL

LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ

Gerente ESE Metrosalud

SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS

17/02/2020

Versión [01]



Alcaldía de Medellín

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	2 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Contenido

PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO:	5
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	5
3. ALCANCE:	5
4. POLÍTICAS RELACIONADAS	5
5. DESARROLLO DEL MANUAL:	7
5.1. MARCO NORMATIVO	7
5.2. MARCO OPERATIVO	8
5.2.1. APENDICECTOMÍA	8
5.2.2. HERNIORRAFIA UMBILICAL	13
5.2.3. EVENTRORRAFIA	17
5.2.4. COLECISTECTOMÍA	20
5.2.4.1. Técnica 1	22
5.2.4.2. Técnica 2	23
5.2.5. LAPAROTOMÍA	31
6. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	36
7. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA	36
8. DOCUMENTOS RELACIONADOS	37

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	3 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL

Misión, Visión Ventaja competitiva, Promesa de valor, Objetivos corporativos, Competencias corporativas. Ver enlace

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/institucional>

Principios y valores corporativos. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/principios-y-valores>

Organigrama institucional. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/organigrama>

Mapa de procesos. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/estructura-de-procesos>

Deberes y Derechos de los usuarios. Ver enlace

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	4 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



1. INTRODUCCIÓN

La ESE Metrosalud en cumplimiento de los requisitos normativos para la habilitación de servicios de salud establecidos en la resolución 2003 de 2014 y el fortalecimiento de sus procesos prioritarios asistenciales los cuales condicionan directamente la prestación de los servicios de salud, en busca del mejoramiento continuo de sus procesos, el menor riesgos al paciente y sus familia, diseñó el manual de procedimientos quirúrgicos de cirugía general con base en las guías y procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el servicio, facilitando la consulta por parte del personal que participa en la atención perioperatoria del paciente, disminuyendo la variabilidad en el manejo o intervención del paciente con trauma, fractura o lesiones

Adicionalmente, la normalización de estos procedimientos promueve el uso racional de los recursos y la implementación efectiva de los procesos administrativos y de investigación relacionados con las condiciones de salud abordadas, fortaleciendo la salud del paciente en condiciones de calidad, equidad y eficiencia.

El manual integra procedimientos de cirugía general, contiene el alcance, objetivo, generalidades, descripción del procedimiento, conceptos, entre otros que en forma coordinada lo hacen más comprensible para el desarrollo y desempeño del trabajo del personal asignado al servicio de cirugía con consistencia en las acciones para brindar una atención segura y de calidad al paciente.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	5 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



2. OBJETIVO:

Establecer lineamientos teóricos de fácil acceso al personal de salud que permita la estandarización de criterios durante la ejecución de los procedimientos de cirugía general más frecuentes en el servicio, disminuyendo la variabilidad y el riesgo de eventos al paciente durante el acto quirúrgico

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Documentar los procedimientos quirúrgicos de cirugía general más frecuentes en la ESE Metrosalud para facilitar la consulta por todo el personal involucrado en el proceso del cuidado perioperatorio del paciente.
- Reducir los riesgos y posibles eventos adversos que se puedan presentar en el paciente producto de las intervenciones quirúrgica realizadas por cirugía general
- Promover el uso racional de los recursos institucionales fortaleciendo la salud del paciente en condiciones de calidad, equidad y eficiencia.

3. ALCANCE:

El presente manual está dirigido al equipo de salud que labora en el servicio de cirugía general de la ESE Metrosalud que entra en contacto con los pacientes durante el proceso de atención hospitalario, implicados en cuidado perioperatorio.

4. POLÍTICAS RELACIONADAS

Política Sistema Integrado de Gestión

En la ESE Metrosalud nos comprometemos con el desarrollo de un sistema de gestión integral que permita:

- Prestar servicios de salud integrales con altos estándares de seguridad y confiabilidad para nuestros clientes y usuarios mediante la implementación y constante desarrollo de un sistema de gestión de la calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de nuestros clientes y usuarios.
- Promover y proteger la salud de nuestros servidores, contratistas, estudiantes en práctica y otras partes interesadas mediante la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo a través de la

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	6 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos y el establecimiento de sus respectivos controles con el fin de erradicar los comportamientos inseguros y mejorar la eficacia y seguridad de nuestros procesos.

- Proteger el medio ambiente y la comunidad mediante la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión ambiental que asegure la mejora continua en el desempeño ambiental mediante la intervención de aspectos e impactos ambientales que permitan la prevención de la contaminación y el cumplimiento de estándares exigidos por las autoridades ambientales y entes de control en materia de vertimientos de aguas, gestión de los residuos sólidos.

La integridad de nuestro sistema de gestión asegura el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y otros requisitos, la disposición de canales abiertos de consulta y participación con los grupos de interés en el marco de un proceso de mejoramiento continuo.

Política Seguridad del Paciente

La ESE Metrosalud se compromete a disminuir el riesgo y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la atención en salud brindada a los pacientes, mediante la aplicación de mecanismos efectivos para su identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo; la aplicación sistemática y continua de todas las prácticas seguras valoradas en el ámbito internacional; el fortalecimiento de la cultura de seguridad; el aprendizaje organizacional en caso de materializarse un riesgo; y la asignación de todos los recursos para su implementación. Todo ello con el único objetivo de tener hospitales altamente confiables y seguros.

Política de Gestión de Riesgos

La ESE Metrosalud se compromete a gestionar los riesgos de gestión u operativos, riesgos de corrupción y riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, desarrollando y poniendo en operación mecanismos efectivos que contemplan la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, que actúen sobre las situaciones que impiden el normal desarrollo de los procesos y las funciones, orientando la toma de decisiones oportuna con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales, mitigar el impacto negativo de los riesgos para los usuarios, familia, servidores, proveedores, comunidad y grupos de interés y aprovechar el impacto positivo de los mismos.

Política Atención Centrada en los Usuarios

La ESE Metrosalud asume el compromiso de prestar servicios de salud eficientes, eficaces, accesibles, seguros, humanizados y con calidad, a la población usuaria y a sus familias de acuerdo a la integración de su Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud, mediante la identificación de las necesidades y expectativas de la comunidad, la optimización de su capacidad de oferta y la modelación permanente de la

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	7 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



red, conforme a los cambios normativos y al perfil epidemiológico, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, mediante acciones intra y extramurales. Así mismo, y en la medida de sus posibilidades, brindará un trato preferencial a las personas en condición de discapacidad, mujeres embarazadas, adultos mayores y niños, especialmente de la población pobre y vulnerable, garantizando así un trato respetuoso, equitativo y digno según su condición.

5. DESARROLLO DEL MANUAL:

5.1. MARCO NORMATIVO

Ley 1438 de 2011, artículo 94 establece que los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, son referentes basados en evidencia científica.

Decreto 780 de 2016, Artículo 2.5.1.2.2 (Art. 3 del Decreto 1011 de 2006) componentes del Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. . El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad.

Resolución 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

Medicina basada en la evidencia

Los conceptos de calidad, nivel de evidencia y grado de recomendación forman el eje central de las de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia y siendo éstas el referente para la construcción de este documento, se utilizó la escala modificada de Shekelle y colaboradores para sustentar las recomendaciones aquí descritas.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	8 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



5.2. MARCO OPERATIVO

5.2.1. APENDICECTOMÍA

OBJETIVO

Descripción del procedimiento de Apendicectomía apéndice no perforado según las indicaciones pertinentes para su implementación el servicio de Cirugía General de la ESE Metrosalud.

DEFINICIÓN

Apendicectomía: Procedimiento quirúrgico donde se extirpa el apéndice cuando éste está inflamado a causa de una infección.

TIPOS

Apendicectomía abierta. Una apendicectomía abierta es la manera "tradicional" de extirpar un apéndice infectado. Básicamente, un cirujano realiza una incisión en el abdomen y localiza el apéndice infectado. Se corta el apéndice para separarlo del intestino grueso y se extrae del cuerpo. Después se cierra la incisión con puntos.

Apendicectomía laparoscópica. Se realiza usando algunas incisiones pequeñas y la asistencia de cámaras de televisión que permiten al cirujano ver el apéndice y los otros órganos internos. En la mayoría de los casos, esta técnica se usa para apendicitis temprana y su tiempo de recuperación es en general más breve que el de una apendicectomía abierta. Si el apéndice se perfora (revienta) o si hay tejido de cicatrices de operaciones anteriores, es posible que no se pueda realizar una laparoscopia y que sea necesario realizar una apendicectomía abierta. La apendicectomía laparoscópica requiere anestesia general para la operación.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	9 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



GENERALIDADES

Una de las entidades patológicas que con mayor frecuencia enfrenta el médico es la apendicitis aguda, que ocurre en cualquier edad y que, se estima, puede presentarse en aproximadamente 7% de las personas en el curso de su vida. Su incidencia aumenta durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años, declina a partir de la cuarta década. Esta Guía se refiere solamente a la apendicitis aguda en el adulto

La ubicación anatómica del apéndice es variada: puede localizarse sobre el aspecto posteromedial del ciego, en la unión de las tres tenias. La punta exhibe diferentes localizaciones: retrocecal 65,2%, pélvica 31%, subcecal 2,2%, paraileal 1% y paracólica 0,4%. Tales diferencias explican por qué en el examen físico los signos clínicos de la apendicitis aguda pueden ser muy difíciles de interpretar.

La apendicitis aguda se inicia con la inflamación del apéndice, que se desencadena, en la mayoría de los casos, por una obstrucción de la luz apendicular; esta induce acumulación del moco, que, asociada con la poca elasticidad de la serosa, resulta en incremento de la presión intraluminal, fenómeno que compromete primero el retorno venoso y linfático. Si el proceso continúa, la presión intraluminal excede la presión capilar, producen isquemia de la mucosa, gangrena y, finalmente, perforación del apéndice.

El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico y lo debe hacer un cirujano. Ello quiere decir que en los servicios de urgencias, el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta, sin que ello cause demora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos.

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico: la resección urgente del apéndice inflamado antes de que se produzca su perforación.

INDICACIONES

Apendicitis aguda

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

Paquete general quirúrgico

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	10 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Instrumental de apendicitis.

Ligaduras de seda 2/0.

Vicryl 3/0.

Para cierre de fascia Vicryl 1/0 o prolene 0

Paquete de intervención

Compresas y Gasas.

Electrobisturi

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Aspectos a tener en cuenta:

- Diligenciamiento del consentimiento informado, debe incluir indicación de la cirugía, riesgos y beneficios, asegurando la apropiación del usuario y/o familia.
- Evaluación pre anestésica.
- Diligenciamiento de las listas de chequeo de cirugía segura: previa a la cirugía donde se verifique la marcación del sitio operatorio, al inicio de la cirugía y al terminar la intervención (antes de la salida del paciente del quirófano).
- Suministrar el antibiótico profiláctico 1 hora antes del procedimiento

La incisión para apendicectomía suele hacerse en el punto de MacBurney. Se hace un ángulo recto con una línea entre la espina iliaca anterosuperior y el ombligo a 2/3 de la distancia de este último; 1/3 de la incisión debe estar arriba de la línea y 2/3 abajo.

Primero debe identificarse el ciego. Puede distinguirse del colon transversal por la ausencia de inserciones del epiploón. Si no es posible localizar el ciego, debe pensarse en una mal rotación intestinal o un ciego no descendido.

Una vez que se identifica el ciego, puede seguirse hacia abajo una de las tenias cólicas hasta la base del apéndice. A pesar de la gran movilidad de la punta, la base del apéndice siempre proviene del ciego en la convergencia de las tenias. Cuando se expone el apéndice retro cecal profundamente enterrado, quizá sea necesario cortar el peritoneo posterior por fuera del ciego. Es muy rara la ausencia congénita del apéndice para considerarse seriamente, pero su falta aparente puede resultar de una intususcepción. En estos casos, debe haber un hoyuelo obvio en el sitio normal del apéndice. Por supuesto, el cirujano debe inspeccionar el abdomen para buscar signos de una operación previa.

La elección de la incisión depende del cirujano, se prefiere la de MacBurney.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	11 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Corte la aponeurosis del oblicuo mayor a lo largo de la línea de sus fibras. Utilice una pinza de Kelly curva para realizar una abertura en los músculo oblicuo menor y transversal del abdomen. Agrande la abertura con la pinza de Kelly e inserte dos separadores de Richardson. Cuando se corta la fascia transversal junto con los músculos anchos, en ocasiones hay un estroma grueso de grasa pre peritoneal que puede empujarse hacia afuera o, a veces, a la parte interna, descubriendo el peritoneo.

Levante el peritoneo y, si es aplicable, la fascia transversal. Haga una abertura completa en el peritoneo con bisturí o tijera. A continuación agrándela con ambos dedos índice e inserte los separadores de su elección.

Obtenga cultivos del líquido peritoneal libre y, mediante una gasa húmeda, arrastre el ciego fuera de la herida. En la mayor parte de los casos, se lleva el apéndice con el ciego o puede observarse.

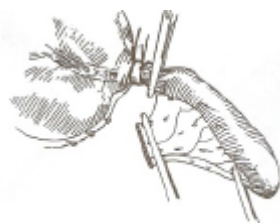
Tome el mesenterio del apéndice, estúdielo e introduzca nuevamente el ciego en la cavidad peritoneal. Corte el meso apéndice entre pinzas.



Ligue el meso apéndice con seda 2-0. A veces, se requiere una sutura por transfixión, en especial cuando no es posible exteriorizar bien el apéndice por la herida o el meso apéndice es grasoso y friable.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	12 de 38

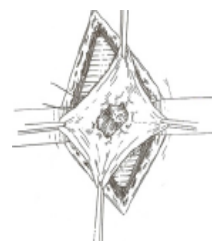
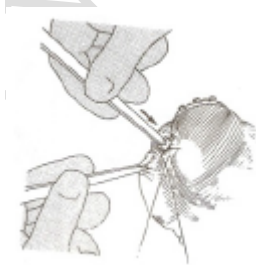
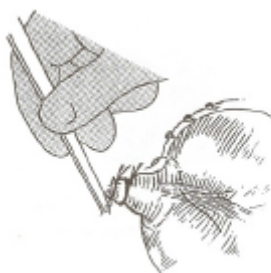
MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Una vez termine la hemostasia, levante el apéndice recto hacia arriba y coloque dos pinzas en su base. Quite la pinza más cercana y ligue la base del apéndice doblemente con catgut crómico 1-0. El cirujano puede invertir el muñón apendicular o no. En el primer caso, se hace mediante una sutura en bolsa de tabaco con seda 3-0.



Corte el apéndice entre la pinza y las ligaduras con catgut mediante un bisturí con fenol y alcohol o electrocauterio. Invierta el muñón apendicular y anude la sutura en bolsa de tabaco. Si es necesario invertir más el muñón, puede utilizarse una figura en ocho con vicryl 3-0.



Irrigue. Cierre por planos con catgut o material sintético absorbible. Cuando hay peritonitis, cierre el músculo pero no la piel. Utilizar gasa yodoformada para taponar la herida. Así mismo, colocar puntos de colchonero verticales con material 3-0, que se anudan unos cuantos días después, una vez que se controla la infección.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

- Sangrado

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	13 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



- Infección
- Extirpación de un apéndice normal
- Una pérdida en el borde del colon donde se extirpó el apéndice
- Lesión de órganos adyacentes tales como el intestino delgado, el uréter o la vejiga.
- Tromboembolismo

CUIDADOS E INDICACIONES AL PACIENTE

Cuidado de la herida: Asegúrese de que la zona de la herida esté limpia y observe si aparece algún signo de infección.

Informar al médico o cirujano si se le presenta alguno de los síntomas siguientes:

- Fiebre por encima de 39°C que no cede
- Sangrado
- Hinchazón abdominal que va en aumento
- Dolor que no se alivia al tomar sus medicaciones
- Náusea o vómitos persistentes
- Escalofríos
- Tos persistente o falta de aliento
- Drenaje purulento (pus) de cualquier incisión
- Enrojecimiento alrededor de cualquiera de sus incisiones que empeora o se agranda
- Imposibilidad de comer o de beber líquidos

5.2.2. HERNIORRAFIA UMBILICAL

OBJETIVO

Descripción del procedimiento de herniorrafia umbilical según las indicaciones pertinentes para su implementación el servicio de Cirugía General de la ESE Metrosalud.

DEFINICIÓN

La herniorrafia umbilical es un procedimiento quirúrgico donde se corrige una protrusión de una masa anormal a nivel del ombligo.

El objetivo de la reparación de la hernia es empujar el contenido de la hernia dentro del abdomen y reparar el área débil en la pared muscular.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	14 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



TIPOS

Cirugía abierta de reparación de hernia umbilical: Se realiza un pequeño corte justo por encima o debajo del ombligo, y se empuja la hernia hacia atrás. El área débil dentro del músculo se sutura y, a menudo, se sutura una malla sintética por encima para fortalecer aún más la pared abdominal. El corte se cierra con suturas solubles y se cubre con un vendaje.

Cirugía laparoscópica de reparación de hernia umbilical: Se realizan dos o tres cortes pequeños a un lado del abdomen. El cirujano introducirá una cámara telescópica similar a un tubo (laparoscopia), de manera que podrá ver tu hernia en un monitor. La hernia se repara con instrumentos quirúrgicos especialmente diseñados que se pasan a través de los demás cortes. Se fija una malla sintética debajo de la superficie de los músculos abdominales para fortalecer la pared abdominal. Los cortes se cierran con suturas solubles y se cubren con un vendaje.

GENERALIDADES

Una hernia umbilical puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente en los bebés. El ombligo es un área débil en la pared muscular porque es el área a través del cual pasan los vasos sanguíneos para alimentar al feto en desarrollo durante el embarazo. Si esta área de la pared muscular no se cierra completamente cuando nace el bebé, se desarrolla una hernia umbilical. La hernia generalmente mejora en los niños antes de los cuatro años de edad sin necesidad de ningún tratamiento. Sin embargo, algunos niños pueden necesitar una operación si la hernia no mejora antes de que estén en edad escolar, o si la hernia se agranda o causa molestias.

Los adultos también pueden desarrollar una hernia umbilical, en particular, las mujeres durante y después del embarazo, y las personas con sobrepeso. La hernia umbilical se produce porque el área débil de la infancia vuelve a abrirse, o se desarrolla una nueva debilidad cerca de dicha área (denominada hernia paraumbilical).

La hernia umbilical no es peligrosa en sí misma pero, con frecuencia, en los adultos existe un riesgo mayor de que el tejido de los intestinos quede atrapado en su interior. Esto puede cortar la irrigación sanguínea a los intestinos o al bucle de intestino atrapado en la hernia y causar afecciones que pueden amenazar la vida, como una obstrucción intestinal, gangrena o peritonitis. Si ocurriera esto, se dice que la hernia se estrangula y necesitarás una reparación de hernia de emergencia.

INDICACIONES

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	15 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



- Hernia umbilical estrangulada
- Hernia umbilical encarcelada
- Defectos que no se hayan cerrado de manera espontánea a los cuatro o cinco años de edad
- Defectos tan grandes no aceptables por razones estéticas

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

Paquete general quirúrgico

Instrumental de hernia

Prolene o ethibond 2/0 ó 0

Seda o sutura intradérmica

Compresas y Gasas

Electrobisturi

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Aspectos a tener en cuenta:

- Diligenciamiento del consentimiento informado, debe incluir indicación de la cirugía, riesgos y beneficios, asegurando la apropiación del usuario y/o familia, si el procedimiento es electivo lo debe de traer firmado desde la consulta ambulatoria con el cirujano general.
- Evaluación pre anestésica.
- Diligenciamiento de las listas de chequeo de cirugía segura: previa a la cirugía donde se verifique la marcación del sitio operatorio, al inicio de la cirugía y al terminar la intervención (antes de la salida del paciente del quirófano).
- Suministrar el antibiótico profiláctico 1 hora antes del procedimiento

La Herniorrafia Umbilical consiste en la realización de una herida quirúrgica transversa sobre el borde inferior del ombligo y hacia su aspecto interno, a través de la cual se separan e individualizan los tejidos hasta la identificación del defecto herniario. Se realiza el desprendimiento del ombligo con lo que el contenido de la hernia puede ser regresado al interior de la cavidad abdominal y se procede al cierre de la hernia mediante la colocación de suturas no absorbibles utilizando una técnica especial.

Una vez se ha cerrado completamente el defecto herniario, se fija el ombligo nuevamente a la pared abdominal y posteriormente se cierra la piel.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	16 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Terminada la cirugía se coloca dentro del ombligo una pequeña torunda de gasa y se protege la herida con apósitos autoadhesivos los cuales se retiran 24 a 48 horas después.

Pasos:

- Inicia incisión con electrobisturí en forma de sonrisa a nivel infraumbilical
- 1. Disección con tijera de Metzenbaum hasta fascia de los músculos rectos
- 2. Continua disección con tijera de Metzenbaum
- 3. Se toma con Allix el saco herniario
- 4. Divulsiona con Kelly curva e introduciendo pinza Kelly hace un reparo del ombligo
- 5. Disección de anillo umbilical con disección sin garra y mango de bisturí numero 3 hoja de bisturí numero 15
- 6. Cauterización y hemostasia de vasos sangrantes con el electrobisturí
- 7. Se toma con pinza Allix peritoneo herniado hasta liberarlo completamente incidiéndolo con el electrobisturí
- 8. Se cambia separador de Senn Miller por separador Farabeuf para una mejor exposición
- 9. Extracción completa de peritoneo herniado
- 10. Cierre de defecto con ácido poliglicólico 3/0 aguja curva redonda montado en portaguja Halsey y disección sin garra
- 11. Revisión digitalmente de cavidad y control del sangrado cauterizando vasos sangrantes con electrobisturí
- 12. Sección de tejido celular subcutáneo sobrante con electrobisturí
- 13. Fijación del ombligo con ácido poliglicólico aguja curva redonda montado en portaguja Halsey y disección sin garra, a la aponeurosis de músculos rectos
- 14. Se verifica control del sangrado haciendo leve presión con compresa húmeda
- 15. Cierre de piel con Prolene 3/0 aguja curva cortante montado en portaguja Halsey y disección con garra
- 16. Continúa cierre
- 17. Anudan extremos sobrantes de la sutura

La operación de hernia umbilical dura entre 20 y 50 minutos, según el método que se utilice.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	17 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



RIESGOS Y COMPLICACIONES

La reparación de una hernia umbilical es una cirugía común y, generalmente, segura. Las complicaciones posibles de cualquier operación incluyen una reacción inesperada a la anestesia, una hemorragia excesiva o una infección.

La reaparición de la hernia umbilical, daño al intestino durante la operación (aunque esto es raro)

CUIDADOS E INDICACIONES AL PACIENTE

Se debe estar activo pasadas 24 horas del procedimiento, retirar el vendaje a las 48 horas, realizar baño con agua y jabón, tomar la medicación recetada por su cirujano, no se requiere de curación especial de la herida y debe mantener una dieta balanceada (vegetales, frutas y alimentos con alto contenido de fibras) para prevenir el estreñimiento.

5.2.3. EVENTRORRAFIA

OBJETIVOS

Descripción del procedimiento de eventrorrafia según las indicaciones pertinentes para su implementación el servicio de Cirugía General de la ESE Metrosalud.

DEFINICIÓN

Eventrorrafia: Procedimiento quirúrgico donde Se va a reparar un defecto de la pared abdominal en una zona operada con anterioridad y a través de la cual salen una o varias vísceras abdominales cubiertas por la piel. La operación consiste en reparar el defecto reforzando la pared abdominal, en la mayoría de los casos colocando un material protésico (malla). Mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal evitando su aumento progresivo y evitando el riesgo de estrangulación.

TIPOS

Eventroplastia laparoscópica

Eventroplastica por laparotomía (abierto)

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	18 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



GENERALIDADES

La eventración es un problema muy grave, se estima que hasta un tercio de las intervenciones quirúrgicas en las que se realiza una incisión en la pared abdominal presentan eventraciones posteriormente.

Una eventración o hernia incisional es el resultado de una mala cicatrización de una incisión (corte) realizado en la pared abdominal durante una intervención quirúrgica. El resultado es un defecto (agujero) en la misma por donde puede salir contenido abdominal (asas intestinales) causando obstrucciones, dolor y, en los casos más graves, necrosis intestinal. Existen diversas causas de la eventración y pueden depender del paciente, de la propia intervención quirúrgica, o del cirujano.

Con respecto al paciente, existen circunstancias que pueden dificultar la correcta cicatrización de la herida quirúrgica: obesidad, mala nutrición, déficit de alguna vitamina, enfermedades del colágeno (proteína encargada de "fabricar" la cicatriz), tratamientos con corticoides e inmunosupresores.

Con respecto a la propia intervención quirúrgica, se pueden dar complicaciones que afecten al cierre adecuado y a la posterior cicatrización de la herida: infección de la herida por cirugías contaminadas, defecto de la pared y un cierre con tensión excesiva en los bordes.

Causas relativas al cirujano, el factor más importante relacionado con una buena cicatrización de una herida quirúrgica es el cierre adecuado de esa incisión por parte del cirujano. Lo que se denomina una buena técnica de cierre de la pared abdominal.

INDICACIONES

Eventraciones

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

Paquete general quirúrgico

Electrobisturí

Instrumental de hernia

Prolene 0 y 2/0 y Vicryl 2/0

Seda 2/0

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	19 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Malla mixtas de prolene de baja densidad y cubierta absorbible (no se recomienda malla de prolene básicas)

Compresas y Gasas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Aspectos a tener en cuenta:

- Diligenciamiento del consentimiento informado, debe incluir indicación de la cirugía, riesgos y beneficios, asegurando la apropiación del usuario y/o familia, si el procedimiento es electivo lo debe de traer firmado desde la consulta ambulatoria con el cirujano general.
- Evaluación pre anestésica.
- Diligenciamiento de las listas de chequeo de cirugía segura: previa a la cirugía donde se verifique la marcación del sitio quirúrgico, al inicio de la cirugía y al terminar la intervención (antes de la salida del paciente del quirófano).
- Suministrar el antibiótico profiláctico 1 hora antes del procedimiento

Incisión a lo largo del defecto con mango de bisturí número 3, hoja de bisturí numero 15 hasta resecarla totalmente. Se toman bordes de cicatriz con pinzas babcock
Con pinzas allix tomar bordes de fascia con tijera de metzenbaum, resecar totalmente los bordes cicatrizados hasta llegar al tejido normal. Con pinza de disección con garra y tijera de metzenbaum remodelar las paredes

Verificar el tamaño que debe tener la malla y fijarla con ácido poliglicólico 2/0 curva redonda montada en portaguja de Halsey y disección sin garra, cerrando así el defecto
Se realiza control del sangrado con compresa húmeda y cauterizando vasos sangrantes con electro bisturí. Se lava cavidad con solución salina normal tibia. Se infiltra con marcaina con epinefrina al 1% con jeringa de 5 cc y aguja numero 25
Se inicia cierre de piel con polipropileno 3/0 aguja curva cortante montado en portaguja de Halsey y disección con garra.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Complicaciones:

Anestésicas: arritmias, IAM, PCR, broncoespasmo prolongado.

Quirúrgicas: intraoperatorias complicaciones infecciosas peritoneales y parietales oclusión por bridas, recurrencia de la eventración.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	20 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Postoperatorio inmediato: evisceración

Médicas TEP, TVP, neumonías y atelectasias.

Infección o sangrado de la herida quirúrgica

Rechazo de la malla

Obstrucción intestinal

Reintervención

Mortalidad

CUIDADOS E INDICACIONES AL PACIENTE

El periodo de recuperación dependerá del tamaño y características de la eventración así como el tipo de intervención realizado. La recuperación completa se puede alargar hasta los 30-45 días postoperatorios, si no hay complicaciones.

Se debe tener en cuenta:

Vigilancia de signos de infección (sangrado, hinchazón abdominal que va en aumento, salida de material purulento).

Cuidados con la herida quirúrgica

Uso de faja durante 4 semanas (eventraciones complejas)

Evitar hacer esfuerzos físicos durante un mes

5.2.4. COLECISTECTOMÍA

OBJETIVOS

Descripción del procedimiento de Colecistectomía Laparoscópica según las indicaciones pertinentes para su implementación el servicio de Cirugía General de la ESE Metrosalud.

DEFINICIÓN

Colecistectomía por laparoscopia: es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecistitis), que esta inflamada, o

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	21 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares. Por medio de pequeñas incisiones a nivel del abdomen y un equipo endoscópico.

TIPOS

La colecistectomía se puede realizar por 2 tipos de vías de acceso:

Método laparoscópico. Este método usa entre tres y cuatro incisiones muy pequeñas. Se utiliza un tubo delgado y largo llamado laparoscopio. Ese tubo tiene una cámara de video diminuta e instrumentos quirúrgicos. El tubo, la cámara y los instrumentos se hacen pasar por las incisiones. El cirujano hace la operación mientras observa un monitor de televisión. La vejiga se extrae a través de una de las incisiones.

Método abierto (tradicional). Para emplear este método, se hace un corte (incisión) de unas cuatro a seis pulgadas (10 a 15 cm) de largo en el ángulo superior derecho de su abdomen. El cirujano busca la vesícula y la extrae a través de la incisión.

GENERALIDADES

La vesícula es un saco piriforme localizado en una depresión de la cara inferior del hígado. Tiene una longitud de 7-10 cm y depende del borde antero inferior del hígado. Se distingue un fondo (con proyecciones hacia abajo desde el borde inferior del hígado), el cuerpo y el cuello (que se proyectan estos dos últimos hacia arriba). La bilis que se secreta en los hepatocitos, entra en los canalículos biliares (estrechos conductos intercelulares que desembocan en conductos biliares) desde los cuales pasan a los conductos biliares en la periferia de los lóbulos. Los conductos biliares emergen y forman por último los conductos hepáticos derecho e izquierdo, que se unen y abandonan el hígado como conducto hepático común. El conducto hepático común se une al conducto cístico de la vesícula biliar para formar el conducto colédoco.

Principales síntomas: Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen que puede irradiar al hombro derecho; puede ser dolor sordo o bien un cólico agudo tras la ingesta de comidas grasas; es frecuente que se produzcan náuseas y vómito si el conducto biliar común está obstruido por la presencia de un cálculo, puede desarrollar ictericia.

INDICACIONES

Colelitiasis sintomática y colecistitis aguda

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	22 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

5.2.4.1. Técnica 1

Telescopio de 0° ó 30°

Insuflador de flujo alto

Video cámara de 1 ó 3 chips

Electrocauterio con conexión para bipolar y monopolar

Videograbadora VHS

Instrumentos necesarios

Varios sets de instrumentos laparoscópicos pueden ser utilizados.

Kit estándar: incluye dos trocars de 5 milímetros y dos trocars de 5-10 milímetros VERSAPORT* usando por un puerto de 10 mm, el telescopio del ángulo de 0 grados. De vez en cuando setup de 5 milímetros, que incluye cuatro trocars de 5 milímetros con telescopio de 30° de 5 milímetros. El sitio trocar umbilical es cosméticamente atractivo usando trocar de 5 o 10 milímetros). La vesícula se extrae por el trocar subxifoideo o el umbilical.

De vez en cuando se usa trocars, instrumentos y el telescopio de 2 milímetros.

Instrumentos

Kit Standard (Trocars de 5 y 10 mm)	Kit de Trocar de 5 mm
1 Aguja de Verres o SURGINEEDLE*	1 Aguja de Verres o SURGINEEDLE*
2 Trocars de 5 mm VERSAPORT*	3 Trocars VERSAPORT* de 5 mm
2 Trocars de 10 mm VERSAPORT*	1 Trocar VERSAPORT* de 10 mm
1 Instrumento ENDO SHEARS*	1 Instrumento ENDO SHEARS*
1 Instrumento ENDO DISSECT* o 1 Grasper nariz de delfin	1 Instrumento ENDO DISSECT* o una Grasper nariz de delfin
2 Instrumentos ENDO CLINCH* de 5 mm o 2 Graspers con dientes	2 ENDO CLINCH* de 5 mm or 2 Grasper con dientes de 5 mm
1 Grasper con dientes de 10 mm	1 ENDO CLIP* de 5 mm
1 Pinza de extracción de 10 mm	1 Electrocauterio en asa con cánula de succión e irrigación
1 ENDO CLIP* ML-10 mm	1 Cánula de 3 vías de 5 mm, para irrigación

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	23 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



1 Electrocauterio de 5 mm en asa con succión e irrigación	
1 Cánula de 3 vías para irrigación, de 5 mm	

5.2.4.2. Técnica 2

- ✓ Sonda de Foley
- Sonda naso gástrica
- Aparato neumático alto en la rodilla
- Hoja de bisturí numero 10
- Aguja de Veress
- Dos pinzas para compresas
- Jeringa de 10 a 20 ml
- CO₂.
- Trocar de 10 a 11
- Electrocauterio

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Aspectos a tener en cuenta:

- Diligenciamiento del consentimiento informado, debe incluir indicación de la cirugía, riesgos y beneficios, asegurando la apropiación del usuario y/o familia, si el procedimiento es electivo lo debe de traer firmado desde la consulta ambulatoria con el cirujano general.
- Evaluación pre anestésica.
- Diligenciamiento de las listas de chequeo de cirugía segura: previa a la cirugía donde se verifique la marcación del sitio quirúrgico, al inicio de la cirugía y al terminar la intervención (antes de la salida del paciente del quirófano).
- Suministrar el antibiótico profiláctico 1 hora antes del procedimiento

Técnica 1. El neumoperitoneo se obtiene de la forma acostumbrada. Los trocars se insertan tal como se indica.

PASO 1: Exponiendo el conducto y la arteria císticos

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	24 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



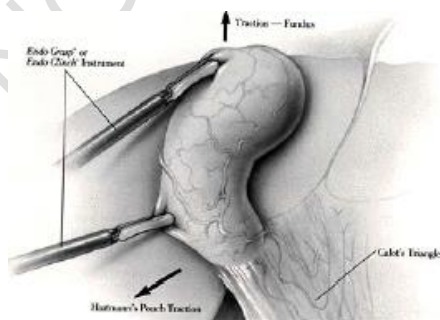
El grasper inmóvil en la posición más lateral es utilizado para agarrar la extremidad de la vesícula biliar y para empujarla sobre el borde anterior del hígado por tracción progresiva.

En la colecistitis aguda donde la pared vesicular está muy edematosa, se utiliza un instrumento en garra o un ENDO LINCH* de 5 milímetros. La bolsa de Hartmann se tira hacia arriba. Esto expone el conducto y la arteria císticos así como el conducto biliar común. Es importante esta tracción se mantenga constantemente. En la mayoría de los casos, la enfermera quirúrgica o el ayudante mantienen esta tracción. En casos difíciles, más prolongados, la manija del grasper se afianza con una abrazadera sobre la piel del abdomen o sobre el campo protector. El paciente entonces se posiciona cabeza abajo.

Precaución: No es a veces posible empujar la extremidad de la vesícula biliar (pacientes cirróticos) sobre el borde hepático anterior. En este caso, se empuja suavemente con la pinza contra el hígado, teniendo mucho cuidado de no penetrar el parénquima hepático. Como precaución, no permita que el grasper penetre demasiado lejos sobre la bóveda del hígado pues esto podría crear una lesión diafragmática.

PASO 2: Disecando el Conducto y Arteria Cística

Una vez que se exponga el campo, la bolsa de Hartmann se agarra con el grasper de trabajo lateral y se tira lateralmente, exponiendo adicionalmente el triángulo de Calot. El Cirujano después pasará un grasper de disección a través del trocar subxyfoideo y comenzará a identificar el conducto cístico. En la colecistitis aguda, las capas edematosas del tejido fino tendrán que ser peladas hacia abajo para exponer el conducto cístico.



Precaución: La bolsa de Hartmann debe ser identificada y ser visualizada siempre. La disección del triángulo de Calot puede ser con seguridad INICIANDO en la bolsa y moviéndose hacia el conducto cístico. Esto es particularmente importante en casos agudos, cuando las referencias anatómicas son difíciles de encontrar. Es esencial visualizar el triángulo de Calot, que incluye la arteria cística, el conducto cístico y el conducto biliar

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	25 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



común. Si la visualización de esta área llega a ser difícil, compruebe siempre la tensión en el grasper inmóvil y la presión intraabdominal.

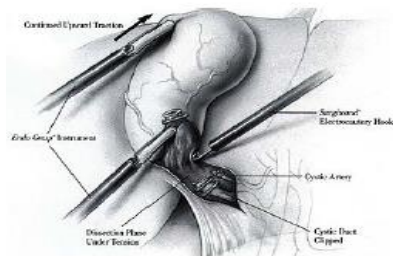
El ENDO DISSET*INSTRUMENT subxifoideo se pasa detrás del conducto cístico o bien entre el conducto cístico y la arteria cística. En la mayoría de los casos, el conducto es anterior a la arteria.

PASO 3: Colangiografía Intraoperatoria de Rutina

La técnica de la colangiografía intraoperatoria es semejante a la técnica abierta, canulando el cístico, para lo cual se utiliza una pinza especial que fija la sonda de 6 a 8 Fr.

PASO 4: Seccionando la arteria y el conducto cístico

En esta intersección, se crea la ventana del cístico (es decir, el espacio libre detrás del conducto cístico y de la arteria cística). El ENDO CLIP* ML se inserta vía el trocar subxifoideo. El conducto y la arteria císticos se clipan (tres clips) tan cercanos como sea posible a la vesicular biliar. El aplicador ENDO CLIP* entonces se retira y el instrumento de EndoShear (tijeras) se inserta para cortarlo.



PASO 5: Disecando la vesícula del Lecho Hepático

La bolsa de Hartmann ahora está contraída hacia arriba. Usando el instrumento de ENDO SHEARS*, el lado lateral más bajo de la bolsa de Hartmann se debe disecar meticulosamente. El instrumento ENDO SHEARS* es retirado y substituido por el gancho del electrocauterio. La vesicular biliar está contraída hacia arriba y la tensión se pone en el plano quirúrgico entre la vesicular y el lecho hepático. La disección se amplía al fondo vesicular. El grasper que sostiene el muñón del conducto cístico se puede utilizar de vez en cuando para mover por medio de un giro el cuerpo de la vesícula alrededor del grasper inmóvil que todavía está sosteniendo el fondo vesicular.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	26 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



En la mayoría de los casos, esta disección generará humo que puede deteriorar la visualización del cirujano. Este humo puede ser aspirado abriendo el insuflador lateral del trocar.

PASO 6: Extracción de la Vesícula Biliar

Usando un kit estándar (trocars de 5 y 10 milímetros): Ungrasper de 10 milímetros, grande se introduce vía el trocar subxifoideo. Los dos graspers laterales que sujetan la vesícula, la presentan al grasper grande introducido. La vesícula se saca de la cavidad intraabdominal a través del mismo sitio trocar. Este sitio trocar se agranda generalmente con pinza de Pean en algunos milímetros.

Usando el kit de los trocars de 5 milímetros: el telescopio de 5 milímetros se retira del trocar umbilical, y se inserta vía el trocar lateral de 5 milímetros. Un ENDO CLINCH* o un grasper con dientes, entonces se inserta vía el trocar umbilical. La vesícula se agarra y se saca de la cavidad del intraabdominal.

La cavidad intraabdominal entonces se irriga a fondo con solución salina normal. Todas las piedras que han caído en la cavidad intraabdominal se recuperan con un morcilador o un fórceps que recupera piedras.

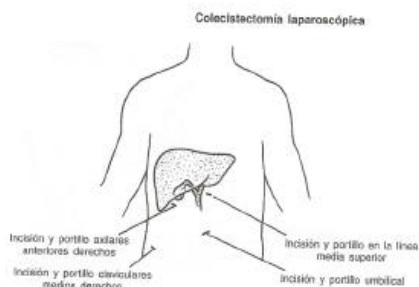
Se desinfla el abdomen; los trocars quitados, y los sitios de inserción de los trocars se cierran en la manera habitual.

Técnica 2

Sitio anatómico y técnico de cada portillo:

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	27 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Umbilical: examen laparoscópico de la cavidad peritoneal. Localización y resección de la vesícula biliar.

Línea media superior: disección quirúrgica de la vesícula biliar y parcialmente de la tríada hepática en el hilo. Pueden colocarse pinzas a través del portillo.

Línea axilar anterior derecha: retracción de la vesícula biliar

Línea clavicular media derecha: retracción de la vesícula biliar.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Posición: supina en una mesa de operaciones con rayos x

Anestesia: general

Otros: coloque una sonda de Foley, sonda naso gástrica y aparato neumático alto en la rodilla

PASO 1: mediante una hoja de bisturí número 10, efectúe una incisión longitudinal de 10 mm en el área umbilical lo bastante larga para permitir la entrada de 10 a 11 milímetros.

PASO 2. Inserte una aguja de Veress en la cavidad peritoneal en un ángulo de 45 grados hacia la cavidad pélvica. Ello suele facilitarse con la tracción hacia arriba de la pared del abdomen mediante dos pinzas para compresas a cada lado de la incisión. Aspire con una jeringa de 10 a 20 ml y si no se obtiene nada en la aspiración, inyecte solución salina normal a través de la jeringa. Si se inyecta con facilidad la solución salina normal, insufla a continuación con CO₂.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	28 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



PASO 3: Comience a insuflar con lentitud la cavidad peritoneal (neumoperitoneo) con dióxido de carbono.

Recuerde: durante la insuflación, la presión intraperitoneal debe ser de 0 a 5 mm, excepto cuando no está bien colocada la aguja de Veress. En la obesidad, la presión inicial puede ser un poco más alta.

PASO 4: Si la distensión del abdomen es satisfactoria, siga con los “pasos de trocar” siguientes:

- ✓ Inserte un trocar de 10 a 11 mm en el área umbilical en un ángulo cefálico de 45 grados
- ✓ Inserte el laparoscopio con la cámara unida
- ✓ Efectúe una incisión laparoscópica y comience a explorar cualquier trastorno notable
- ✓ Observe la vesícula biliar
- ✓ Bajo visión directa, inserte un trocar a 10 mm a través de la incisión en la parte superior de la línea media o a la derecha de la misma o una incisión más pequeña. Debe considerarse la necesidad de márgenes costales estrechos o amplios y la longitud del tronco del paciente porque la colocación baja chocara con el laparoscopio, en tanto que en una colocación alta interferirá el hígado con la disección.
- ✓ Coloque los dos troqueres restantes de 5 mm, también bajo visión directa, en la línea axilar anterior derecha y la línea claviclar media derecha
- ✓ Debe ajustarse la mesa en Trendelenburg inverso con giro a la izquierda

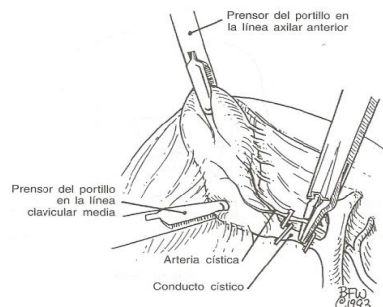
PASO 5: Retraiga la cúpula de la vesícula biliar hacia adelante y arriba tomando el fondo a través del portillo de la línea axilar anterior. Tome la bolsa de Hartmann por el portillo de la línea claviclar media y retraiga hacia afuera:

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	29 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



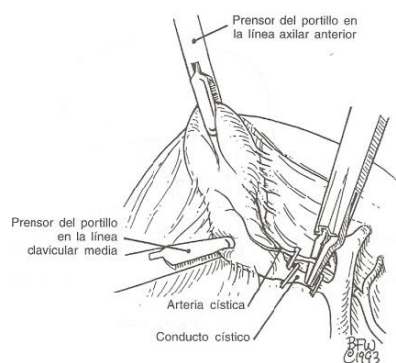
Vías biliares extrahepáticas



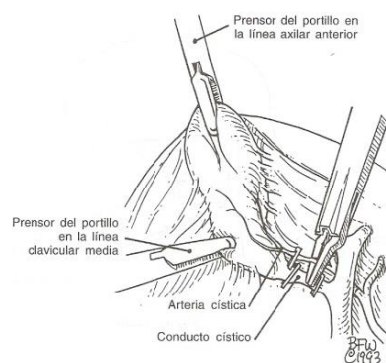
PASO 6: Diseque y visualice la arteria del conducto cístico y el colédoco. Si se requiere un colangiograma, puede hacerse a través del conducto cístico antes de ligarlo.

PASO 7: Ligue con cuidado la arteria y el conducto cístico mediante pinzado proximal y distal. Divida ambas estructuras:

Vías biliares extrahepáticas



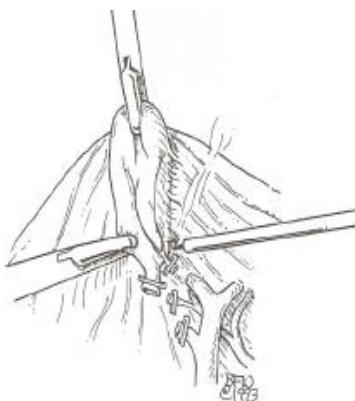
Vías biliares extrahepáticas



PASO 8: Diseque la vesícula biliar del hígado mediante el electrocauterio de "gancho":

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	30 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



PASO 9: Separe con lentitud y cuidado la vesícula biliar de su lecho. Lleve a cabo la hemostasia. Irrigue en forma repetida:



PASO 10: Extraiga la vesícula biliar a través del portillo umbilical con ayuda de una pinza de 10 a 11 mm y bajo visión directa. En ocasiones, es necesario agrandar la incisión umbilical para permitir la extracción colecística.

PASO 11: Después de precisar que no existe hemorragia alguna, quite todos los trocares bajo visión directa.

PASO 12: Cierre la incisión umbilical mediante sutura de la fascia y la piel. Cierre la piel de los otros portillos.

La colecistectomía está contraindicada en:

- Coledocolitiasis.
- Hipertensión portal pancreatitis aguda.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	31 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



- Gastrectomía previa.
- Embarazo.
- Obesidad mórbida.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Principales complicaciones que se pueden presentar:

Pérdida de bilis, lesión del conducto biliar, hemorragia, peritonitis, lesión hepática, infección, entumecimiento, hernia de la incisión, punción del intestino

CUIDADOS E INDICACIONES AL PACIENTE

La mayoría de los pacientes que se somete a una colecistectomía laparoscópica se va a la casa el día de la cirugía o al otro día y reanuda su dieta y sus actividades normales de inmediato mientras los que se someten a la colecistectomía abierta requiere de cinco a siete días de hospitalización y reanuda su dieta normal luego de una semana. Las actividades normales se reanudan entre cuatro y seis semanas después de la cirugía.

Vigilar los signos de infección de la herida (fiebre, escalofríos, olor o aumento del drenaje proveniente de la incisión), vómitos, calambres de estómago, a piel o la esclerótica de los ojos se torna de color amarillo, tos que no desaparece, estreñimiento.

Consumir dieta alta en fibra, evitar los alimentos grasos o picantes durante algún tiempo.

5.2.5. LAPAROTOMÍA

OBJETIVOS

Descripción del procedimiento de laparotomía en trauma agudo según las indicaciones pertinentes para su implementación el servicio de Cirugía General de la ESE Metrosalud.

DEFINICIÓN

Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. Por lo general, se realiza para buscar problemas que no fueron diagnosticados mediante otras pruebas.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	32 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



TIPOS

Laparotomía simple

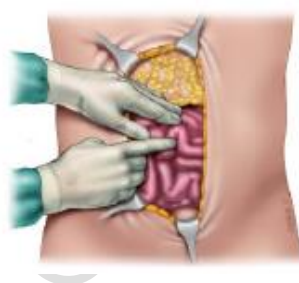
Laparotomía exploratoria.

GENERALIDADES

La laparotomía exploratoria constituye un método terapéutico en pacientes con traumatismo abdominal y sospecha de lesiones viscerales, permite reparar de inmediato las lesiones graves producidas por el trauma; sin embargo la incidencia de laparotomías innecesarias (negativas y no terapéuticas) por trauma abdominal es alta y varía según el mecanismo de lesión y el método auxiliar de valoración diagnóstica preoperatorio. La elección de este examen está determinado por el estado hemodinámico del paciente traumatizado, lo mismo que por el mecanismo de la lesión.

La distensión abdominal progresiva es signo de sangrado intraabdominal. Si ocurre en la primera hora tras el trauma sugiere un sangrado masivo, habitualmente rotura hepática y es indicación de laparotomía inmediata. Hasta un 30% de la volemia puede estar en el abdomen sin apreciarse distensión abdominal.

Con la laparotomía se busca: control de la hemorragia, control de la contaminación exéresis de órganos, reparación de lesiones, lavado de cavidad abdominal.



INDICACIONES

En urgencias:

Traumatismo abdominal cerrado

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	33 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Abdomen agudo
Traumatismo abdominal abierto
Complicaciones postoperatorias

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

Equipo de cirugía general

Tubo aspirador

Cánula de yankauer

Electrocauterio

Suturas: Nylon 2/0 y 3/0, Vicryl 1 y 2/0, crómico simple 2/0, Catgut crómico 1

Separadores: balfour, richardson, maleables

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Aspectos a tener en cuenta:

- Diligenciamiento del consentimiento informado, debe incluir indicación de la cirugía, riesgos y beneficios, asegurando la apropiación del usuario y/o familia.
- Evaluación pre anestésica.
- Diligenciamiento de las listas de chequeo de cirugía segura: previa a la cirugía donde se verifique la marcación del sitio quirúrgico, al inicio de la cirugía y al terminar la intervención (antes de la salida del paciente del quirófano).
- Suministrar el antibiótico profiláctico 1 hora antes del procedimiento

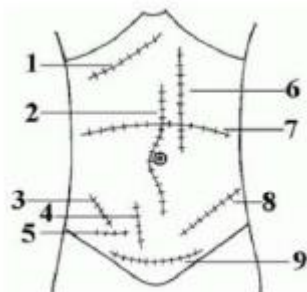
Tipos de incisión para la laparotomía.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	34 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



1. Kocher
2. medial
3. McBurney
4. Battle
5. Lanz
6. paramediana
7. transversal
8. Rutherford Morrison
9. Pfannenstiel



El tamaño y localización de la incisión depende de la situación clínica, se pueden tratar las áreas afectadas y tomar muestras de tejido para biopsia.

Bajo anestesia general se procede:

Se realiza la incisión, se profundiza hasta aponeurosis, incide peritoneo parietal, rechaza peritoneo y expone la cavidad, aspiración de líquido.

Exploración de la cavidad abdominal, rechaza órganos de la cavidad, localiza el área patológica aísla el contenido abdominal, lavado de la cavidad abdominal y aspiración.

Retira compresa e instrumental de la cavidad abdominal, inicia cierre de peritoneo, hace incisión contra lateral tuneliza y exterioriza drenaje, cierre de peritoneo parietal, sutura aponeurosis, afronta tejido celular subcutáneo, sutura de la piel y fijación de pen rose.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Principales complicaciones con la laparotomía:

Hematomas, seromas

Absceso de pared

Infección

Evisceración y evisceración

Hernia incisional

Adherencias

Colapso intraoperatorio

CUIDADOS E INDICACIONES AL PACIENTE

Vigilar los signos de infección de la herida (fiebre, escalofríos, dolor, enrojecimiento salida de pus, sangre, aumento del drenaje proveniente de la incisión, distensión abdominal)

Cuidados con la herida quirúrgica, curaciones.

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	35 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	36 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



6. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Exéresis: la extirpación quirúrgica de cualquier parte u órgano, sin embargo, puede referirse específicamente a limpiar el contenido del útero después de un aborto espontáneo, como la aspiración al vacío.

Apendicectomía: Procedimiento quirúrgico donde se extirpa el apéndice cuando éste está inflamado a causa de una infección.

La herniorrafia umbilical es un procedimiento quirúrgico donde se corrige una protrusión de una masa anormal a nivel del ombligo.

Eventrorrafia: Procedimiento quirúrgico donde se va a reparar un defecto de la pared abdominal en una zona operada con anterioridad y a través de la cual salen una o varias vísceras abdominales cubiertas por la piel.

Colecistitis: Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar, que generalmente se produce por la presencia de cálculos.

Colecistectomía: es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecistitis), que esta inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares.

Laparoscopia: es una técnica quirúrgica de uso frecuente, que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica. A través de una fibra óptica, por un lado se transmite la luz para iluminar la cavidad, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada a la misma lente.

Laparotomía: Cualquier incisión quirúrgica realizada en la pared abdominal se realiza cuando no se conoce el alcance de la lesión o enfermedad abdominal.

7. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA

Guías para Manejo de Urgencias 3a Edición TOMO II Grupo Atención de Emergencias y Desastres Ministerio de la Protección Social © 2009. 3a Edición Bogotá, D. C., Colombia

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	37 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



Anatomía y Técnica Quirúrgicas. John E. Skandalakis, Panajiotis N. Skandalakis, Lee John Skandalakis. Segunda edición. Mc Graw Hill. México. 2007. Pág. 155-156 y 405 a 411.

Información Para el Paciente: Apendicectomías Laparoscópicas. Patient Information (Spanish) published on: 03/2004 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Los Angeles, EEUU. [Consulta 08/02/2012] <http://www.sages.org/publication/id/PI08S/>

Cirugías y procedimientos. Apendicectomía. KidsHealth. [Consulta 08/02/2012] http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/appendectomy_esp.html#

Intervención de hernia. Tu otro médico. [Consulta 02/02/2012] <http://www.tuotromedico.com/>
<https://www.bupasalud.com/salud/reparacion-hernia-umbilical>

Cirugía digestiva y endocrina. Técnica: La Colectomía Laparoscópica Estándar. Dr. José Alberto Marín Armenta. Especialista en Cirugía Digestiva y Endócrina. Cirugía Endoscópica. Hospital Latinoamericano. Ciudad Juárez, Chihuahua. México. [Consulta 08/02/2012]. <http://drmarin.galeon.com/cctlap.htm>

Anatomía y Técnica Quirúrgicas. John E. Skandalakis, Panajiotis N. Skandalakis, Lee John Skandalakis. Segunda edición. Mc Graw Hill. México. 2007. Pág. 553 a 559.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_09_Trauma%20abdominal.htm

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- ✓ Preparación del Paciente para la cirugía PM05 PR 89
- ✓ Atención quirúrgica del paciente PM05 PR 90
- ✓ Formato Lista de chequeo de cirugía segura PM05 FR 01
- ✓ Formato Consentimiento informado Procedimientos quirúrgicos
- ✓ Guía Operativa cirugía segura PM05 GO 17
- ✓ Instrucciones cirugía segura PM05 IS 10

Código:	PM05 MA 26
Versión:	01
Vigente a partir de:	17/02/2020
Página:	38 de 38

MANUAL PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA GENERAL



ELABORADO POR:	
Francisco Javier López Bernal	Subgerente Red de Servicios
Luis Fernando Estrada	Médico especialista en Ortopedia y traumatología
Carlos Mesa Posada	Director Unidad Hospitalaria
Carlos Mario Tobón	Profesional Especializado (Coordinador Asistencial) Unidad Hospitalaria
Katia Flórez Pérez	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

CONTROL DE ACTUALIZACIÓN				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO
01	10/02/2019	Facilitar la consulta y estandarización de los procedimientos más frecuentes en cirugía general	El Manual de procedimientos de cirugía general hace parte integral de los procesos prioritarios asistenciales, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2003 de 2014	Subgerente Red de Servicios