

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

REALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL

JOSÉ MARIA MORELOS Y PAVÓN

ISSSTE

PASANTE DE ENFERMERÍA:

MA. CRISTINA CONTRERAS LUNA

NUMERO DE CUENTA: 8558615-0

DIRECTOR ACADÉMICO:

LICENCIADO: ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ

m 346837

m
2005

1

2005
CONTRERAS LUNA, MA. CRISTINA



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.

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

OBJETIVO GENERAL

POLITICAS

RECEPCION DE PACIENTE EN QUIROFANO

INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRURGICO

LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

FUNCIONES DE ENFERMERA INSTRUMENTISTA

FUNCIONES DE ENFERMERA CIRCULANTE

COLOCACION DE LA BATA QUIRURGICA

COLOCACION DE GUANTES QUIRURGICOS

COMO DESENVOLVER UN PAQUETE DE ROPA ESTERIL

REGLAS PARA LA COLOCACION DE CAMPOS

INCISIONES ABDOMINALES

ANESTESIA

TRASLADO Y POSICION DE PACIENTE ANESTESIADO

POSICION PARA BLOQUEO REGIONAL

EQUIPO DE BLOQUEO

POSICION LATERAL

POSICION DE TRENDELEMBURG

POSICION FOWLER Y LITOTOMIA

POSICION CUBITO VENTRAL Y GENUPECTERAL

POSICION PARA NEFRECTOMIA Y NAVAJA SEVILLANA

CESAREA

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

REPARACION DE CISTOCELE Y RECTOCELE

ABORTO TERAPEÚTICO

LAPARATOMIA ABDOMINAL

APENDICECTOMIA

COLECISTECTOMIA SIMPLE

PLASTIA INGUINAL

AMIGDALECTOMIA Y ADENOIDECTOMIA

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TOBILLO

ARTROPLASTIA PARCIAL

HALLUX VALGUS

PIELOLITOTOMIA

CISTOSTOMIA SUPRA PUBICA

CIRCUNCISIÒN

ORQUIECTOMIA SIMPLE

HEMORROIDECTOMIA

RESECCIÒN DE LA FÍSTULA ANAL

TIEMPO SÈPTICO

CUIDADOS POST OPERATORIO

INTRODUCCION

El personal que labora en el quirófano debe ser especialista en (Enfermera quirúrgica), el cual permite brindar un cuidado integral al paciente que requiere de tratamiento quirúrgico programado o de urgencia. Y sus conocimientos básicos son:

- ↓ Tipos de anestesia
- ↓ Métodos de esterilización
- ↓ Posiciones del enfermo según su cirugía.
- ↓ Colaborar con el cirujano y el anesthesiólogo.
- ↓ Manejan una gran variedad de equipo especial y deben preocuparse del uso adecuado del mismo por que en su mayor parte es muy costoso.
- ↓ Conservar la asepsia durante todo el procedimiento quirúrgico.
- ↓ Deben de tener destreza y capacidad para tomar desiciones rápidas y adecuadas.

El personal de Enfermería de apoyo en el quirófano requiere de una capacitación y orientación para el desempeño eficaz de su trabajo, el cual debe ser supervisado y asesorado por persona calificado.

Se dice así mismo injustificadamente que las Enfermeras de quirófano no se preocupan por sus enfermos. Por que aparentemente no les dan cuidado directo o por el estado de inconsciencia del paciente, sin embargo no es así ya que el objetivo primordial de la Enfermera es proporcionar cuidado de la máxima calidad posible.

Es responsabilidad de cada persona mantenerse acorde con los avances de la ciencia y la tecnología para responder a las necesidades del servicio.

Este manual de procedimientos quirúrgicos determina algunas de las actividades de la Enfermera pasante de enfermería así como Enfermera general.

JUSTIFICACIÓN

En el hospital “General José María Morelos y Pavón del ISSSTE” se realizan diferentes procedimientos quirúrgicos de las especialidades de cirugía general, Gineco Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, etc.

Actualmente no se cuenta con un manual de procedimientos quirúrgicos basado en las cirugías que se realizan dentro del área quirúrgica, que corresponda a los diferentes turnos.

Con este manual se pretende lograr unificación de criterios de Enfermería, elevar la calidad de atención al paciente, orientar en forma específica al estudiante en formación y con fines de titulación.

OBJETIVO GENERAL:

Que el personal de Enfermería del área quirúrgica del hospital José María Morelos y Pavón del ISSSTE de los diferentes turnos, dispongan de un instrumento que oriente sobre los procedimientos mediante la unificación de criterios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Aprovechar los recursos humanos, materiales y financieros a través de un control adecuado.
- Lograr una mejor atención del paciente a través de la profesionalización de Enfermería.
- Que el personal de Enfermería se comprometa a cumplir con el programa administrativo llevando a cabo un buen control del equipo y material.

POLITICAS

- ✚ Este manual debe servir como instrumento parametrico en las evaluaciones.
- ✚ Es responsabilidad del personal de nuevo ingreso al servicio, revisar oportunamente este manual, ya que también es instrumento orientador.
- ✚ El presente documento debe proporcionar seguridad al personal de enfermería en realización de sus actividades con calidez y calidad.
- ✚ Este manual debe ser revisado y actualizado en forma periódica.

RECEPCIÓN DE PACIENTES EN QUIRÓFANO

La Enfermera asignada a recibir al paciente

1.- Recepcion del paciente, verificando en la relación, de operaciones programadas o de urgencia del día el número de sala quirúrgica, nombre del paciente, edad, diagnóstico, tipo de cirugía, cirujano, anestesiólogo, instrumentista y circulante.

2.- Se debe de recibir al paciente con una sonrisa, se presentará a si misma y le preguntará su nombre.

Comprobar su identidad del paciente y corroborar que sea realmente su expediente al consultar la lista de operaciones del día o con base en las normas del hospital.

3.- Revisar que traiga pulsera de identificación.

4.- Preguntarle si está en ayuno mínimo de 8 horas.

5.-Verificar que la venoclisis esté permeable, que la solución sea la indicada, hora de instalación, fecha, número de punzocat, nombre del paciente, goteo.

6.- Verificar la ministración de medicamentos preanestésicos, que hayan sido los indicados, cotejar con el reporte en la hoja de enfermería.

7.- Verificar la realización de reactivos indicados, destrostix etc.

8.- Recibir las radiografías del paciente y verificar que sean las de él.

9.- Revisar al paciente que no traiga prótesis, maquillaje, uñas pintadas o sucio.

10.- Revisar el expediente clínico, que traiga hoja de cirugía autorizada por el familiar y jefe de cirugía, análisis clínicos recientes incluyendo el grupo sanguíneo, pruebas cruzadas si es que se va a transfundir al paciente, E.C.G. en pacientes mayores de 40 años o en pacientes jóvenes si se requiere, hoja de registros clínicos, verificando ayuno, signos vitales, medicamentos, tratamientos, peso, estado emocional del paciente.

11.- Revisar la tricotomía, cuidando la individualidad del paciente y no descubrir innecesariamente al paciente.

12.- Pasar al paciente a la camilla cuidando que no se lastime, despedirse de él y desearle buena suerte en su cirugía.

Integrantes del equipo quirúrgico:

- Cirujano.
- Ayudantes del cirujano.
- Anestesiólogo,
- Enfermera instrumentista.
- Enfermera circulante.

Funciones y actividades.

Cirujano.

El cirujano es el que ejecuta las operaciones y es el que asume la total responsabilidad de todas las decisiones médicas determinadas antes, en el transcurso, y después de la intervención quirúrgica.

El cirujano es un médico titulado, con estudios de especialidad reconocidos, entrenado y apto por sus conocimientos y experiencia para operar.

Ayudantes del cirujano.

Los ayudantes o el ayudante del cirujano es el responsable de “exponer” el campo operatorio separando los tejidos, colocando pinzas en vasos sangrantes y haciendo la aspiración de sangre y líquidos de la región operatoria así como ayudando a suturar.

El primer ayudante deberá ser capaz de asumir la responsabilidad de cirujano en caso de urgencia.

En algunas instituciones los residentes de cirugía son a quienes se les asigna el papel de primer ayudante

Anestesiólogo.

El anestesiólogo es un miembro indispensable del equipo quirúrgico especializado en la rama de anestesiología que tiene la responsabilidad de:

- ◆ Valorar al paciente antes de la cirugía.
- ◆ Seleccionar el agente anestésico indicado así como su vía de administración.
- ◆ La vigilancia de los signos vitales durante el trans-operatorio.
- ◆ El equilibrio de los líquidos y su aplicación.
- ◆ La vigilancia del paciente en el servicio de recuperación para, en caso necesario reanimarlo hasta que recobre sus funciones vitales.

LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS.

Concepto: Es el procedimiento técnico mediante el cuál se realiza el lavado de manos y antebrazos para mantener la asepsia necesaria de los mismos durante el acto quirúrgico.

Objetivo: Eliminar el mayor numero de microorganismos existentes en la piel de manos y antebrazos.

Principios:

- Todo lo que está en contacto con las heridas debe estar libre de gérmenes.
- En la piel existe flora bacteriana transitoria y residente.
- El jabón saponifica las grasas.
- La fricción desprende y arrastra las células muertas de la epidermis.
- Los líquidos caen en dirección a la fuerza de gravedad.
- Los agentes físicos, Químicos y mecánicos son auxiliares de los métodos asépticos.
- La piel protege a los tejidos del cuerpo de los microorganismos. patógenos y de traumatismos mecánicos.
- La piel no puede esterilizarse pero aplicándole un antiséptico disminuye el número de bacterias.
- El lavado de manos es el método mas eficiente para evitar o disminuir la flora bacteriana y evitar la transmisión de gérmenes.

Medidas de seguridad:

- Cortarse las uñas hasta el borde de la yema de los dedos.
- De preferencia no usar esmalte de unas.
- Que no haya cortaduras o lesiones de la piel.
- Quitarse anillos, reloj y toda clase de alhajas,
- Cubrirse el pelo completamente con el turbante o gorro.
- Ajustarse el cubre bocas (cubriendo nariz y boca).

Al realizar el lavado:

- ✚ Procurar mantener los brazos en alto para que el agua escurra hacia los codos.
- ✚ Evitar mojarse o humedecerse la ropa.
- ✚ Para un eficaz lavado quirúrgico éste procedimiento debe durar diez minutos dividido en tres tiempos con duración de tres minutos cada uno.

Equipo:

- ✚ Un cepillo quirúrgico.
- ✚ Jabón líquido.
- ✚ Un recipiente con solución antiséptica.

Técnica:

Para el desarrollo de ésta técnica la enfermera observara una conducta muy estricta en lo referente a las medidas de seguridad mencionadas anteriormente.

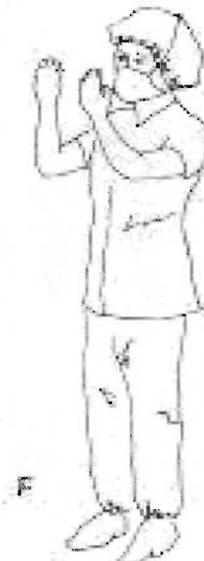
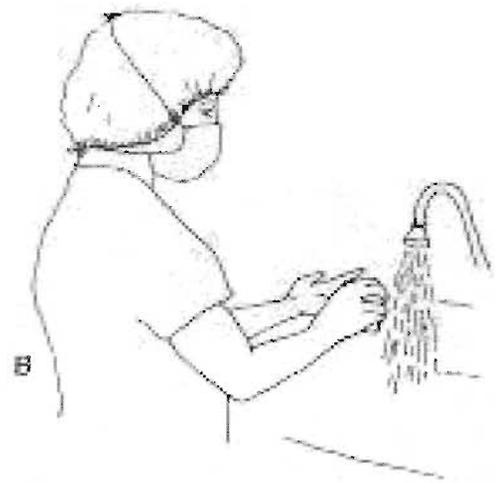
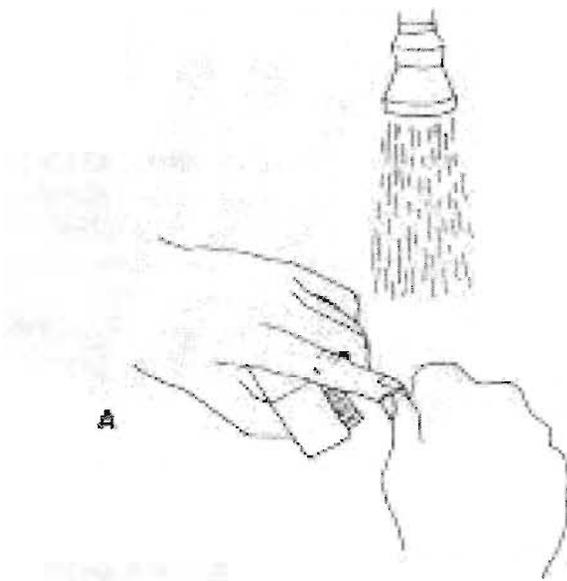
- ✚ Primero se realizará un lavado inicial con agua y jabón a la altura del codo con duración de un minuto.

1er. Tiempo: Tomar el cepillo impregnándolo de jabón. Iniciar el cepillado por los espacios ungueales, con movimientos transversales.

- ✚ Continuar con los espacios interdigitales, iniciando por el dedo pulgar aproximadamente de 10 a 20 movimientos.
- ✚ Lavar la palma de la mano de 10 a 20 movimientos rotatorios.
- ✚ Continuar con el dorso de la mano con movimientos rotatorios con las cuatro caras del antebrazo, e ir subiendo progresivamente hasta llegar 5 cm. Por arriba del codo.
- ✚ Enjuagar únicamente el cepillo, cambiar de mano e iniciar el mismo procedimiento con el otro brazo.
- ✚ **2 do. tiempo** enjuagar la mano que se va a cepillar.
- ✚ Volver a efectuar el lavado, siguiendo los mismos puntos pero únicamente hasta el tercio superior del antebrazo.
- ✚ **3 er. Tiempo.** Efectuar de igual manera únicamente hasta la muñeca

Nota: durante el lavado mantener las manos a mayor altura que los codos para permitir que el agua escurra del área limpia al área maquina del miembro superior

- ⬇ Evitar mojarse el uniforme quirúrgico pues la humedad contamina la bata estéril.
- ⬇ Al quitarse los guantes y tocar algún objeto se considera estar contaminado.
- ⬇ Cuando las normas imponen un lavado inicial de 10 minutos, puede utilizarse un lavado quirúrgico de 5 minutos para operaciones subsecuentes.



LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

La instrumentista es quien asiste al Cirujano y sus ayudantes en el campo estéril proporcionándoles el material, la ropa e instrumental quirúrgicos requeridos.

Es la responsable de mantener la integridad, seguridad, el orden y la eficacia de dicho campo estéril durante toda la cirugía.

Funciones y actividades de la instrumentista

- ❖ Presentarse en el Quirófano puntual y debidamente uniformada.
- ❖ Enterarse del programa de operaciones del día, según sea su turno.
- ❖ De acuerdo a dicho programa solicitar el material, ropa e instrumental para cada cirugía.
- ❖ Revisar el material y equipo a prueba de esterilización y en caso de duda, desecharlo.
- ❖ Proceder al lavado quirúrgico de manos.
- ❖ Secarse las manos colocarse la bata y los guantes quirúrgicos con técnica cerrada.
- ❖ Rectificar nuevamente que el material e instrumental para la operación sea el requerido.
- ❖ Preparar las mesas auxiliares (de Mayo y de riñón rectangular) colocando la ropa, el instrumental y demás equipo en los lugares correspondientes y en orden de uso.
- ❖ Contar el instrumental y en coordinación con la circulante las gasas, compresas y demás textiles, sacando del campo operatorio las que no tengan trama radio paca.
- ❖ Preparar las suturas.
- ❖ Vestir al Cirujano y sus ayudantes con la bata quirúrgica y colocarles los guantes.
- ❖ Proporcionar al Cirujano el equipo para la antisepsia de la piel del paciente y la ropa para delimitar el campo operatorio.
- ❖ Facilitar el instrumental siguiendo los tiempos quirúrgicos.
- ❖ Separar el instrumental utilizado del limpio colocándolo en los lugares correspondientes.
- ❖ Retirar del campo estéril los desechos, las compresas y las gasas que no sean utilizables.
- ❖ Entregar a la circulante (previa autorización del Cirujano) la o las piezas, órganos o biopsias para estudio histopatológico.
- ❖ Verificar la cuenta del instrumental y conjuntamente con la circulante la cuenta de gasas, compresas y otros textiles antes de que el Cirujano inicie el cierre de la incisión quirúrgica (antes de suturar peritoneo) y en caso de faltantes avisar inmediatamente al Cirujano.
- ❖ Preparar el apósito final, cubrir la herida quirúrgica y fijarlo.
- ❖ Limpiar todo exceso de iodine o solución antiséptica retirándolo de la piel del paciente.
- ❖ Fijar y asegurar sondas y tubos de drenaje.

- ❖ Ayudar a colocar al paciente en la camilla, así como a la sujeción del mismo.
- ❖ En caso de accidentes deberá ser reportado en forma verbal y/o escrita al jefe del servicio.
- ❖ Debe apegarse a las rutinas establecidas en caso de operaciones sépticas, paro cardiorrespiratorio o defunción.
- ❖ Lavar, contar y acomodar el instrumental para entregarlo a la Ceye.
- ❖ Preparar nuevamente el quirófano dejándolo equipado, limpio y ordenado.

PERIODO TRANSOPERATORIO

El periodo transoperatorio es el que transcurre desde la recepción del paciente en la sala de operaciones hasta su egreso a la sala de recuperación pos operatoria.

Durante éste periodo la participación de la Circulante e instrumentista es trascendental para el éxito de la cirugía.

La Circulante debe tener un conocimiento total de su trabajo en la sala de operaciones y estar debidamente capacitada para su desempeño eficaz.

El papel de la Circulante lo puede realizar una Enfermera Instrumentista o una Enfermera General y sus deberes comienzan desde antes de iniciar la operación hasta que la sala queda preparada nuevamente para la siguiente cirugía.

Funciones y actividades de la circulante

- Presentarse en el quirófano puntual y debidamente uniformada para enterarse del programa del día.
- Revisará en coordinación con la Instrumentista que el mobiliario, aparatos e instalaciones se encuentren en condición de ser usadas y reportando al jefe de quirófano los desperfectos que encuentre.
- Se abastecerá de todo lo necesario para su programa de trabajo: material de consumo, medicamentos, soluciones parenterales, soluciones antisépticas, gasas, sondas, jeringas, etc.
- Distribuirá los equipos de ropa e instrumental en las mesas auxiliares, conservándolos cerrados hasta que la instrumentista inicie el lavado de manos.
- Al recibir al paciente lo saludará y presentará con él.
- Comprobará la identidad del paciente con el expediente clínico y la pulsera de identificación y verificará que esté debidamente preparado para la cirugía.
- Vigilará y apoyará el traslado del paciente de la camilla a la mesa de operaciones protegiéndolo de caídas.
- Abrirá el equipo de ropa estéril y colocará dentro del mismo los guantes y demás equipo para la cirugía.
- Colocará al paciente en posición requerida para la anestesia permaneciendo a su lado durante la misma.
- Colaborará con el Anestesiólogo en lo que le solicite durante procedimiento anestésico teniendo preparado en aspirador con sonda siempre.
- Colocará al paciente según el tipo de cirugía que vaya a realizarse y fijando las bandas de seguridad sin presionarías más de lo necesario.
- Si se va a utilizar electro cauterio, poner pasta a la placa conductora y colocarla asegurándose que quede en contacto con su piel.

- Realizará al paciente el lavado mecánico de la región por operar utilizando la técnica correspondiente.
- Ayudará a la Instrumentista a vestirse ajustándole y atándole la bata.
- En coordinación con la Instrumentista contará, gasas, compresas y demás textiles antes de iniciar la cirugía y llevar un control de ellos.
- Proporcionará a la Instrumentista las soluciones estériles (tibias) para irrigación y para humedecer compresas y gasas que se introduzcan en la cavidad operatoria.
- Cubrirá las cubetas con campos inmediatamente antes de dar inicio la cirugía y colocar una a un costado de los pies del cirujano otra igual forma con la instrumentista y una tercera cerca del anesthesiólogo.
- Retirá de la cubeta material que no esté incluido en la cuenta inicial.
- Verificará que no se encuentren gasas, compresas o desechos esparcidos por el piso.
- Recibirá los extremos de los tubos de aspiración y cables eléctricos conectándolos en los lugares correspondientes en iniciar su funcionamiento cuando se le solicite.
- Ajustará las luces de las lámparas quirúrgicas conforme a las necesidades del cirujano.
- Facilitará plataformas y bancos al equipó quirúrgico si así lo requiere.
- Colocará el pedal del electro cauterio de tal manera que pueda ser manejado por el Cirujano.
- Ministrará al paciente los medicamentos preescritos por el Cirujano y el anesthesiólogo registrándolos en la hoja de enfermeros.
- Registrará los datos del paciente en la libreta de control de cirugías en la forma requerida sin omitir ningún dato.
- Realizará las anotaciones de enfermería en forma clara, veraz y precisa con letra legible en la hoja de la Enfermera empleando tinta de color de acuerdo al turno y sin omitir detalles. Los registros del quirófano son anotaciones permanentes que deben estar completas, no son aceptables las enmendaduras.
- Mantendrá la sala en orden con las puertas cerradas y el piso libre de desechos, compresas y gasas.
- Recibirá las biopsias, órganos y muestras para estudios histopatológicos, etiquetándolas todas con los datos correspondientes siguiendo las rutinas establecidas para su manejo.
- Previa colocación de guantes agrupará las gasas (de 10 en 10) y las compresas de esponjear (de 4 en 4) que fueron utilizadas en la cirugía y las depositará en las cubetas y en coordinación con la Instrumentista verificará la cuenta de las mismas así como del demás material e instrumental antes del cierre de la cavidad operatoria.

- Llevará el control de las suturas y material de consumo anotándolo en la hoja indicada.
- Fijará los apósitos, sondas y tubos de drenaje que lleve el paciente.
- Colaborará con el Anestesiólogo durante la etapa de emersión de anestesia del paciente.
- Vigilará y colaborará en el traslado del paciente de la mesa de operaciones a la camilla y lo acompañará a la sala de recuperación donde ella misma (con el Anestesiólogo) lo entregara a la Enfermera responsable de este servicio.
- Se apegara a las rutinas establecidas en caso de operaciones sépticas, paro cardiorrespiratorio o defunción.
- Ordenará y equipará nuevamente al quirófano para la siguiente intervención o para entregarlo al siguiente turno.

COLOCACIÓN DE LA BATA QUIRÚRGICA.

Concepto:

Es el procedimiento mediante el cuál se coloca una bata estéril entre la probable fuente de contaminación.

La instrumentista y el cirujano la visten para el acto quirúrgico.

Objetivos:

- ◆ Evitar contaminaciones durante el acto quirúrgico.
- ◆ Crear una barrera entre las áreas asépticas y sépticas.

Principios:

- ◆ Un área estéril se contamina al contacto con una no estéril.
- ◆ La humedad favorece la proliferación de microorganismos.

Precauciones:

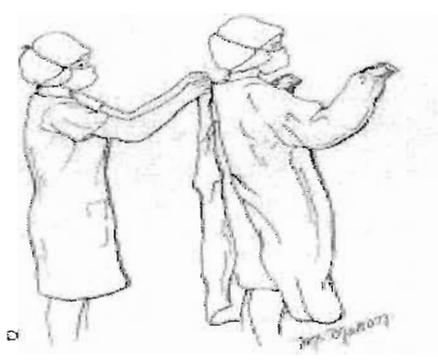
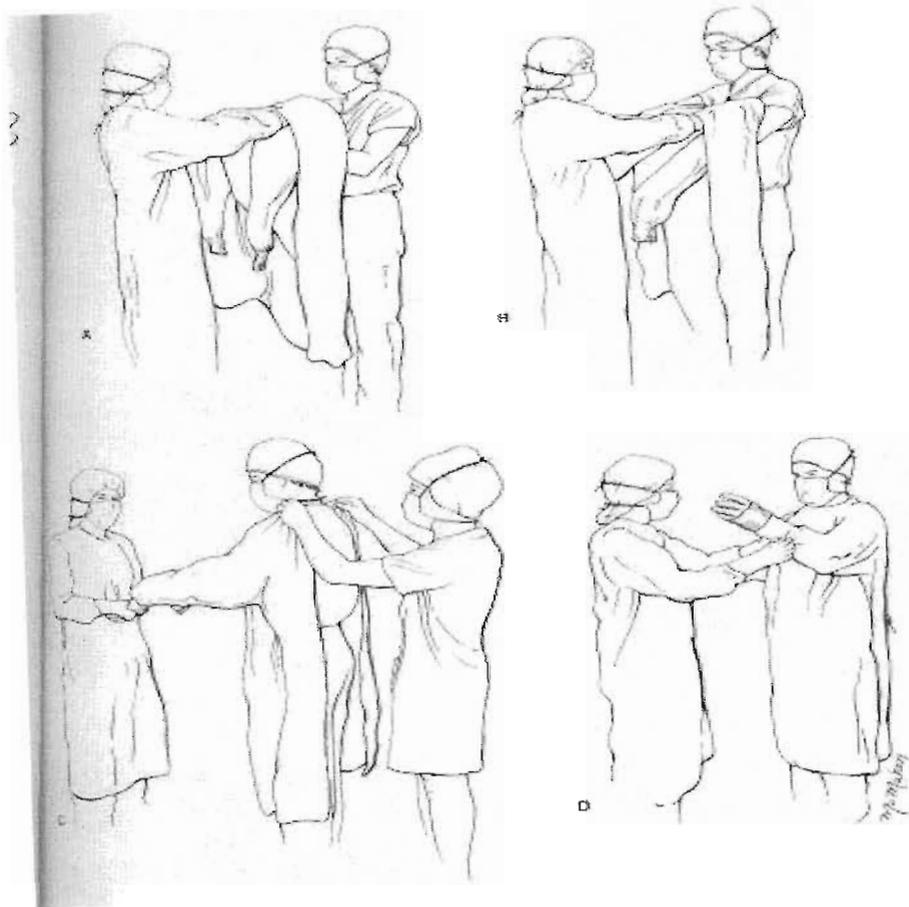
- ◆ Al colocarse la bata debe tenerse el cuidado de evitar la contaminación de las mangas al estirarlas.
- ◆ Antes de colocarse la bata deberán estar perfectamente secas las manos.
- ◆ Si una bata esta rota o descocida, deberá ser suprimida.

Equipo:

Bata quirúrgica estéril. Las batas forman parte del equipo de ropa estéril, dobladas de tal forma que la instrumentista pueda usarlas sin contaminar las superficies estériles.

Técnica:

- ❖ Después de efectuado el lavado y secado quirúrgico de manos la instrumentista procederá de la forma siguiente:
- ❖ Descubierta el equipo se toma la bata con la mano derecha por la parte lisa guiándose por la costura del "marsupial".
- ❖ Desdoblarla a unos 20 cms. de distancia del cuerpo evitando que roce el piso y revisando al mismo tiempo que no esté rota.



COLOCACIÓN DE GUANTES QUIRÚRGICOS

Concepto:

Es el procedimiento mediante el cuál se llevará a cabo la colocación de guantes estériles para evitar contaminaciones durante el acto quirúrgico.

Objetivo:

- Proteger al paciente y al equipo quirúrgico de contaminaciones.

Principios:

- Todo objeto que es tratado por medios de asepsia y antisepsia se encuentra libre de gérmenes.
- Un área estéril se contamina al contacto con una no estéril.
- La humedad favorece la proliferación de microorganismos.

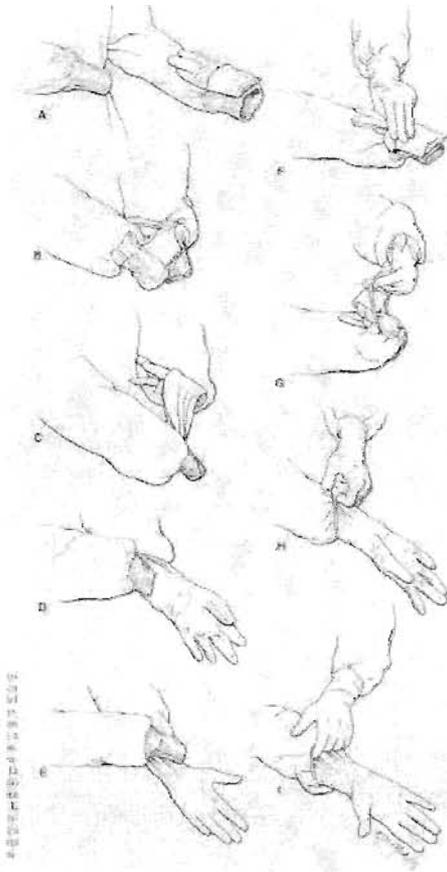
Equipo: Guantes quirúrgicos estériles.
Bata quirúrgica estéril.

Procedimiento (Técnica cerrada).

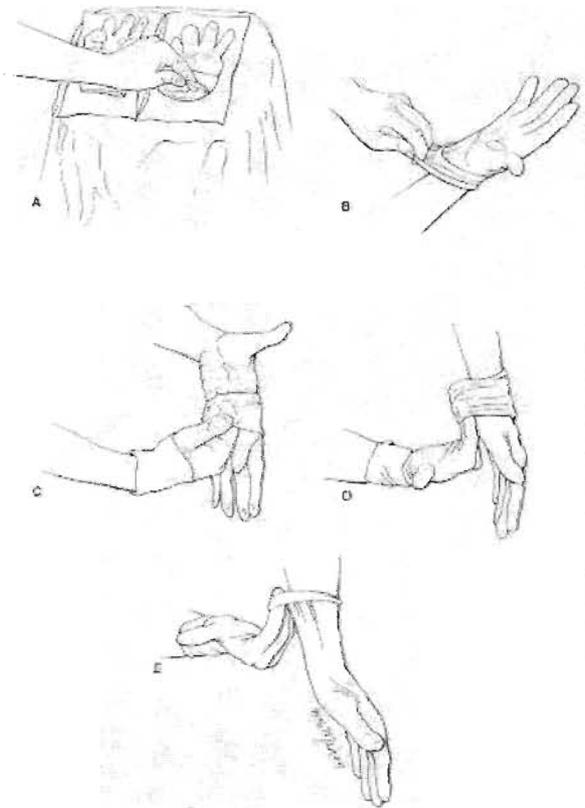
- Después de secarse las manos y colocarse la bata quirúrgica, se procederá de la siguiente manera:
- Sin sacar las manos de los puños de la bata, se toma el guante derecho con la mano izquierda con los dedos índice y pulgar y tomando como referencia éste último.
- Se coloca el puño del guante sobre la palma de la mano derecha con los dedos dirigidos hacia el antebrazo.
- Se introducen los dedos de la mano derecha en el interior del guante sujetándolo con los dedos de la mano izquierda, protegida por la bata.
- Ayudándose con la mano izquierda se procederá a cubrir el puño de la bata con el puño del guante extendiendo los dedos dentro del mismo e introduciendo a la vez el dedo pulgar en la cintilla que viene en el puño.
- En la misma forma se colocará el guante en la mano contraria.

Procedimiento (Con técnica abierta)

- Esta técnica se puede realizar con colocación de bata estéril o sin ella; en el primer caso se procederá de la siguiente forma:
- Sacando las manos del puño de la bata, se toma el guante con la mano izquierda por encima del dobléz del puño.
- Se introducen los dedos de la mano derecha en el guante, deslizándola hacia el interior del mismo.
- Posteriormente se introducen los dedos de la mano enguantada por de bajo del dobléz del puño del guante izquierdo.
- Se sostiene mientras se introduce la mano izquierda tirando del dobléz sobre la muñeca procurando no contaminar.

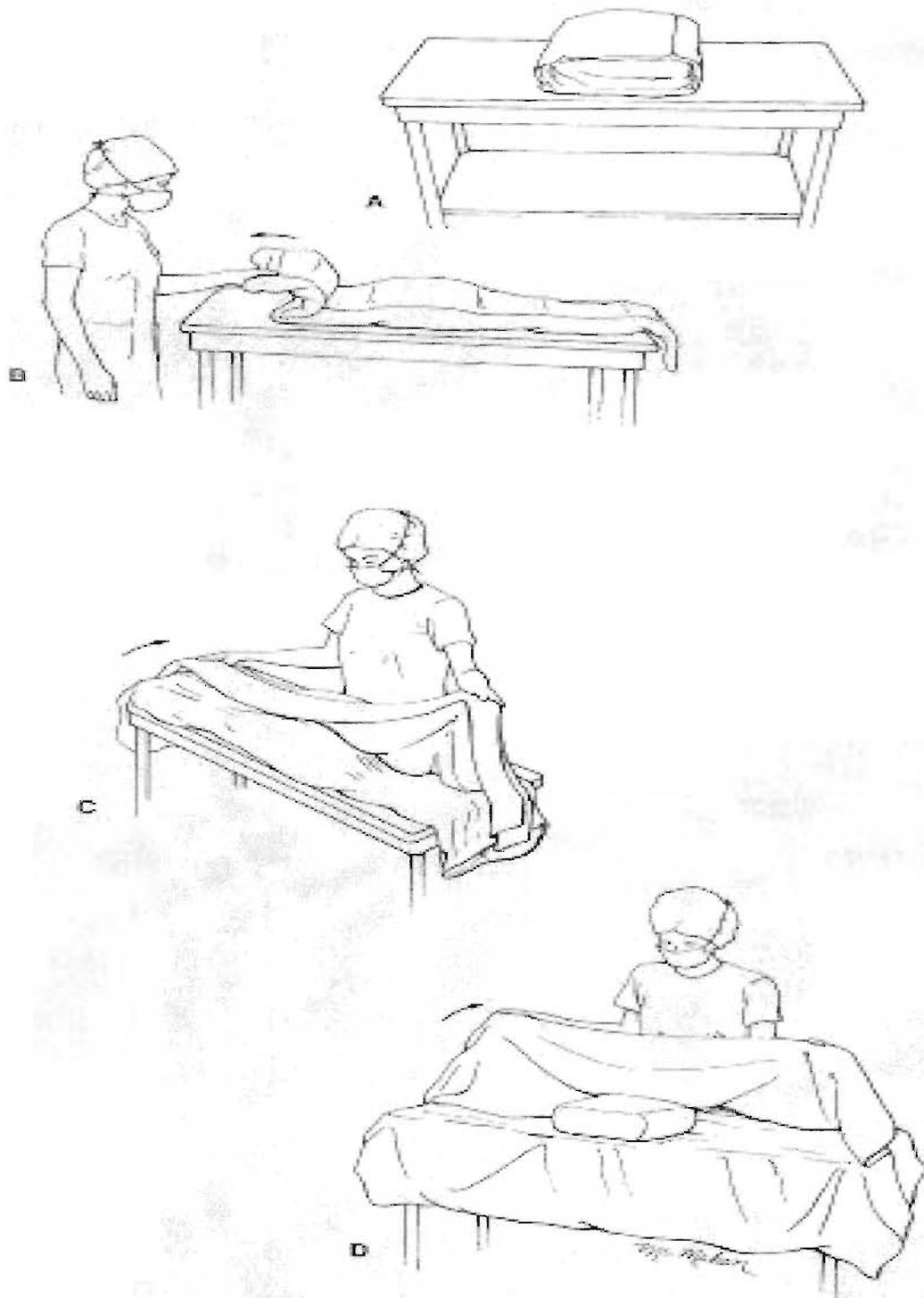


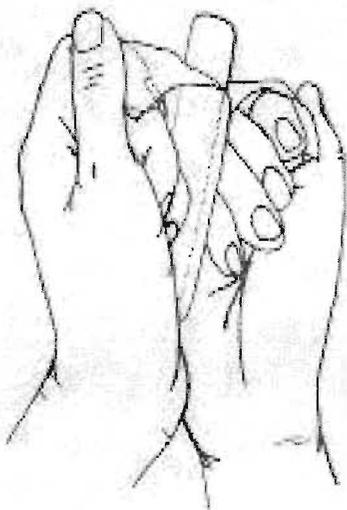
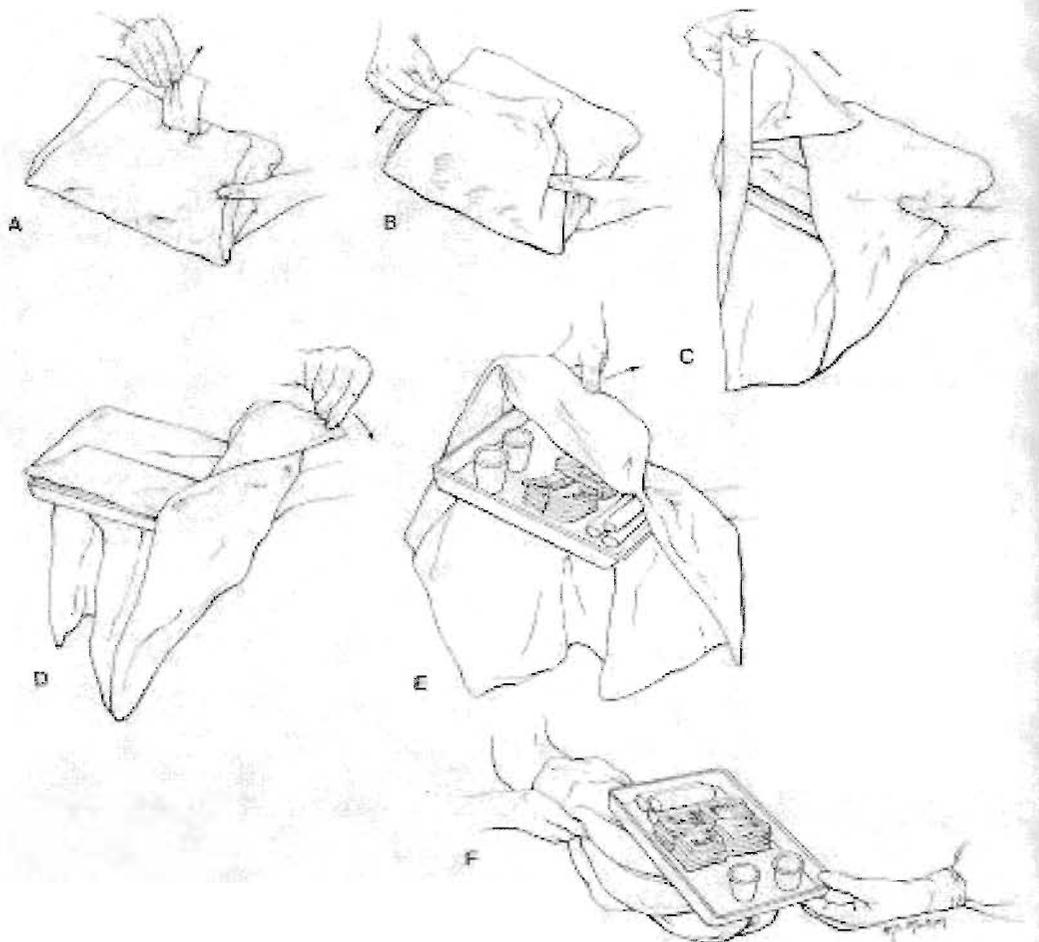
Técnica cerrada



Técnica abierta

COMO DESENVOLVER UN PAQUETE DE ROPA ESTERIL





Abrir el paquete de los extremos



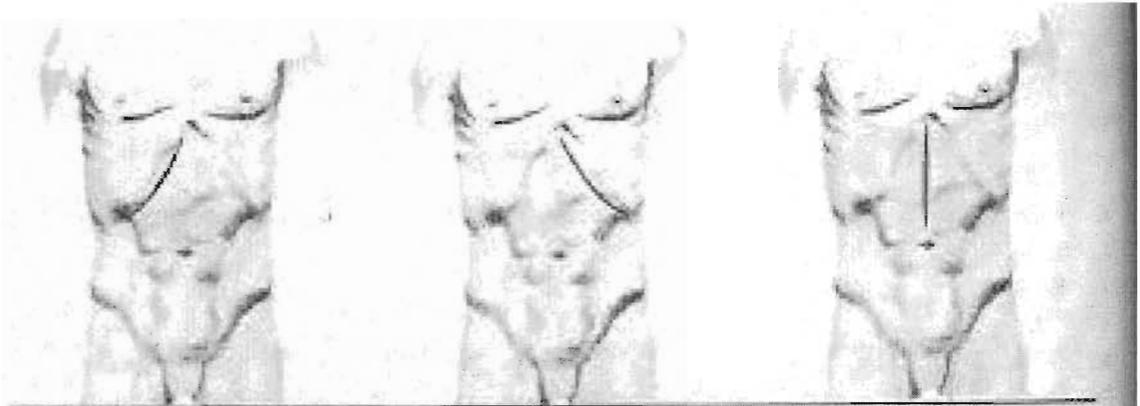
Las soluciones se vierten cuidadosamente para evitar salpicaduras



REGLAS PARA LA COLOCACIÓN DE CAMPOS

- 1.-Manipular campos lo menos posible.
- 2.-Nunca agitar o sacudir los campos, se requieren movimientos lentos precisos y ciudadanos. Si se apresura la colocación de campos o si se ocurre un exceso de movimiento durante el procedimiento, se puede librar del medio ambiente inmediato partículas de polvo o tela que pueden vehiculizar bacterias que están en el aire.
- 3.-Si un campo se contamina o tiene una perforación se debe de descartar.
- 4.- Cuando se procede a la colocaron del campo para un procedimiento donde se anticipa una gran cantidad de líquidos, se deberá colocar un campo absorbente.
- 5.-Nunca se debe permitir que las manos enguantadas entren en contacto con la piel preparada durante el procedimiento de colocación de campos, recordar que la mano enguantada este estéril pero la piel preparada no lo esta.
- 6.-Siempre que se coloque campos proveer de un bolsillo a la mano enguatada ya que esto va prevenir que entre en contacto con superficies no estériles durante el procedimiento de colocación de campos.
- 7.-Nunca hay que permitir que un campo se extienda fuera del área estéril a menos que permanezca definitiva mente en ese lugar no se puede mover un campo una vez que lo ha colocado, si se coloca incorrectamente se debe descartar y utilizar uno nuevo.
- 8.-no se debe permitir que los campos toquen el suelo pueden actuar como una mecha y traer bacterias dentro del campo estéril.
- 9.- planificar previamente el procedimiento, es importante tener los campos. Preparados antes de comenzar ha organizar los campos en orden de aplicación eficiente de los materiales para la colocación de campos ahorra tiempo y previene las confusiones.

INCISIONES ABDOMINALES



Subcostal derecha:
Vesícula biliar, sistema
biliar

Subcostal izquierda:
Vaso

Media supraumbilical:
estomago, duodeno y
páncreas



Paramedia supraumbilical
derecha: estomago,
duodeno, y páncreas

Paramedia infraumbilical
izquierda: estructuras
pelvianas, colon.

Media infraumbilical
Vejiga, útero y
anexos.



McBurney
Apéndice

Inguinal oblicua
izquierda. Hernia.

Transversa infraumbilical
(Pfannestiel): útero,
ovarios y trompas.

ANESTESIA

Los anestésicos generales producen pérdida del conocimiento, según el tipo de anestésico y cantidad administrada el paciente puede estar ligeramente sensible a los estímulos externos o absolutamente insensibles.

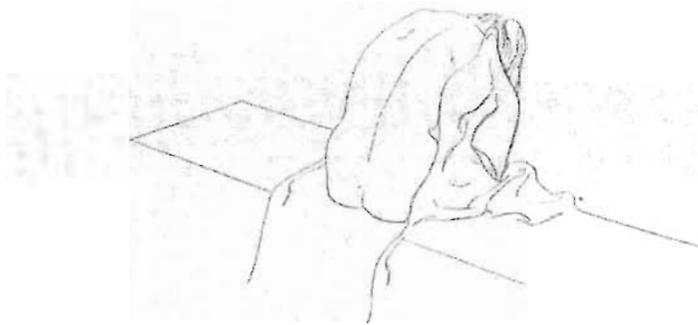
- ↓ El periodo que transcurre no bien se inicia el procedimiento anestésico se llama inducción.
- ↓ Cuando se interrumpe la administración de la anestesia el paciente comienza a recuperarse.
- ↓ Durante la inducción y la recuperación el paciente se halla fisiológicamente inestable.

Nota: Es responsabilidad de la enfermera circulante permanecer junto al anestesiólogo durante estas fases y asistirlo en caso de que se produzca alguna emergencia, como un paro cardíaco o que el paciente vomite.

Traslado y posición del paciente anestesiado

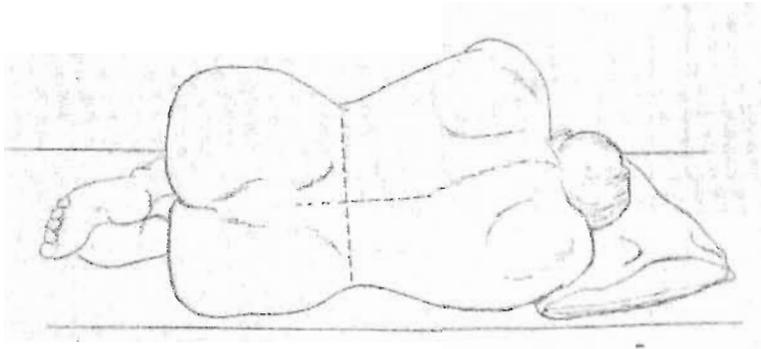
- ❖ Siempre solicite permiso al anesthesiólogo para mover al paciente anestesiado.
- ❖ Provéase de suficiente ayuda para mover al paciente con seguridad.
- ❖ Acolchar todas las prominencias óseas y áreas delicadas que contacten con la mesa. Si no se toma el suficiente cuidado pueden ocurrir graves lesiones nerviosas y vasculares.
Tenga en cuenta que los codos, las rodillas los dedos de los pies y las axilas son regiones propensas a sufrirlas.
Bajo la superficie interna del brazo transcurre el nervio cubital que nunca debe apoyarse sobre la mesa o el apoyo en brazos.
El plexo braquial localizado en la región axilar debe protegerse siempre del estiramiento o la presión.
- ❖ Actúe con delicadeza durante el manejo de las articulaciones. La abducción de un miembro en un ángulo mayor de 90° puede lesionarlo. El paciente inconciente no puede manifestar su dolor.
- ❖ Respete el pudor del paciente evitando la exposición innecesaria de su cuerpo.
- ❖ Alinee siempre el cuerpo y la columna cuando se esta ubicando al paciente. Esto prevendrá la lesión de la columna cervical y protegerá la vía aérea.
- ❖ Evite que los dedos queden aprisionados en las articulaciones de la mesa asegurando el brazo y las manos debajo de las nalgas.
- ❖ Muévase despacio y pausadamente, el apuro en la ubicación del paciente puede causar lesiones o accidentes.
- ❖ Antes de que el paciente sea sometido a la inducción anestésica tenga preparado todos los materiales que se van a necesitar para evitar así, tiempo innecesario de anestesia y confusión.
- ❖ Proteja de toda tensión las guías intravenosas catéteres y vías aéreas.
- ❖ El trabajo en equipo es importante cuando se alza al paciente moverlo a la cuenta de tres, alguien debe dirigir la maniobra.
- ❖ Emplea una buena mecánica corporal

POSICIÓN PARA BLOQUEO REGIONAL.



Posición sentada para bloqueo.

Regional: { Peridural.
Sub.-aracnoideo.



Posición fetal para bloqueo.

Regional: { Peridural.
Sub.-aracnoideo.

EQUIPO DE BLOQUEO

- ❖ Un equipo de bloqueo.
- ❖ Un catéter epidural.
- ❖ Una aguja hipodérmica No. 20
- ❖ Una aguja hipodérmica No. 22.
- ❖ Una ampula de bicarbonato.
- ❖ Un frasco de xilocaina simple.
- ❖ Un frasco de xilocaina con epinefrina.
- ❖ Una jeringa de 3 ml.
- ❖ Un frasco de alcohol.
- ❖ Un frasco de merthiolate.
- ❖ Tela adhesiva.
- ❖ Un catéter para oxígeno.
- ❖ Tres electrodos.
- ❖ Una sonda nelaton # 22
- ❖ Una bata quirúrgica adicional.
- ❖ Dos pares de guante No. 7- 7 ½ -8.

NOTA: Antes de iniciar un procedimiento es indispensable tener funcionando el aspirador.

POSICION LATERAL

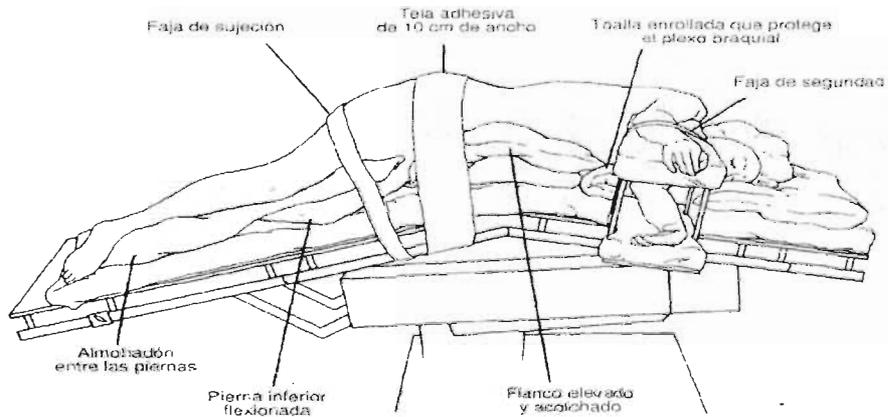


Fig. 10-11. Posición de Sims (lateral).

La posición lateral se utiliza para la cirugía de riñones, uréteres y pulmón. Nota: la cabeza descansa cómodamente sobre una almohada. El apoyabrazos doble se coloca en un ángulo no mayor de 90. El brazo se rota para prevenir el contacto de nervio cubital.

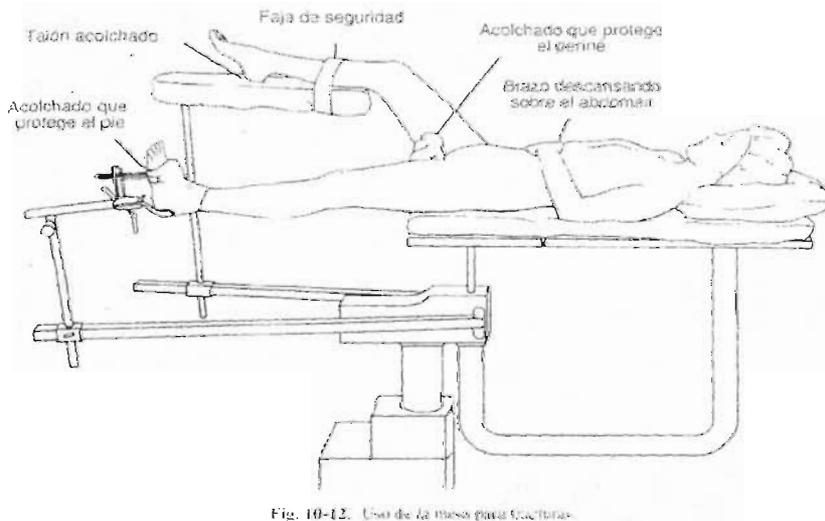


Fig. 10-12. Uso de la mesa para fracturas.

La mesa ortopédica o mesa para fracturas permite ubicar al paciente para enclavamiento de cadera y otros procedimientos ortopédicos.

POSICION TRENDELEMBURG

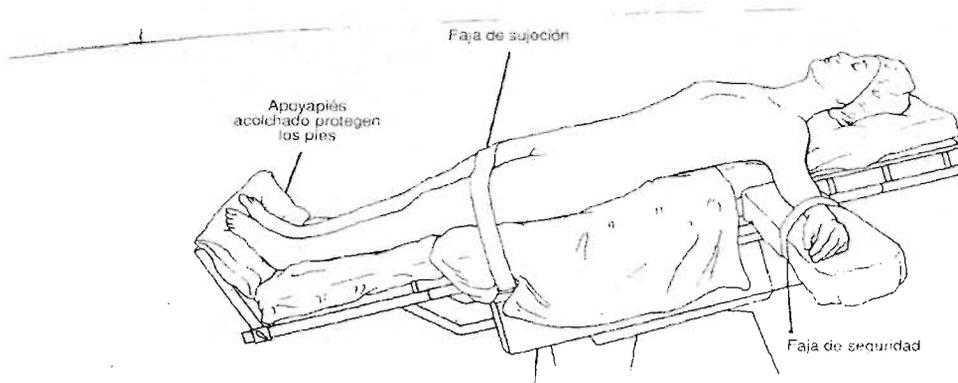


Fig. 10-5. Posición de Trendelenburg invertida.

El Trendelenburg invertido, se utiliza para la cirugía de cabeza y cuello. También puede ser de ayuda en los procedimientos que comprometen el diafragma y la cavidad abdominal superior. Ya que permite que el contenido abdominal descienda en dirección caudal hacia los pies.

100 INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

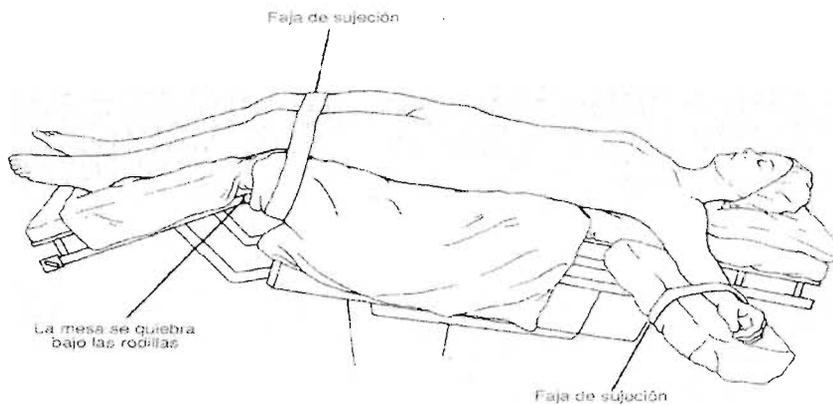


Fig. 10-4. Posición de Trendelenburg.

Trendelenburg.

Esta posición se utiliza, principalmente para procedimientos que involucran órganos pélvicos.

POSICION DE FOWLER Y LITOTOMIA

104 INSTRUMENTACION QUIRURGICA

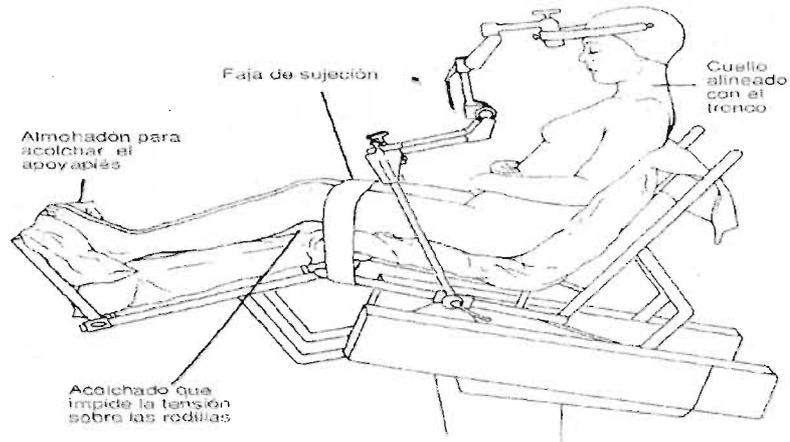


Fig. 10-10. Posición de Fowler.

La posición de Fowler se usa cuando se somete a un paciente a cirugía de la columna cervical posterior, craneotomía posterior y procedimientos en la cara o la boca.

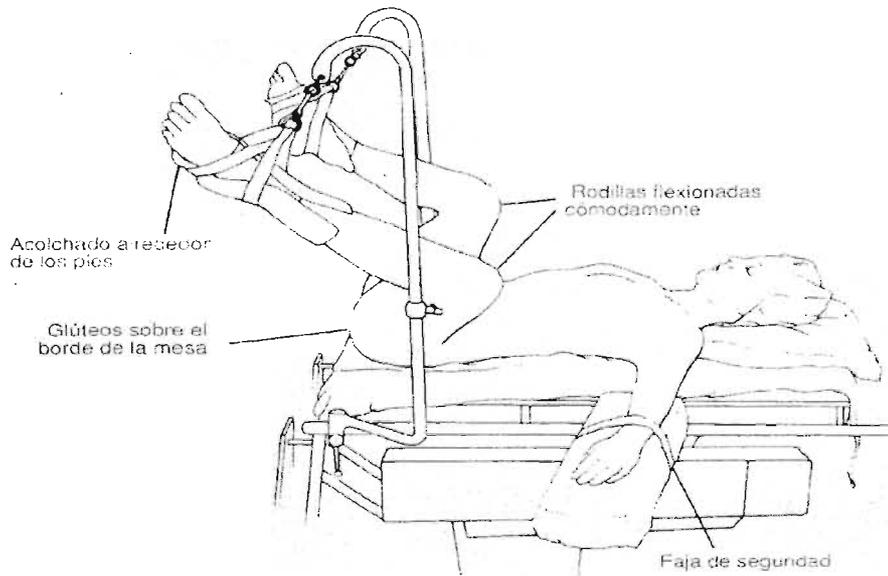


Fig. 10-9. Posición de litotomía.

Litotomía (posición ginecológica), esta posición se emplea para cirugía vaginal, perineal y rectal.

POSICION DE CUBITO DORSAL Y LAMINECTOMIA.

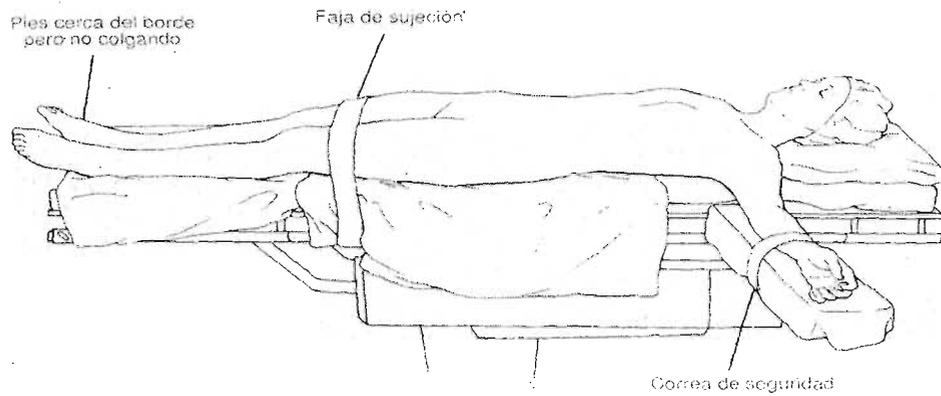


Fig. 10-3. Posición de decúbito dorsal.

La posición de decúbito dorsal, se utiliza para los procedimientos abdominales, así como para los que involucran la cara, el cuello, el tórax o el hombro. Esta posición se utiliza también para cirugía vascular.

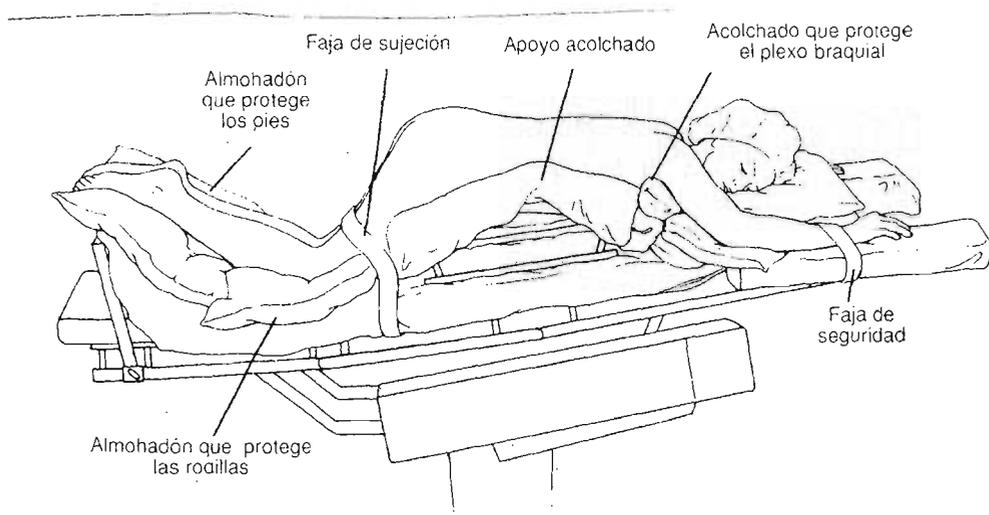
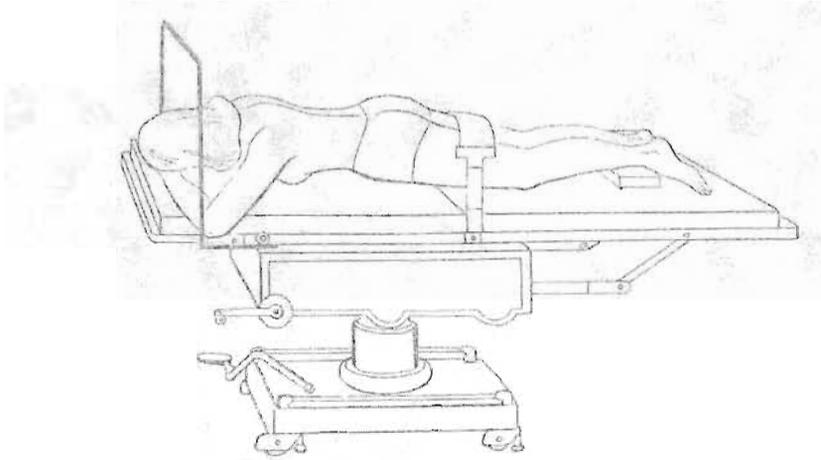


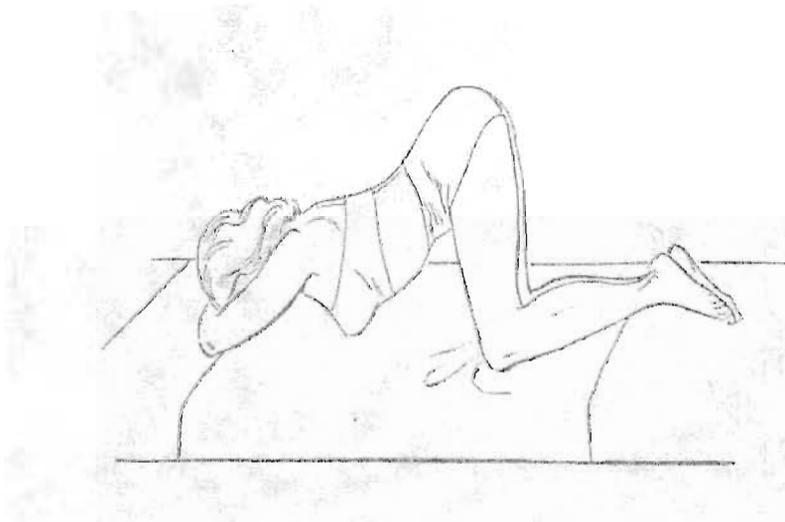
Fig. 10-7. Posición de laminectomía.

POSICIÓN DE LAMINECTOMIA.

POSICION CUBITO VENTRAL Y GENUPECTORAL

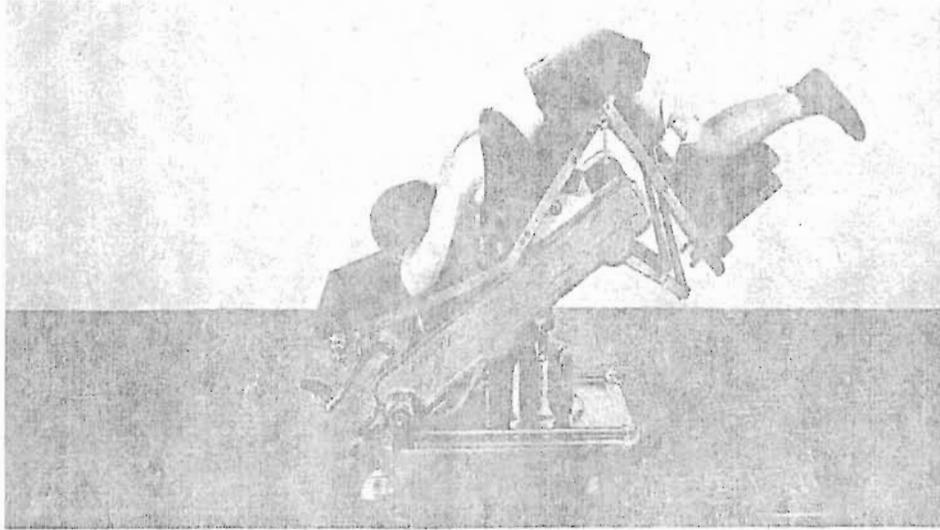


Posición prona o decúbito ventral. Para cirugías de columna

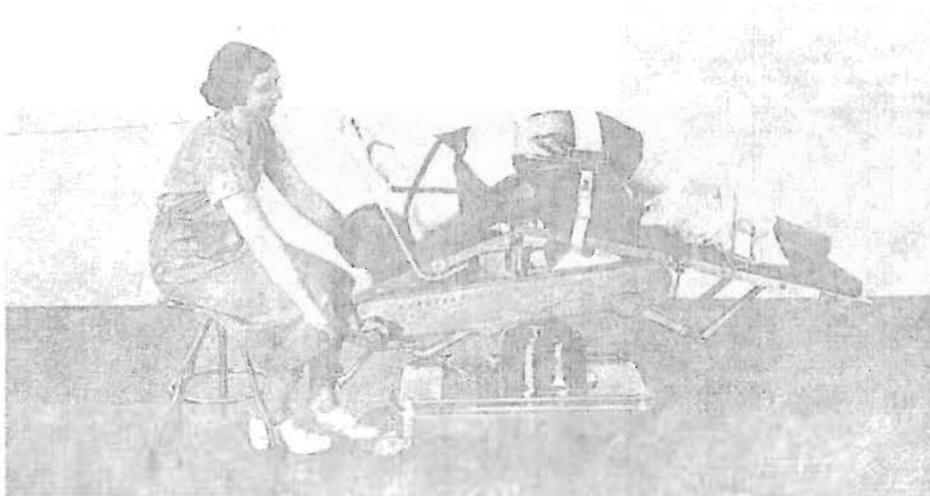


Posición genupectoral. Para revisión rectal.

POSICIÓN PARA NEFRECTOMIA Y EN NAVAJA SEVILLANA



Posición “en navaja Sevillana”. Para cirugías proctológicas



Posición para nefrectomía.

CESAREA

Definición:

Parto quirúrgico a través de la pared abdominal y uterina.

Se practica ante el antecedente- cesáreas anterior.

- Placenta previa
- Desproporción cefalo pélvica.

Anestesia:

Bloqueo peridural en una urgencia (general).

MATERIAL QUIRÚRGICO:

- 1.-Cirugía de cesáreas.
- 1.-Equipo de bloqueo
- 1.-Equipo de aseo.
- 1.-Separador balford
- 1.-Tubo de aspiración.
- 1.-Corte de tres.
- 2.-Perillas.

MATERIAL DE CONSUMO:

- 1.-Equipo de ropa de cirugía general.
- 2.-Batas adicionales.
- 1.-Paquetes de compresas de vientre.
- 1.-Cistofloc.
- 1.-Sonda foley N° 16
- 1.-Jeringa de 5 ml.
- 2.-Cromicos N°1
- 2.-Cromicos N° 0
- 1.-Vicril N° 1
- 1.-Dermalon N° 3

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

Definición:

Extirpación quirúrgica del útero por medio de una incisión abdominal.

Más común son – fibromas benignos, antecedentes de cáncer.

Anestesia: Bloqueo peridural.

MATERIAL QUIRÚRGICO:

- 1.-Cirugía de cesárea.
- 1.-Equipo de bloqueo.
- 1.-Equipo de aseo quirúrgico.
- 1.-Separador sullivan.
- 1.-Corte de tres.
- 1.-Corte de harrington.
- 1.-Tubo de aspiración
- 1.-Pinza ruza larga.

MATERIAL DE CONSUMO:

- 2.-Hojas de bisturí No. 20
- 1.-Cistofloc.
- 1.-Sonda foley No. 16
- 5.-Guante del numero 7 – 7 ½ - 8.
- 2.-Cromicos No. 0
- 3.-Vicriles No. 1
- 2.-Sedas libres- I
- 1.-Catgut simple- 00.
- 1.-Dermalon No. 3

REPARACIÓN DE CISTOCELE Y RECTOCELE.

Definición:

Reparación quirúrgica de un abombamiento vesical (cistocele) y rectal (rectocele).

Objetivo:

Evitar infecciones urinarias.

Posición: Ginecológica.

Anestesia: Bloqueo peridural.

MATERIAL QUIRÚRGICO:

- Un equipo de cesárea.
- Un equipo de bloqueo.
- Un aseo quirúrgico.
- Un equipo de revisión.
- Un corte de tres tijeras.

MATERIAL DE CONSUMO:

- Dos hojas de bisturí no.22
- Una sonda foley no.16
- Un cistofloc
- Una jeringa de 5ml.
- Cuatro guantes no.7 – 7 ½ - 8.
- Una seda con aguja no.1
- Dos crómicos 0 – 1
- Un vicril no.1

Nota: uretropexia de técnica (Pereyra).

Se agrega:

Dos jeringas 10- 20ml.

Un vaso de leche maternizada.

ABORTO TERAPÉUTICO

Definición:

Consiste en dar término a un embarazo mediante la remoción del feto del interior del útero a través de la vagina.

Anestesia: Endovenosa.

Posición: Ginecológica.

MATERIAL QUIRÚRGICO Y DE CONSUMO:

Un equipo de legrado

Un aseo quirúrgico.

Una sonda nelaton No. 16

Dos Pares de guantes del No. 7 – 7 ½ - 8.

Dos Piñeras.

Un frasco de jabón líquido.

Un Frasco solución fisiológica.

LAPARATOMÍA ABDOMINAL

Definición:

El termino laparotomía se utiliza para describir la incisión que se realiza a través de la pared abdominal y efectuar una operación sobre el contenido abdominal.

LAPARATOMÍA EXPLORADORA

Definición:

Si el cirujano realiza una laparotomía como procedimiento diagnostico sin conocer la naturaleza exacta de la enfermedad del paciente, también es de utilidad en traumatismo abdominal.

Objetivo:

Conocer la naturaleza exacta de la enfermedad.

POSICIÓN- CUBITO DORSAL.

ANESTESIA- GENERAL- OROTRAQUEAL.

Material Quirúrgico:

- ↓ Un equipo de cirugía abdominal.
- ↓ Un aseo quirúrgico.
- ↓ Una jeringa asepto.
- ↓ Un tubo de aspiración.
- ↓ Un separador richarson
- ↓ Un separador harington.
- ↓ Un corte harington.
- ↓ Un corte de tres tijeras.
- ↓ Un separador balford.

Material de Consumo:

- ↓ Dos hojas de bisturí no. 22
- ↓ Dos penrose ½ T.
- ↓ Una sonda levin no.18/20
- ↓ Dos sondas nelaton no.22.

Suturas:

- ↓ Sutupak 2-0-3-0.
- ↓ Simple 2-0

- ✚ Crómico 1-0
- ✚ Vicril 1.
- ✚ Seda con aguja 0-00.
- ✚ Dermadon 3-0.

Soluciones:

- ✚ Fisiológica tibia.
- ✚ Mixta.
- ✚ Harman.
- ✚ Hemacel.
- ✚ Dextran.

APENDICECTOMÍA

Definición:

Es la extirpación del apéndice cecal el cual constituye una bolsa ciega angosta y alargada, que esta unida al ciego.

Objetivo:

Cuando se encuentra gradualmente inflamado, se extirpa para evitar peritonitis.

TIPO DE ANESTESIA (GENERAL)

Posición- cubito dorsal.

MATERIAL QUIRÚRGICO.

- 1.-Cirugía general.
- 1.-Aseo quirúrgico.
- 1.-Separadores Richarsson.
- 1.-Tubo de aspiración.
- 1.-Corte de 3 tijeras.
- 1.-Jeringa asepto.
- 5.-Guantes del No. 7- 7 ½ - 8.
- 1.-Catgut crómico 1 -0.
- 1.-sutupak seda 2 – 0.
- 1.-Dermalon No. 3-0.

COLECISTECTOMIA SIMPLE

Definición:

Extirpación de la vesícula viliar patológica.

Objetivo:

Eliminar las molestias inestables en pacientes con colecistitis crónica o aguda, con cálculos o sin ellos además se elimina la fuente de reinfección.

Posición: cubito dorsal.

Anestesia: Bloqueo sub.-aracnoideo.

Material quirúrgico.

- Un equipo de vesícula.
- Un equipo de bloqueo.
- Un equipo de aseo quirúrgico.
- Un equipo de cirugía general
- Un corte de 3 tijeras
- Un corte harrington.
- Un tubo de aspirador.
- Un set de separadores: Richarson; divers; balford y Harrington.
- Dos hojas de bisturí No. 22
- Una hoja de bisturí No. 15
- Una jeringa asepto.
- Cinco pares de guantes No. 7- 7 ½ - 8.
- Suturas.
- Dos crómicos No. 2- 0.
- Un vincryl No. 1
- Una seda 00.
- Un sutupac 00.
- Un dermalon 000.
- Dos paquetes de puchitos.
- Dos paquetes de satín hemostático.

PLASTIA INGUINAL.

Definición:

Es la reparación de una hernia (protrusión) del contenido intestinal causada por un defecto de la pared abdominal en la región inguinal de los varones.

- ⬇ Hernia directa.-es el resultado de los esfuerzos que debe soportar la pared abdominal.
- ⬇ Hernia indirecta.-es causada por un defecto congénito del anillo inguinal profundo y provoca el abombamiento del peritoneo a lo largo del cordón espermático.

Objetivo:

Reforzar los planos abdominales de la región inguinal y cerrar el defecto.

- ⬇ Anestesia: Bloqueo peridural.
- ⬇ Poción: Cubito dorsal.

Material Quirúrgico.

- 1 Cirugía general.
- 1 Equipo de bloqueo
- 1 Aseo quirúrgico.
- 1 Separadores richarson
- 1 Corte de tres

Material de Consumo.

- 2 Hojas de Bisturí No. 20
- 1 Malla
- 1 Cinta umbilical
- 1 Catgut simple 00
- 2 Prolenes 0 – 1
- 1 Dermalon 3 – 0

AMIGDALECTOMIA Y ADENOIDECTOMIA.

Definición:

Consiste en la extirpación de las amígdalas y las adenoides.

Objetivo:

Evitar amigdalitis crónica la otitis media asociada y la obstrucción nasal.

Anestesia- general Oro traqueal.

MATERIAL QUIRÚRGICO.

- 1.-cirugía de amígdalas.
- 1.-Aseo quirúrgico.
- 1.-Amigdalectomo.
- 1.-Jeringa asepto.
- 1.-Tubo de aspiración.
- 1.-Corte de otorrino.
- 2.-Asas frías.
- 1.-Tijera mayo recta.

MATERIAL DE CONSUMO.

- 1.-Una sonda nelaton No. 20.
- 1.-Una llave de tres vías.
- 1.-Hoja de bisturí No. 12
- 1.-Un crómico No. 00.

Nota: La enfermera instrumentista no debe de retirarse del campo operatorio, hasta que el paciente sea extubado, ya que durante la emersión de la anestesia pudiera detectarse sangrado y será necesario revisar la cavidad bucal y los lechos adenoideo y amigdalino en busca de vasos sangrantes.

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TOBILLO

Concepto:

Fijación interna de fractura de tobillo.

Objetivo:

Lograr la alineación anatómica de los huesos de la articulación.

Posición: cubito dorsal.

Anestesia: bloqueo sub.-aracnoideo.

MATERIAL QUIRÚRGICO

- ❖ Una cirugía plástica de mano
- ❖ Equipo de bloqueo.
- ❖ Un aseo quirúrgico.
- ❖ Un corte de tres tijeras.
- ❖ Un set de obsequios rectos y curvos.
- ❖ Un kide
- ❖ Una venda de smach.
- ❖ Un set de clavos Kisner y steyman.
- ❖ Un equipo de pequeños fragmentos.
- ❖ Un equipo básico de ortopedia.
- ❖ Un perforador neumático con manguera.
- ❖ Una tornillera chica.
- ❖ Una jeringa asepto.
- ❖ Una budinera.
- ❖ Un set de cucharillas.
- ❖ Una balerina.
- ❖ Un set de brocas y machuelos.
- ❖ Un hule quirúrgico.
- ❖ Un tubo de aspiración.

MATERIAL DE CONSUMO.

- ❖ Dos vendas elásticas de 5 – 10cm.
- ❖ Dos vendas de yeso 10 cm.
- ❖ Dos rollos de huata 10cm.
- ❖ Seis guantes no. 7 – 7 ½- 8.
- ❖ Un frasco de isodine espuma y solución.
- ❖ Un crómico simple no.2 -0.
- ❖ Dos vicriles no.1.
- ❖ Dos dermalones no.2 – 0.

ARTROPLASTIA PARCIAL.

Concepto:

Colocación de una prótesis, refuerzo o sustitución de la cabeza femoral.

Objetivo:

Mejora el funcionamiento para el desarrollo físico del paciente.

Posición:

De cubito lateral fijado con cojines colocando un campo longitudinal en las regiones inguinal perianal para aislar así el área genital con un esteridrey.

Anestesia: Bloqueo sub.-aracnoideo.

MATERIAL QUIRÚRGICO.

- Una cirugía de ortopedia.
- Un equipo de bloqueo.
- Un aseo Qx.
- Una budinera.
- Un set richarson grandes.
- Una gubia grande.
- Un osteotomos recto.
- Un separador hotman con punta.
- Una jeringa asepto.
- Un set de cucharillas.
- Un neumático de 7 piezas con manguera.
- Una cierra oscilante.
- Un equipo de reducción abierta.
- Una tornillera grande.
- Un equipo de placas anguladas.
- Una balerina.
- Un mango para machuelo en T.
- Un equipo básico de ortopedia.

- Un tubo de aspiración.
- Un hule Quirúrgico.
- Una jeringa de 20ml.
- Una aguja amarilla.
- Un corte de 3.
- Un esteridrey.
- Un set de brocas y machuelos.
- Un tubo de aspiración.
- Un clavo steyman.
- Un drenovak ¼.
- Dos vendas elásticas 5- 10 – 15cm.
- Dos rollos de huata de 15cm.
- Un set de cucharillas.

(VERIFICAR EL MATERIAL PARA EL PACIENTE).

- Seis guantes 7- 7 ½ -8.
- Un frasco de isodine espuma y solución.
- Un frasco de agua oxigenada.
- Tres vicriles no. 1
- Tres dermalones 2 – 0.

Cuando se coloque prótesis de Thomson:

Verificar que este completo el material, así como el cemento este en buen estado.

HALLUX VALGUS.

Concepto:

Deformidad de posición de la articulación tarsometatarsiana del primer orjejo.

Objetivo:

Corregir la deformidad.

Anestesia: bloqueo peridural.

Posición: cubito dorsal.

MATERIAL QUIRÚRGICO.

- ❖ Una cirugía plástica de mano.
- ❖ Un aseo quirúrgico.
- ❖ Una budinera.
- ❖ Un set de osteotomos rectos.
- ❖ Un mazo.
- ❖ Una gubia pediátrica.
- ❖ Un corte de tres tijeras.
- ❖ Una cierra oscilante.
- ❖ Dos vendas smach.
- ❖ Una escofina.

MATERIAL DE CONSUMO.

- ❖ Dos hojas de bisturí no. 12- 15.
- ❖ Una venda elástica de 5 – 10cm.
- ❖ Una jeringa de 20ml. Con aguja.
- ❖ Dos vicriles no. 1 – 2 – 0.
- ❖ Un dermalon 00.
- ❖ Un galón envuelto.
- ❖ Un frasco de isodine espuma y solución.

PÍELOLITOTOMÍA

Definición:

Consiste en la extracción de cálculos (piedras) de la pelvis renal.

Objetivo:

El calculo grande que ocupa por completo la pelvis renal puede obstruir el flujo de orina en forma total.

POSICIÓN CUBITO LATERAL.

ANESTESIA: BLOQUEO SUBARACNOIDEO.

Material quirúrgico:

- ✚ 1 cirugía urológica.
- ✚ 1 equipo de bloqueo.
- ✚ 1 corte harington.
- ✚ 1 corte de tres tijeras.
- ✚ 1 tubo aspirador.
- ✚ 1 jeringa asepto.

Material de consumo:

- ✚ 3 pares de guantes 7 – 7 ½- 8.
- ✚ 2 hojas de bisturí no. 21.
- ✚ 2 sondas foley no. 16- 18.
- ✚ 4 jeringas de 10- 20
- ✚ 1 solución sairna tibia.
- ✚ 1 penrose ½.

Suturas:

- ✚ 2 cromicos 2 y 3- 0.
- ✚ 2 dermalones 3- 0.
- ✚ 1 simple 2- 0.

CISTOSTOMÍA SUPRAPUBICA.

Definición:

Es la colocación de un catéter suprapubico en el interior de la vejiga, para lograr su drenaje.

Objetivo:

Este catéter se emplea cuando esta contraindicado el uso de una sonda uretral.
Ejemplo: estenosis uretral.

Posición- cubito dorsal.

Anestesia- bloqueo peridural.

Equipo Quirúrgico:

- ✚ 1 cirugía general.
- ✚ 1 equipo de bloqueo.
- ✚ 1 tubo de aspiración.
- ✚ 1 aseo quirúrgico.

- ✚ 1 corte de tres tijeras.

Material de consumo:

- ✚ 3 guantes 7- 7 ½ - 8.
- ✚ 2 sondas pezzet no. 20- 22.
- ✚ 2 sondas foley no. 16- 18.
- ✚ 1 cistofloc.

Suturas:

- ✚ 1 cromico 00.
- ✚ 1 vicril no. 1
- ✚ 1 dermalon no. 3- 0.

CIRCUNCISIÓN.

Concepto:

Es la resección del excedente de prepucio que rodea el glande.

Objetivo:

Prevenir infecciones

Evitar compresión y trastorno circulatorio.

Posición: cubito dorsal.

Anestesia:

- Si es paciente adulto- B.P.D
- Si es paciente pediátrico: El anestesiólogo valora por la anestesia general o bloqueo peridural.

MATERIAL QUIRÚRGICO:

- Una cirugía pediátrica. (Cirugía general)
- Un equipo de bloqueo.
- Un equipo de aseo Qx.
- Un corte de tres (fino).

MATERIAL DE CONSUMO:

- Una hoja de bisturí no.15
- Un catgut crómico no. 3- 0.
- Un catgut simple no. 2- 0.
- Un tubo de ungüento de cloranfenicol.

ORQUIECTOMIA SIMPLE.

Definición:

Es la extirpación quirúrgica de uno o ambos testículos.

Objetivo:

- Evitar infecciones crónicas.
- Evitar riesgo de desarrollar gangrena.

(Rotación del testículo sobre el conducto deferente y se interrumpe la circulación).

Posición: cubito dorsal.

Anestesia: B. S. A

EQUIPO QUIRÚRGICO:

- Una cirugía pediátrica.
- Un equipo de bloqueo.
- Un aseo quirúrgico (opcional).
- Un separador sen-miller.
- Un corte de tres tijeras de punta fina.
- Un equipo de electrocauterizador.
- Un lápiz azul.

MATERIAL DE CONSUMO

- Un frasco de jabón tibio.
- Un frasco de
- Un crómico simple 00.
- Un crómico 00.
- Una hoja de bisturí no.15- 22.
- Tres pares de guantes 7- 7 ½- 8.

HEMORROIDECTOMIA

DEFINICION:

Extirpación de las venas dilatadas del ano y recto.

SE CLASIFICAN:

Internas: Dentro del recto.

Externas: Fuera del recto.

OBJETIVO:

Evitar sangrado y mejorar su actividad física del paciente.

Posición: En navaja Sevillana.

Anestesia: Bloqueo Epidural

MATERIAL QUIRURGICO:

1 Cirugía general.

1 Equipo de bloqueo

1 Aseo quirúrgico

1 Espejo de Prats

1 Corte de tres.

MATERIAL DE CONSUMO:

1 Tubo de lubricaina.

1 Hoja de Bisturí No 20.

1 Tela adhesiva de 10 cm.

RESECCIÓN DE LA FÍSTULA ANAL.

Definición:

Resección del tejido al rededor de un trayecto fistuloso ubicado en el área anal.

Objetivo:

Exponer tejido sano al rededor del trayecto fistuloso.

POSICIÓN: NAVAJA SEVILLANA.

ANESTESIA: BLOQUEO PERIDURAL.

Material quirúrgico:

- ✚ 1 cirugía general.
- ✚ 1 equipo de bloqueo.
- ✚ 1 aseo quirúrgico.
- ✚ 1 espejo de Prats.
- ✚ 1 estilete.

Material de Consumo

- ✚ 3 pares de guantes 6 ½, 7 y 7 ½
- ✚ 1 tubo de lubricaina
- ✚ Tela adhesiva de 10 cm.
- ✚ 1 hoja de bisturí No. 20
- ✚ 1 Crómico 3 – 0

TIEMPO SEPTICO

CONCEPTO:

Es la serie de pasos que se llevan a cabo durante una intervención quirúrgica en los diferentes órganos o conductos del organismo en los cuales existe una infección por y/o bacterias como flora normal del mismo y que esta flora pueda ser patógena para tejidos circundantes.

- 1.- Se calza la instrumentista doble guante.
- 2.- Se colocara sobre la mesa de mayo un campo extra.
- 3.- Se colocara sobre la mesa de mayo el instrumental que se va a utilizar.
- 4.- Se colocara un campo en los pies del paciente para protección del campo operatorio.
- 5.- La pinza foster (anillos) se pinza en la funda de mayo del lado que oriente hacia la mesa rectangular de riñón, procurando que los ojos de la pinza queden al aire para poder tomarlas.
- 6.- Se maneja el instrumental del campo operatorio séptico (contaminado) en la mesa e mayo con ambas manos.
- 7.- Si es necesario tomar instrumental o material de la mesa rectangular, se tomara con la pinza de anillos o en su defecto se solicitara a la enfermera circulante que auxilie a la instrumentista colocando lo solicitado sobre la mesa de mayo directamente.
- 8.- Al terminar el tiempo séptico la instrumentista colocara todo el instrumento y material, incluyendo la pinza de anillos, los campos el que tiene en el campo operatorio, sobre la mesa de mayo y la compresa que tiene como protección de la mesa de mayo envolverá todo, haciendo un bulto y se lo entregara a la enfermera circulante.
- 9.- Se retirara el doble guante.
- 10.- Se coloca una compresa sobre la mesa de mayo.
- 11.- Se coloca el instrumental para reparación.
- 12.- Simultáneamente al punto anterior se les cambia los guantes a los médicos.
- 13.- Se continúa con la cirugía (tiempo de reparación).

Precauciones:

- 1.- Conocer el programa de cirugía.
- 2.- Reconocer en que cirugía se maneja el tiempo séptico.
- 3.- Saber que el tiempo séptico inicia el corte a partir de la válvula ileosecal hacia delante del trayecto de todo el intestino o cuando se incide al órgano con material purpulentoso.
- 4.- Prevenir con doble guantes para el equipo quirúrgico.
- 5.- Recordar que para el tiempo de reparación debemos de dejar sin contaminar lo que vamos a utilizar en este tiempo.
- 6.- Tomar la precaución que cuando el medico pida el cambio de guantes nos sirva como guía y sepamos que ahí termino: tiempo séptico.
- 7.- Conocer que el tiempo séptico puede terminar cuando terminen de suturar el peritoneo: pero la mayoría de las veces es de acuerdo al criterio del medico.
- 8.- Tener precaución que el campo que envuelve todo el material séptico sea lo suficiente grande para que alcance a envolver todo.
- 9.- Tener precaución que si el medico no quiere llevar tiempo séptico se anote en la hoja de enfermería.
- 10.-Tener completamente la cuenta de gasas compresas etc. Antes del cierre del peritoneo.

CUIDADOS POST OPERATORIOS INMEDIATOS.

Postoperatorio inmediato son los cuidados que se proporcionan al paciente desde el momento de colocar el apósito hasta las 72 horas de haber sido intervenido quirúrgicamente.

Objetivo:

Brindar cuidados de enfermería específicos y oportunos a todo paciente que ha sido sometido a un procedimiento quirúrgico, con el fin de llevarlo lo más óptimamente posible a restablecer sus funciones fisiológicas.

Molestias en el post operatorio:

Principales dolor, vomito, inquietud, insomnio, sed, disnea, distensión abdominal, estreñimiento.

- 1.- Ayudar al traslado del paciente de la mesa de operaciones a la camilla de recuperación con sumo cuidado.
2. Trasladar al paciente de sala de operaciones a recuperación, acompañado el paciente por el anestesiólogo, enfermera instrumentista, enfermera circulante y camillero.
- 3.- Entregar al paciente a recuperación, identificándolo con el expediente.
- 4.- Informar a la enfermera de recuperación de lo que se le realizó al paciente, las condiciones y estado general.
- 5.- Girar hacia un lado la cabeza del paciente.
- 6.- Realizar las conexiones necesarias en el caso de oxígeno y succión, así como aspiración de secreciones.
- 7.- Revisar la venoclisis y soluciones por pasar, cantidad con la que ingresó a recuperación.
- 8.- Efectuar la revisión de las condiciones del apósito quirúrgico, vendajes y canalizaciones.
- 9.- Monitoreo de signos vitales, se hace registro constante de la presión arterial, de la presión venosa central, de la frecuencia cardiaca, electrocardiograma y gasto urinario; si el paciente está muy delicado, si no signos vitales cada 10 minutos, observar hipotensión, taquicardia e hipotermia.
- 10.- Cubrir al paciente con cobertor.
- 11.- Observar estado de conciencia.

- 12.- Toma de tensión arterial cada quince minutos hasta que se estabilice la T.A.
- 13.- Verificar frecuentemente la posible presencia de sangrado de la herida quirúrgica.
- 14.- Observar la coloración de la piel, labios y uñas por posible cianosis.
- 15.- Si el paciente trae cánula de Guedel no retirarla hasta que el paciente la rechace.
- 16.- Vigilar y asistir al paciente en presencia de náuseas y vómito.
- 17.- Uso de barandales para proteger al paciente de posible caída.
- 18.- Posición adecuada del paciente, la cual va a depender de la operación.
- 19.- Proteger al paciente de causas externas de enfermedad.
- 20.- Informar inmediatamente de cualquier signo y síntoma alarmante.
- 21.- No mover al paciente en forma brusca, para evitar que se pueda romper algún punto, o jalar las canalizaciones.
- 22.- No dar líquidos orales al paciente, sólo humedecer los labios con una gasa.
- 23.- Vigilar que el paciente recobre la sensibilidad y el movimiento de la región que haya sido anestesiada.
- 24.- Ministrar analgésicos indicados, ya que el paciente tenga sus signos vitales estables.
- 25.- Efectuar las anotaciones del plan de cuidados en la hoja de enfermería.
- 26.- Analizar si el lenguaje del paciente es coherente y congruente.
- 27.- Avisar al anestesiólogo cuando el paciente esté consciente, sus signos vitales estén dentro de los límites normales y haya recuperado la sensibilidad.
- 28.- Comunicarse con el jefe de piso para informar que el paciente ya se recuperó de la anestesia y que ya sale a su cama.
- 29.- Hacer las anotaciones respectivas en las libretas de control del servicio de recuperación (nombre del paciente, sexo, edad, diagnóstico, cirugía programada, cirugía realizada, hora en que ingresa a la sala de recuperación y hora que sale de la misma, quien autoriza el alta a su piso, enfermera que recibe, quién estuvo a cargo del paciente y quién lo entrega a la enfermera de piso).

30.- Traslado del paciente a piso, informando a la enfermera que recibe del estado del paciente, tipo de cirugía, accidentes, informar de los controles especiales.

31.- Al pasar al paciente a su cama se efectuará con mucho cuidado, que el paciente no haga esfuerzo y respetar su individualidad, evitar descubrirlo si no es necesario.

32.- Llevar controles especiales, los signos vitales se registran cada 15 a 30 minutos durante las primeras tres horas y después cada hora o cada cuatro horas según se requiera, en casos especiales, presión venosa central, signos de insuficiencia respiratoria, taquipnea, tiro, cianosis o vigilancia de sangrado en los drenajes de las heridas y sondas, vigilancia de la circulación en las partes distales a un vendaje.

33.- La posición que debe guardar el paciente por lo general es la de Fowler, pues se requiere una buena movilización de los hemidiafragmas o en pacientes peritoníticos en los que se desea drenaje declive peritoneal; la posición de Sims se utiliza para drenar secreciones de boca y garganta y cuando el paciente pudiera llegar a vomitar, con esto se evita la broncoaspiración.

34.- La elevación de las extremidades inferiores favorece el retorno venoso, sin interferir con la función respiratoria.

35.- La movilización en las primeras horas sólo debe ser cambios de posición cada 30 a 60 minutos de lado si han tenido anestesia general y se les estimula para que hagan inspiraciones profundas y tosan cada hora, a pacientes que se les dio anestesia regional, se les puede dejar deambular libremente o se les permite levantarse para ir al sanitario, con ayuda.

36.- Hacer registro de líquidos que ingresan y salen del paciente cuando menos por 24 horas, en pacientes operados de cirugía mayor tanto tiempo como sea necesario para obtener el equilibrio de los líquidos.

37.- Vigilar las indicaciones de pacientes que estén en ayuno son los operados de abdomen y cirugía mayor hecha con anestesia general; y los operados con anestesia regional se les inicia la vía oral con líquidos claros o dieta blanda.

38.- Vigilar la permeabilidad de la venoclisis, cambio de ella cada 48 horas, llevar control de soluciones parenterales, se hace una lista de los líquidos y el tiempo en que se deben de pasar.

39.- Medir la cantidad de orina, vómitos, succiones, sangrado etc., estimar el volumen de las pérdidas insensibles.

40.- Vigilar la presencia de uresis, si el paciente no orina, se inicia cateterismo vesical, usualmente de 6 horas después de la intervención.

- 41.- Vigilancia de sonda nasogástrica, se puede dejar drenar por mecanismo de gravedad o conectado a succión intermitente.
- 42.- Vigilancia especial de sonda pleural que debe conectarse a un circuito hermético y este a un sello de agua o a una válvula de Heimlich para drenar y al mismo tiempo impedir la entrada de aire a la pleura.
- 43.- Aplicación de medicamentos, pueden ser narcóticos, analgésicos, antibióticos, sedantes, antieméticos etc.
- 44.- Oxigenoterapia, dar los cuidados al catéter, que no lastime al paciente, que sean los litros indicados, que el humidificador tenga siempre agua bidestilada.
- 45.- Colaborar en la toma de muestras de laboratorio, durante las 24 horas pueden ser necesarias las tomas para hematocrito, hemoglobina, fórmula blanca, exámenes de orina, química sanguínea, gasometría, exámenes de gabinete RX de tórax y ECG
- 46.- Instruir al paciente sobre la manera de efectuar ejercicios respiratorios.
- 47.- Vigilar y ayudar a la movilización del paciente para prevenir úlceras de decúbito.
- 48.- Mantener al paciente limpio y efectuar los cambios de ropa necesarios.
- 49.- Favorecer el descanso del paciente con fricciones y masajes, mantener seca la piel.
- 50.- Registrar en la hoja de enfermería todo lo realizado al paciente.
- 51.- Poner especial cuidado en la entrega del paciente en cada turno.

Traslado del paciente conciente:

Antes de mover a cualquier paciente conciente de su cama a una camilla, el personal de enfermería debe evaluar la situación.

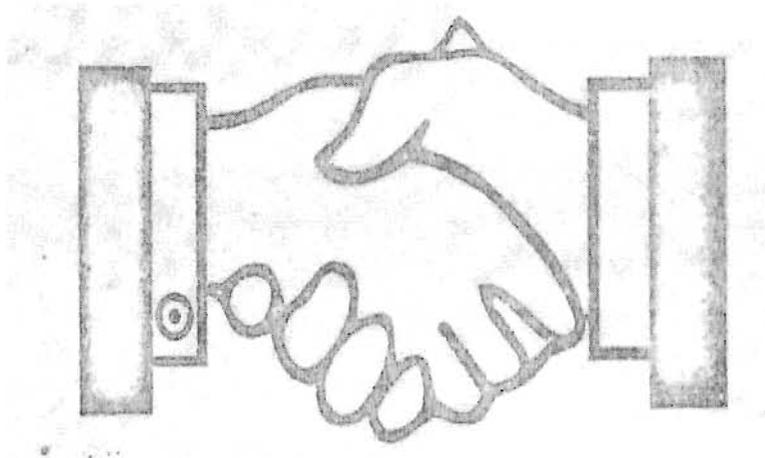
- ¿Tiene el paciente una sonda foley?
- ¿Recibe oxigenoterapia continua?
- ¿Es un anciano?
- ¿Tiene limitaciones físicas evidentes?
- Tales como un yeso o una prótesis.
- ¿Esta alerta o sedado?
- Debe disponer del personal adicional si el paciente tiene colocados dispositivos permanentes.
- ¿Se halla profundamente sedado o esta inconciente?
- Nunca debe de intentarse, el traslado si no se esta familiarizando con el equipo empleado en el traslado del paciente.
- Liberar la ropa de cama que pudiera enredarse.
- Alinear la camilla con la cama.
- Trabar las ruedas de la camilla.
- Ubicarse en el lado opuesto de la camilla para evitar que el paciente se desplace demasiado y caiga.
- Alisar los barandales laterales.
- destrabar las ruedas.
- Al llegar al destino notificar al personal que corresponda.
- No dejar solo al paciente a menos que haya personal que se ocupe de su cuidado.

CONCLUSIONES

La Enfermera quirúrgica es tan importante como integrante del equipo quirúrgico, para la realización exitosa de los diversos procedimientos convirtiéndose así en un profesional indispensable, para llevar acabo cualquier intervención quirúrgica en la que todos ponen sus conocimientos en coordinación con el sistema hospitalario utilizando las técnicas adecuadamente.

Los índices de infecciones disminuirían lo que incrementara la recuperación rápida de nuestro paciente, y la satisfacción del equipo de salud especialmente el personal de enfermería en el logro de su objetivo “la salud del individuo”.

“LA SALUD DEL INDIVIDUO”



SUGERENCIAS

- ✚ El lavado de manos es una necesidad personal que se debe realizar con frecuencia necesaria, antes y después de cada procedimiento.

- ✚ Todo paciente que requiera de procedimiento quirúrgico deberá ser manejado por personal calificado, en todas las áreas de atención aun en la sala de recuperación.

- ✚ Todo personal de Enfermería deberá vigilar que el material estéril se coloque en lugares exclusivos para su manejo adecuado.

- ✚ Los principios de Enfermería nunca debemos de olvidarlos y son aplicables a los procedimientos de este manual.

- ✚ Promover al trabajo en equipo y la disciplina quirúrgica reflejando así una mejor calidad de atención de Enfermería brindada a los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Técnica de Quirófano
Berry y Kohn Atrinson.
7ª edición.
Editorial Interamericana, 1981.

Enfermera Medico Quirúrgica.
Brunner Sudarth.
6ª edición.
Editorial Interamericana.

Enfermería Medico Quirúrgica.
Long.
7ª edición.
Editorial Interamericana.

Instrumentación Quirúrgica.
Joanna Ruth Fuller.
3ª edición.
Editorial Panamericana, 2002.

Educación Quirúrgica
Dr. Abel Archundia García
Editorial Méndez Editores.

Enfermería de Quirófano.
Shirley M.
Brooks.
Segunda Edición
Editorial Interamericana.

Técnicas Quirúrgicas en Enfermería,
Tte. Cor. Enfermera Guillermina Hernández Guzmán.
Tte. Cor. Enfermera Rebeca Aguayo Bernal
Ed. ETM 2003.