



**“ ORGANIZACION Y FUNCIONA-
MIENTO DE LOS SERVICIOS DE
ENFERMERIA DENTRO DEL
AREA QUIRURGICA ”**

ESTUDIO MONOGRAFICO :
QUE PARA OBTENER EL TITU-
LO DE LICENCIADO EN ENFER-
MERIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA: LA ENFERMERA.

**YOLANDA ELENA
NURSE BLAKE**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

JUSTIFICACION.....I

INTRODUCCION.....II

I. Objetivos.....1

II. Antecedentes Históricos.....2

III. Conceptos.....5

IV. Planeación de las actividades en el área quirúrgica.....7

V. Programas para el personal del área quirúrgica.....28

VI. Organización del área quirúrgica.....33

VII. Integración del área quirúrgica.....41

VIII. Personal de enfermería.....71

IX. Anexos.....95

 a). Diagrama de distribución de areas en el quirófano...96

 b). Equipo básico en la sala de operaciones.....97

X. Conclusiones.....99

XI. Recomendaciones.....100

XII. Glosario de términos.....101

XIII. Bibliografía.....104

.....

.....

.....

.....

INDICE

JUSTIFICACION.....	I
INTRODUCCION.....	II
I.- Objetivos.....	1
II.- Antecedentes Históricos.....	2
III.- Conceptos.....	5
1. Area Quirúrgica.	
2. Acto Quirúrgico.	
3. Equipo Quirúrgico.	
4. Grupo Quirúrgico.	
5. Asepsia y Antisepsia	
a.- Asepsia	
b.- Antisepsia	
c.- Asepsia Médica	
d.- Asepsia Quirúrgica	
IV.- Planeación de las actividades en el área quirúrgica.....	7
A) Planeación.	
B) Políticas.....	9
C) Procedimientos.....	10
a) Técnicas Trans-Operatorias.	
1.- Técnica de lavado de manos.....	12
2.- Técnica de sacado de manos.....	14
3.- Técnica de la puesta de bata.....	15
4.- Técnica cerrada de la puesta de guantes.....	18
5.- Técnica para preparar las mesas quirúrgicas...19	
a) Preparación de la mesa Redon.....	20
b) Preparación de la mesa Rectangular	
c) Preparación de la mesa de Mayo.....	21

V.- Programas para el personal del área quirúrgica.....	28
A) Programas	
Justificación.....	
Objetivo General.....	29
Objetivos Terminales.....	30
Contenido Programático.....	31
VI.- Organización del área quirúrgica.....	33
A) Organización.	
1.- Departamento Quirúrgico.....	35
2.- Sala de Operaciones.....	36
B) Organización funcional de los Quirófanos.....	38
VII.- Integración del área quirúrgica.....	41
A.- Integración.	
B.- Recursos Humanos.....	42
C.- Recursos Físicos.....	43
1.- Equipos que se manejan en la Unidad Quirúrgica....	47
Manejo administrativo del material y equipo.....	69
La economía en la sala de operaciones.	
VIII.- Personal de Enfermería.....	71
A.- Organización del personal de Enfermería en el área Quirúrgica.....	72
B.- Funciones del personal en el área Quirúrgica.....	73
IX.- Anexos.....	95
a). Diagrama de distribución de áreas en el quirófano...	96
b). Equipo básico en la sala de operaciones.....	97
X.- Conclusiones.....	99
XI.- Recomendaciones.....	100
XII.- Glosario de términos.....	101
XIII.- Bibliografía.....	104

J U S T I F I C A C I O N

Los avances de la medicina y en especial de la cirugía son -- constantes, por lo que se requiere personal preparado técnica y -- científicamente para satisfacer las necesidades bio-psico-sociales del paciente quirúrgico y para ello, es necesario especializar a -- la enfermera en ésta área; constituyendo una eficiente colabora -- dora del equipo quirúrgico, lo cual repercute en la disminución de incidentes, favoreciendo así al paciente.

En el cuidado óptimo del pre, trans y post-operatorio a tra -- vés del respeto de los principios de Asepsia médica y quirúrgica.

La importancia de la organización y funcionamiento del servi -- cio de enfermería, en el área quirúrgica es para unificar crite -- rios, técnicas, no duplicar ni delegar funciones con el pretexto -- de ahorro de tiempo.

Es importante conocer el porqué se deben planear las opera -- ciones a una hora determinada, esto se logra dando a conocer los objetivos al personal para lograr un mejor rendimiento de ellos, -- en beneficio del paciente y la institución misma.

I N T R O D U C C I O N

El trabajo de la enfermera del quirófano es de tal importancia que no puede quedar librado a su propio arbitrio. Debe ser -- arreglado y sistematizado en tal forma que su realización sea -- práctica y sencilla, facilitando su tarea con explicaciones y esquemas. Nada debe ser sujeto a la improvisación.

La operación debe transcurrir en un ambiente profesional, -- con precisión desde el arribo del enfermo a la mesa de operaciones hasta el momento de salir de ella. Si la enfermera no está -- instruida al respecto y su acción no armoniza con la del cirujano no sólo produce penosa impresión sino que además puede acarrear -- consecuencias graves en el enfermo.

Además, en los servicios organizados donde se practican si - multáneamente distintas especialidades quirúrgicas, la enfermera debe conocer todas las modalidades de colocación del enfermo, -- instrumental, conservación, y esterilización del mismo, ubicación de la mesa del instrumental del operador y del ayudante, sitio en que van colocados los lebrillos (recipientes para recoger las gasas usadas), colocación y manejo del aspirador, bisturí eléctrico, etc. No es posible que la enfermera pueda retener en forma -- permanente todos estos detalles. En cambio resulta útil confeccionar " biblioratos " Kardex donde todo quede consignado.

En este trabajo se dan a conocer algunos aspectos de importancia en relación a como se debe planear en el área quirúrgica, los elementos que la constituyen, la organización y funcionamiento que se debe llevar a cabo en esta área.

I.- O B J E T I V O S :

- 1.- Para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- 2.- Actualizar y unificar las diferentes técnicas quirúrgicas, -- dentro del departamento.
- 3.- Proporcionar al paciente, la mayor atención dentro del área - quirúrgica, tomando en cuenta las áreas Bio-Psico-Social.
- 4.- Dar a conocer a la estudiante de enfermería las funciones del personal en está área.
- 5.- Dar a conocer a todo el lector de este trabajo, la organiza - ción y funcionamiento de los servicios de Enfermería dentro - del área quirúrgica.
- 6.- Adiestrar al personal por medio de la enseñanza continuada.
- 7.- Valorar la importancia de tener personal técnico quirúrgico.
- 8.- Programar la enseñanza de acuerdo a las necesidades detecta - das.
- 9.- Apoyar debidamente al personal para el buen desarrollo de - sus funciones.

II.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS :

LA CIRUGIA EN EL PASADO

La cirugía en el pasado se practicaba mucho antes de los albores de la civilización, con ayuda de un pedernal afilado.

Algunos cráneos del período neolítico tienen agujeros de trépano, en los cuáles se aprecian procesos de reparación; esto comprueba que los pacientes sobrevivían después de operaciones de cirugía mayor. La cirugía evolucionó mucho en la India antigua; en el famoso libro Samhita se expone una clasificación precisa y lógica de las operaciones quirúrgicas. También se dice que las mujeres que cuidaban enfermos debían tener limpias las manos y cortadas las uñas. En Grecia Hipócrates (400 a. de C.) conoció y describió enfermedades quirúrgicas, desde el pie zambo hasta fracturas de raquis. Se hacían prótesis, como miembros artificiales y dentaduras postizas, se efectuaban operaciones plásticas y se extraían cálculos vesicales. La cirugía evolucionó más rápidamente que la medicina, quizá porque sus resultados son más impresionantes.

En esos tiempos no se mencionaba la enfermería Quirúrgica como tal, pero debió de haber existido.

Uno de los muchos relatos bíblicos del comienzo de la era -- Cristiana dice así:

"Y fué hacia él y vendó sus heridas, vertiendo en ellas aceites y vino; y lo hizo subir en su propia bestia, y lo llevó a una posada, y cuidó de él ".

El buen Samaritano administró cuidados de Enfermería. Encontró a un hombre que había sido golpeado cruelmente por unos ladrones. Después de haber curado sus heridas, lo condujo a una posada y siguió cuidando de él.

Se ve con claridad que sus cuidados se dirigían a la persona herida y no sólo a la lesión en sí.

Durante muchos siglos después del comienzo de la era Cristiana, no se hicieron adelantos importantes en cirugía ni en enfermería. En esos tiempos había dos tipos de mujeres que formaban a su vez dos grupos de enfermeras, uno formado por mujeres pertenecientes a un grupo religioso; las demás eran de tipo enfermeras particulares y alquilaban sus servicios. Casi nada se dice de las enfermeras que cuidaban exclusivamente pacientes quirúrgicos.

Cuando Lister, en el siglo XIX, introdujo el ácido fénico como antiéptico, se advierte que las enfermeras ayudaban en la sala de operaciones. Por este tiempo, Florencia Nightingale sembró la semilla de la enfermería actual, al atender a los soldados heridos en la guerra de Crimea. Señalaba en particular la importancia de la higiene adecuada y era partidaria decidida de la enseñanza planeada de las enfermeras.

Hasta el siglo XIX, la tradición tuvo gran influencia y restringió mucho el progreso. El médico general trataba todas las enfermedades; pocos facultativos limitaban su práctica a la cirugía, y así ninguno circunscribía su acción a un tipo especializado de operaciones quirúrgicas.

Después de la revolución industrial, la tradición volvió in -

fluencia y la mayor destreza necesaria para manejar las máquinas: dió origen a la especialización. En el campo de la medicina sucedió algo semejante, al parecer el especialista en oído. En la actualidad, las profesiones están volviendo a un término medio más conveniente. Ahora nos importa no el oído, sino el enfermo que padece de los oídos. Así en la enfermería quirúrgica no interesa la apendicectomía propiamente dicha, sino el paciente a quién se ha de practicar dicha operación por apendicitis.

LA CIRUGIA EN LA ACTUALIDAD

Los mayores adelantos en la atención de los pacientes quirúrgicos se han efectuado desde el comienzo de este siglo. El mejor conocimiento de la enfermedad, resultado de las investigaciones ha permitido la aparición de muchos métodos auxiliares de diagnóstico: algunos se basan en la radiografía, otros en diversos procedimientos de laboratorio: químicos, bacteriológicos, histológicos etc. De aquí que el diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas se haga con mayor precisión y certeza de lo que era posible con el simple examen clínico, que se hacía antes. Se advirtió que el estado nutritivo del paciente es factor importante para el resultado definitivo de un procedimiento quirúrgico. El cirujano apreció el valor que tiene para el enfermo el balance hídrico.

(*) ELIASON - PERSSON - ENQUITE; ENFERMERIA QUIRURGICA.
 ED. INTERAMERICANA, S.A. MEXICO, MEXICO 1978.
 PAG. 1 y 2.

III.- CONCEPTOS DE :

1.- Area Quirúrgica.

Superficie limitada plana destinada para la cirugía.

Se considera área quirúrgica aquella parte del hospital en la cual se realizan una serie de pasos y procedimientos para llevar a cabo la cirugía.

2.- Acto Quirúrgico.

Es una serie de pasos que se llevan a cabo para detener, aliviar o extirpar un proceso patológico.

Este acto quirúrgico debe ser llevado a cabo por un grupo especializado y con experiencia.

3.- Equipo Quirúrgico.

Conjunto de materiales y herramientas necesarias para el personal encargado de una labor médica o quirúrgica determinado.

4.- Grupo Quirúrgico.

Es el grupo que trabaja en la sala de operaciones y tiene control directo en el cuidado del paciente inmediatamente antes de la cirugía, durante ella y después. Los cinco miembros principales que suelen estar presentes en una operación son: 1- Cirujano, 2- Anestesiólogo o Anestésista, 3- Ayudante del Cirujano, 4- Enfermera Instrumentista y 5- Enfermera Circulante.

5.- Asepsia y Antisepsia.

a.- Asepsia:

a: sin asepsia: infección postoperatoria.

Comprende todos los procedimientos para evitar la infección.

cánicos químicos o físicos de que nos valemos para destruir, eliminar los gérmenes y evitar su proliferación.

b.- Antisepsia:

Procedimiento por medio del cuál nos valemos para mantener las superficies quirúrgicas libres de micro-organismos.

Son agentes físicos o químicos por medio de los -- cuáles se combaten enfermedades, detienen o destruyen los microbios causantes de enfermedades.

Asepsia Médica:

Se refiere a tratar las prácticas que permiten reducir la transmisión de micro-organismos productores de enfermedades de una persona a otra, ya sea directa o indirectamente.

Asepsia Quirúrgica:

Es el método de prevenir las infecciones por la -- destrucción de los agentes infectivos, especialmente por medios físicos. La asepsia quirúrgica se relaciona con los métodos quirúrgicos y se refiere a lo estéril y no estéril.

(*) ELIASON - FERGUSON - SHOLTIS.

ENFERMERIA QUIRURGICA. 4ta. EDICION MEXICO 1978.

ED. INTERAMERICANA.

PAG. 29.

IV.- PLANEACION DE LAS ACTIVIDADES EN EL AREA QUIRURGICA.

A.- PLAN E A C I O N :

La planeación es el primer paso de la administración, en ella se determina lo que se debe hacer, como debe hacerse y que acción debe tomarse, quién es el responsable de ella y porqué. La planeación consiste en elegir entre diversas alternativas, las metas, las políticas, los procedimientos y los programas que habrán de seguir los integrantes de una unidad quirúrgica.

Para llegar a los objetivos, políticas, procedimientos y programas se deben seguir las siguientes fases:

1. Recolección y análisis de datos.
2. Previsión.
3. Formulación del Plan.

Formulación de un Plan de Acción.

1. Recolección y Análisis de datos:

La información de que se dispone debe ser lo suficientemente clara y precisa para planear así en base a las necesidades exigentes en la Unidad Quirúrgica.

En esta fase no sólo debe basarse en la información pasada y actual sino que debe establecer tendencias y proyecciones futuras.

Se debe evitar que la recolección y el análisis de la información, lleve mucho tiempo haciendo que el plan se vuelva inoperante por los datos fuera de actualidad.

1.- Previsión:

Esta se fundamenta en la investigación, señala los cursos posibles de acción, es básicamente una actividad objetiva.

Prever es suponer lo que ocurrirá en el futuro y prepararlo.

Se prevé en función de lo que se es, de lo que se tiene y lo que existe.

3. Formulación del Plan:

Este establece lo que debe hacerse, la alternativa y posibilidad a seguir valorándolo cuidadosamente, procurando que este sea realista y flexible.

Este tendrá más éxito si hay una adecuada comunicación entre las personas que lo elaboran y la información que le dé al personal sobre los objetivos de dicho plan.

La planeación se dá a corto y a largo plazo.

Corto Plazo - Es lo que se realiza 1, 2, 3, 4, 5, 6 meses -- hasta 1 año.

Largo - Entre 1 año a 5 años.

O b j e t i v o . -

- 1.- La planeación se propone guiar los esfuerzos y lograr un mejor rendimiento del personal.
- 2.- En la unidad quirúrgica el objetivo principal es el de proporcionar al individuo atención quirúrgica; y de esta manera reintegrarlo a su medio social.

Para que los objetivos puedan ser alcanzados, se deben fijar las políticas, los procesos y los programas a desarrollar.

Políticas: Son las reglas de carácter general que orientan la acción y el criterio a seguir, del personal, de la unidad quirúrgica. Establecer puntos para rutinas y

actividades repetidas, sobre todo para establecer y unificar criterios en la acción y en el funcionamiento de dicha unidad. Las cuáles deben ser conocidas por todo el personal para que se cumplan.

B.- POLITICAS :

OBJETIVO . -

- Obtener el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y económicos para lograr la óptima realización de los propósitos del departamento.
- Situar la enseñanza médico quirúrgica institucional en un alto nivel académico.
- Contribuir al establecimiento del diagnóstico clínico por medio del tratamiento quirúrgico.

POLITICAS DEL AREA QUIRURGICA . -

1. Cumplirá y hará cumplir los objetivos del departamento de acuerdo al reglamento, instrucciones y anuales de procedimientos aprobados.
2. En cuanto a las actividades de enseñanza, investigación y culturales, se realizarán dentro de los lineamientos que fijan las instituciones de educación.
3. Promoverá la unidad funcional del personal a sus ordenes, incrementando las buenas relaciones interpersonales.
4. Con el fin de planear y evaluar el cumplimiento de los programas del departamento, se establecerán las normas y sistemas de evaluación que permitan mantener la óptima calidad de los servicios.

- 5. Se delegarán las funciones que procedan a los subordinados correspondientes, otorgándoles la autoridad necesaria para el cumplimiento de las responsabilidades delegadas.
- 6. En el programa de enseñanza continuada en servicio, participará básicamente el personal del departamento quirúrgico.
- 7. La selección del personal deberá ajustarse a las normas establecidas por el departamento de personal.
- 8. La supervisión y evaluación del personal en el aspecto, enfermería médica quirúrgica será delegada a los jefes inmediatos y coordinadora del departamento quirúrgico.
- 9. La solicitud para la intervención quirúrgica deberá hacerse, por lo menos con 24 horas de anticipación.
- 10. La intervención quirúrgica deberá realizarse, previo consentimiento del familiar o tutor legalmente autorizado.

C.- P R O C E D I M I E N T O S :

Estos establecen secuencias en las actividades e indican las etapas y son concretos, mencionan lo que se realizará y quién lo efectuará además de como se hace y en que orden.

a). TECNICAS TRANS - OPERATORIAS:

CONCEPTO:

Es el conjunto de normas asépticas en las que se fundamenta el éxito de la cirugía actual.

OBJETIVOS:

- 1. Evitar la infección durante el desarrollo de su intervención.

2. Proteger al paciente y personal médico de contaminaciones recíprocas.
3. Preparar la región quirúrgica en las salas.
4. Favorecer la cicatrización de primera intención de los tejidos intervenidos.
5. Favorecer la recuperación satisfactoria del paciente.
6. La vida y la salud del paciente están en manos del equipo quirúrgico.
7. Mantener limpia la sala de operaciones.
8. Cualquier infracción a la técnica aséptica puede significar en algunos casos la muerte del individuo.

(*) FAJARDO, ORTIZ GUILLERMO

" TEORIA Y PRACTICA DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION
MEDICA Y DE HOSPITALES ". ED. INTERAMERICANA.

PAG. 25-26-27-28 Y 29.

(*) LEMAITRE, GEORGE D. ENFERMERIA QUIRURGICA.

ED. INTERAMERICANA, 3ra. EDICION.

PAG. 111-112 Y 113.

1) TECNICA DEL LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

CONCEPTO:

Es el procedimiento técnico de limpiar escrupulosamente las manos usando agua, jabón, cepillo y agentes químicos, en cinco tiempos y con cinco margenes de seguridad.

PRINCIPIOS:

1. El cepillo moviliza las grasas, los micro-organismos y las células muertas de la epidermis.
2. El cepillado produce abundante espuma, al emulsionar el jabón las grasas.
3. El uso coordinado del sistema músculo-esquelético mantiene el equilibrio y evita el cansancio.
4. La fricción arrastra todas las células muertas de la epidermis.
5. El jabón saponifica las grasas.
6. Todo lo que está en contacto con la herida debe estar libre de germenos.

OBJETIVO:

1. Obtener la asepsia necesaria para un acto quirúrgico.
2. Eliminar el mayor número de germenos.

EQUIPO:

Cepillo estéril de nylon de cerdas duras, jabón líquido o con pastilla, jabonera y alcoholera, lavado con cuello de cines, con agua corriente y con pedal, recipiente para recoger la basura.

TECNICA:

Este procedimiento se divide en cinco tiempos.

1er. Tiempo.- Lavado médico inicial con agua y jabón hasta 5 cms. arriba del codo.

2do. Tiempo.- Se toma el cepillo con la mano izquierda impregnándolo de jabón procurando que este resbale hasta el codo. Se pasa el cepillo a la mano derecha para cepillar el brazo izquierdo iniciando con los espacios unguiales y con movimientos transversales posteriormente los espacios interdigitales comenzando con el dedo pulgar con movimientos longitudinales en número de diez por espacio. Continuando con movimientos trans rotatorios en palma, dorso, muñeca y antebrazo hasta el tercio inferior del brazo haciendo siempre hincapié en el codo.

Enjuagar el cepillo y enjabonarlo nuevamente, pasando a la mano izquierda, haciendo el mismo procedimiento en el brazo derecho.

Enjuagar el cepillo y brazo izquierdo, posteriormente el derecho, para iniciar el 3er. tiempo.

3er. Tiempo.- Se hará en la misma forma ya establecida llegando hasta el tercio inferior del brazo.

4to. Tiempo.- Se efectúa de la misma forma ya establecida.

5to. Tiempo.- Con movimientos transversales se cepillarán los espacios unguinales como mínimo en número de diez. Al terminar este tiempo se enjuagará el cepillo y las manos, colocando el cepillo en el lugar indicado para estos.

PRECAUCIONES:

1. Hacer hincapié en el codo.
2. Cepillar los espacios por lo menos diez veces.
3. Durante el lavado, el cepillo es el que ejecutará los movimientos longitudinales transversales y de rotación -- efectuando el brazo que se lava los movimientos de supinación y de pronación.
4. El agua debe escurrir de la punta de los dedos hacia los codos.
5. Los brazos deben mantenerse en alto y por arriba de la cintura.

2) TECNICA DEL SECADO DE MANOS

Concepto:

Es el procedimiento, mediante el cuál se secan las manos.

Objetivo:

Quitar el exceso de agua de las manos para evitar la contaminación.

Principio:

1. Un material estéril se contamina con uno no estéril.
2. La aplicación correcta de la técnica evita contaminación.
3. Un medio húmedo favorece la proliferación de microorganismos.

Equipo:

Compresa doble, o compresa de 70 cms. de longitud. (Toallas pullman, felpa) estériles.

Desarrollo del procedimiento:

1. Se abre el bulto que se encuentra colocado sobre la mesa rectangular.
2. Se toma la compresa o toalla con la mano derecha secando se las regiones palmares a ambas manos con movimientos rotatorios hasta llegar al antebrazo uno por uno.
3. Se doblará la toalla o compresa en cuatro cubriendo la parte contaminada.
4. Se procede a secar el brazo derecho desechando la compresa o toalla en una cubeta.

Precauciones:

1. Comprobar esterilidad de la compresa o toalla.
2. Cuidar que no se contaminen los bordes de la compresa o toalla.
3. Que la compresa o toalla no tenga perforaciones centrales.
4. Al tomar la toalla o compresa cerciorarse que esté completamente seca y no húmeda.

3) TECNICA DE LA PUESTA DE LA BATA**Concepto:**

Es el procedimiento por medio del cual se viste la bata quirúrgica estéril, evitando la contaminación de esta para formar una barrera entre la herida quirúrgica y la probable fuente de contaminación.

Objetivos:

1. Que la enfermera vista la bata estéril correctamente y conserve dicha esterilidad durante todo el tiempo del acto quirúrgico.
2. Dar confianza al cirujano en sus maniobras dentro del campo, estéril.
3. Evitar infecciones al paciente.

Principios:

1. Una superficie u objeto estéril se contamina al tener contacto con otros objetos o superficies no estériles.
2. La esterilidad es relativa de acuerdo al tiempo de exposición del objeto o superficie estéril al medio ambiente.
3. El algodón no es conductor de la electricidad.
4. El vapor penetra fácilmente en la tela de algodón.

Procedimiento:

1. Abrir el equipo o bulto de ropa antes de lavarse las manos quirúrgicamente.
2. Se toma la bata con la mano derecha, tomando como referencia la sutura del marsupial.
3. Se coloca la bata a una distancia de 20 cms. del cuerpo y se desdobra procurando no contaminar, localizando las bocas mangas.
4. Introducir la mano en la atadura de la bata, desdoblado hacia adelante y arriba.
5. Tratando de introducir los brazos sin que se salgan las manos afuera del puño (el derecho de la bata, se considera estéril) y no debe estar en contacto con el uniforme.

quirúrgico para evitar contaminación.

6. Permitir que la enfermera circulante ajuste la bata, la sujete y la anude por la espalda, se calzaran los guantes con técnica cerrada y en seguida se procede al amarre de la bata.
7. En caso de que la bata se amarre por delante la circulante puede con una pinza de traslado tomar una de las tiras de la bata, pasándola hacia adelante y se la pasará a la instrumentista para que se amarre.

Precauciones:

1. Procurar vestir la bata estéril sin contaminarla con otros objetos.
2. Cuidar y conservar la esterilidad de la bata.
3. No vestir nunca una bata rota o en mal estado.
4. La bata se considera estéril de donde empieza el tapete pial hasta donde termina.

Características de la Bata:

Material:

Para confeccionar una bata se toma en cuenta la tela, que sea de material lavable, y que sea durable y de bajo costo. Que sea de algodón, talico, indio atoyac o de manta. Goya -- trama es bastante compacta y no permite la transmisión de la contaminación.

Tamaño:

Standard con un talle de elástico y la confección en general va de acuerdo a las necesidades de cada hospital.

4) TECNICA CERRADA DE LA PUESTA DE GUANTES

Concepto:

Es el procedimiento por medio del cuál la instrumentista se calza los guantes estériles para evitar la contaminación durante la intervención quirúrgica.

Objetivos:

1. Proteger al paciente y al personal de equipo quirúrgico, de posibles contaminaciones.
2. Tener un marco de seguridad en la maniobras quirúrgicas.
3. Facilitar el manejo de sutura y el instrumental sin perder sensibilidad.

Principio:

Todo objeto que es tratado con asepsia y antisepsia metódica se encuentra libre de gérmenes.

Procedimiento:

1. Tome la cartera del guante del número que se use.
2. Abrala de manera que no contamine el contenido.
3. Tome el guante derecho con la mano izquierda a través -- del puño de la bata, con los dedos índice y pulgar.
4. Coloque el puño del guante sobre la palma de la mano izquierda o derecha, tome la orilla del guante con la mano contraria que está cubierta y montela en forma de caperuza, introduciendo en el interior del guante los dedos y la mano. jalar el borde del guante junto con la bata.

Precauciones:

1. Comprobar fecha de esterilización, testigo y caducidad.
2. No contaminar el guante.
3. Que las manos estén secas.
4. No tocar el guante con la mano.
5. Tener las uñas recortadas.
6. Quitar el exceso de talco con solución salina.
7. Revisar la envoltura externa, que no esté dañada.
8. Tener puesta la bata sin que los dedos de la mano salgan del puño de la bata.

5) TECNICA PARA PREPARAR LAS MESAS QUIRURGICAS**Concepto:**

Es el conjunto de procedimientos y actividades para colocar el instrumental, ropa, material, soluciones y sustancias - estériles en los sitios adecuados al orden quirúrgico, previsto por la enfermera quirúrgica. (Instrumentista).

Principios:

1. Respetando la cadena de esterilidad, se favorece la cicatrización de los tejidos de primera intención.
2. Los microorganismos se movilizan cuando hay corrientes - de aire, con peligro del campo estéril.

Objetivos:

1. Conservar la asepsia durante el desarrollo de una intervención quirúrgica.
2. Evitar tiempos perdidos.

a) PREPARACION DE LA MESA DE PISON

Concepto:

Es la colocación del instrumental siguiendo un orden quirúrgico funcional en la mesa de riñón.

Procedimiento:

- Se cubre la superficie de la mesa con un hule estéril, colocándolo en el centro de ella, se fija con la mano izquierda y con la derecha se desdobra hacia abajo primero y hacia arriba después, cubriendo las manos; se termina cubriendo el lado derecho y el izquierdo.
- De la misma manera se coloca sobre el hule la sábana de mesa riñón.
- Una vez que se cuenta el instrumental de cirugía general, se colocan en el ángulo superior izquierdo; las pinzas de campo.
- En el ángulo inferior izquierdo se colocan, siguiendo el orden de uso quirúrgico de izquierda a derecha: al instrumental de corte, disección, hemostasia, fijación y separadores largos.
- Los separadores largos servirán para limitar la cirugía general de la especialidad.
- Se mantendrá siempre limpia y en orden esta mesa, nunca retornar al instrumental que se haya utilizado.

b) PREPARACION DE LA MESA RECTANGULAR

Concepto:

Es la colocación y distribución de la ropa, material de algodón, cartera de suturas, guantes, soluciones antisépticas y de irrigación, siguiendo un orden anatómico y adecuado a -

las necesidades de la enfermera instrumentista.

Procedimiento:

- Se cubre la superficie de la mesa con un hule estéril, en la misma forma que la mesa de riñón.
- El equipo de ropa estéril, sin la compresa de envoltura externa se colocará en el centro de la mesa y se procede a extender la sábana de envoltura, luego se cubre con dos compresas campo.
- En el ángulo superior de la mesa y dejando un margen de seguridad, se coloca la ropa en el orden a usarse, preparando de ante mano los segundo campos que deberán quedar abajo; en el ángulo inferior derecho se sitúan los guantes y el riñón con los vasos con soluciones antisépticas.
- En la parte media superior se colocan las compresas de esponjear y las gasas con trama o con raytex.
- En el ángulo superior izquierdo se coloca sobre una compresa budinera con solución de irrigación y en el ángulo inferior se coloca (sobre una compresa la budinera con solución de irrigación) la carterita de sutura con los porta agujas.
- En la zona central se utilizara para colocar el instrumental de retorno.

Nota: En algunas instituciones se usa alguna de estas 2 mesas y se coloca el instrumental y ropa según el orden indicado

c) PREPARACION DE LA MESA DE MAYO

Concepto:

Es la colocación y preparación del instrumental activo y suturas libres, sobre la mesa de mayo, siguiendo los tiempos quirúrgicos específicos de la operación a desarrollar.

Procedimiento:

- Se coloca la charola de mayo con la funda de mayo, sobre la mesa de mayo ya vestida previamente por otra funda de mayo introduciendo las manos para contaminar, teniendo la precaución de fijar la mesa con el pie para que esta no se mueva; y procurando conservar el dobles de protección.
- Los hilos de suturas libres de diferentes calibres, se colocan atravesados, y se protegen con una compresa sencilla doble, y sobre esta el instrumental activo.
- El instrumental se mantendrá siempre limpio y en orden.

Conclusiones:

1. La preparación y manejo de las mesas quirúrgicas son eslabones de la cadena de esterilización, que cerradas y formando un círculo vienen a solucionar uno de los problemas de contaminación.
2. Llevando siempre un orden establecido, evitará tiempos perdidos.
3. La enfermera instrumentista disciplinada en el trans-operatorio colabora a disminuir; el tiempo quirúrgico, la agresión física y fisiológica, el trauma anestésico y psicológico paciente, cooperando con el equipo médico a una evolución post-operatoria del paciente sin problema.

(*) GEORGE D. DEMAYNE + JANET A. FINNEGAN

ENFERMERIA QUIRURGICA - 3ra. EDICION, 1978.

ED. INTERAMERICANA.

PAG. 104-105.

6) LAVADO DEL INSTRUMENTAL

Instrumental de Acero Inoxidable

1. Asearlos escrupulosamente con agua, jabón y cepillo.
2. Mantenerlo en condiciones de uso óptimo.
3. Manipularlos con cuidado para evitar su descompostura.
4. Colocarlos en lugar seco para su mejor conservación.
5. Dar tiempo de esterilización de acuerdo con las escalas recomendadas para este material (60').

Instrumental Cortante

Todos los pasos anteriores más los siguientes:

1. Proteger su puntas y filos con algodón cuando no se este esterilizado.
2. Esterilizarlos con solución antiséptica, o por el medio que se utilice en cada caso.

Material de Hule o de Caucho

Todos los pasos del instrumental de acero inoxidable más los siguientes:

1. Vigilar que no pierdan su forma, es decir, que no se doblen.
2. Los tubos de aspiración se someten a succión con el mismo aspirador a fin de realizar un arrastre más efectivo a las secreciones adheridas a sus paredes, cuando el agua queda limpia se lavan por separado con agua y jabón.

Precauciones:

1. Desangrar el instrumental con agua fría y cepillo.
2. Lavarlo con cepillo y jabón.

3. Enjuagarlo perfectamente.
4. Secarlos muy bien.
5. Revisarlos que estén limpios y completos.
6. Colocarlos en su charola, envolverlos y esterilizarlos (60').
7. Debe de darseles tiempo de secado.
8. Sacarlos a un lugar seco, limpio y sobre una compresa es téril para que se enfrien.
9. Colocarlos en las vitrinas preparadas para este meneg - ter.
10. Tenerlas listas para el siguiente uso.
11. Los instrumentos defectuosos deben ser mandados a repara ción.

NOTA: Cada Hospital tiene su propia norma de cuidado y conservación de los instrumentos, la enfermera debe conocerlos y - seguirlos.

(*) BROOKS SHIRLEY M.

ENFERMERIA DE QUIROFANO - 1ra. EDICION 1978.

ED. INTERAMERICANA.

PAG. 100-101.

7) CUIDADO DE LAS AGUJAS DURANTE LA OPERACION

1. Conservarlas en la compresa o recipiente adecuado.
2. Después de pasar una aguja y la sutura al cirujano tener lista la siguiente.
3. No pasar la otra aguja y la sutura al cirujano sin recibir la aguja usada anteriormente.
4. Llevar la cuenta de cada aguja utilizada.
5. Verificar que el número de agujas utilizadas durante el acto quirúrgico, sea el mismo que antes de haber iniciado la inter vención quirúrgica.

8) PREPARACION Y ESTERILIZACION DE LAS AGUJAS

1. Limpiarlas suavemente con agua y jabón, y colocarlas nuevamente en su lugar correspondiente.
2. El aseo y arreglo será de acuerdo con las normas establecidas en la institución.
3. Se esterilizarán en autoclave colocandolas en pequeños conjuntos.
4. Se colocarán primero las agujas cortantes de mayor a menor, y después las redondas en igual forma dejando un espacio entre una y otra.

(*) BOOKS, SHIPLEY M.

ENFERMERA DE QUIROFANOS - 1ra. EDICION 1978.
ED. INTERAMERICANA, PAG. 104, 105.

20

a) LIMITACION DEL AREA QUIRURGICA

CONCEPTO:

Es la técnica que realiza la enfermera y el cirujano o el -- primer ayudante para cubrir la región operatoria, previamente -- aseptizada, con ropa estéril.

PRINCIPIOS:

1. Proteger la incisión quirúrgica con un amplio margen de - esterilidad.
2. Cuidar al paciente de agentes contaminados del exterior.

COMPRESAS SENCILLAS O PRIMEROS CAMPOS:

Son prendas de algodón con medidas y características específicas para el fin que se van a utilizar.

PROCEDIMIENTO:

- En la limitación del área a operar con un paciente en decúbito dorsal, como regla general se utiliza un número previo de cam - pos en base a la especialidad quirúrgica.
- Se procede primero a proporcionar la sábana de pies o pubis pa - ra cubrir las extremidades pélvicas.
- En seguida se colocan las compresas sencillas o primeros campos que limitan la incisión quirúrgica, fijándolas con pinzas roe - der o puntos de seda, cuando hay necesidad de utilizar Rayos X trans-operatorio.
- Se termina colocando la sábana hendida o quirúrgica.

PRECAUCIONES:

- Las maniobras serán suaves al proporcionar los campos, de tal -

manera que de dos movimientos se coloquen de la enfermera al quirujano y de éste al paciente,

- La colocación de los campos se deberá hacer desde un área estéril hacia otra contaminada, el área estéril se conserva detrás del campo estéril.
- El campo quirúrgico estéril debe conservarse más arriba de la cintura hasta que se coloca en su sitio.
- Una vez colocado el campo no debe moverse, porque los extremos quedarán debajo del nivel de esterilidad.
- Una vez que se ha colocado el campo no debe acercarse al área operatoria.
- Las corrientes de aire y el polvo de las ropas deben evitarse siempre que sea posible, por lo tanto no deben sacudirse o agitarse los campos quirúrgicos.

CONCLUSIONES:

1. El doblar quirúrgico evita sacudidas y movilización de polvo y gérmenes.
2. Con la colocación de referencias en las compresas y ropa quirúrgica, se evitan tiempos perdidos y rupturas de la cadena de esterilización.

(*) BROOKS, SHIPLEY M

ENFERMERA DE QUIROFANOS - 1ra. EDICION 1978.

ED. INTERAMERICANA - PAG. 81-82-83.

V.- PROGRAMAS PARA EL PERSONAL DEL AREA QUIRURGICA

A.- P R O G R A M A S

La cuidadosa elaboración de programas es uno de los factores esenciales cuando se desea que éste incluya todos los temas de importancia. Es importante, tomar en cuenta cuál es la finalidad -- que se persigue, para lograr un adecuado proceso de enseñanza -- aprendizaje en el personal de enfermería, y demás miembros del -- equipo quirúrgico que laboran en la unidad quirúrgica.

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO SOBRE " ACTUALIZA
CION DE TECNICAS QUIRURGICAS EN ENFERMERIA " .

J U S T I F I C A C I O N

La necesidad de mejorar la atención del paciente, dentro del área quirúrgica nos lleva a elaborar el siguiente progrma de -- adiestramiento en servicio que incluyan aspectos específicos que permitan capacitar y adiestrar al personal que labora en este ser vicio.

Objetivo Gral.

Al concluir el programa, el personal, pondra en práctica sus conocimientos teórico-prácticos para elevar la atención del pa -
ciente quirúrgico.

Organización:

- Duración.- 14 días (30 hrs).
- Fecha.- Del 14 de Julio al 1º de Agosto -
de 1980.
- Horario.- De las 18 a 20 hrs. de Lunes a --
Viernes.
- Coordinadora.- Enfra. Yolanda Elena Nurse Blake.
- Personal Docente.- Médicos y personal de Enfermería
del departamento quirúrgico de --
los cuatro turnos.
- Técnica de Enseñanza.- Individuales y Grupales.
- Aux. didácticos.- Rotafolio - Equipo y material qui
rúrgico.
Material Impreso - Epidiaincopio.
Diapositivas - Películas.

Evaluación.-

Diagnóstica a través de preguntas de reforzamiento durante la práctica.

Sumativa « través de examen objetivo.

Objetivos Terminales:

- 1° Identificarán las características físicas de un quirófano.
- 2° Manejarán con habilidad y destreza los diferentes aparatos -- electromédicos.
- 3° Valoraran la importancia de llevar a cabo las diferentes técnicas quirúrgicas.
- 4° Reconocerán los tiempos quirúrgicos utilizados en el trans - operatorio.
- 5° Ofrecerán cuidados específicos al material y equipo utiliza - do en el acto quirúrgico.
- 6° Realizarán visitas pre y post-operatorios a los pacientes qui - rúrgicos.
- 7° Participarán activamente durante las labores quirúrgicas.
- 8° Investigarán las diferentes técnicas quirúrgicas a seguir.
- 9° Prepararán psicológica y físicamente a sus pacientes.

	FECHA	HORA	CONTENIDO	PROGRAMATICO	TECNIC DIDACTICA	RECURSOS	PERSONAL
VII	18 a	20 -	Unidad I	Orientación Gral. al curso. 1.- Objetivos 2.- Tema 3.- Subtema 4.- Evaluación Dx.	Lectura comen- tada. -Exposición -Interrogato- rio escrito.	Material Impreso.	Infra. Coordinadora.
16- -80	18 a	20 -	Unidad II	Quirofano 1.- Concepto 2.- Característi- cas. a) Paredes b) Iluminación c) Pisos d) Humedad e) Temperatura	-Exposición	Diapositi- va. -Quirofano	Dr. De Avila.
VII	18 a	20 -	Unidad III	Aparatos electromé- dicos. 1.- Electrocoagula- dor. 2.- Electrocardio- grama. 3.- Otros	-Exposición -Demostración	Material Impreso. Aparatos Electromé- dicos	Infra. Arenas.
21, 23, 25, VII- 80	18 a	20 -	Unidad IV	Técnicas Quirúrgi- cas. 1. Lavado de manos 2. Secado de manos	-Lectura co- mentada. -Exposición	Material Impreso. Material y equipo qui- rúrgico.	Infra. Prof. Irujo
VII- 80	18 a	20 -		3. Puesta de la ba- ta. 4. Calzada de Guan- tes. 5. Arreglo de la me- sa rectangular	-Demostración	Diapositi- vas.	
VII- 80	18 a	20 -		6. Arreglo de la me- sa riñón. 7. Arreglo de la me- sa de mayo	-Demostración	Película Mesas qui- rúrgicas.	
VII- 80	18 a	20 -		8. Lavado de Instru- mental y Esteri- lización del mis- mo.	-Exposición y Demostración del mismo.	Instrumental y auto- clave.	Infra. Prof. Valle
VII- 80	18 a	20 -		9. Cuidado de las - agujas durante - la intervención. 10. Preparación y es- terilización de las agujas.	-Demostración	Agujas auto- clave.	Infra. Prof. Arenas.

A	HORA CONTENIDO	PROGRAMÁTICO	TÉCNICA DEBANTICA	RECURSOS	PERSONAL	
0- 80	18 a 20 - Hrs. (4Hs)		11. Limitación del área quirúrgi- ca. a) Asépsia y Antisépsia de la región. b) Colocación de campos qui- rúrgicos.	-Demostración	-Quirófanos -Soluciones Antisépti- cas. -Campos -- Quirúrgi- cos.	Enfra. Prof. Nurse
0- 80	18 a 20 - Hrs.	Unidad V	Tiempos Quirúrgicos a) Corte. b) Disección. c) Separación. d) Exploración - tiempo séptico. e) Reparación.	-Exposición. -Demostración.	-Película -Material y Equipo quirúrgi- co.	Enfra. Pérez.
II 80	18 a 20 - Hrs.	Unidad VI	Cuidados al mate- rial. -Lavado al material de acero. -Material cortante -Material de hule. -Material de vidrio.	-Exposición. -Demostración.	-Material y Equipo quirúrgi- co.	Enfra. Díaz.
II 80	18 a 20 - Hrs.		Evaluación. Sumativa a través de examen objetivo Formativa a través de una guía de eva- luación.		-Material Impreso. -Guía de evaluación final.	Enfra. Coordinadora del curso. Personal del Quiró- fano.

VI.- ORGANIZACION DEL AFEA QUIRURGICA

A.- ORGANIZACION

Esta es la segunda etapa de la administración, la cuál tiene por objeto, la reunión de los recursos y la coordinación de las actividades de varias personas para conseguir una finalidad.

La organización se conceptúa como la etapa en donde se fijan las obligaciones a individuos o a grupos de personas y al mismo tiempo en donde se señalan las relaciones de autoridad con objeto de llegar a una meta específica; su esencia es la coordinación.

En todas las organizaciones de enfermería deben estudiarse:

1. División del trabajo y departamentación.
2. Sistemas de organización clineal, " Staff " y lineal --
" Staff ".
3. Organización informal.
4. Comités.
5. Coordinación y comunicación.

1. División del trabajo.- En todas las instituciones o servicios grandes o complejos como son los de atención enfermería, su -- trabajo debe dividirse; situación que lleva inicialmente a la jerarquización y especialización, y posteriormente a una nueva reagrupación de actividades y funciones a fines en unidades, - departamentos o compartimientos.

1. Departamentación.- O la existencia de departamentos o unidades que agrupan actividades afines en los establecimientos de atención de enfermería, obedece a diversos criterios.

A). Agrupación de Actividades Afines:

Este tipo de departamentación probablemente está difundido debido a que es una forma lógica y natural; y de esta manera se habla:

- Del Departamento de Alimentación.
- Del Departamento de Radiología.
- Del Departamento de Conservación y Mantenimiento.

B). Geografía:

Toma en cuenta más que nada el factor localización, esta es empleada en instituciones dispersas, que disponen de varios edificios.

(*) FAJARDO ORTIZ GUILLERMO

TEORIA Y PRACTICA DE LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y DE HOSPITALES. EDICION 1970.

ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

PAG. 34-35-36

1).- DEPARTAMENTO QUIRURGICO

El arreglo y la situación del departamento quirúrgico depende necesariamente del tamaño y construcción general, la sala de operaciones debe estar aislada del resto del hospital para evitar que su vista, ruidos u olores causen molestias o trastornos, pero que sea fácil y rápidamente accesible desde todos los pabellones quirúrgicos y cuartos privados, departamentos de radiología y farmacia. En las construcciones modernas esto suele lograrse dotando la sala de operaciones, de aire acondicionado y haciendola a prueba de sonidos. Cuando se necesita usar el servicio de elevador, debe haber un sistema de señales o de elevadores especiales para no retrasar la ida y venida de enfermos.

El número y volumen de las salas de operaciones y cuartos accesorios varían mucho según el tamaño del hospital, el carácter y cantidad de trabajo que haya y el número de camas existentes en el hospital. Para cada sala de operaciones debe haber por lo menos un cuarto de esterilización y otro de anestesia. Además debe haber vestidores para médicos y enfermeras, cuartos para el instrumental e implementos estériles, lavabos, cuartos de limpieza con lavaderos, cuartos de trabajo y espacio apropiado para almacenar aparatos e implementos no estériles que no se usan constantemente, como mesas ortopédicas, férulas, vendajes de yeso, etc.

(*) ELYSON - FERGUSON - SEOLTIS.

ENFERMERIA QUIRURGICA, 4da. EDICION 1978.

ED. INTERAMERICANA.

PAG. 551

2) SALA DE OPERACIONES

La sala de operaciones es el lugar donde se practica la cirugía con finalidad diagnóstica, terapéutica o paliativa. El principal objetivo del personal de la sala de operaciones es realizar las intervenciones quirúrgicas con la mayor celeridad y perfección técnica humanamente posibles, sin olvidar que el individuo a quién se atiende tiene sentimientos, los exprese o no. Para satisfacer tal objetivo, el personal de enfermería aprende que son indispensables las virtudes más simples para que este departamento funcione con éxito, puesto que frecuentemente la vida de un enfermo está en juego. Esos atributos son honradez, puntualidad, viveza, capacidad para trabajar de prisa y en silencio, y comprensión de los motivos para hacer las cosas de la manera indicada.

En la sala de operaciones los organismos patógenos se reducen al mínimo gracias a medidas como son el usar máscaras sobre nariz y boca, mudar la ropa de calle por vestidos más limpios, no entrar en el más personas que las estrictamente necesarias, mantener la limpieza de todo el equipo, et. También se establecen la seguridad y eficiencia suprimiendo los muebles innecesarios. Si se necesitan implementos, deben colocarse donde pueden ser empleados con mayor eficacia en el momento deseado. Todos los aparatos deben revisarse periódicamente y repararse cuando sea necesario para evitar accidentes anestésicos y de otra índole.

La experiencia en la sala de operaciones enseña al personal muchas cosas que les permitirán ser mejores enfermeras. Los principios básicos de la técnica aséptica se aprenden mejor donde se-

práctican continuamente.

La enfermera aprende a estar más pendiente de los muchos detalles importantes que deben prepararse y revisarse para cada enfermo quirúrgico; aprende el costo y cuidado apropiado del equipo; pronto se da cuenta de que cada miembro del conjunto depende de cada uno de los demás, y que por tanto, el trabajo de conjunto es esencial. La enfermera puede apreciar el buen trabajo humano y la precisión artística al observar la actuación del cirujano y sus ayudantes.

Por último, el cuidado completo del enfermo significa más para ella, porque comprende más inteligentemente las razones de la atención preanestésica y de su efecto en la convalecencia postoperatoria.

El tamaño y la construcción de la sala de operaciones son de primera importancia, sus dimensiones no deben ser innecesariamente grandes, ni tampoco tan reducidas que dificulten una buena técnica aséptica.

(*) BARQUIN MANUEL. DIRECCION DE HOSPITALES.

2da. EDICION.

ED. INTERAMERICANA

PAG. 203-204.

(*) ELIASON - FERGUSON- SHOLTIS. ENFERMERIA QUIRURGICA.

ED. INTERAMERICANA. 4ta. EDICION 1978.

PAG. 551.

B).- ORGANIZACION FUNCIONAL DE LOS QUIROFANOS

El tiempo que se pierde entre dos operaciones sucesivas en un quirófano puede trascender hasta 15 a 40 minutos, según el hospital, su personal, el número de instrumentos quirúrgicos disponibles y la disciplina que prevalece en el departamento. El dinero que cuesta a la institución la dilapidación de horas de trabajo, puede ser considerable, particularmente cuando se trata de operar consecutivamente una serie de casos pequeños.

La puntualidad es importante. Los primeros casos del día deben comenzar prontamente en la hora señalada. Esta regla puede cumplirse estableciendo penalidades apropiadas que castiguen los retardos, los cuales podrían deberse al personal de la sala de operaciones, pero lo común es que se deban al cirujano mismo. El estricto cumplimiento de las reglas y reglamentos, con supresión o aplazamiento de las operaciones que esten en retardo, asegurará la colaboración cuando fallen las medidas menores. Al transgresor habitual deberá llamarlo al orden el jefe de cirugía. La técnica que ahorra tiempo depende de una disciplina adecuada en las horas de cirugías.

Si los instrumentos están preparados con anticipación al momento señalado, si las enfermeras se encuentran en el local, con guantes y bata; si el personal residente está preparado y el anestesiólogo ayuda a coordinar los detalles prequirúrgicos antes de que entre el cirujano, la duración de la ocupación del local quirúrgico por un determinado paciente disminuirá mucho.

Si el departamento de operaciones ha sido proyectado con un local adicional para futuras ampliaciones, dicha pieza puede usarse para la inducción anestésica o en algunos casos como una sala de operaciones más, en la cual, puede introducirse el enfermo que sigue en la lista, mientras se termina el procedimiento que se está ejecutando. Esta pieza adicional, bien utilizada, ayudará a acortar el intervalo entre los casos. Esta técnica, o variantes de la misma, se practican en los grandes quirófanos, donde deben realizarse gran número de instrumentos es importante para expeditar la marcha de las operaciones.

El mantener el buen orden y funcionamiento del departamento quirúrgico plantea otro problema. Las operaciones prolongadas y difíciles ocupan el quirófano y su personal la mayor parte del día. En las instituciones donde se ejecutan operaciones mayores y complicaciones deben ampliar sus instalaciones operatorias y el personal, para procurar que se haga el trabajo del día. El nombramiento de enfermeras quirúrgicas para determinadas especialidades, como neurocirugía, cirugía vascular, cirugía torácica, ayudará a terminar estas operaciones de la manera más eficiente y rápida.

El cirujano lento plantea otro problema. Casi todos los Hospitales cuentan con uno o dos cirujanos, que se toman más tiempo del ordinario para completar una determinada intervención. Estas operaciones de estos sujetos generalmente debieran ser programadas al final de la lista de operaciones del día, de manera que la mayoría de los demás enfermos puedan regresar a sus camas y recibir la asistencia post-operatoria inmediata en la sala de recuperación, durante el momento del día generalmente más adecuado.

En ocasiones, un caso séptico o sucio, como el drenaje de un absceso irrumpe inadvertidamente al comienzo de las operaciones planeadas para el día.

El incidente puede despertar el pánico de algunas enfermeras, que opinan que el quirófano debe cerrarse para el uso de los casos quirúrgicos limpios durante cierto tiempo. Pero por lo general casi todos los autores opinan, que en tales casos, después de un lavado completo y minucioso con solución antiséptica el quirófano -- puede utilizarse para operar en caso limpio inmediatamente.

Casi todos los hospitales se han convertido en instituciones que trabajan cinco días por semana desde que, se inició la semana de 40 horas, y la mayor parte sólo permiten cirugía electiva durante dichos cinco días. Los quirófanos tienen planteados los mismos problemas de trabajo que el resto del hospital aunque en general, no se puede ser partidario de aconsejar laxitud en el cumplimiento de las reglas y reglamentos, hay casos que sin ser de carácter urgente, no pueden esperar sin riesgo a que pase el fin de semana.

(*) OWEN KARLTON JOSEPH. ADMINISTRACION DE HOSPITALES.
ED. INTERAMERICANA. PAG. 222 Y 223.

(*) MAC EACHERN, MALCOLM T. HOSPITAL ORGANIZATION AND
MANEGEMENT. 3ra. EDICION, 1957. CHICAGO, U.S.A.
PAG. 5 AL 27.

VII.- INTEGRACION DEL AREA QUIRURGICA

A.- INTEGRACION

Esta es la tercera etapa del proceso administrativo, en el -- cual se dota al organismo social de todos aquellos medios que la - mecanica administrativa señala como necesarios para su eficaz fun- cionamiento, escogiéndolos, introduciéndolos, articulándolos y bus- cando su mejor desarrollo. (*)

Esta fase incluye, cosas y personas, dentro de las cuales van a ser más importantes las personas, y en especial la de los elemen- tos administrativos o de mando.

La integración de las personas abarca:

- 1ª Selección.- Van a ser las diferentes técnicas utilizadas - para encontrar y escoger los elementos necesarios basadas - en las políticas y necesidades de la institución.
- 2ª Introducción.- Estas van a ser las diferentes formas y ma- neras para lograr que los nuevos elementos se articulen, - lo mejor y más rápidamente que sea posible al organismo so- cial.
- 3ª Desarrollo.- Todo elemento en un organismo social busca y necesita progresar y mejorar. Por lo cual se le deben de - ofrecer todas las facilidades para que se pueda realizar - como tal.

(*) RAFAEL OTTE GUILLEMIN. - TECNICA Y PRACTICA DE LA ADMINIS- TRACION DE LA ATENCION MEDICA DE HOSPITALES.

EN LA PRENSA MEDICA MEXICANA, PAG. 43-44-45. MEXICO 1972.

B).- RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos van a ser el conjunto de personas que la boran en una organización teniendo como base las siguientes características:

- a) No pueden ser propiedad de la organización, a diferencia de los otros recursos. Los conocimientos, la experiencia, las habilidades, etc., son parte del patrimonio personal. No existe esclavitud, nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin un pleno consentimiento. (*)
 - b) Las actividades de las personas en las organizaciones son voluntarias.
 - c) Las experiencias, los conocimientos, las habilidades, son intangibles, se manifiestan sólo a través del comportamiento de las personas en las organizaciones. Los miembros prestan servicios a cambio de una remuneración económica y efectiva.
 - d) El total de recursos humanos de un país o de una organización - en todo momento puede ser incrementado.
 - e) Los recursos humanos son escasos; no todo mundo posee las mismas habilidades, conocimientos dentro del quirófano.
- 1.- Recursos humanos de enfermería con que debe contar un quirófano.
- a. Coordinadora y/o supervisora del servicio.
 - b. Jefes de turnos.
 - a) Turno Matutino.
 - b) Turno Vespertino.

- c) Turno nocturno A y B,
- c. Enfermera especializada.
- d. Enfermera general.
- e. Pasante de enfermería.
- f. Estudiante de enfermería.
- g. Técnica quirúrgica.
- h. Personal de C.E.Y.E. (*)

C.- RECURSOS FÍSICOS

Instrumental Quirúrgico:

El instrumental se agrupa tomando en consideración principalmente el uso que esta destinado, por la función que desempeña y en vista de esta utilidad, se agrupan en forma ordenada y en vitrinas adecuadas para que en cualquier momento se encuentren con facilidad. Y así los encargados de este menester los deberán clasificar de la manera siguiente:

1. Instrumentos cortantes.
 2. Instrumentos de exploración.
 3. Instrumentos de fijación.
 4. Instrumentos de hemostasia.
 5. Instrumentos de protección.
 6. Instrumentos de sutura o reparación.
1. Instrumentos Cortantes: Estos como su nombre lo indica sirven para cortar y tenemos los:
- a) Bisturios.
 - b) Cuchillos.
 - c) Tijeras.

- a) Los bisturíes se clasifican en concavos, si el filo encorvado - va hacia el dorso como la hoga # 12.
- b) Convexo cuando el filo se dirige al lado contrario al dorso. Los bisturíes pueden ser desmontables o fijos.

Son desmontables cuando son intercambiables. Y los fijos que no se pueden intercambiar. Las sierras se utilizan para cortar huesos. Y los hay de una sola hoja y unidad a un dorso movable, la hoja unida a un sólo arco que se llama árbol, esta hoja es intercambiable. Y así tenemos la sierra de Charrier, la de Farabeuf, la de Gigly.

También como instrumentos cortantes están las gubias, leguas, cínceles, cucharillas, costotomos, cizallas, las sierras eléctricas y también el termocauterio (borie).

- c) Tijeras: Hay una gran variedad de tijeras, generalmente son -- rectas y curvas. Pueden ser de punta afilada y roma. Las hay también acodadas y provistas de una sierra, también se pueden encontrar largas, cortas y combinadas de acuerdo al tipo de tijeras, forma y tamaño. Se les nombra como mayo recta y curva, metzenbaum, potts.

2. Instrumentos de Exploración:

Como su nombre lo indica sirven para explorar. Y así mismo tenemos las sondas acanaladas, estiletes, espejos frontales, espejos nasales, espejos laríngeos, otoscopios, espejos vaginales, espejos rectales, oftalmoscopios, citoscopios, uretroscopios, - bujías uretrales, histerómetro, etc.

3. Instrumentos de Fijación:

Son todas aquellas pinzas de hemostasia y coprostasia.

- a) Pinza de disección con o sin dientes.
- b) Pinza de campos.
- c) Pinza de pedículo.
- d) Pinzas para ovario (Doyen).
- e) Pinzas de secuetro.
- f) Histerolabo.
- g) Pinzas de Duval.
- h) Pinzas de Backock.
- i) Pinzas de Musseus (Mussó).
- j) Pinzas de Pozzi.
- k) Pinzas de Allis.
- l) Pinzas de Kocher.
- m) Grapas de Michel.

Instrumentos de Hemostasia:

Sirven para hacer hemostasia y presión en los tejidos o vasos -
sangrantes, se tienen las pinzas de:

- a) Pinzas de moscos curvas y rectas.
- b) Pinzas de Kelly rectas y curvas.
- c) Rochester pean finas y gruesas.
- d) Pinzas de Allis.
- e) Los clamps intestinales.
- f) Termocauterio.
- g) La venda compresor de Smarch.

Los porta agujas son instrumentos que sirven de soporte para con-
ducir la aguja a través de los tejidos.

Existen varios modelos en los que se refiere el grosor de las
anuras y del tamaño de la punta.

Pero todos ellos en variedad de dos tipos esenciales que es el de Mathieu y el de tipo Gear. (**)

Las enfermeras deben conocer nombres, usos y cuidados de los instrumentos que se usan en las diversas operaciones. (Si no están familiarizadas con los instrumentos. ¿ cómo pueden ayudar al cirujano ?) Como los instrumentos son caros, deben usarse con cuidado en forma apropiada. Los instrumentos en la sala de operaciones constituyen una inversión importante que continuamente está aumentando.

A medida que la enfermera es más competente y ayuda en las - operaciones más complejas debe conocer los nombres y usos de mu-chos instrumentos más. Estos vienen en todos los tamaños y formas e instrumentos del mismo tipo pueden variar en longitud y tamaño.

Los instrumentos básicos varían para cada procedimiento, y - de acuerdo con la especialidad de la cirugía. (***)

(*) ARIAS GALICIA FERNANDO.- ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS.
BIBLIOTECA DE SERVICIOS DE LA ADMINISTRACION, MEXICO, 1975.
PAG. 24-25.

(**) BARQUIN C. MANUEL.- DIRECCION DE HOSPITALES Y ORGANIZACION
DE LA ATENCION MEDICA. ED. INTERAMERICANA, 4ta. EDICION.
MEXICO 1979.

(***) BROOKS, SHIRLEY M.- ENFERMERIA DE QUIROFANO.
ED. INTERAMERICANA. 1ra. EDICION, MEXICO 1978.
PAG. 87 y 99.

1.- EQUIPOS QUE SE MANEJAN EN LA UNIDAD QUIRURGICA.

EQUIPO PARA SUTURA

1 Mango para bisturí # 3	2 Ganchos para piel.
1 Estillete 11.5 cm.	1 Porta Agujas Wright 12.5 cm.
1 Sonda Acanalada 11.5 cm.	1 Pinza recta Pean p/asepsia 16 cm.
2 Pinzas Disección Adson c/ y s/d. 12 cm.	1 Charola de fibra chica.
2 Tijeras Mayo recta y curva 14 cm.	2 Vasos de vidrio p/solución.
5 Pinzas Mosco rectas o curvas 12 cm.	10 Gasas 10 x 10
2 Ganchos retraxtores.	1 Compresa p/ojos.

Marcado color: Verde

TOTAL INSTRUMENTAL : 19

PREPARC _____

ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____

RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTR. RECIBIDO. _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO PARA CIRCUNCISION

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 Mango de Bisturf # 3 | 2 Pinzas Crille chicas. |
| 1 Estilete. | 4 Pinzas Jones chicas. |
| 1 Sonda Acanalada. | 1 Porta Agujas Fino chico. |
| 2 Pinzas Disección Adson con y sin dientes. | 1 Vaso de Vidrio para solución. |
| 1 Tijera Metzenbaum curva chica. | 10 Gasas 10 x 10 |
| 4 Moscos curvos. | 1 Compresa circuncisión. |
| | 1 Charola fibra de vidrio chica. |

MARCADO COLOR: AZUL Y BLANCO

TOTAL INSTRUMENTAL: 18

PREPARO _____

ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____

RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO TRAQUEOSTOMIA RECUPERACION P. B.

- | | |
|--|---|
| 1 Charola Mayo ac. inoxidable. | 1 Mango bisturí c/hojas 10 y 11. |
| 1 Soporte p/pinzas. | 1 Cánula Asp. Yankahuer Tonsi. |
| 1 Pinza Foester c/estrías. | 3 Cánulas Jackson No. 2,4,6, 6 3,5,7. |
| 1 Porta Agujas Mayo Hegar med. | 1 Jeringa de vidrio hip. PV c/agujas
hip 20 x 32 y 26 x 32. |
| 1 Tijera mayo recta med. | 4 Cintas umbilicales. |
| 1 Tijera Metzenbaum chicas. | 1 Tubo de hule asp. 3 mts. |
| 5 Pinzas Allis med. | 1 Sonda Nelaton # 14. |
| 5 Pinzas Kelly curvas chicas. | 2 Conexiones plast. gruesa y delgada. |
| 5 Pinzas mosquitos curvos. | 6 Agujas p/sutura 1/2 círculo (3 re-
dondas y 3 cortantes Nos. progresi-
vo). |
| 5 Pinzas Roeder med. | Seda # 00 y 000. |
| 2 Pinzas disección c/ y s/dientes med. | 2 Vasos p/soluciones. |
| 2 Separador Miller Senn. | 1 Compresa de rúquea. |
| 1 Pinza Laborde de 3 remes. | |
| 2 Ganchos p/tréquea (agudos). | |
| 10 Casas c/radio peque. | |

TOTAL DE INSTRUMENTOS: 38

MARCADO COLOR: AMARILLO

PREPARO _____

ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____

RECIBIDO POR (DECONT) _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTR. RECIBIDOS _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO EXANGUINEO

5 Jeringas de vidrio 10 cc c/trocacos romos P. V. Nos. 16 - 18 - 19.	1 Riñón de acero inoxidable
1 Mango de bisturí # 3 c/hojas 11 y 15	2 Tubos de Ensaye.
1 Sonda acanalada.	1 Regla metálica.
2 Estiletes (uno fino y uno grueso)	2 Llaves de 3 vías.
2 Tijeras rectas y curvas chicas finas	30 Esponja Gasa 10 x 10
2 Pinzas moscos (4 rectas y 4 curvas)	1 Compresa para ojos
2 Pinzas Jones.	2 Toallas Fullman
1 Porta Agujas fino.	1 Compresa doble 80 x 80
2 Vasos de vidrio para solución	1 Charola de Mayo de Acero Inox.

MARCADO COLOR: AZUL Y ROJO

TOTAL INSTRUMENTAL: 32

PREPARO _____	ENF. RESPONSABLE _____
FECHA ESTERILIZACION _____	RECIBIDO POR DECONT. _____
FECHA VENCIMIENTO _____	TOTAL INSTR. RECIBIDO _____
OBSERVACIONES _____	

EQUIPO DE CIRUGIA MENOR

1 Soporte para pinzas	12 Pinzas Hoeder o Brackhause gdes.
2 Pinzas Foester rectas c/estriás	2 Pinzas Dirección s/dientes med.
2 Porta Agujas Mayo Hegar mediano	2 Pinzas Dirección c/dientes med.
1 Tijera Mayo recta mediana	1 Estilete
1 Tijera Mayo curva mediana	1 Sonda Acanalada
1 Tijera Metzenbaum 10 cm.	1 Mango de bisturí # 3
6 Pinzas Allis medianas	1 Mango de bisturí # 4
2 Pinzas Hemostáticas Grille	2 Separadores Farabeuf angostos chicos
6 Pinzas Rochester Pean medianas	1 Canastilla
1 Cámara de Aspiración Y. Tonsil	

TOTAL INSTRUMENTOS: 56

PREPARO _____ ENT. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACIÓN _____ RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____ TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO DE CIRUGIA MAYOR

Soportes para pinzas	2 Pinzas Disección s/dientes 14 cm
1 Porta Agujas Mayo Hegar 18 cm	1 Estilete de 11.5 cm
1 Porta Agujas Mayo Hegar 16 cm	1 Corda Acanalada de 11.5 cm
1 Porta Agujas Punta de Diamante 18 cm	1 Mango de bisturí # 3
1 Porta Agujas Punta de Diamante 16 cm	1 Mango de bisturí # 4
1 Pinzas Foester rectas c/estofas 24 cm	1 Tijera Mayo recta 18 cm
1 Pinzas Hancock 16 cm	1 Tijera Mayo curva 18 cm
1 Pinzas Allis 16 cm	1 Tijera Metzenbaum 18 cm
2 Pinzas Oschner curvas 18 cm	2 Separadores Farabeuf anchos medianos
4 Pinzas Crille 14 cm	2 Separadores Deaver # 4
2 Pinzas Rochester Pean curvas 18 cm	1 Separador Deaver # 8
1 Pinzas Roeder o Backhaus 13 cm	1 Valva Mayo Doyen Abdominal
2 Pinzas Disección c/dientes 14 cm	1 Cánula Aspiración Yankahuer abdominal
1 Canastilla	1 Cánula Aspiración Yankahuer Tonsil

TOTAL INSTRUMENTAL: 100

PREPARO _____ ENF. RESPONSABLE _____
 FECHA ESTERILIZACION _____ RECIBIDO POR DECONT. _____
 FECHA VENCIMIENTO _____ TOTAL INSTR. RECIBIDO _____
 OBSERVACIONES _____

EQUIPO PARA COLECISTECTOMIA

1 Cucharillas Desjardin No. 1-2-3-4	5 Pinzas Lahey 23 1/2 cm
1 Cucharillas Mayo maleables 1-2-3-4	4 Pinzas Randall Nos. 1-2-3-4
3 Dilatadores Bake 18 cm (Nos. 3 al 11)	2 Pinzas Disección s/dientes 25 cm
2 Tijeras Nelson recta y curva 27 1/2 cm	1 Pinza Disección c/dientes 25 cm
1 Mango p/bisturí # 7	1 Sep. maleable lleberer
1 Sonda Oschner c/medeil	1 Canastilla Acero Inox.
4 Pinzas Mixtas 18 cm	

Marcado Color: Verde

TOTAL INSTRUMENTOS: 39

PREPARO _____	ENF. RESPONSABLE _____
FECHA ESTERILIZACION: _____	RECIBIDO POR DECONT. _____
FECHA VENCIMIENTO _____	TOTAL INSTR. RECIBIDO _____
OBSERVACIONES _____	

EQUIPO PARA GASTRECTOMIA

1 Mango de bisturí # 7	4 Pinzas Payer (2 grandes y 2 chicas)
2 Pinzas Carmalt curvas medianas	2 Tijeras Nelson 23 cm recta y curva
6 Pinzas Carmalt rectas medianas	2 Pinzas Disección s/dientes 25 cm
2 Clamps Doyen protegidos curvos	1 Pinza Disección c/dientes 25 cm
2 Clamps Doyen protegidos rectos	1 Pinza Disección c/dientes 25 cm
1 Abatidor p/intestino Lexer	1 Canastilla.
(o Separador Maleable Heberer)	

TOTAL INSTRUMENTOS: 24

PREPARO _____	ENF. RESPONSABLE _____
FECHA ESTERILIZACION _____	RECIBIDO POR DECONT. _____
FECHA VENCIMIENTO _____	TOTAL INSTR. RECIBIDO _____
OBSERVACIONES	

EQUIPO PARA HISTERECTOMIA

Soporte para pinzas	10 Pinzas Heaney semi curvas
Pinza Bozenzn curva 27 cm	1 Tirantona Doyen
Pinzas Museux recta 24 cm	1 Histerolabo Dartinguez 25 cm
Tijeras Mayo recta y curva 23 cm	2 Pinzas Pozzi 25 cm
Pinzas Allis 20 cm	2 Pinzas Disección c/dientes 25 cm
Pinzas Oschner curvas 18 cm	1 Pinza Disección s/dientes 25 cm
Pinzas Oschner rectas 18 cm	1 Mango bisturí # 5-L
Porta Agujas Mayo Hegar 24 1/2 cm	1 Canastilla

ARCAFO COLOR: CAFE Y BLANCO

TOTAL INSTRUMENTOS: 49

REPARO _____	ENF. RESPONSABLE _____
FECHA ESTERILIZACION _____	RECIBIDO POR DESCONT _____
FECHA VENCIMIENTO _____	TOTAL INSTP. RECIBIDO _____

EQUIPO PARA CIFURGIA GINECOLOGICA VAGINAL

Valva Alvard	2 Pinzas Discción c/ y s/dientes 14 cm
Valva vaginal Eastman	2 Pinzas Pender o Bankhouse 14 cm
Sonda Vesical Adson	1 Tijera Mayo recta o curva 14 cm
Histerometro Sims (Maleable)	2 Dilatadores Hegar dobles No. 3 al 13
Pinzas Pozzi 25 cm	4 Cucharillas cortantes Sims No. 1 al 4
Pinza Foester recta c/estrías 24 cm	1 Cucharilla doble Sweifed
Pinza Foester curva c/estrías 24 cm	1 Cucharilla doble Balke
Pinza Bozenan curva 25 cm	1 Charola Mayo Acero Inoxidable

MARCADO COLOR: CAFE

TOTAL INSTRUMENTOS: 35

PREPARO _____	ENT. RESPONSABLE _____
FECHA ESTERILIZACION _____	RECIBIDO POR DECONT. _____
FECHA VENCIMIENTO _____	TOTAL INSTR. RECIBIDO _____
OBSERVACIONES _____	

EQUIPO CIRUGIA PARTOS

- | | |
|---|---|
| 1 Soporte para pinzas | 1 Pinza Velly recta 14 cm |
| 1 Porta Agujas Mayo Hegar 18 cm | 1 Pinza Velly curva 14 cm |
| 1 Porta Agujas Mayo Hegar 16 cm | 2 Pinzas Rochester Pean curvas 16 cm |
| 1 Pinza Foester recta c/ estriñas 24 cm | 5 Pinzas Poeder o Backhaus 13 cm |
| 1 Pinza Bozeman curva 26 | 2 Pinzas Disección c/ y s/dientes 14 cm |
| 1 Pinza Foester curva c/estriñas 24 cm | 1 Separador Gelpi 16 cm |
| 1 Tijera Mayo recta 14 cm | 1 Sonda vesical Adson |
| 1 Tijera Mayo curva 14 cm | 1 Charola Mayo Acero Inox. |

MARCADO COLOR: CAFE

TOTAL INSTRUMENTAL: 23

PREPARADO _____ ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____ RECIBIDO POR _____

FECHA VENCIMIENTO _____ TOTAL INSTRUMENTAL RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO P/ADENOIDES Y TONSILECTOMIA

1 Soporte para pinzas	3 Cucharillas Beckman # 1-3-4
1 Porta Agujas Adson 18 cm	2 Disectores Petreactores Hud
1 Pinza Forceps White	1 Retractor Weder
2 Pinzas Sawtell semi curvas 18 cm	1 Abrebocas Jennings Medición
2 Pinzas Allis 19 cm	1 Abreboca Jennings # 13
2 Pinzas Rochester Pean curva 18 cm	1 Abrebocas Jennings # 11
2 Pinzas Rochester Pean curva 16 cm	1 Bisturí Canfield
5 Pinzas Bancckhause 8 cm	1 Mango para Bisturí # 7
1 Tijera Metzenbaum curva 18 cm	1 Cánula Yankahuer (Tonsil)
1 Tijera Knigth	1 Canastilla
1 Amigdalatomo tyding	
3 Anedoctomos la Force # 1-2-3	

TOTAL INSTRUMENTOS: 35

PREPARO _____ ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____ RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____ TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO CIRUGIA P/PROCTOLOGIA

2 Pinzas Foester c/estrías 24 cm	2 Ganchos Pratt
2 Porta Agujas punta de diamante 18 cm	1 Estilete Barr
1 Tijera Mayo recta 18 cm	2 Pinzas Russian 20 cm
1 Tijera Metzenlaum curva 18 cm	1 Espéculo Pratt
5 Pinzas Allis 16 cm	1 Espéculo Ivens Fonsler c/obturador de ebanita
2 Pinzas Rochester Pean curvas 18 cm	1 Espéculo Fonsler
6 Pinzas Kelly curvas 14 cm	1 Cánula Yankauer abdominal
0 Pinzas Mosco curvas	1 Soporte para pinzas
2 Pinzas Roeder 13 cm	3 Rifones de plástico
1 Sonda Acanalada 11.5 cm	2 Vasos de vidrio para solución
1 Estilete 11.5 cm	1 Canastilla
1 Mango de Bisturí # 3	1 Sep. Smith rectal Automático

TOTAL INSTRUMENTAL: 49

MARCADO COLOR: VERDE CON BLANCO

PREPARC _____

E.F. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____

RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO CARDIOVASCULAR

1 Pinza Disección Ahlesa Patts s/d 24 cm	1 Porta Agujas Mayo Hegar diamantado
1 Pinza Disección Patts Smith s/d 21 cm	18 cm
2 Pinzas Disección Russian 20 cm	1 Porta Agujas Mayo Hegar diamantado
2 Pinzas Disección Cushing s/d 18 1/2 cm	20 cm
1 Pinza Disección Collin Duval 20 cm	1 Porta Agujas Wangestein diamantado
1 Pinza Disección Tuttle 22 1/2 cm	28 cm
1 Pinza Aortica curva (+)	1 Tijera Dean 17 cm
1 Pinza Aortica semi curva (+)	1 Tijera Patts Smith 21 cm
1 Pinza Cooley angulada (+)	1 Tijera de Bakey 17 1/2 cm
1 Pinza Cooley recta (+)	1 Pinza Bulldog curvada (+)
2 Pinzas Potts Babek curvas 14 cm	1 Pinza Bulldog recta (+)
1 Pinza Potts recta 14 cm	1 Pinza Johns Hopkins semi curva 70 mm
1 Pinza Potts angulada 14 cm	1 Pinza Johns Hopkins curva 70 mm
1 Clamp. Cooley semi angulado	1 Canastilla A. Inox. mediana
2 Pinzas Mixer largas 22 cm	MARCADO COLOR: ROJO
2 Pinzas Lahey 18 cm	TOTAL INSTRUMENTAL: 33
1 Gancho Cushing p/nervio (semi-ramo)	

PREPARO _____

ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACIÓN _____

RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO PARA HUESO CHICO

1 Perforador Zimmer c/equipo completo Chico	2 Cinceles Alexander rectos # 12-18
1 Pinza Lowermann mediana	1 Cincel Stille recto # 10
1 Pinza Lowermann baby	3 Ocharillas Hibbs # 1-2-4
1 Pinza lane mediana	1 Separador Benner chico
1 Pinza Fugerson	2 Sep. Volkman c/6 garras agudas
1 Pinza Gubia Stille luer	2 Sep. Miller Seer agudos
1 Pinza Gubia mediana recta	1 Impactador recto
1 Pinza Ruski curva	1 Desarmador ajustable en cruz sencillo
2 Pinzas Oschner curva 18 cm	1 Lima
1 Pinza Cizalla recta mediana	1 Eq. Clavo Steiman Acero Inoxidable
1 Pinza Cizalla curva mediana	1 Canastilla
1 Elevador Longenback	1 Martillo chico
	1 Regla de Puy
	2 Legrias Farabeuf recta y curva

MARCADO COLOR: AZUL

TOTAL INSTRUMENTAL: 33

PREPARO _____

ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____

RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTP. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO PARA HUESO GRANDE

1 Perforador Zimmer c/eq. brocas completo	1 Regla Zimmer
1 Martillo Kirk grande	5 Oucharillas Brun del 1 al 5
2 Retractores Banner grande y mediano	2 Luerras Farabeuf recta y curva
2 Retractores Hibbs grandes	3 Cinceles Stille varios cortes
2 Retractores Volkman c/4 garras agudas	2 Cinceles Alexander varios cortes
1 Impactador recto grande	1 Gubia Stille Luer recta grande
1 Pinza Lowman grande	1 Gubia Stille Luer curva grande
2 Pinzas Forops Lane grandes	1 Cizalla Stille Liston recta grande
1 Pinza Gubia Stille Luer angulada	1 Cizalla Stille Liston curva grande
1 Elevador Longenbeck recto	1 Desarmador en cruz (Puy)
1 Equipo de clavos Steiman y alambre Yirshner completo	1 Desarmador Sencillo (Puy)
	1 Canastilla.

MARCADO COLOR: AZUL

TOTAL INSTRUMENTAL: 35

PREPARO _____ ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____ RECIBIDO POR DECONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____ TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO ENCLAVAMIENTO DE CADERA

1 Impactador c/extractor 2 aditamentos Smith Pettrson	1 Impactador p/prótesis de Moore
1 Desarmador de Strayker	1 Extractor p/prótesis de Blaunt
1 Desarmador de Puy en cruz	1 Escalopa hueca de Moore
2 Brocas perforadoras Zimmer	1 Calzador p/prótesis de Moore grande
1 Fresa Rima	1 Gancho retractor Kocher
1 Esterómetro	3 Placas de Mc Laughlin No. (5 1/4) (3 3/4) (8") comp.
3 Impactadores rectos Acero Inox.	5 Placas Neufeld No. (3 3/4 x 3 1/2) (3 1/4 x 3 1/2) (3 3/4 x 5) (4 x 3 1/2) (3 1/2 x 3 1/2)
1 Insertador y extractor p/clavo placa Jewett	5 Clavos Jewett No. (4 x 4) (3 3/4 x 4) (3 1/2 x 4) (3 1/4 x 4) (3 x 4)
2 Extractores para placa Neufeld	8 Clavos Tortor (entrada ancha) Nos. (4 3/4) (4 1/2) (4 1/4) (4) (3 3/4)
1 Llave en T p/tornillos placa Mc Laughlin	(3 1/2) (3 1/4) (3)
1 Llave de 3/8	
1 Plantilla de Moore	
1 Extractor en T de Moore	
1 Conductor Extractor c/gancho de Moore	1 Canastilla

TOTAL INSTRUMENTOS: 45

PREPAGO _____

ENF. RESPONSABLE _____

FECHA ESTERILIZACION _____

RECIBIDO POR DESCONT. _____

FECHA VENCIMIENTO _____

TOTAL INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO PARA FIJACION Y COMPRESION

1 Medidor para tornillos

1 Llave Española

1 Aparato de Compresión

1 Soporte para tornillos Corticales

1 Soporte para tornillos Maleolares, Esp. 1/4 Cuerda, Esp. 3/4 Cuerda

1 Desarmador

1 Llave perforador para tornillos

7 Placas Smith Kline Rectas Pesadas

8 Placas Smith Kline Rectas Livianas

225-18 _____
 225-12 _____
 225-13 _____
 225-08 _____
 225-07 _____
 225-06 _____

223-12 _____
 223-10 _____
 223-09 _____
 223-08 _____
 223-07 _____
 223-06 _____
 223-05 _____
 223-04 _____

Placas Smith Kline en Angulo

Tornillos Maleolares

234.20-50 _____
 234.60-50 _____
 234.70-50 _____

215.30 _____
 215.35 _____
 215.40 _____
 215.45 _____
 215.50 _____

Tornillos Corticales

Tornillos para Hueso Esponjoso

16 _____ 32 _____
 18 _____ 34 _____
 20 _____ 36 _____
 22 _____ 38 _____
 24 _____ 40 _____
 26 _____ 44 _____
 28 _____ 48 _____
 30 _____ 52 _____

3/4 Cuerda
 217.30 _____
 217.35 _____
 217.40 _____
 217.45 _____
 217.50 _____

Tornillos para Hueso Esponjoso 1/4 Cuerda

216.30 _____
 216.35 _____
 216.40 _____
 216.45 _____
 216.50 _____

EQUIPO SMITH KLENE DE COMPRESION Y FIJACION A INOX.

1 Estuche c/soporte y charola	1 Guía p/brocas y mango de asa 2.0 mm.
2 Aparatos p/compresión grande y chico	1 Guía p/brocas largo 53 mm.
1 Broca iniciadora	1 Guía p/brocas corta 48 mm.
2 Brocas largas p/hueso esponjoso	1 Perforador en "T" p/hueso esponjoso
2 Brocas cortas p/hueso esponjoso	largo 6.0 mm.
1 Broca c/tope 4.5 mm.	1 Perforador en "T" p/hueso esponjoso
1 Broca c/tope 3.2 mm.	chico
1 Broca 4.5 mm.	1 Gancho curvo agudo
2 Brocas 3.2 mm.	1 Desarmador c/punta exagonal
2 Brocas 2.0 mm. chicas	1 Desarmador punta en X c/cuña
1 Conductor de brocas y tensor p/compresión	1 Llave plana curva 8 mm.
1 Guía p/brocas c/aditamento y mango de asa	1 Llave española 11 mm.
1 Guía p/brocas y mango de asa	1 Llave p/compresor
1 Guía p/brocas y mango de asa 3.5 mm.	1 Llave Socket
	1 Mango p/brocas cortas y largas
	1 Medidor de tornillos y profundidad

TOTAL INSTRUMENTAL: 33

PREPARO _____	INF. RESPONSABLE _____
FECHA ESTERILIZACION _____	RECIBIDO POR EXCONT. _____
FECHA VENCIMIENTO _____	TOTAL INSTRUMENTAL _____
OBSERVACIONES _____	

EQUIPO PARA FIJACION Y COMPRESION DE VITALLIUM

Desarmador punta Phillips
 Llave de Socket
 Aparato de Compresión
 Perforador con mango en T
 Guía de Extremo
 Perforador para hueso canceloso
 Guía 5/32
 Medidor de profundidad
 Brocas perforadoras 1/8
 Placas Compresión
 5 1/4" c/2 orificios --
 4 5/8" c/7 " --
 4" c/6 " --
 2 3/4 c/4 " --
 Placas Compresión pesadas
 5 7/8" c/9 orificios --
 5 1/4" c/8 " --
 4 5/8" c/7 " --
 4" c/6 " --
 Tornillos Cancelosos
 1" --
 1 1/4 --
 2 1/2 --
 3" --
 3 1/2 --
 Tornillos para Compresión
 1" --
 1 3/8 --
 7/8 --

RECIBIO _____

ENTREGO _____

FECHA _____

ENLACE HARRINGTON DE ACERO INOXIDABLE

- 1) Soporte Acero Inoxidable para barras y ganchos
- 4) Pinzas para ganchos Hoor 1265-01
- 1) Pinza Spreador 1204
- 1) Clamp para barra de compresión 1267-01
- 1) Llave para barra compresión 1271
- 1) Charola de Mayo grande de Acero Inoxidable
- 2) Cinceles gubias
- 1) Martillo de fibra de vidrio Zimmer
- 1) Pinza dirección fenestrada Mayo 23 cm:
- 1) Llave española 5/16
- 1) Conductor para gancho curvo 1268-01
- 1) Conductor para gancho recto 1268-02
- 1) Conductor para gancho curvo 1269-01
- 1) Conductor para gancho recto 1269-02

PARA BARRA HARRINGTON (DISTRACCION)

(2) - 0" _____	(2) - 7" _____
(2) - 1" _____	(2) - 8" _____
(2) - 2" _____	(2) - 9" _____
(2) - 3" _____	(2) - 10" _____
(2) - 4" _____	(2) - 11" _____
(2) - 5" _____	(2) - 12" _____
(2) - 6" _____	

- (2) Barras para compresión lumbar c/ganchos y tuercas # 1226 10 cm
- (1) Barra para compresión lumbar c/ganchos y tuercas Zimmer

GANCHOS PARA BARRA HARRINGTON

(8) 1251 _____	(8) 1253 _____
(8) 1252 _____	(8) 1254 _____

- (8) Ganchos para barra de compresión 1259
- (4) Barras de compresión 1/8 con 8 tuercas 1258
- (2) Barras Sacral 1261
- (1) Folio de alambre # 18

PREPARO _____ ENG. RESPONSABLE _____

FECHA ENTREGA _____ RECIBIDO POR DEPONE _____

FECHA VENCIMIENTO _____ TITULO INSTR. RECIBIDO _____

OBSERVACIONES _____

EQUIPO PARA CRANEOTOMIA

Trapan Hudson Drill con Telescopio	1 Pinza Bayoneta s/dientes
Sep. Witlaner c/garras romas	2 Pinzas Bayoneta grandes s/dientes
Sep. Witlaner c/garras agudas	1 Pinza Morrison grande
Sep. Jensen automaticos	1 Pinza Wilms
Sep. Green.	1 Pinza Gubia Stille Luer angulada
Sep. Kocher c/garras agudas	2 Pinzas Ruski curva y recta 16 cm.
Soporte con tracción y llave para espátula Davis	1 Pinza Gubia Stille Luer curva
Espátulas Davis maleables	1 Pinza Cushing curva
Elevadores p/periostio Freeman	2 Pinzas Cushing disección con y sin dientes 16 cm.
Elevador p/periostio Kocher	2 Pinzas Mc Kinzie 16 cm.
Elevador p/periostio Kocher curvo	1 Magazine con garras de plata de do ble carril
Elevador p/periostio Longenbeck recto	1 Cánula Frazer Corp. # 6 fina

MANEJO ADMINISTRATIVO DEL MATERIAL Y EQUIPO

La sala de operaciones es uno de los servicios más costosos - del Hospital, por lo que el desperdicio de equipo puede alcanzar - enormes proporciones. La economía, llevada a la práctica por bre - ves momentos, se convierte en costumbre y se practica en forma ha - bitual. El Hospital y todo el personal interesado compartirá los - beneficios obtenidos de la economía.

Para el buen funcionamiento de los quirófanos, se requiere no sólo una adecuada, instrumental y demás equipo, sino que la considera - ción fundamental sea de tipo monetario. Existe un nivel de seguri - dad más allá del cual no se harán economías, pues éstas se conver - tirán en un riesgo; sin embargo, está injustificado derrochar el - equipo sólo porque se dispone de él.

LA ECONOMIA EN LA SALA DE OPERACIONES

OBEDECE A VARIOS PRINCIPIOS:

1. Al principio de que " lo justo es lo suficiente " en cuanto a ropa, soluciones y equipo.
2. Utilizar la ropa, el instrumental y todo el equipo para el fin que fue destinado.
3. Manipular cuidadosamente todo el equipo.
4. Seguir precauciones adicionales y espaciar al manipular artícu - los frágiles y delicados.

- Disponer de personal adecuadamente adiestrado en la utilización y cuidado del equipo y abastecimiento antes de del equipo y -- abastecimiento antes de delegar responsabilidades de manejo y - cuidado.
1. Eliminar del servicio a personas propensas a sufrir accidentes.
 2. Apagar las luces, cuando no se necesiten.
 3. Tener un mínimo de agujas e instrumental variado que utilizá el cirujano en cada operación.
 4. no abrir otro paquete de hilo para dar el último punto generalmente sobran algunos fragmentos de longitud suficiente.
 5. No vaciar mayor cantidad de soluciones que las indicadas.
 6. Hay que utilizar primero el material con la fecha más antigua - de esterilización para que no caduque ni se deteriore.
 7. No golpear los muebles contra las paredes.
 8. Revisar la ropa sucia para impedir que se envíen instrumentos - a la lavandería.
 9. No manipular la tela adhesiva con guantes de caucho pues se pega a ellos y los rompe. (#)

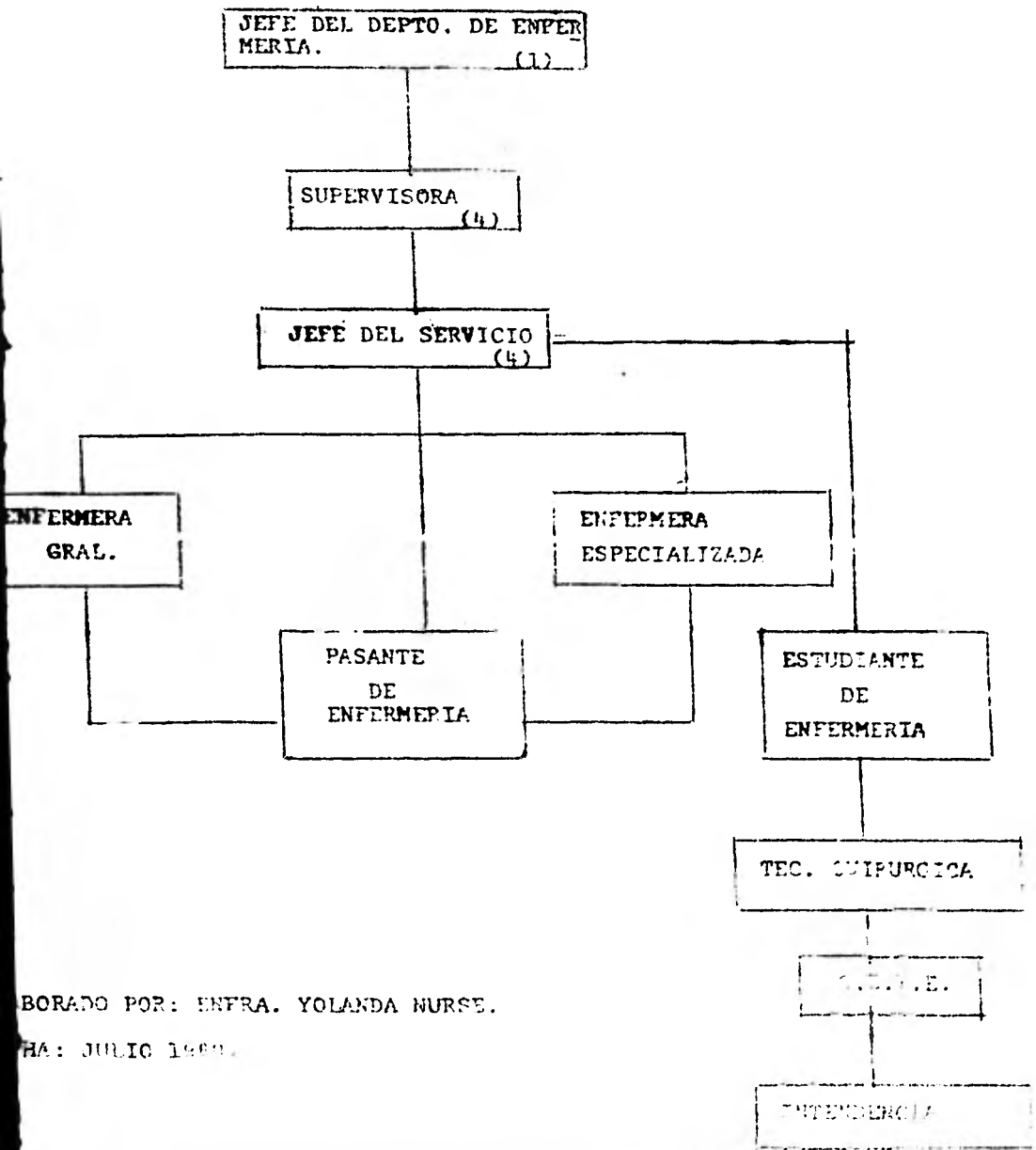
A) FERRY, IRMA CORNELIA.- TÉCNICAS DE QUIRÓFANO.

ED. INTERAMERICANA, S.A. EN MEXICO 1970.

ISSN. 175-0920.

VIII.- PERSONAL DE ENFERMERIA

.- ORGANIZACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA



BORADO POR: ENFRA. YOLANDA NURSE.

HA: JULIO 1961.

B.- FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DE LA JEPE

a) Administrativas:

1. Planeará o trazará sus objetivos de la educación continuada en el servicio.
2. Deberá presentarse por lo menos quince minutos antes que su personal a recibir el turno, ya que ella debe poner el ejemplo de la puntualidad en el servicio y para detectar problemas que se presenten antes de iniciarse las labores.
3. Presentarse debidamente uniformada en el servicio, nunca presentarse con ropa de calle en el servicio, ya que esto es foco de contaminación.
4. Llevar a cabo juntas periódicas con el personal de quirófanos para intercambiar ideas o para comunicación.
5. Delimitará las funciones del personal, para facilitar más el trabajo.
6. En el área administrativa, programación de las cirugías.
7. Control de hipnóticos y psicotrópicos.
8. Control de rotas de vacaciones y descansos, de los cuatro reglones.
9. Llevar la estadística de las cirugías programadas.
10. Control de las placas de histopatología, bacteriología y laboratorio.

11. Reportar todas las anomalías, descomposturas, fallas de las salas de operaciones, equipo móvil y semimóvil.
 12. Reportar y coordinarse con el departamento de C.E.Y.E. para dar de baja todo el instrumental defectuoso o en malas condiciones.
 13. Advertir al cirujano que no existe el instrumental adecuado al programar la intervención.
 14. Supervisará al personal de intendencia, en el aseo del departamento.
 15. Se coordinará con el comité de infecciones para el control del personal y del área física.
 16. Llevar el registro de operaciones diariamente.
 17. Vigilará la secuencia adecuada de las operaciones.
 18. Deberá hacer el pedido de todo lo necesario para su departamento.
 19. Vigilará que no se retiren de los quirófanos, ropa, muebles, instrumentos o piezas operatorias, etc., sin el vale correspondiente.
 20. Realizar juntas periódicas con el jefe de cirugía y de anestesia para unificar criterios de sistemas de trabajo.
- b) Técnicas:
21. Revisará las salas de operaciones, antes y después de cada cirugía, para supervisar el aseo y arreglo del mismo.

22. Supervisará a su personal continuamente en cuanto a las técnicas de trabajo para detectar habilidades y destrezas, o para afocar la educación hacia lo anormal.
23. Supervisará el aseo de las salas, en especial en las cirugías sépticas, para prevenir las infecciones cruzadas en el departamento.
24. Supervisará que se respeten las áreas.
25. Supervisará el manejo de los aparatos especializados, para evitar que se les den mal uso y se descompongan.
26. Vigilará que no intervengan en las operaciones personas ajenas salvo autorización del cirujano o cualquier otra autoridad.
27. Darle facilidades al personal para que siga los cursos de actualización dentro del área quirúrgica.

c) Docentes:

28. Supervisará las funciones de la estudiante de enfermería.
29. Se coordinará con la escuela de enfermería.
30. Participará en la evaluación de las alumnas.
31. Facilitará el acceso de las profesoras para el estudio del caso clínico.
32. Promoverá las sesiones clínicas de las alumnas.
33. Detectará habilidades en el alumnado para el momento de la selección de personal.

ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

1.- VISITA PPE - OPERATORIA.

CONCEPTO:

Es la relación personal enfermera-paciente, antes de una intervención quirúrgica.

OBJETIVOS:

1. Conocer en forma íntegra al paciente, su diagnóstico y su tratamiento quirúrgico.
2. Preparar al paciente física, psicológica y espiritualmente.
3. Proporcionar confianza y seguridad.
4. Informar al paciente sin abarcar aspectos técnicos.
5. Establecer el riesgo anestésico-quirúrgico, al obtener información sobre el tipo de anestesia.
6. Preveer instrumental, equipo y material.

NOTA: La enfermera instrumentista se deberá presentar ante la Enfermera Jefe del Servicio y solicitar autorización y el expediente del paciente.

DIALOGO:

ENFERMERA: Buenas tardes, como está usted.

PACIENTE: Buenas tardes señorita.

ENFERMERA: Soy la Srita. Nurse, instrumentista de la operación que le van a hacer mañana, estoy a sus órdenes.

PACIENTE: Mucho gusto señorita.

ENFERMERA: Es usted la Sra. Martha Elena Godínez?

PACIENTE: Sí señorita.

ENFERMERA: Le informé el Doctor a qué hora será su operación?

PACIENTE: Sí señorita, me dijo que a las 10 hrs. de mañana.

ENFERMERA: Sabe usted de que la van a operar ?

PACIENTE: Si... me van a quitar la vesícula

ENFERMERA: Para mí es muy importante que nos conozcamos, ya que estaré esperandola en la sala de operaciones.

PACIENTE: Deveras ?...estará usted ahí ?

ENFERMERA: Claro sólo que quizá no me reconozca facilmente, ya que ahí el uniforme que llevo es verde, con la cabeza, boca y nariz cubiertos; y sólo me vera los ojos; tal vez reconozca mi voz.

PACIENTE: Espero que sí.... es usted muy amable.

ENFERMERA: Cómo se siente ?.... en que la puedo ayudar ?

PACIENTE: Estoy un poco nerviosa.

ENFERMERA: Tranquíllese, ya que el cirujano que la operará es muy competente, todo el personal la ayudaremos a que se restablezca pronto.

El doctor o su ayudante la visitarán ?

PACIENTE: Al Doctor lo ví en la consulta antes de internarme; hoy recibí la visita del médico que me va a anestesiar; me exploró y me hizo algunas preguntas.

ENFERMERA: Voy a rasurar y prepararle la piel donde la van a -- operar.

PACIENTE: Sí señorita.

ENFERMERA: Hoy se quedará sin cenar, en ayuno mañana; y antes de que la lleven a operaciones, le aplicarán una inyección, le cubrirán su pelo con un gorrito y vendarán sus piernas; no debe llevar joyas, dientes postizos ni pasadores.

PACIENTE: Sí señorita, todo está en orden hasta el momento, -- gracias.

- ENFERMERA: Necesita algún consejero espiritual ?
- PACIENTE: Gracias señorita, lo ví antes de internarme.
- ENFERMERA: Bueno, hasta mañana, que duerma bien y tranquilícese, todo va a salir bien.
- PACIENTE: Gracias señorita que le vaya bien.

CONCLUSIONES:

1. La visita pre-operatoria es útil, tanto para el paciente como para la enfermera, porque lo conoce y lo valora.
2. El paciente se impresiona favorablemente, por el interés que muestra el personal de enfermería.
3. Disminuye la tensión a que está sujeto el paciente y principalmente los accidentes anestésicos.
4. Favorece la terapéutica quirúrgica.
5. Ofrece un marco de seguridad tanto para el paciente como para el familiar.
6. Valoran la personalidad del paciente particularmente con respecto de sus motivos para cooperar durante el periodo post-operatorio.
7. Tranquilizar al paciente con respecto al acto quirúrgico al que va a someterse. El paciente y su familia pueden tener distintos problemas que deben ser contestados en términos generales. (*)

NOTA: Esto se hará la noche anterior a la intervención quirúrgica.

(*) TEMATICA SOBRE LA ENFERMERIA EN LA QUIRURGICA.

ED. INTERAMERICANA, 3ra. EDICION MEXICO. 1978.

PAG. 45-46-47

C) FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

1. Deberá leer la hoja de operaciones y tomar nota de la hora - naturaleza del caso y anestesia que haya de usarse.
2. Verificar los instrumentos que hayan de usarse durante la -- operación.
3. Proceder sistemática, precisa y deliberadamente, de acuerdo con las normas exigidas a ordenar y preparar el local para - la operación que haya de realizarse.
4. Realizar el lavado de manos quirúrgica de cinco a diez minutos, antes de la intervención quirúrgica.
5. Mantener una técnica quirúrgica aséptica durante todo el procedimiento.
6. Dar los instrumentos al cirujano de acuerdo a los tiempos -- quirúrgicos.
7. Dar cuidados posteriores al equipo.
8. Retirar todas las compresas sueltas de la mesa de instrumentos y del campo operatorio, de la incisión peritoneal, en todas las operaciones abdominales o cualquier otra que se realice en cavidades.
9. Usar compresas radiópacas o con anillos de laparotomía visibles a rayos X, para que puedan ser localizados radiológicamente.
10. Colocar los instrumentos al alcance del cirujano, para mayor rapidéz del acto.
11. Entregar en manos del cirujano los instrumentos con técnica quirúrgica.
12. Anticiparse a las necesidades del cirujano.
13. Colocar los instrumentos contaminados en una pañonera y retirarlos del campo operatorio.

14. Mantener solución tibia para humedecer las compresas.
15. Mantener dispuestas tres suturas; una, la que maneja el cirujano, otra preparada sobre la mesa de instrumentos de mayo y la otra en vías de preparación.
16. Preparar y humedecer la sutura antes de pasarla al cirujano.
17. Evitar exponer innecesariamente las suturas, manteniéndolas en el lienzo de las suturas.
18. Tener al alcance de su mano la bandeja de muestras y tubos de cultivos. (*)
19. Contar el instrumental antes de cerrar la herida quirúrgica.
20. Lavar el instrumental utilizado en la cirugía y prepararlo para su estérilizado.
21. Supervisar los cuidados finales al paciente.
22. Es muy importante que se cuenten las gasas por lo menos tres veces antes de la operación, cuando se cierra la cavidad y al cerrar la piel. (**)

(*) BARQUIN C. MANUEL.- DIRECCION DE HOSPITALES.
ED. INTERAMERICANA. 2da. EDICION.
PAG. 212-213

(**) BROOKS, SHIPLEY M.- ENFERMERIA DE QUIROFANO.
ED. INTERAMERICANA. 3ra. EDICION MEXICO 1978
PAG. 64-65-66

2.- VISITA POST - OPERATORIA,

CONCEPTO:

Son las entrevistas que se le realizan al paciente en su ca -
ma, después del acto quirúrgico.

OBJETIVOS:

1. Comprobar si las técnicas aplicadas en el trans-operatorio fueron correctas.
2. Investigar y satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del paciente, posteriores al acto quirúrgico.
3. Proporcionar cuidados de enfermería generales y específicos a pacientes quirúrgicos de acuerdo a su evolución.

INTRODUCCION:

La visita post-operatoria a un paciente operado de Gastro-ent-
terología, se realiza con la autorización de la jefe de piso, la -
cuál proporciona el expediente, donde se observan las órdenes médi-
cas post-operatorias, notas de evolución, reporte de enfermería y
se realiza la visita al paciente, se verifica el estado general y
en especial la herida quirúrgica.

NOTA: Mientras se realiza la entrevista, la enfermera arregla la -
cama, cojín de masaje, comprueba circulación periférica pre-
sionando el pulgar del pie, le ayuda a levantarse de la ca -
ma, revisa el apósito, discretamente toma el pulso, respira-
ción, y le indica que realice ejercicios respiratorios.

DIALOGO:

ENFERMERA: Buenas tardes Sra. Gómez.

PACIENTE: Buenas tardes señorita.

TRATAMIENTOS DE ENFERMERIA:

1. Generales:

- a) Registro de signos vitales.
- b) Higiene del paciente.
- c) Cambios de posición.
- d) Ejercicios respiratorios.
- e) Aplicación de soluciones parenterales.
- f) Ministración de medicamentos.
- g) Deambulación.

2. Específicos:

- a) Mantener sonda nasogástrica permeable.
- b) Control de líquidos.
- c) Curación de herida séptica.
- d) Vendaje en miembros inferiores.
- e) Observar circulación periférica.
- f) Masaje de miembros inferiores.

CONCLUSIONES:

1. Es importante que la enfermera quirúrgica, satisfaga las necesidades físicas y psicológicas del paciente en la visita post-operatoria.
2. La enfermera quirúrgica realice diagnósticos de enfermería y de acuerdo a éstos, aplique los procedimientos adecuados.
3. Las visitas post-operatorias son importantes, puesto que ayudan a mantener una relación efectiva con el paciente, y no se limita únicamente al acto quirúrgico. En esta época de tecnificación mecanizada debemos cuidar el aspecto humano efectivo, para beneficio del paciente y nuestro prestigio.

ayuno absoluto, ha presentado dos micciones espontáneas, no ha evacuado, ha expulsado gases, signos vitales dentro de la normalidad, apósitos impregnados con secreción serosanguinolenta, movilización en cama, venoclisis permeable en miembro superior izquierdo pasando solución glucosada al 5% de 1000 ml. + 20 mg. de K. CL.

D) FUNCIONES DE LA ENFERMERA CIRCULANTE

1. Leer el plan de las operaciones un día antes para tener todo -- dispuesto a la hora indicada de la cirugía, naturaleza del caso y anestesia que se va a utilizar.
2. Tener y mantener el local limpio disponer los muebles en orden dentro de la sala al igual que los utensilios que vayan a ser -- utilizados.
3. Tener todo el equipo y utensilios necesarios.
4. Probar las luces, la máquina aspiradora y otros aparatos que hayan de usarse.
5. Ayudar a la enfermera instrumentista.
6. Al recibir al enfermo, revisará:
 - a) Expediente clínico con hojas rotuladas y completas.
 - b) Brazalete de identificación con nombre correcto del paciente corroborando con el paciente, si esta en condiciones de hacerlo.
 - c) Preparación física de la piel de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica.
 - d) Aseo personal de paciente.
 - e) Camisa: limpio y desabrochado.
 - f) Si el paciente viene premedicado.

g) Estado de conciencia,

7. Ayudar a colocar al paciente en la mesa operatoria, y dar posición necesaria, y colocar las bandas de sujeción.
8. Ayudar al anestesiista en todo lo que sea necesario.
9. Descubrir y ayudar a preparar el campo operatorio del enfermo, - del centro a la periferia de limpio a sucio.
10. Vigilar que toda persona que entre en el quirófano lleve el uniforme reglamentario.
11. Ayudar a la enfermera instrumentista, y a los médicos a sujetar la bata estéril.
12. Ajustar las luces, las mesas de instrumentos, los protectores - de pies, las cubetas, los aparatos de aspiración y aparatos que se utilizan.
13. Proveer a la enfermera instrumentista material estéril que se - necesita.
14. Administrar al paciente cualquier medicamento o solución que ordene el médico anesthesiólogo, o el cirujano.
15. Mantener libre el piso de compresas sucias.
16. Etiquetar todas las muestras para análisis, y piezas para estudios anatomopatológicos, poner en ellas el nombre y apellidos del enfermo, y dejarlas en la sala de operaciones hasta que -- sean registradas en el libro de muestras y enviadas al laboratorio, o al departamento de estudio histopatológico.
17. Verificar el recuento de gasas y de compresas, junto con la enfermera instrumentista, tan pronto como el cirujano este dispuesto a cerrar la herida.
18. Preparar la camilla y tener dispuestos los apósitos y los vendajes.

19. Etiquetar la solución del paciente con hora en que inició, fecha, para cuantas horas, goteo y la cama del paciente, al igual que el nombre del paciente.
20. Anotar igualmente en el libro de registro de operaciones, el nombre del paciente, la intervención quirúrgica que se llevó a cabo, si fué cirugía mayor o menor, etc. Y anotar los datos necesarios en la hoja clínica.
21. Colocar al enfermo sobre la camilla con ayuda del camillero - un enfermero, colocar los larandales.
22. Llevar al paciente en compañía del médico anesthesiólogo a la sala de recuperación, o a su sala según la política de la Institución.
23. Entregar al paciente a la enfermera de recuperación, su expediente clínico, y llamar su atención acerca de cualquier orden especial.
24. Preparar la sala para la intervención quirúrgica siguiente.
25. Limpiar completamente el local al terminar las operaciones -- del día y equipar la sala con lo necesario. (*)
26. Anotar los signos vitales del enfermo si se le ha administrado anestesia local.
27. Registrar el tiempo en la sala de operaciones y los materiales usados para registros y presupuestos. (**)

(*) BARQUIN C. MANUEL.- DIRECCION DE HOSPITALES.

ED. INTERAMERICANA. 2da. EDICION.

PAG. 213-214

(**) BOOKS SHIRLEY M.- ENFERMERIA DE QUIPUCANOS.

ED. INTERAMERICANA. 3ra. EDICION, MEXICO 1978.

PAG. 32-33

1.- RECEPCION DEL PACIENTE POR LA ENFERMERA CIRCULANTE,

CONCEPTO:

Es la admisión e identificación directa o indirecta del paciente junto con su expediente, en la zona de recepción del paciente al quirófano o del área negra a la sala de operación.

OBJETIVOS:

1. Identificar la paciente con el expediente clínico.
2. Disminuir el riesgo anestésico al proporcionarle confianza y seguridad.
3. Verificar que el expediente esté completo.
4. Examinar la preparación de la piel y comprobar la ausencia de prótesis y alhajas.
5. Investigar que no existan factores que impidan la realización de la operación.

NOTA: La entrega del paciente la hace la enfermera de piso a la enfermera circulante, ambas deberán revisar permeabilidad del vaso canalizado, aspecto y coloración de la piel, estado emocional, (etc)., antes de pasarlo a la camilla del área quirúrgica.

DIALOGO:

ENFERMERA: Buenas tardes Sra. Godínez.

PACIENTE: Buenas tardes señorita.

ENFERMERA: Cómo esta usted ?

PACIENTE: Un poco nerviosa señorita, y siento la boca seca.

ENFERMERA: Tiene usted razón, yo estaría igual; la molestia de su boca es por la inyección que se le aplicó en su servicio.

ENFERMERA: Sra. Godínez, nos va a ayudar a pasarse a la mesa de -
operaciones, deble sus piernas, apóyese sobre sus talo
nes y levante su cadera. (Se pasa a la paciente a la
mesa de operaciones).

Le voy a sacar los brazos de las mangas del camizón.

PACIENTE: Si señorita.

ANESTESIOLOGO: Buenas tardes Sra. Godínez; so el Doctor anesthesió
logo, quién la va a dormi, durmió bien.

PACIENTE: Sí doctor, me dieron una pastillita y dormí toda la no
che y toda la mañana, antes de bajar me inyectaron.

CONCLUSIONES:

1. Con la recepción correcta del paciente se evitan in
cidentes legales por confusiones de personalidad.
2. Al demostrar la enfermera interés y preocupación --
por el paciente, disminuye la tensión emocional de
este.
3. Hay mejor funcionamiento y coordinación con y entre
el personal de los servicios quirúrgicos.
4. Se fomenta el prestigio profesional e institucio
nal.
5. Disminuye el tiempo de los preparativos pre-quirúr
gicos.

EL FUNCIONES DE LA ESTUDIANTE DE ENFERMERIA

I.- PRE - OPERATORIO:

1. Presentarse puntual y bien uniformada al servicio.
2. Recibir al paciente asignado.
3. Revisar Órdenes médicas.
4. Proporcionar cuidados de enfermería en base a necesidades - observadas.
5. Orientar al paciente y a la familia sobre el tratamiento -- quirúrgico.
6. Desarrollar actividades específicas en el pre-operatorio.
 - a) Trámites administrativos.
 - b) Preparación psicológica del paciente.
 - c) Preparación física, tricotomía, aplicación de enemas.
 - d) Administrativa de medicamentos, soluciones.
 - e) Premedicación anestésica.
7. Reportar observaciones hechas al paciente en:
 - a) Hojas de enfermería.
 - b) Control de medicamentos.
 - c) Control de líquidos.
 - d) Hoja de signos vitales.
 - e) Control de preparación pre-operatoria.
 - f) Plan de cuidados de enfermería.
8. Preparación preliminar del paciente antes de pasar a quirófanos:
 - a) Vestido del paciente.
 1. Camisón.

2. Identificar al paciente.
3. Orientar al paciente sobre:
 - a) Dentadura postiza.
 - b) Cosméticos.
 - c) Joyas.
 - d) Artefactos de prótesis.
9. Llevar al paciente a la sala de operaciones.

II.- TRANS - OPERATORIO:

1. Investigar con anterioridad las cirugías programadas para el día.
2. Estudiar las rutinas que se llevan en la sala de operaciones.
3. Recibir al paciente y verificar la identificación.
4. Revisar el expediente clínico, que cuente con la papelería adecuada.
5. Transladar al paciente a la mesa quirúrgica.
6. Aplicar los principios de mecánica corporal.
7. Ayudar a ponerse la bata quirúrgica al cirujano y a la instrumentista.
8. Entrar a la cirugía como ayudante de la instrumentista.
9. Realizar funciones de Enfermera circulante.
 - a) Contar junto con la instrumentista compresas y gasas -- usadas en la operación.
 - b) Cuidados de piezas anatómicas.
 - c) Preparar material que se usará en la cirugía.
 - d) Acompañar al paciente a la sala de recuperación.

III.- POST - OPERATORIO;

1. Recibir al paciente en la sala de recuperación.
2. Toma de signos vitales.
3. Reportar alteraciones de los signos vitales, a la jefe del servicio.
4. Mantener permeables vías respiratorias.
 - a) Por medio de posición del paciente, aspiración de secreciones, las veces que sea necesario.
5. Instalar venoclisis y mantenerla permeable.
6. Aplicación de medicamentos.
7. Cuidado de extremidades.
 - a) Medias antiembólicas.
 - b) Vendajes.
8. Balance de líquidos.
9. Vigilancia de apósitos.
10. observacion de estado de conciencia del paciente.
11. Traslado del paciente a su piso.

F) FUNCIONES DE LA TECNICA QUIRURGICA EN LA SALA DE OPERACIONES

1. Conocer la rutina de la operación, anestesia y tiempos quirúrgicos. Saber elaborar el pedido a Central de Abastos, para las -- operaciones.
2. Una hora antes de la operación, revisará su carro del pedido; - verificando que se encuentra todo el equipo, material e instrumental necesario para la intervención.
3. Se lavará y vestirá con técnicas para las operaciones. Revisará y arreglará el instrumental según lo instituido por el Hospital.

Si por algún motivo o razón no estuviera completo el instrumental deberá avisar de inmediato al técnico de abastos y a su -- coordinadora o jefe en turno para reportarlo al departamento co rrespondiente.

4. Hará junto con la circulante la cuenta de gasas, rollos, compre sas, cintas umbilicales, etc., según lo requiera la institución y por tipo de operación.
5. Arreglará la mesa de mayo que utilizará la circulante para la - asépsia quirúrgica del paciente.
6. Revisará y verificará que sus mesas estén correctamente ordena - das.
7. Ayudará a vestir a los Cirujanos y ayudantes, al igual que en - la colocación de los campos quirúrgicos.
8. Cuando haya sido empezada la operación, deberá seguir los tiem - pos quirúrgicos, anticipandose a las necesidades del cirujano.
9. Será responsable de guardar el orden en el campo quirúrgico y - mantener sus manos limpias durante todo el tiempo quirúrgico.
10. Cuando el cirujano este listo para cerrar peritoneo, conjunta - mente con circulante, deberá llevar a cabo la cuenta de gasas y compresas, haciendo una segunda cuenta al momento de cerrar la piel.
11. Una vez terminada la operación, se colocarán los apósitos sobre la incisión, teniendo cuidado de retirar todo el instrumental, - así como la mesa de mayo.
12. Se encargará igualmente de recoger los campos y sábanas, enro - llándolas de la cabeza a los pies, fijando en la mano de ocupa - da el apósito.

13. Tendrá un bisturí y dos pinzas hemostáticas sobre la mesa de -
trabajo, en previsión de un parocardiaco, no retirándolos ni con-
taminándolos, hasta que el paciente haya salido de la sala.
14. Se colocará el instrumental en las canastillas respectivas, --
contándolo y verificándose que esté completo, se acomodará en
el carro y se colocará en el pasillo del área negra para la re-
visión del mismo, por el técnico de abastos, firmando las ho -
jas destinadas para ello, de que el instrumental estuvo comple -
to.
15. Deberá quitarse la bata antes de salir de la sala.
16. Lavará en el cuarto séptico el instrumental de especialidad, -
del quirófano o del cirujano, siendo responsable de su correc-
to manejo.

NOTA: Ella fungirá como enfermera instrumentista en cirugía menor
o cuando no haya personal suficiente o como ayudante de la -
instrumentista.

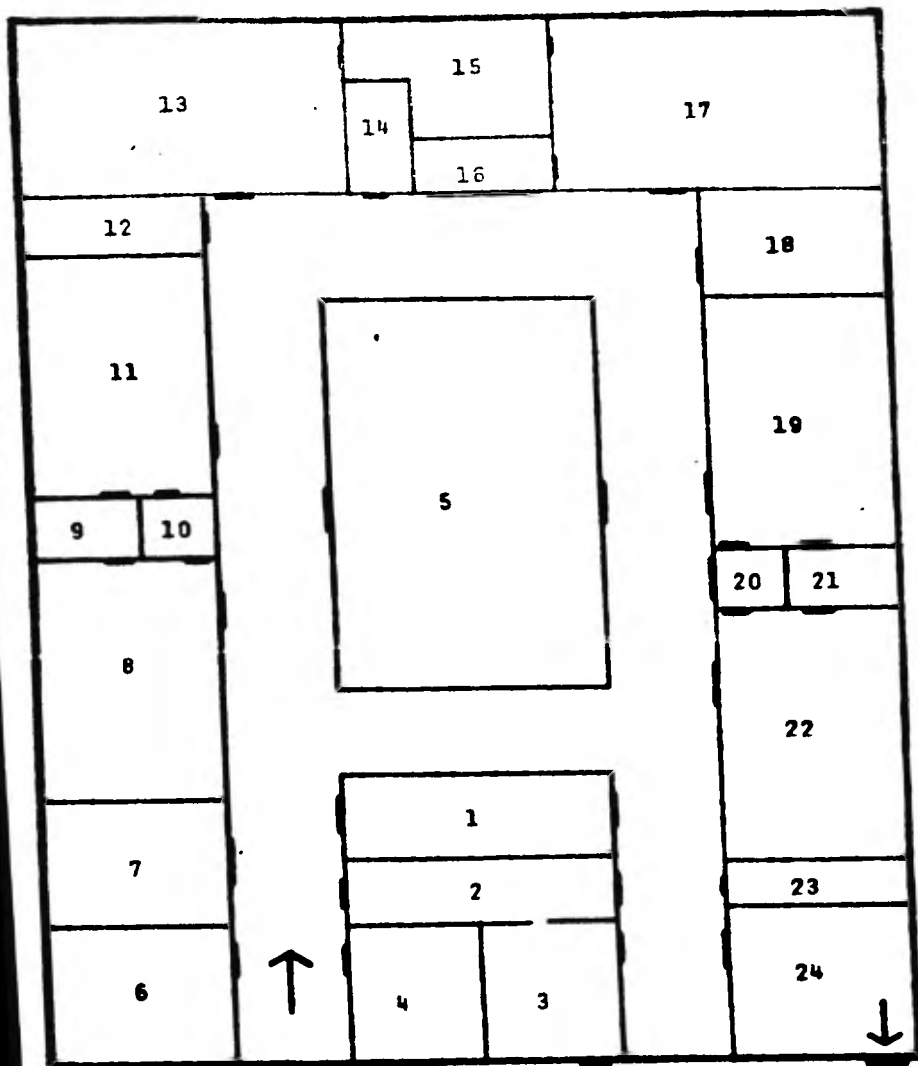
G) FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA C.E.Y.E.

1. Revisar y asegurarse que los carros stock de instrumental, ropa
y soluciones estén abastecidos oportuna y adecuadamente.
2. Atender con prontitud y esmero toda solicitud de instrumental, -
material o equipos estériles al departamento de quirófano.
3. Esterilizar instrumental y ropa que sea necesaria.
4. Preparar y esterilizar guantes y materiales quirúrgicos.

5. Supervisar el buen uso de los aparatos mecánicos a su cargo, el mantenimiento y limpieza de los mismos. (Autoclaves, esterilizador de agua, máquina turbomatic, aparatos de succión, tracciones etc).
6. Lavar y procesar todos los instrumentos y equipos recibidos.
7. Recibir la ropa de la lavandería limpia y doblarla, acomodarla en los carros que se encuentran para su uso.
9. Doblar ropa suelta para su esterilizado de acuerdo a la técnica acostumbrada.
9. Preparar equipos de instrumental y ropa, así como instrumental y ropa suelta, tubos de aspiración, jeringas de cristal y aseptó, guantes y material de curación.
10. Mantener ordenado y limpio el departamento.
11. Tener limpio y ordenado el carro stock.
12. Preparar suturas para su esterilizado sedas e hilo de algodón.
13. Llegar 10 minutos antes de la hora de entrada para el buen enlace de turno.
14. Utilizar uniforme quirúrgico, gorro, botas, cubrebocas dentro - del área blanca.
15. Tener conocimientos del lavado médico y quirúrgico.
16. Someterse a las disciplinas quifugicas al igual que el resto -- del personal de esa área.
17. Tener iniciativa para desempeñar las actividades ejemplo: en ca sos de emergencias (paro cardio-respiratorio), proporcionando el carro de paro oportunamente, desfibrilador, electrocardioscopio etc.
18. Participar en el adiestramiento en servicio conjuntamente con - todo el personal.

IX.- ANEXOS

DIAGRAMA DE DISTRIBUCION DE AREAS EN EL QUIROFANO

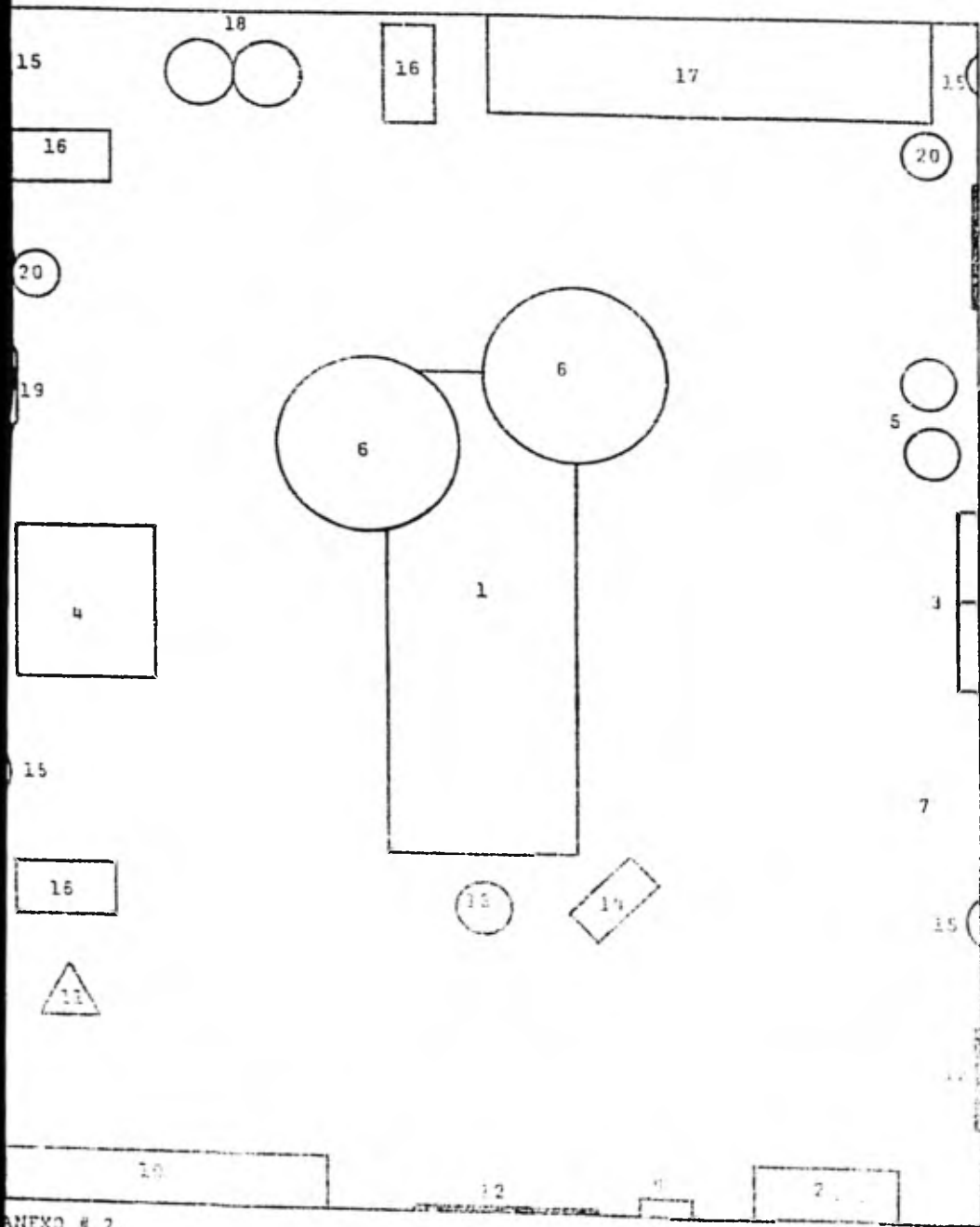


ANEXO # 1.

ANEXO # 1.

1. Oficina.
2. Sala de anestesia.
3. Vestidor de enfermeras.
4. Vestidor de Médicos.
5. Sala de trabajo.
6. Sala de espera.
7. Almacén de anestesia
8. Sala 6
9. Cuarto de servicio.
10. Lavabo para cepillado.
11. Sala 5
12. Despensa.
13. Sala 4
14. Despensa.
15. Cuarto de servicio.
16. Lavabo para cepillado.
17. Sala 3.
18. Despensa.
19. Sala 2
20. Lavabo para cepillado.
21. Cuarto de servicio.
22. Sala 1
23. Despensa.
24. Sala de recuperación.

EQUIPO BASICO EN LA SALA DE OPERACIONES



NEXO # 2,

- . Mesa de Operaciones,
- . Area de Trabajo Administrativo de la Enfermera,
- . Negatoscopios.
- . Unidad de Electrocoagulación,
- . Aspiradores.
- . Lámparas.
- . Tripiés Portasueros.
- . Puerta que da a la área de lavado,
- . Botón
- . Armarios de Almacenamiento,
- . Depósito para la ropa,
- . Puerta de entrada y salida,
- . Banquillo para el anestesiólogo.
- . Aparato de Anestesia,
- 5. Contactos Eléctricos.
- 6. Mesas de Mayo.
- 7. Mesa Rectangular,
- 8. Soporte de Portafañas,
- 9. Autoclave o esterilizador de alta velocidad,
- 10. Cubetas. (*)

*) BERRY EDNA CORNELIA.- TÉCNICA DE QUIROFANO,
ED. INTERAMERICANA, 4ta. EDICION 1978.
PAG. 32.

X.- CONCLUSIONES

- . La buena organización y funcionamiento de los servicios de enfermería en el área es fundamental para la atención eficaz del paciente quirúrgico.
- . La enfermera quirúrgica empezó a surgir la medida que iba evolucionando la cirugía.
- . En el siglo XIX las enfermeras ya ayudaban en las salas de operaciones.
- . Es muy importante tomar en cuenta la diferencia de las terminologías quirúrgicas.
- . El llevar a cabo los pasos del proceso administrativo nos permite, organizar mejor el trabajo dentro del área quirúrgica.
- . El trazar objetivos dentro de la realidad nos da mejores resultados.
- . Realizar las técnicas en el tiempo indicado nos da un margen de seguridad.
- . Es muy importante la revisión periódica de dichas técnicas.
- . El personal de enfermería dentro del área quirúrgica deberá participar en los programas de adiestramiento.
- . Para facilitar el trabajo de las enfermeras quirúrgicas, es importante agrupar el instrumental por equipos y por especialidad.
- . La delimitación de las funciones es muy importante en esta área.
- . El estudio periódico de los recursos humanos facilita la selección de aptitudes.
- . La elaboración de un organigrama del departamento dentro del área para que cada quién conozca el lugar que ocupa dentro del departamento.

XI.- RECOMENDACIONES

1. Incluir en la atención de paciente el proceso atención de enfermería.
2. Aplicar estudios psicológicos al personal de nuevo ingreso para detectar habilidades, y/o inclinación al trabajo quirúrgico.
3. Proporcionar Higiene Mental al personal para que no se sienta oprimido en el departamento.
4. Tener en el departamento sólo personal especializado en la rama.
5. Tener en el departamento bibliografía de las innovaciones dentro de la Enfermería Quirúrgica.
6. Que haya el mínimo de superficies horizontales en las salas de operaciones, usando anaqueles o vitrinas empotradas, ganchos anitales para soportes de los solutos, aspiración y gases con alimentación central.
7. Investigar la seguridad de las técnicas asépticas y sus márgenes de seguridad al ser realizadas en el quirófano para su confiabilidad.
8. Fomentar la sencillez en las técnicas quirúrgicas de enfermería para evitar duplicidad de actividades y esfuerzos perdidos.
9. Evitar la tenificación de la enfermera especialista instrumentista, poniendo su interés personal por el paciente quirúrgico en el pre y post-operatorio con visitas personales.
10. Que el personal de quirófanos sea profesional debido a la importancia que tiene su valiosa colaboración en el F.I.A. de las estudiantes de enfermería.

XII.- GLOSARIO DE TERMINOS

ADMINISTRACION: Es un conjunto sistemático de reglas para lograr la máxima eficiencia con las formas de estructuras y operar un organismo social (Lic. Agustín Reyes Ponce).

ACTIVIDAD: Es la acción o tarea específica que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.

ALBORES: Comienzo, inicio de algo.

BIBLIORATO: Forma de archivo que se utiliza para ordenar ya sea por medio de los nombres de los cirujanos o por la intervención quirúrgica. Este sistema se lleva dentro del departamento quirúrgico.

COMUNICACION: Es el medio por el cual nuestras tendencias, sentimientos y/o deseos son captados por otros formal gobernado por reglas y comunmente escrito a informar.

COORDINACION: Es la sincronización ordenada de los esfuerzos para adecuarlos en cuanto a nuestro tiempo, disección, logrando -- con ello acciones unificadas y armónicas que tiendan al objetivo establecido.

ENSEÑANZA: Es la tarea de preparar el hombre para vivir en una sociedad en evolución constante.

ENFERMERA: Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y esta calificada y autorizada en su país para proporcionar un servicio profesional responsable y com

petente para la promoción de la salud, la prevención de la enfermera y el cuidado del enfermo y la rehabilitación (C.I.S.).

9. ENFERMERA: Ciencia y arte que se dedica al cuidado integral -- del individuo, familia y comunidad.

10. EVOLUCION: Es la valoración de lo que se este realizando.

11. INTEGRACION: Consiste en la obtención y articulación de los -- elementos naturales y humanos para el funcionamiento adecuado de un organismo social.

12. INVESTIGACION: La búsqueda sistemática de nuevos conocimientos mediante el método científico experimental.

13. LEBRILLOS: Es el nombre que se les da a los recipientes utilizados en el quirófano para depositar en el las soluciones para irrigar.

14. METODO: Camino, racional, lógico, conveniente y específico para lograr un determinado proposito.

15. OBJETIVO: Meta o fin determinado. Cambio que se quiere lograr.

16. ORGANIZACION: Es la estructuración técnica de las relaciones -- que deben existir entre las funciones niveles de autoridad y -- actividades de elementos materiales y humanos de un organismo social para lograr su máxima eficiencia.

17. PACIENTE: Aquella persona que necesita salud, ya sea en forma individual, familiar o en su colectividad.

18. PEDERNAL: Variedad de sílice que da chispas herido por el eslabón suma dureza, en cualquier aspecto.
19. PERIODO NEOLITICO: Perteneciente a la segunda edad de la piedra, o sea la de la piedra pulimentada.
20. PLANEACION: La determinación del curso concreto de acción que habra de seguirse.
21. PREVISION: Es aquello en lo que con base, condiciones futuras en que habra de encontrarse, se determinan los principales cursos de acción.
22. PROCESO: Es el conjunto de etapas e pasos que siguen un orden lógico.
23. PROSPAMA: Es un amplio conjunto de planes que incluye el uso futuro de diferentes recursos en un patrón integrado y que establece una secuencia de acciones requeridas, programadas cronologicamente para el logro de los objetivos trazados.
24. SUPERVISION: Es el servicio ideado para mejorar el cuidado de los pacientes mediante la organización, el estímulo, el fomento de la producción y el bienestar del personal. (Cecilia Perrodin).
25. TECNICA: Es el conjunto de mecanismos y máquinas de sistemas y métodos de dirigir, recolectar, conservar, elaborar y transmitir energía y datos.

XIII.- BIBLIOGRAFIA

A) PUENTES DE INFORMACION BIBLIOGRAFICAS

I. HUMANAS.

1. Dr. de Avila, Alejandro.
Jefe del Servicio de Inhaloterapia
del Hospital A. B. C.

2. Enfra Prof. Solís Carolina
Profesora de Enfermería Médico Quirúrgica.
E.N.E.O. U.N.A.M.

3. Dr. Amado Luarca Fernando.
Director de Procesamiento de Normas.
Mazarik - Polanco.

4. Enfra. Esquerra, Zaragoza Esther.
Enfra. Quirúrgica e Instrumentista.
Hospital de Especialidades del C.M. LA RAZA.

II.- BIBLIOGRAFICOS:

1. Eliason Peguson Sholtis
Enfermería Quirúrgica.
4ta. Edición 1973.
Ed. Interamericana, S. A.

2. Mary Ellen Yeager.
Técnica en el Quirófano.
3ra. Edición 1966.
Ed. Interamericana, S. A.

3. Dr. José Calzareto
La Enfermera en el Quirófano.

4. Mac, Eachern Malcolms Thomas.
Organización y Mantenimiento del Hospital
3ra. Edición, 1957.
Chicago, U.S.A.

5. Jean Barret.
La Enfermera Jefe.
2da. Edición, 1973.
Ed. Interamericana.

6. Técnica y Educación Quirúrgica.
Manual de Prácticas de la U.N.A.M.
Facultad de Medicina.
Depto. de Educación Quirúrgica.

7. George D. Lemaitre y Janet Finnegan
Enfermería Quirúrgica.
3ra. Edición 1978.

8. Isadore Posenfield
Hospitales, Diseño Integral
Ed. C.E.C.S.A., 1965
México, 14 de Diciembre de 1965.

9. Mario Gandsas
Fundamentos de Instrumentación Quirúrgica
2da. Edición.
Ed. el Ateneo.

10. Mario Gandsas.
La Enfermera en Cirugía.
Actividad en el Quirófano.

11. Jeannette E. Watson
Enfermería Médico Quirúrgica.
3ra. Edición, 1975.
Ed. Interamericana.

12. Shirley M. Brooks,
Enfermería de Quirófanos.
1ra. Edición 1978.
Ed. Interamericana.
13. Brunner - Suddarth
Enfermería Médico Quirúrgica
3ra. Edición, 1978.
Ed. Interamericana.
14. Thora Kron
Manual de Enfermería
4ta. Edición, 1977.
Ed. Interamericana.
15. Smith - Germain
Enfermería Médico Quirúrgica
4ta. Edición, 1978.
Editorial Interamericana.
16. Alexander Edith Louise
" Care of the patient in surgery including Techniques "
4ta. Edición, 1967.
Ed. Mosby Company.

17. Frobisher Sommejer Goodale
" Bacteriología para Enfermera "
Ed. Interamericana.
18. Tiny M. Calender.
Administración Hospitalaria para Enfermeras.
1ra. Edición, 26 Mayo 1970, México, D. F.
Ed. Interamericana.
19. Andrés Montesinos
La Enfermera y la Organización del trabajo Hospitalario.
Ed. Científico Médica, 1974.
20. Guillermo Fajardo Ortiz
Teoría y Practica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales.
La Prensa Médica Mexicana
México, 1970, 30 de Enero.
21. Jean Barret
La jefe de Enfermeras como Administradora y Maestra.
La Prensa Médica Mexicana
12 Septiembre 1950, México.

22. Joseph Kariton Owen,
Conceptos Modernos sobre Administración de Hospitales.
Ed. Interamericana.
31 Julio 1963, México, D. F.
23. Manuel Barquín C.
Dircción de Hospitales
2da. Edición.
Ed. Interamericana.
24. Agustín Reyes Ponce
Administración de Empresas Teoría y Práctica
Ira. Parte.
Ed. Limusa.
México, 1970 D. F.
25. Fernando Arias Galicia (Coordinador)
Administración de Recursos Humanos
Biblioteca de Ciencias de la Administración
Ed. Trillas.
México, 1975 D. F.
26. Salvador Mercado H.
Administración Aplicada.
2da. Edición, 1978.
Centro de Investigaciones para el Desarrollo de México.