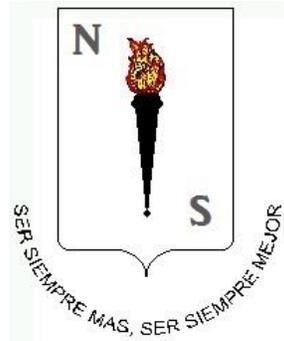


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS  
**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EL PROCESO PERI-  
OPERATORIO.**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:  
DANIELA ALEJANDRA GÓMEZ VÁZQUEZ

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN. 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## DEDICATORIA

A DIOS: Tu amor y tu bondad no tienen fin. Por ti aprendo de mis errores pues me brindas la fuerza para continuar cuando a punto de caer eh estado. Por ello con todo el amor y humildad de mi corazón dedico este trabajo de forma primera a ti. Todo esto es resultado de tu ayuda.

“Bienaventurado el hombre que tiene en ti sus fuerzas, en cuyo corazón están sus caminos”. Salmo 84:5

A MIS HERMANOS: Javier, Manuel y Tomás. Que se han convertido en los hombres más importantes de mi vida. Conociéndolos 22 años y aún nos falta toda una vida... Ustedes son en mí la fortaleza, gracias por tanto.

A MI MADRE: Por tu formación a base de buenos hábitos y valores. Por cuidarme y quererme, por brindarme apoyo incondicional en cada momento de mi vida. Gracias por aconsejarme, por luchar mí, por compartir tus lágrimas para luego sonreír. Incluso por hacer lo mejor para que yo pueda ser feliz. ¿Qué sería yo sin ti mujer?, te amo mamá.

A MI PADRE: Por su amor y comprensión. Por y para él. Hiciste tuyos mis sueños, mis logros te pertenecen. Tu afecto y cariño fueron y serán los detonantes de mi felicidad y esfuerzo. Fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto.

Te fuiste demasiado pronto, pero a donde quiera que voy me acompaña tu recuerdo. Te amo.

“Algunas personas jamás nos dejan, nunca se van por completo, su esencia se queda, su voz se escucha, los sentimos sonreír... Algunas personas jamás nos dejan. Son eternas.”

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud por abrirme sus puertas ante el aprendizaje y ser seno científico para la adquisición de nuevos conocimientos.

A los directivos de la institución. Porque la vida se encuentra plagada de retos, ustedes han formado parte de la base de mi entendimiento en este campo que me eh visto inmersa para lo que concierne a mi futuro. Gracias por ayudarme a superar mis sueños y cumplir con las expectativas de siempre ir en constante mejora principalmente como ser humano.

A mis amigas por acompañarme a lo largo de estos 4 años llenos de alegrías y sinsabores, no tendría como pagarles todo lo que han hecho por mí. Sin duda alguna soy afortunada por tenerlas en mi vida, las quiero mucho.

Un agradecimiento singular debo a la M.P. Yanitzia Álvarez Reyes por su orientación y apoyo durante esta labor científica. Por su infinita paciencia y su interés y entrega que han sobrepasado con mucho, todas las expectativas que como alumna deposité en su persona.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: .....	3
OBJETIVOS .....	4
GENERAL.- .....	4
ESPCÍFICOS.- .....	4
HIPOTESIS .....	4
JUSTIFICACIÓN: .....	5
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPLEADA.....	5
UNIDADES DE ESTUDIO: .....	5
CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	6
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	6
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: .....	6
LÍMITES:.....	6
CAPITULO I.- ENFERMERÍA MÉDICO- QUIRÚRGICA .....	8
1.1.- ASPECTOS LEGALES.....	9
1.1.1.- MALA PRÁCTICA.....	10
1.2.- EXPEDIENTE CLÍNICO .....	11
1.2.1.- UTILIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO .....	12
1.2.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	14
1.3.- EQUIPO QUIRÚRGICO .....	15

1.3.1.- EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA .....	15
1.4.- ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y SUS FUNCIONES .....	16
1.4.1.- COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS .....	17
1.4.2.- TIEMPOS QUIRÚRGICOS.....	18
1.4.3.- TÉCNICA ESTÉRIL Y TÉCNICA ASÉPTICA.....	18
1.5.- ENFERMERA CIRCULANTE Y SUS FUNCIONES.....	19
1.6.- POSICIONES QUIRÚRGICAS .....	21
1.7.- LAVADO DE MANOS MÉDICO Y QUIRÚRGICO .....	26
CAPITULO II.....	29
PROCESO PERI-OPERATORIO.....	29
2.1.- ¿QUÉ ES EL PROCESO PERI-OPERATORIO? .....	30
2.1.1.- CUIDADOS EN LA FASE PRE OPERATORIA .....	31
2.1.2.- CUIDADOS EN LA FASE INTRA-OPERATORIA (TRANS- OPERATORIA).....	39
2.1.3.- CUIDADOS EN LA FASE POST-OPERATORIA.....	39
2.2.- ÁREA FÍSICA DEL QUIRÓFANO.....	42
2.2.1.- DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA DE QUIRÓFANOS .....	43
2.3.- CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE).....	44
2.3.1.- MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN.....	44
2.3.2.- ESTERILIZACIÓN POR MÉTODOS FÍSICOS .....	46
2.3.3.- ESTERILIZACIÓN POR MÉTODOS QUÍMICOS .....	47
CAPITULO IV.- ÉTICA DE ESTUDIO .....	61
4.1.- CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERÍA .....	61
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	68
4.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	69

CONCLUSIÓN .....	72
ANEXOS .....	74
GUIÓN METODOLÓGICO .....	74
ENCUESTA .....	76
GLOSARIO .....	81
BIBLIOGRAFIA .....	84

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad la enfermera peri operatoria, debe ser capaz, tanto de forma gerencial estar a cargo de las unidades quirúrgicas como de desempeñar todas las funciones inherentes al trabajo quirúrgico, optimizando la atención que se le ofrece al enfermo y maximizando el manejo de los insumos y equipos a su cargo.

La enfermera quirúrgica debe mantenerse en constante actualización y con una renovada adquisición de conocimientos principalmente del área microbiológica utilizando la bioética como un patrón obligado de conducta. Así como poseer preparación para asumir funciones tales como: enfermera instrumentista y enfermera circulante. Todo esto con el fin de brindar un trato digno y de forma holística al paciente sometido a cualquier evento quirúrgico.

El progreso y visión de mejora así como deseos de enriquecimiento principalmente en enfermería médico-quirúrgica son indispensables para atender las necesidades inmediatas del enfermo y para la aplicación de técnicas y procedimientos. Por ende la importancia de la metodología de cuidados adecuada para la formación en esta área.

Ser consciente de que los cuidados repercuten en el bienestar del paciente y estas actividades hacen que enfermería busque identificar mejor su rol independiente; No resulta nada sencillo, puesto que los tiempos de permanencia en quirófanos son cada vez más cortos y las rotaciones de pacientes más altas, lo que en muchas ocasiones hace que las enfermeras dispongan de un tiempo límite para desempeñar sus funciones.

En todas las fases del proceso quirúrgico no se sigue el mismo ritmo de desarrollo profesional, pero el potencial de desarrollo que tienen las enfermeras que trabajan en las áreas quirúrgicas es muy importante, y debe seguir avanzando gracias al impulso de la investigación y la búsqueda de nuevas líneas sobre los cuidados quirúrgicos, el cual trasciende como un verdadero motor que fomenta el trabajo en equipo.

De esta manera se abarca la atención autónoma y en colaboración a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades en toda circunstancia, aplicadas específicamente en realizar cuidados antes, durante y después de la intervención quirúrgica, en línea con el espíritu de aprendizaje continuo, tanto de nuevas técnicas y métodos así como de normativas y filosofía que se desarrollan en el mismo ámbito laboral. El punto de partida es la posibilidad de cobrar fuerza y no dudar en las capacidades personales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

De acuerdo con el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones 2014 (SINCO), las enfermeras o enfermeros especialistas, son aquellos profesionistas con Licenciatura en enfermería general, y en cuya ocupación se pueden especializar ya sea como instrumentista o quirúrgica, entre otras.

La atención al paciente en el proceso peri-operatorio representa gran importancia debido a la preparación para el desempeño de responsabilidades y la adecuada valoración del problema de salud que se continuara con el tratamiento específico cuyos conocimientos debe poseer el personal de enfermería. Se habla acerca de las actividades a desempeñar en el área de quirófano, para así brindar una atención de calidad durante el pre, trans y post operatorio.

La enfermería médico- quirúrgica se enfoca en la identificación de problemas que requieren resolución tipo quirúrgica, tratamiento, y cuidados acorde a las necesidades del paciente. Esto fundamenta que los profesionales de enfermería cuenten con una sólida formación técnica, científica, ética y legal.

También es vital mostrar el aspecto significativo de la aplicación de herramientas de aprendizaje y actualización para que la información sea dedicada a la práctica quirúrgica, para la actuación en escenarios reales del día a día mediante el desempeño de responsabilidades y que de ésta manera el profesional sea consciente de cómo se debe proveer atención holística al paciente, su familia y la comunidad, con la colaboración de otros profesionales de la salud.

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Cuáles son las actividades que realiza enfermería en el área quirúrgica?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL.-**

Describir el papel que desempeña la enfermera en el tin quirúrgico y sus funciones específicas alrededor del proceso peri-operatorio, así como el plan de cuidados y atención que le brinda al paciente.

### **ESPCÍFICOS.-**

-Conocer las técnicas adecuadas de asepsia y la importante actuación participativa de éstas en el procedimiento quirúrgico.

-Distinguir el rol autónomo de actuación y atención de enfermería acorde a las actividades pertenecientes en el área quirúrgica durante el pre, trans y post operatorio.

**HIPOTESIS:** Las funciones del equipo de enfermería en quirófano son relevantes para garantizar la técnica aséptica y la seguridad del paciente: Mantienen la coordinación del equipo quirúrgico. Dichas técnicas y procedimientos que toda enfermera que incursiona en el área debe conocer, como planear, priorizar y evaluar las actividades dentro del quirófano. Al igual que la conformación del área física y asimismo actuar en las funciones de enfermera instrumentista y circulante. La enfermera debe desarrollar una actitud de responsabilidad, participación y compromiso respecto al paciente y a la comunidad para así cubrir las necesidades del mismo en la práctica misma del proceso peri-operatorio.

## **JUSTIFICACIÓN:**

El presente trabajo tiene como propósito conocer detalladamente las diversas funciones que realiza la enfermera médico-quirúrgica. También se pretende describir el papel que desempeña en el equipo quirúrgico y cuáles son las actividades que debe llevar a cabo para ofrecer un servicio de calidad en la atención al paciente. Teniendo en cuenta la descripción y distribución adecuada del quirófano para la realización de actividades sanitarias, principalmente en el proceso de atención de enfermería.

Se desea conocer que actividades debe cumplir para garantizar la seguridad del paciente en el pre, trans y post operatorio, así como la preparación profesional con la que necesita contar; Hablando del nivel académico, de conocimientos y de especialización cómo requisito para poder llevar a cabo dicha tarea.

Así como indagar entre el personal de enfermería perteneciente al Hospital de Nuestra Señora de la Salud para saber qué cantidad de estos está preparado o ah recibido capacitación adecuada. Incluso si no se cuenta con dichos conocimientos para ser asignado a cargo del área de quirófano.

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EMPLEADA**

Investigación cuali-cuantitativa, cuyo objetivo es puro al buscar conocer la verdad, el tiempo del fenómeno es descriptivo porque es lo que es, sin indagar en información pasada o ser retrospectiva sino tener ases recientes, la fuente de información es bibliográfica y documental, el área de conocimiento es de tipo social y el tiempo de estudio es transversal debido a que no se le brindará seguimiento a la investigación

**UNIDADES DE ESTUDIO:** Proceso peri-operatorio y Enfermería médico quirúrgica.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Todo el personal de enfermería que esté capacitado para desempeñarse en el área de quirófano.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes y familiares del mismo, personal médico, personal de epidemiología, departamento de nutrición, departamento de finanzas, personal de almacén y farmacia interna, área de trabajo social, administrativo y enfermeras que no cuenten con la capacitación para desempeñarse en el área quirúrgica.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Todo cuestionario que no esté lleno en sus apartados adecuadamente o que no esté contestado en su totalidad.
- Aquellos cuestionarios que estén duplicados (La misma persona los haya llenado).
- Dónde la información que se presente en él sea falsa.
- Si alguna respuesta está en blanco (sin contestar).
- Si la persona no siguió adecuadamente las reglas para contestar dicho cuestionario.
- Si están señaladas dos respuestas o más en una misma pregunta.

### **LÍMITES:**

Espacio: Ciudad de Morelia, Michoacán.

Lugar: Hospital de Nuestra Señora de la Salud/ Servicio de Quirófano.

Tiempo: 25 de Junio 2016- 31 de Mayo 2017

# ENFERMERÍA MÉDICO- QUIRÚRGICA.



# **CAPITULO I.- ENFERMERÍA MÉDICO- QUIRÚRGICA**

## 1.1.- ASPECTOS LEGALES

En general, la enfermera tiene la responsabilidad de encaminar sus esfuerzos hacia el fomento de entornos seguros no sólo para el paciente, sino también para la práctica profesional. Desde el punto de vista legal, la enfermera de quirófano está obligada a brindar cuidado oportuno y razonable, por lo que es importante que para ejercer su profesión conozca las normas y reglas de los cuidados que proporciona, desarrollando una práctica documentada que le permita optimizar su desempeño con los pacientes que requieren de su servicio. Asimismo, dichos documentos servirán de apoyo para continuar con la investigación que tenga como fin una mejora de los cuidados que proporciona, definir la conducta que debe seguir respecto al tratamiento de cada paciente y tener una participación más activa en las políticas de salud. (Pilar, 2012)

La práctica profesional de la enfermería, en cualquiera de sus especialidades, está regida principalmente por la legislación de cada estado o nación, cuyos códigos y reglamentos especifican los deberes, responsabilidades y derechos de esta actividad. Esta relación de trabajo incluye deberes, derechos y obligaciones que es preciso cumplir para evitar enfrentar procesos legales administrativos, civiles o penales.

- Proporcionar cuidados de manera eficaz.
- Otorgar cuidados con base en las normas legales establecidas en cada jurisdicción.
- Salvaguardar en todo momento la individualidad e integridad del paciente.

“Las enfermeras tienen 4 responsabilidades fundamentales como son: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.” CIE 1973.

### 1.1.1.- MALA PRÁCTICA

Conducta que supone una acción negligente o alguna omisión por parte de un profesional de la salud, que se traduce en un daño o lesión al usuario y/o paciente.

La salud es uno de los bienes más preciados en la vida humana. Por otro lado, la sociedad ha adquirido una mayor conciencia sobre sus derechos en materia de prestación de servicios de salud, así como el conocimiento de las diferentes instancias y herramientas jurídicas para hacer valer esos derechos. Esto hace que el riesgo de demandas por mala práctica en el Sector Salud, así como la acción al respecto por parte de las autoridades judiciales, se vean incrementados.

Iatrogenia: Efecto dañino o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud.

Abarca desde los efectos colaterales de los medicamentos, las secuelas de los procedimientos, los daños ocasionados por el uso de tecnología, etc., hasta los errores por acción u omisión de los prestadores de servicios. El profesional de enfermería puede verse involucrado en actos de iatrogenia con pacientes en aspectos físicos o biológicos, psicológicos o de tipo social, y puede hacerlo de manera voluntaria o involuntaria. La mala práctica (o mal praxis) es otra forma en que el profesional de enfermería puede producir iatrogenia, y ésta puede deberse principalmente a tres causas:

- *Por negligencia:* Se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente que le provoque un daño.
- *Por ignorancia:* Cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios y esperados en un profesional de enfermería para prestar un servicio que ofrezca seguridad a los usuarios.

- *Por impericia*: En el caso que nos ocupa, se refiere a la falta de habilidad del profesional de enfermería para aplicar en el paciente los procedimientos necesarios durante su atención y que son atribuibles a su ámbito disciplinar.

De una mala práctica de enfermería pueden derivarse tanto conductas tipificadas como delictivas, las que a su vez pueden ser de dos tipos:

- *Delito culposo*: Es aquella conducta ilícita y delictiva en la que se ocasiona daño a otra u otras personas, pero en la que no hubo la intención de dañar (puede deberse a negligencia, ignorancia o impericia).
- *Delito doloso*: En este caso la conducta ilícita y delictiva tuvo intencionalidad. Esto es, que el daño se ocasionó de manera consciente y voluntaria.

## 1.2.- EXPEDIENTE CLÍNICO

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

**Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo,

conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

### **1.2.1.- UTILIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**

“El proceso del enfermero (a) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales” Objetivos: El proceso logra delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud. Al aplicar el proceso, las enfermeras (os) emplean el pensamiento crítico, logran satisfacción profesional, brindan una atención holística e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud (Salvador, 1997)

El proceso del enfermero (a) consta de cinco etapas:

- 1.-Valoración del paciente
- 2.- Diagnóstico
- 3.- Planeación
- 4.- Ejecución
- 5.- Evaluación del cuidado

**VALORACIÓN:** Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. “La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería”

**DIAGNÓSTICO:** El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable.

Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

**PLANEACIÓN:** Es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independiente e interdependiente y evolución. Es requisito, durante la etapa de planeación, definir la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solución al problema, así como acciones de enfermería que traten la etiología del problema de salud.

**EJECUCIÓN:** Es la fase de las acciones en el proceso de enfermería. Durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería. Se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente

para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para que sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive. Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos.

**EVALUACIÓN DEL CUIDADO:** Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas:

-La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente

-La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. (Rodríguez 1998).

### **1.2.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Galán Cortés considera que el consentimiento informado determina el campo de actuación dentro del cual puede lícitamente desenvolverse la intervención médica. Esta autorización tiene un carácter personal y alcanza al médico al cual se otorga, si bien es cierto que en la dinámica asistencial actual (medicina en equipo) parece obvio que dicha autorización se amplía a todos los profesionales que colaboran en su tratamiento, excepto en aquellos casos en los que el paciente expresamente lo otorgue a un cirujano concreto

### **1.3.- EQUIPO QUIRÚRGICO**

#### **EQUIPO ESTÉRIL:**

Cirujano

Primer ayudante

Segundo ayudante

Enfermera instrumentista

#### **EQUIPO NO ESTERIL:**

Anestesiólogo

Enfermera circulante

Otros.

#### **1.3.1.- EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA**

Las enfermeras en los quirófanos son clasificadas en tres dimensiones de acuerdo a las actividades que desempeñan.

Para que se logre el objetivo en esta área el personal de enfermería será:

Enfermera circulante o volante.

Enfermera recuperadora.

Enfermera instrumentista.

#### **1.4.- ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y SUS FUNCIONES**

Es aquella que se encarga de ayudar al médico en la preparación del campo quirúrgico y la encargada de suministrar el material durante la intervención, teniendo siempre en cuenta los cuidados de los pacientes en sus etapas preoperatorio, intra-operatoria y postoperatorias.

Entre sus funciones destacan:

1. Conocer de antemano la operación a realizar.
2. Preparar todo el instrumental y material necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
3. Realizará su lavado quirúrgico, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con ropas estériles y poniéndose los guantes.
4. Vestir las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.
5. Ayudar a los cirujanos a colocarse los guantes. 6. Ayudar a colocar el campo estéril.
7. Entregar los elementos solicitados por los cirujanos. 8. Tomará muestras intra-operatorias y las pasará a la enfermera circulante.
9. Controlar los elementos utilizados, manteniendo la mesa ordenada y desechando convenientemente el material utilizado.
10. Controlar el uso de gasas y compresas en el campo operatorio, verificando que sean radiopacas, y efectuar su recuento con la enfermera circulante.
11. Colaborar en la desinfección final y colocación de apósitos.
12. Retirá las hojas de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes.
13. Ayudar al paciente en la camilla.

14. Recoger y revisar los instrumentos utilizados así como disponer lo necesario para su lavado, desinfección y esterilización.

15. Colaborará con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada. (Gemma, 2011)

#### **1.4.1.- COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS**

Para ejecutar este procedimiento se deben tener en cuenta las reglas básicas de asepsia.

- a) De lo limpio a lo sucio.
- b) De arriba hacia abajo.
- c) De lo distal a lo proximal.
- d) Del centro a la periferia

La desinfección de la zona de incisión quirúrgica, generalmente es realizada por la enfermera (o) circulante o el ayudante del cirujano, antes de colocar campos estériles. El propósito de la desinfección de la piel es lograr que el sitio de la incisión y el área que la rodea se mantenga libre de microorganismos.

El proceso de la colocación de ropa estéril (campos y sábanas), consiste en el acomodo sistemático de los mismos con la finalidad de establecer un campo estéril que sirva de barrera de protección contra la contaminación y la humedad de la herida quirúrgica.

La ropa utilizada puede estar confeccionada con tela de algodón o desechable, y será colocada por el cirujano y el ayudante, participando en ocasiones la enfermera (o) instrumentista, posterior a la asepsia quirúrgica de acuerdo a la zona donde se va a efectuar la incisión utilizando las normas de la técnica aséptica para su colocación. (Sappia, 2013)

### **1.4.2.- TIEMPOS QUIRÚRGICOS**

- Corte, incisión o diéresis.

-Hemostasia.

-Dissección

-Separación.

-Sutura o síntesis.

### **1.4.3.- TÉCNICA ESTÉRIL Y TÉCNICA ASÉPTICA.**

La Técnica Aséptica la constituyen un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención de pacientes

Los procedimientos que componen la Técnica Aséptica son:

- Lavado quirúrgico de manos
- Uso de Barreras Físicas: Guantes, Gorro, Mascarilla y Delantal
- . – Uso de Material Estéril.
- Limpieza y desinfección de piel previa a los procedimientos.
- Mantenimiento de un ambiente más seguro

La técnica estéril y la esterilización están por encima de la desinfección, y se aplica cuando los desinfectantes no garantizan la prueba de esterilidad. La esterilización se puede realizar mediante procedimientos térmicos o químicos. Para ello se ofrece en la técnica estéril una gama de aparatos que permiten realizar una esterilización óptima En la esterilización de materiales y objetos se consigue en el mejor de los casos matar todos los virus, esporas, gérmenes etc.

## **1.5.- ENFERMERA CIRCULANTE Y SUS FUNCIONES.**

Es la encargada del mantenimiento general del quirófano.

- Asiste al enfermo antes, durante y después de la intervención.
- Coordina la intervención a nivel de enfermería en los cuidados del paciente teniendo una visión global de las necesidades del paciente y del resto del equipo quirúrgico. Verifica que la intervención, paciente y material quirúrgico sean los correspondientes al acto quirúrgico.
- Adecua el quirófano con el material, aparatos y mesa quirúrgica correspondiente para la cirugía en cuestión y se encarga de que estos funcionen. Como los monitores de constantes vitales, bisturí eléctrico, sistemas de aspiración y mesa quirúrgica.
- Recibe al paciente, comprobando datos personales y número de historia clínica.
- Comprueba que previamente a la intervención haya sido vista en la consulta externa de anestesia con sus pruebas complementarias correspondientes para poder realizar el preoperatorio y validadas por el facultativo correspondiente y el paciente este apto para la práctica quirúrgica (radiografías, analíticas. Electrocardiograma y pruebas más específicas dependiendo del tipo de intervención).
- Comprueba que el paciente no lleve anillos, joyas, prótesis dentales, verifica alergias para comunicarlo al equipo antes de la intervención. - Comprueba algún otro tipo de preocupación por parte del paciente, con ello disminuimos la ansiedad del paciente antes de la intervención. - Ayuda en la colocación del paciente.
- Colabora en la monitorización de constantes vitales del paciente.
- Ayuda a vestir de indumentaria estéril al personal encargado de la instrumentalización y al cirujano en cuestión.

- Colabora con la enfermera instrumentista y cirujanos en que no falte nada de material estéril, siendo para ello muy importante el contaje de material fungible que se usa durante la intervención.

- Mantiene durante la intervención el quirófano limpio y ordenado. - Mantiene la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico con otro personal sanitario como laboratorio, banco de sangre, anatomía patológica o radiología. (Gemma, 2011)

VISITA PRE-OPERATORIA: Se ha descrito ya que la enfermera tiene importantes funciones durante el peri-operatorio, además se ha insistido en que el trabajo en equipo es fundamental para el correcto desarrollo de la cirugía. Debido a ello, la visita preoperatoria es una función que involucra no sólo al médico y al anestesiólogo. Tanto la enfermera que instrumenta como la circulante deben involucrarse en esta sustantiva función. Lo anterior con el propósito de asegurar una atención continua y oportuna. La visita preoperatoria radica en presentarse con el paciente en el área de hospitalización, o bien citarlo, cuando se trate de una cirugía ambulatoria, hasta 24 h previas a la intervención quirúrgica, con la finalidad de llevar a cabo una valoración integral, tanto desde el punto de vista psicológico como físico, a través de una entrevista previamente estructurada.

De esta manera es posible establecer un canal de comunicación seguro, valorar los riesgos y desplegar un plan de acciones o intervenciones. Además, permite potenciar conocimientos, habilidades y destrezas de la enfermera, lo que por consecuencia repercute en cuidados personalizados y con calidad. La visita preoperatoria reviste importancia, dado que es justo cuando la enfermera obtiene información y observa de manera directa al enfermo, le hace saber su nombre, haciéndole hincapié en la función que le corresponde realizar durante el acto quirúrgico.

Es un momento propicio para establecer una óptima comunicación y confianza con la propia familia, esto contribuye a disminuir su ansiedad debido a que puede

expresar algunos de sus miedos, dudas acerca del procedimiento al que se someterá y, en la medida de lo posible, dilucidar algunas dudas a los familiares. Cabe aclarar que toda pregunta que se relaciona con la patología y sus consecuencias debe canalizarse siempre al cirujano responsable.

Es el momento para que la enfermera verifique algunos de los datos importantes del paciente, no sólo al respecto de sus necesidades de salud; se corroboran datos precisos para efecto de la cirugía, como nombre completo del paciente, número de expediente, procedimiento o tipo de cirugía, fecha pactada para la intervención, etcétera.

Esta visita también se apoya con la revisión del expediente clínico en el que se registran todos los exámenes de laboratorio y gabinete, necesarios para efecto de la cirugía; algunas indicaciones especiales respecto de prescripción de medicamentos, antibióticos, notas y demás información que la enfermera considere relevante para la misma. Asimismo, debe contener la hoja quirúrgica donde se anota el tipo de procedimiento, cirujano responsable, ayudantes y requerimientos de equipo especial, entre otros.

En concreto, la visita preoperatoria permite organizar la intervención con el fin de obtener en tiempo y forma los datos clínicos más relevantes, el equipo necesario para evitar en lo posible riesgos, retrasos y cancelaciones de última hora. Sobre todo, constituye una actividad fundamental para contribuir a realizar una cirugía de forma segura. A este respecto, y si se efectúa un rápido comparativo entre el documento que la Organización Mundial de la Salud emitió en 2009, a través de su lista de verificación para efectuar una cirugía segura, y las actividades que realiza la enfermera quirúrgica. (Rincón Sánchez & García Flores, 2005)

## **1.6.- POSICIONES QUIRÚRGICAS**

La colocación del paciente en la mesa de intervenciones es una parte importante de los cuidados de enfermería que requiere conocimientos de anatomía, de fisiología, así como los efectos derivados de la anestesia y el material necesario

para facilitar la postura más adecuada a cada tipo de intervención. Algunas intervenciones duran varias horas, durante las cuales el paciente está anestesiado, lo que le impide manifestar el dolor o la molestia derivada de una mala posición.

La enfermera debe conocer los problemas potenciales derivados de la postura quirúrgica en que se coloque al paciente y actuar en consecuencia para evitar su aparición. Este es un factor muy importante a tener en cuenta para evitar riesgos al paciente. Recordemos que algunas intervenciones pueden durar varias horas, lo que aumenta los riesgos derivados de una mala colocación. (Bárbara., 1988).

Consideraciones:

- ✓ La posición del paciente en la mesa de intervenciones debe ser segura, y para ello se deben tener en cuenta una serie de aspectos esenciales:
- ✓ Conseguir una exposición óptima de la zona operatoria o campo quirúrgico.
- ✓ Asegurar correcta expansión torácica. Es decir, prevenir compromisos respiratorio y circulatorio. • Proporcionar buen acceso a la vía aérea, a las canalizaciones venosas y arteriales y a los aparatos de monitorización.
- ✓ Mantener la alineación corporal, evitando así la compresión de nervios y músculos.
- ✓ Proteger todos los sistemas corporales.
- ✓ Las correas o soportes corporales no deben estar muy apretados.
- ✓ Facilitar el retorno venoso y prevenir la formación de trombos y alteraciones circulatorias.
- ✓ Proporcionar confort y calor al paciente.

La vía periférica que se canaliza al paciente antes de la intervención para la administración de líquidos por vía venosa deberá efectuarse en el brazo contrario a la zona que se va a intervenir, y el brazo reposará sobre un soporte adecuado.

**POSICIÓN EN DECÚBITO SUPINO:** Es la posición más natural para el cuerpo en reposo. Esta postura se utiliza en la inducción y para tener acceso a las cavidades principales del cuerpo. Se utiliza en cirugías abdominales, abdomino-torácicas o de extremidades inferiores. La enfermera debe comprobar que las extremidades inferiores están extendidas y alineadas con la cabeza y el resto del cuerpo.. El cinturón de seguridad se pone sobre los muslos a 5 cm de las rodillas. Se coloca una pequeña almohada debajo de la cabeza y de la región lumbar. Los brazos en posición anatómica.

**POSICIÓN DE TRENDELENBURG:** Partiendo de la posición de decúbito supino, se inclina 30°-45° la mesa, de manera que queden más altos los pies que la cabeza. Las rodillas se sitúan sobre la parte inferior de la mesa, se flexionan para que el paciente no se resbale en la mesa y se sujetan con unas correas. Se colocan abrazaderas sobre los hombros del paciente para evitar que se deslice.

Esta posición se utiliza cuando se desea que las vísceras abdominales queden fuera del área pélvica, lo que mejora la accesibilidad quirúrgica, pero hay que tener en cuenta que disminuye el volumen pulmonar y el corazón queda mecánicamente comprimido por la presión de los órganos contra el diafragma. Cuando se desee volver a la posición normal, primero se debe elevar lentamente la sección de las piernas, dando tiempo a que las venas de las piernas recuperen su estado habitual. A continuación se nivela el resto de la mesa. Se utiliza esta posición para cirugía de la parte inferior de la pelvis o abdomen.

**POSICIÓN DE TRENDELENBURG INVERSO, O ANTI-TRENDELENBURG:** Partiendo de la posición de decúbito supino, se inclina 45° la mesa de manera que quede más alta la cabeza que los pies. Se coloca un soporte para los pies para evitar que el paciente se deslice. Facilita el acceso al abdomen superior, cuello y cara.

Se utiliza para tiroidectomía, ya que favorece la respiración y disminuye el aporte sanguíneo al lugar de la intervención, ya que la sangre se acumula en sentido caudal. También se utiliza en operaciones de vesícula o del aparato biliar, ya que

se consigue apartar las vísceras abdominales del epigastrio, permitiendo el acceso al abdomen superior.

**POSICIÓN DE FOWLER:** Se coloca al paciente en decúbito supino con las nalgas apoyadas en la primera articulación de la mesa y las rodillas en la articulación inferior. Se baja ligeramente la sección inferior, flexionando las rodillas, y se eleva la sección superior unos 45° para que el paciente quede semi-sentado. Una vez en esta posición se inclina toda la mesa, de manera que quede la cabeza más baja, evitando así el deslizamiento del paciente.

El cinturón de seguridad se abrocha 5 cm por encima de las rodillas. Se protegen las zonas de presión. En procedimientos craneales la cabeza reposa sobre un reposacabezas. Puede utilizarse para intervenciones de hombro, nasofaríngeas, faciales y de reconstrucción de mama.

**POSICIÓN DE FOWLER MODIFICADA:** Se coloca al paciente en la posición de Fowler y se eleva el respaldo en posición vertical. Se colocan los brazos sobre una almohada en el regazo del paciente y se fijan los hombros y el torso con bandas de seguridad. Se protegen las zonas de presión. Se utiliza en operaciones de otorrino y neurocirugía. En neurocirugía, la cabeza queda inclinada hacia delante apoyada en el reposacabezas.

**POSICIÓN DE LITOTOMÍA O GINECOLÓGICA:** Se usa en intervenciones que requieren acceso perineal, sobre todo cirugía urológica y ginecológica. Se coloca al paciente en decúbito supino, con las nalgas a la altura de la articulación inferior de la mesa.

El ángulo que debe mantener la cadera con las piernas es de 90°, y el ángulo que deben mantener las rodillas es de una flexión de otros 90°. Almohadillar rodillas y tobillos evitando la presión en el hueco poplíteo. Las piernas deben de protegerse con botas de algodón. En intervenciones prolongadas esta posición puede provocar, sobre todo si los miembros inferiores están comprimidos, éxtasis venosas, con lo cual si la situación dura más de 15 minutos hay que colocar

medias o vendajes compresivos, para disminuir el riesgo de embolismos y tromboflebitis.

Hay que controlar los pulsos distales, el color de la piel y la aparición de edema en las piernas. Forzar las piernas para que lleguen a los estribos puede provocar luxación de caderas. En esta postura puede producirse estiramiento del nervio ciático. Al finalizar deben bajarse las dos piernas al tiempo y lentamente para evitar hipotensión.

Se retira la parte inferior de la mesa, y se colocan y fijan los brazos extendidos o sobre el abdomen. Hay que evitar la abducción y rotación externa indebida. Las manos deben reposar sobre el abdomen y no sobre el pecho, porque dificulta la expansión pulmonar, ni deben colocarse a lo largo de la mesa, porque al mover las diferentes piezas de la mesa pueden lesionarse.

**POSICIÓN EN DECÚBITO PRONO:** El paciente es intubado y anestesiado en posición supina y, cuando el anestesista lo permite, un equipo de al menos cuatro personas gira al paciente lentamente sobre su abdomen y se deja en posición boca abajo, con la cabeza lateralizada. Proteger los codos, las rodillas y los pies con almohadillas y una almohada debajo del tórax a la altura de las axilas para evitar presiones en el diafragma y en la aorta abdominal. Los brazos extendidos y los codos semiflexionados para evitar hiperextensión y las palmas hacia abajo. Esta posición se utiliza en todas las intervenciones con vía de acceso dorsal o posterior.

**POSICIÓN EN DECÚBITO LATERAL:** Con el paciente anestesiado en posición decúbito supino, se procede a girarlo sobre el lado contrario a la zona de la intervención. La pierna de abajo se flexiona y la de arriba se estira y se coloca una almohada suave entre ambas piernas. El cinturón de seguridad se coloca sobre las caderas del paciente para estabilizarlo. Esta posición ocasiona alteración en la respiración.

La circulación también se ve comprometida por la presión sobre los vasos abdominales.

POSICIÓN DE KRASKE O EN NAVAJA: El paciente es anestesiado en posición supina. Luego se le gira sobre el abdomen hasta la posición de prono. Las caderas en la articulación central de la mesa están más elevadas que la cabeza y las piernas. Se protegen las zonas de presión. Se coloca una almohada debajo de los hombros para elevar el tórax, el dorso y los dedos de los pies descansan sobre una almohada.

El cinturón de seguridad se coloca por debajo de las rodillas. Las caderas se elevan sobre el resto del cuerpo. Se utiliza en las intervenciones de sinus pilonidal o la hemorroidectomía. Esta posición provoca estancamiento venoso cefálico y caudal, por lo que se devolverá al paciente a la posición normal de forma lenta. (Sofia, 2004)

### **1.7.- LAVADO DE MANOS MÉDICO Y QUIRÚRGICO**

Una de las actividades más importantes y comunes en las unidades hospitalarias es el lavado de manos. Es vital tener presentes los beneficios de este procedimiento y también de las complicaciones que origina el no llevarlo a cabo con la rigurosidad que se requiere. Basta revisar las estadísticas anuales de los centros asistenciales de todo el mundo para comprobar que la infección es la complicación más grave, que repercute en altos costos para el paciente y para las propias instituciones.

A fin de comprender lo trascendente de este procedimiento es necesario referir que, desde el punto de vista epidemiológico, el control de las infecciones se inscribe dentro de los propósitos más importantes para garantizar la calidad de la atención.

Flora bacteriana transitoria. Son bacterias que se encuentran en las manos como resultado de las actividades cotidianas. Su presencia es casi nula en áreas limpias y expuestas de la piel, y por lo regular se adhieren en la grasa y la suciedad. Estos organismos se encuentran en la piel y se adquieren por contacto con personas u objetos infectados, colonizados, etc.

Los organismos que pueden encontrar en la flora transitoria son, entre otros, Pseudomonas, E. coli, Serratia, Bacillus gramnegativos, Staphylococcus aureus y Klebsiella pneumoniae. Es posible eliminar estos organismos mediante un lavado de manos frecuente.

Estas bacterias sobreviven en la piel por periodos que van desde unos minutos hasta varias horas o días. Cuando este tipo de bacterias permanece por un tiempo prolongado, se adaptan como flora residente.

Flora bacteriana residente. Son organismos que viven y se reproducen en la piel, varían de una persona a otra, son de baja virulencia y rara vez causan infecciones en la piel. Por lo común se les encuentra en las capas superficiales y en los pliegues de la piel; sólo un porcentaje de ellos vive en las capas epidérmicas profundas, por lo general no son patógenos, ejercen control en el crecimiento de otros microorganismos nocivos, estimulan el desarrollo del sistema inmune y llegan a proteger al organismo de otras infecciones y enfermedades. Son menos susceptibles a la acción de los antisépticos que las bacterias transitorias, y para eliminarlas se requiere de un cepillado o fricción más enérgico. (Rosalia, 2012)

# PROCESO PERI-OPERATORIO



**MARJORY GORDON**



11

**Patrones  
Funcionales**

**CAPITULO II.**  
**PROCESO PERI-OPERATORIO**

## 2.1.- ¿QUÉ ES EL PROCESO PERI-OPERATORIO?

En el denominado proceso quirúrgico se dan un conjunto de características que son comunes a todos los enfermos que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Este es el motivo por el que se habla específicamente de unos cuidados de enfermería peri-operatorios, que son aplicados por el personal de enfermería. (Mildred, 1976)

Habitualmente se divide el acto quirúrgico en tres fases que aún desarrollándose sin solución de continuidad, pueden diferenciarse el preoperatorio, intra-operatorio y postoperatorio.

Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no sólo de la intervención en sí misma, a pesar de que ésta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino del buen desarrollo de cada una de las etapas indicadas. no es arriesgado afirmar, que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados postoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito.

**Fase Preoperatoria:** Comienza cuando se toma la decisión de intervenir y termina cuando el paciente entra en quirófano.

**Fase Intra-Operatoria:** Comienza cuando el paciente entra en el quirófano y termina cuando ingresa en el área post-anestésica, es decir, en la unidad de recuperación post-anestésica o en la unidad de reanimación. La principal función de la enfermera se centra en preservar la seguridad del paciente

**Fase Post- Operatoria:** Comienza cuando el paciente ingresa en la URPA y termina cuando se ha recuperado completamente de la cirugía.

### **2.1.1.- CUIDADOS EN LA FASE PRE OPERATORIA**

El personal de enfermería desempeña un importante papel durante el preoperatorio. La asistencia de enfermería en este período influye sobre la experiencia peri-operatoria global del enfermo. Una adecuada preparación, mediante una completa valoración, tratamiento del riesgo e instrucción, permite una evolución operatoria y una recuperación más fácil.

**OBJETOS DE VALOR Y PROTESIS:** Documentar joyas, prótesis dentales parciales, aparatos de ortodoncia, dentaduras postizas, prótesis oculares y las auditivas, etc.

**PREPARACIÓN PSICOLÓGICA:** Se debe aportar información y tranquilizar al paciente sobre los acontecimientos que se van a producir y comentar los mecanismos de afrontamiento que puede utilizar para enfrentarse al estrés y a la incomodidad. La planificación se debe basar en el deseo de información del paciente, en su actitud ante la cirugía y en el efecto anticipado de la misma, tal como lo percibe el paciente. (Eldrige, 1988)

.

Proporcionar información e instrucción sobre las opciones no farmacológicas para controlar el dolor tras la intervención

**INFORMACIÓN GENERAL:** Recopilación de estudios pre-operatorios, medicaciones, tiempo de ayuno (limitaciones en la ingesta oral).

#### **2.1.1.1.- PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional – metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo – perceptual
- Patrón 7: Auto-percepción – auto-concepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias

## PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?

¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?

¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc?

¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?

¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?

¿Es alérgico a alguna sustancia?

¿Ha tenido ingresos hospitalarios?

¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?

## PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.

¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?

¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?

¿Hay pérdida o ganancia de peso?

¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas?

¿Qué temperatura corporal tiene?

### PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares (medicamentos laxantes o purgantes)?

¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?

¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

#### PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?

¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo, vestido, movilidad en cama y movilidad general?

¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?

#### PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?

¿Cuando se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?

¿Toma alguna sustancia para dormir?

¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

#### PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?

¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?

¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?

¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?

¿Siente dolor o malestar físico?

#### PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de auto-concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Se han producido cambios en su cuerpo?

¿Suele estar con ansiedad o depresivo?

¿Tiene periodos de desesperanza?

#### PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc..Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Vive solo o en familia?¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?

¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?

¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?

¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?

¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?

¿Pertenece a algún grupo social?

¿Tiene amigos?¿Cómo se relaciona con ellos?

¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

#### PATRÓN 9 SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?

¿Cómo es el periodo menstrual?

¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos? (Sexo femenino)

¿Algún problema relacionado con la reproducción?

¿Utiliza métodos anticonceptivos?

¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

#### **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?

#### **PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS**

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿La religión es importante en su vida? ¿Qué religión profesa?

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general? (Patrones Funcionales de M. Gordon, 2015)

### **2.1.2.- CUIDADOS EN LA FASE INTRA-OPERATORIA (TRANS-OPERATORIA).**

Tras la preparación y evaluación preoperatoria, el paciente entra en el período operatorio, que se inicia con el traslado del paciente al quirófano y finaliza cuando ingresa en la unidad de asistencia post-anestésica. La asistencia de enfermería durante este período abarca distintas actividades dirigidas al paciente sometido a la cirugía. El centro de atención de los cuidados de enfermería pasa a ser la protección, la defensa y la prestación de atención, debido a la mayor dependencia del enfermo durante el período operatorio. El objetivo de enfermería es facilitar que la intervención quirúrgica transcurra sin incidencias y proteger al paciente de las lesiones. (G., 2003)

### **2.1.3.- CUIDADOS EN LA FASE POST-OPERATORIA.**

Como ya se había mencionado antes el postoperatorio comienza cuando acaba la intervención quirúrgica y el paciente ingresa en la unidad de reanimación post-anestésica o Sala del Despertar. Algunos pacientes que reciben un anestésico local o son sometidos a intervenciones que no requieren anestesia pueden pasar desde el quirófano a su habitación del hospital o ser dados de alta a sus domicilios. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia, pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar varios días. (Cuidados Post-Operatorios en la Unidad de Hospitalización)

El postoperatorio suele dividirse en dos fases. La primera se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. La segunda fase es el período de resolución y

curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores. Como no existe una línea divisoria clara entre la fase inicial de la recuperación post-anestésica y la segunda fase, los cuidados de enfermería se expondrán unificados:

Tras una anestesia general, la recuperación de la función cognoscitiva y de la habilidad motora pueden requerir hasta 48 horas en recuperar los niveles per-anestésicos. Sin embargo, los efectos más pronunciados de la anestesia se suelen disipar antes de que el enfermo sea trasladado de la URPA. Casi todos los pacientes pasan entre 30 minutos y algunas horas en la sala del despertar, intervalo durante el cual se estabilizan y despiertan, recuperándose de los efectos residuales de los anestésicos.

En los cuidados postoperatorios, enfermería debe plantearse la siguiente pregunta: ¿Qué me preocupa de un paciente que ha sido intervenido? lo que fisiológicamente se ha deteriorado con los fármacos, es decir, se valorarán los siguientes parámetros. (J.R., 2014)

- ✓ Nivel de conciencia
- ✓ Reflejos
- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Monitorización cardíaca y electrocardiograma
- ✓ Presión arterial
- ✓ Frecuencia cardíaca y pulso táctil
- ✓ Temperatura
- ✓ Heridas y drenajes
- ✓ Diuresis

Por tanto, la vigilancia se centra en:

-La oxigenación y ventilación.

-La circulación del paciente.

- El nivel de consciencia.

-El sistema nefrouinario.

-La termorregulación.

Para ello desarrolla las siguientes actividades:

•-Recibir el parte verbal del enfermero circulante que le informe de la situación en la que le llega el paciente (aunque esté anotado).

-Conectar al monitor para control cardiológico o respiratorio. • Conectar el aparato de pulsoximetría.

-Colocar el manguito de tensión arterial. • Monitorizar las entradas y salidas (sueros que le han pasado y le están pasando, drenajes, diuresis, pérdidas insensibles).

-Valorar la coloración piel y mucosas. • Realizar la valoración neurológica del paciente.

-Tomar temperatura.

**EDUCACIÓN DEL PACIENTE:** En este período la enfermera lleva a cabo actividades que están más relacionadas con ayudar al paciente a recuperar sus funciones vitales, y orientarle en espacio y tiempo, que con instruirle. En caso de ser necesario que el paciente tosa, puede ayudarle a recordar cómo hacerlo y facilitarle el material necesario para ello. Es especialmente importante mantener informados a los familiares del paciente sobre la situación del mismo y facilitar las visitas durante su estancia en la unidad. (Chocarro González & Venturini Medina, 2010)

## 2.2.- ÁREA FÍSICA DEL QUIRÓFANO

El departamento de cirugía se ha definido como el área donde se otorga atención al paciente que requiere de una intervención quirúrgica. La planeación y funcionamiento del departamento quirúrgico necesita de una conjunción de conocimientos, funciones y esfuerzo de todo el personal que tiene injerencia en el servicio. Requiere de la aportación financiera suficiente, de una planta física adecuada y funcional, equipamiento, dotación de insumos suficiente, procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos y eficaces; además de personal calificado actualizado y eficiente, sin olvidar los procedimientos y controles administrativos para garantizar la calidad del servicio. (Organización de la Unidad Quirúrgica, 2013)

**UBICACIÓN DE LA PLANTA FÍSICA:** Para que el área de quirófanos sea más funcional, se sugiere que, preferentemente debe estar localizada en la planta baja, con intercomunicación a Terapia Intensiva, Urgencias, Tococirugía, Central de Equipos y Esterilización, además de tener una relativa cercanía a Radiología, Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica.

### CÁLCULO DE NÚMERO SALAS DE OPERACIONES

En términos generales, se acepta una sala de operaciones por cada cincuenta camas, otros autores mencionan que por cada cien camas quirúrgicas debe haber tres salas de operaciones, y cinco salas de expulsión por cada cien camas obstétricas y dos áreas de trabajo de parto por cada sala de expulsión. Se deben tener en cuenta otros factores como: Cobertura del hospital, tipo de especialidad, cirugías de urgencia y programadas.

### Diseño del departamento de cirugía

En cuanto al diseño arquitectónico no existe una uniformidad, ya que depende de las condiciones de cada hospital, sus recursos económicos, dependencia, etc. Existen diseños americano, inglés, sueco, alemán, francés y pasillo único, los que muestran una pauta para el diseño pero no el modelo ideal, esto depende de la

particularidad y necesidades propias de cada hospital. (Enfermería médico-quirúrgica., 2009)

### **2.2.1.- DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA DE QUIRÓFANOS**

La distribución de las zonas del área de quirófanos, se ha conformado tomando en cuenta la circulación de personas y las condiciones de asepsia requeridas. Con el fin de evitar infecciones se clasifican en: No restringidas, de transferencia, semi-restringidas y restringidas. Algunos autores los clasifican en: Blanca, gris y negra.

#### **2.2.1.1.- LOCALES NO RESTRINGIDOS O NEGROS**

Son aquellos en los que pueden circular libremente pacientes y personal del hospital ente ellos estarían, oficinas, puesto de control, cuarto séptico, cuarto para ropa sucia, área de descanso y pasillo no externo. Los locales de transferencia son destinados para la recepción de material y equipo, vestidores para el personal, transferencia de pacientes en camilla, baños para el personal. Éste debe contar con tapete impregnado de solución antiséptica, que al pasar las ruedas de las camillas, garantice la descontaminación de las mismas, indispensable en el área quirúrgica para la prevención de infección.

#### **2.2.1.2.- LOCALES SEMI-RESTRINGIDOS O GRISES**

Lugar donde el personal debe estar vestido con uniforme quirúrgico y donde se encuentra el material limpio, en él puede estar localizada la sala de pre-anestesia, zona de calzado de botas quirúrgicas, lavabos quirúrgicos, zona de lavado y preparación de instrumental y guardado de material de reserva y medicamentos, subcentral de esterilización, equipo rodante de rayos X, sala de recuperación post-operatoria, trans-operatoria y pasillo semi-restringido.

#### **2.2.1.3.- LOCALES RESTRINGIDOS O BLANCOS**

Son los que están destinados exclusivamente a las salas de operaciones cuyo acceso únicamente está permitido al personal que participa directamente en el acto quirúrgico. Para el cual deberá portar el uniforme quirúrgico, gorro,

cubrebocas y quienes están actuando en la cirugía deben usar bata quirúrgica y guantes estériles.

### **2.3.- CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE).**

La central de equipos y esterilización, mejor conocida por sus siglas como CEYE, es un servicio de la unidad quirúrgica cuyas funciones principales son preparar, clasificar, esterilizar y distribuir el material de consumo, canje, ropa e instrumental quirúrgico a cada una de las salas que conforman dicha unidad. La Central de equipos y esterilización también provee de material y equipo a los servicios asistenciales de la unidad médica, por lo que resulta indispensable y esencial para el buen funcionamiento de una institución hospitalaria (Rosalia, 2012).

La Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 refiere en el punto 6.3.1.15 que esta central de equipos deberá ubicarse de manera estratégica para permitir el acceso al personal mediante un fin aislamiento y estar comunicada por una ventanilla con el área blanca, misma que comunica directamente con las salas de operaciones para la entrega de material estéril. Dicha norma refiere también que debe contar con áreas de lavado, preparación de ropa, materiales y guantes, ensamble para armar los paquetes que serán sometidos a esterilización, y una zona con anaqueles para guardar material estéril; este sitio también se designa como “sub-

Otro punto importante se refiere a los autoclaves, mismos que deben estar ubicados de tal manera que cuando necesiten servicio o mantenimiento preventivo/correctivo no se ingrese a la CEYE. Cabe recordar que es un lugar restringido, donde es obligatorio portar uniforme quirúrgico completo.

#### **2.3.1.- MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN**

Una de las principales causas de complicaciones, con frecuencia letales, es la presencia de infecciones posoperatorias, por lo que el equipo quirúrgico debe tomar las precauciones necesarias para evitar infecciones cruzadas que compliquen o incluso pongan en riesgo la vida del paciente. A fin de lograr lo anterior existen diferentes procedimientos para destruir gérmenes patógenos y no

patógenos. Mediante dichos procedimientos, los equipos, el instrumental quirúrgico, los implantes y muchos otros dispositivos son sometidos a un proceso de desinfección y/o esterilización, cuya finalidad es evitar la contaminación durante el procedimiento quirúrgico.

Esta actividad se denomina esterilización y existen varios métodos para realizarla, con el objetivo de desaparecer toda forma de vida microbiana en objetos que habrán de utilizarse en las intervenciones quirúrgicas. La esterilización es, entonces, un proceso físico o químico mediante el que se destruye o elimina toda forma de vida microbiana en objetos inanimados. Todos los equipos, ropa, instrumental y aditamentos que se utilizan durante una cirugía deben ser sometidos a este proceso. La inhibición o eliminación de los microbios puede lograrse mediante agentes físicos o químicos. A continuación se define de manera breve cada procedimiento encaminado a la destrucción de dichos organismos, lo cual es de utilidad para diferenciarlos. Limpieza. Generalmente esta actividad se realiza utilizando agua con o sin detergente para remover de manera mecánica la materia orgánica o suciedad.

Desinfectantes. Sustancias para destruir los gérmenes o microorganismos que causan infección, presentes en instrumental u otros objetos (a excepción de las esporas bacterianas y los hongos), los cuales logran destruir el protoplasma de la célula. Los desinfectantes son de gran utilidad en la limpieza de las paredes, pisos, techos y mobiliario de acero inoxidable de la sala quirúrgica. Antisépticos. Sustancias aplicadas en piel, mucosa o tejido vivo para prevenir o detener el crecimiento de microorganismos por inhibición de su actividad o por su destrucción.

Son compuestos que impiden la proliferación de microorganismos, pero que no llegan a destruirlos; sólo pueden aplicarse de manera tópica en piel y mucosas, sin que éstas presenten daño alguno.

Bacteriostático. Sustancia cuya aplicación detiene el crecimiento bacteriano, lo cual no implica su destrucción, por lo que si el agente patógeno logra

establecerse en un medio favorable, reanuda su reproducción. Germicida. Agente que destruye microorganismos, especialmente patógenos, en tejidos vivos y objetos inanimados. De acuerdo con el germen sobre el que actúa se le denomina fungicida o bactericida.

### **2.3.2.- ESTERILIZACIÓN POR MÉTODOS FÍSICOS**

Altas temperaturas (calor).- Uno de los métodos más efectivos para destruir a los microorganismos consiste en aplicar altas temperaturas combinadas con un elevado grado de humedad. La eficacia al aplicar este método depende principalmente del tiempo de exposición y la temperatura. Cabe recalcar que todos los microorganismos son susceptibles a la acción del calor, pues éste provoca desnaturalización de las proteínas, fusión y desorganización de las membranas, así como procesos oxidantes irreversibles en los microorganismos. Es importante distinguir entre calor húmedo y calor seco. El calor húmedo mata microorganismos porque coagula sus proteínas y es más rápido y efectivo; en cambio, el calor seco destruye los componentes químicos mediante la oxidación.

Esterilización por calor húmedo.- Ebullición. Este método (poco utilizado en la actualidad) consiste en la elevación de la temperatura hasta los 100 °C durante 15 minutos, alcanzando así la ebullición del agua en la que se encuentren inmersos los instrumentos y equipos. Es de suma importancia enfatizar que la ebullición no significa esterilización, por lo que este tipo de procedimiento sólo debe utilizarse en casos extremos.

Tindalización. Se recurre a este método cuando las sustancias químicas no pueden calentarse por arriba de los 100 °C, ya que su estructura puede ser dañada. Este método consiste en el calentamiento del material a una temperatura de 80 a 100 °C por una hora, durante 3 días, con periodos de incubación de forma sucesiva. De esta manera, las esporas resistentes germinan durante el periodo de incubación, y las células vegetativas son destruidas en la siguiente exposición al calor.

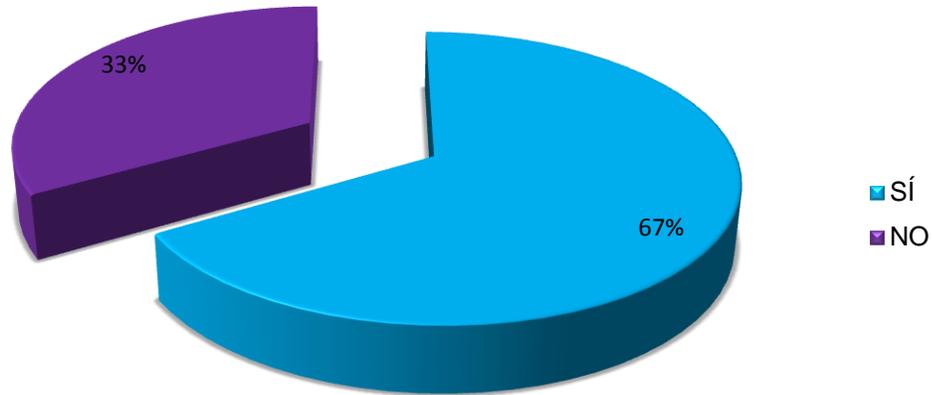
Esterilización por vapor a presión.- En este método de esterilización se emplea vapor saturado (es decir, a una presión mayor a la atmosférica), lo que permite producir cierta hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y proteínas de las células microbianas. Es el método más práctico para la esterilización, ya que mediante éste se logran temperaturas más altas a las obtenidas por ebullición. El aparato utilizado para este procedimiento se denomina autoclave

### **2.3.3.- ESTERILIZACIÓN POR MÉTODOS QUÍMICOS**

Óxido de etileno La esterilización mediante este proceso consiste en que esta sustancia química mata a los microorganismos y sus esporas debido a que interfiere en los procesos reproductivos y metabólicos de la célula; es altamente explosivo e inflamable al mezclarse con el dióxido de carbono. Este método se conoce como esterilización con gas. El tiempo de exposición al esterilizar depende de la concentración, humedad, temperatura, densidad y tipo de material que se somete al proceso. Algunas de sus ventajas son que tiene mayor capacidad de penetración en materiales porosos, suele ser anticorrosivo y es ideal para esterilizar productos altamente sensibles al calor. (Instrumentación quirúrgica, 2015)

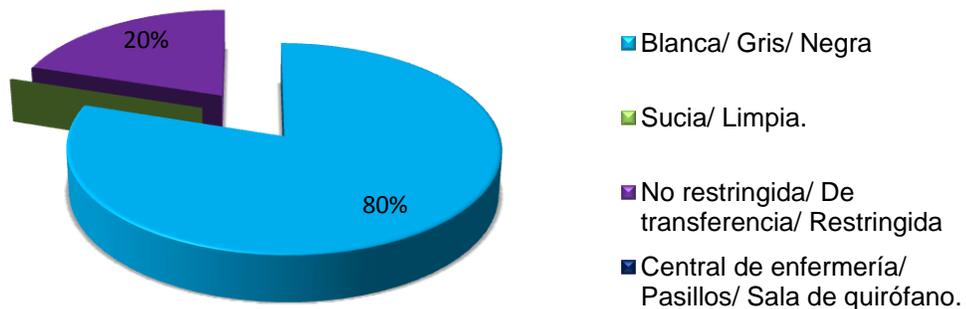
# **CAPITULO III.- INSTRUMENTACIÓN ESTADISTICA**

**1.- ¿Conoce usted qué personal forma parte del equipo quirúrgico?**



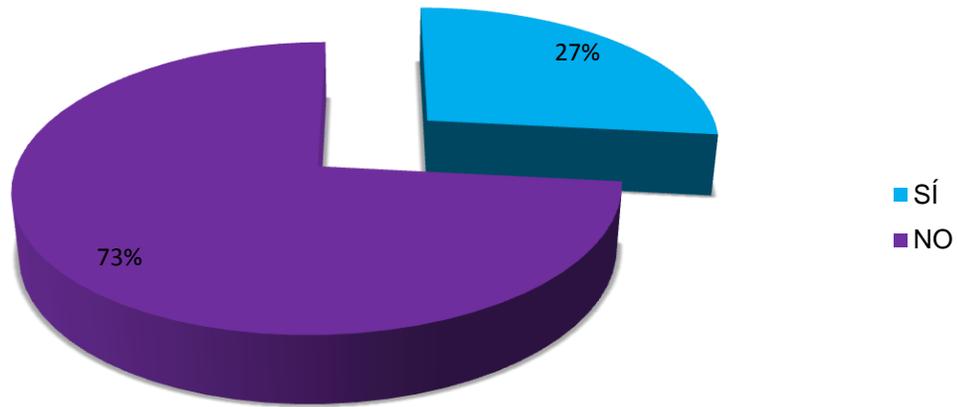
El 67 % personas cuestionadas declararon que son capaces de identificar al personal del equipo de salud que se integra en un tin quirúrgico y desempeña funciones específicas. Mientras que el 33% desconoce quiénes forman parte de este.

**2.-Cuál de las siguientes es la división correcta del área de quirófano**



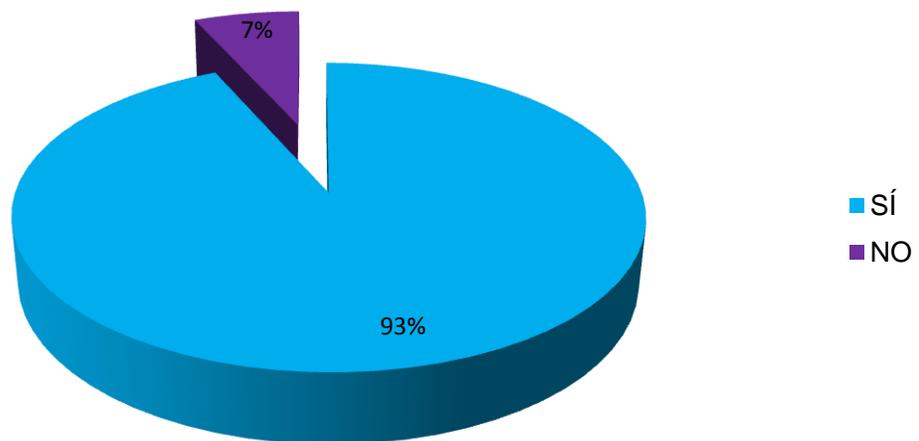
El 80% de la población de enfermería encuestada acertó en la clasificación de las diferentes áreas pertenecientes a un quirófano. Un 20% sugiere que la clasificación es otra, guiándose por la restricción de entrada a personal limitado y capacitado.

**3.- ¿Tiene conocimiento de a que se refiere el proceso peri-operatorio?**



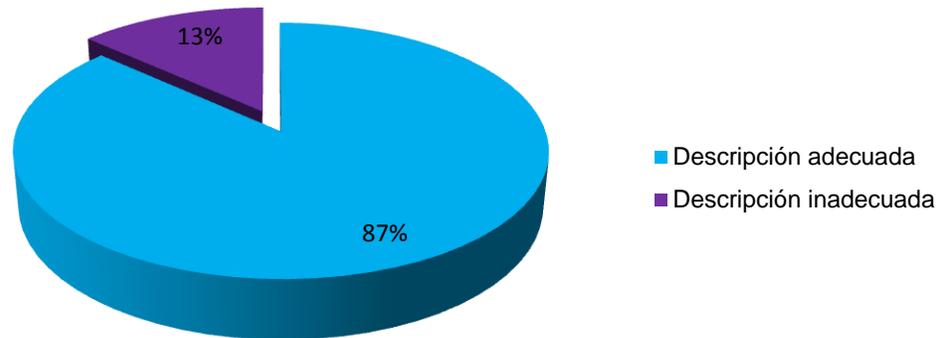
Con un 73% sobre un 27% el personal de enfermería que conoce el proceso peri-operatorio es mayor. Además de tener conocimiento de las características y/o periodo de tiempo y atención del personal brindados al paciente.

**4.- ¿Conoce la diferencia entre técnica estéril y técnica aséptica?**



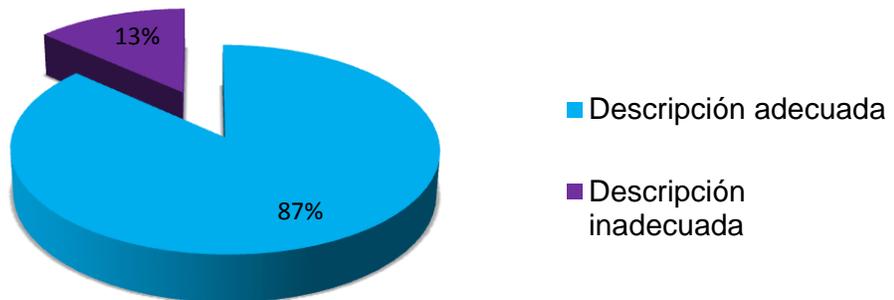
Con más de un 90% se identifica el porcentaje mayor que sí es capaz de reconocer la diferencia en la aplicación de técnica estéril y aséptica, ambas utilizadas en el área de quirófano.

**5.- Por favor describa de acuerdo a sus conocimientos las funciones de la Enfermera instrumentista y la Enfermera circulante respectivamente.**



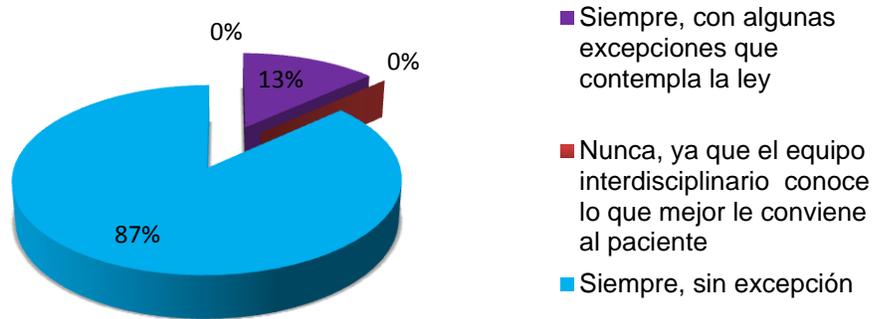
Un 87% del personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud tiene conocimiento de las funciones a desempeñar de la enfermera instrumentista y de la enfermera circulante y solamente un 13 % desconoce dichas funciones y actividades.

**6.- Describa a continuación la indumentaria quirúrgica y algunas características de la misma.**



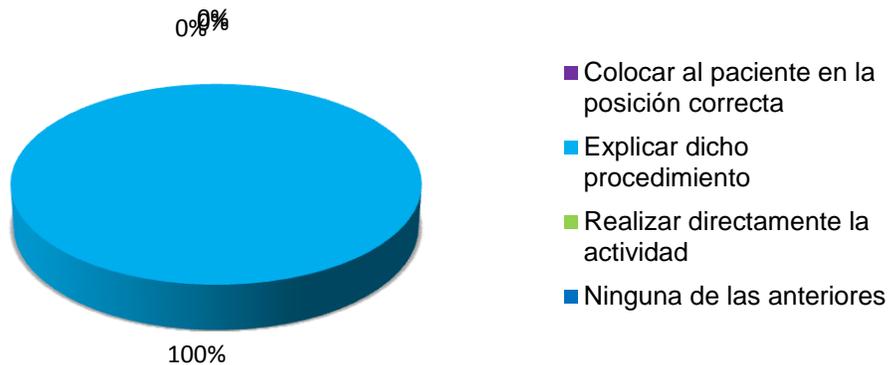
Un 87% brindó una descripción correcta de la indumentaria quirúrgica, así como la ropa que debe ser utilizada por el personal para ingresar al área de quirófano y cuyo ingreso se debe realizar con medidas asépticas. Así como con la aplicación de normas oficiales para evitar el ingreso de microorganismos y sus esporas patógenas que puedan perjudicar al paciente.

**7.- ¿Será necesario el consentimiento previo por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención quirúrgica?**

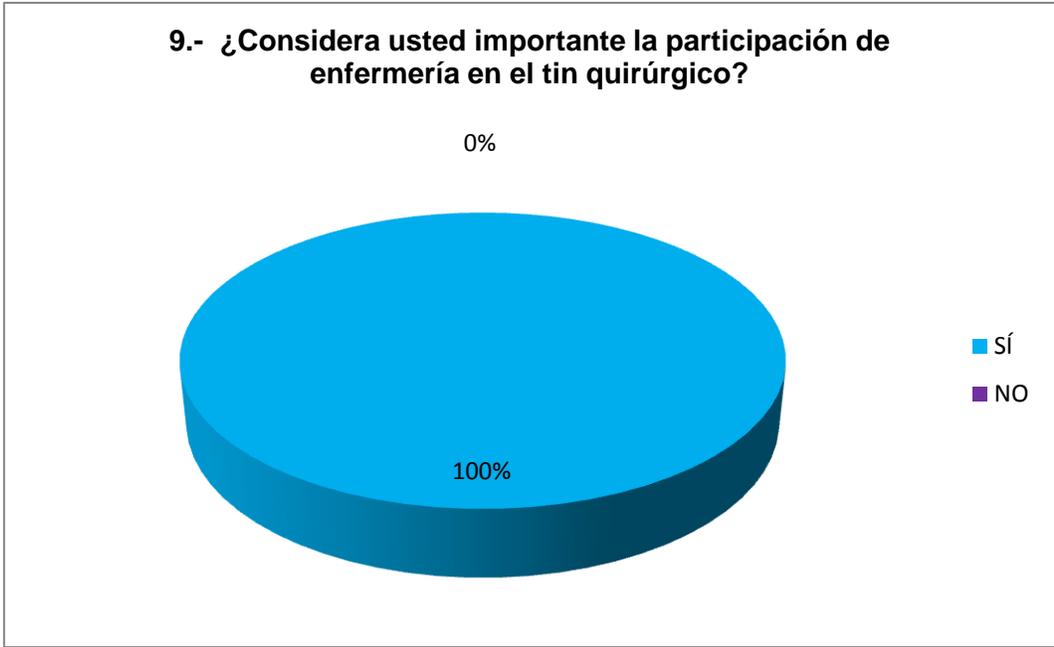


87% considera que a cualquier paciente candidato para la realización de algún procedimiento quirúrgico debe incluirse en su expediente clínico la carta de consentimiento bajo información que da a entender al usuario y su familia los riesgos de dicha cirugía y en el cual se estipula el conocimiento del mismo para evitar así problemas legales. Un 13% cree que si debe exigirse dicha carta pero en algunos casos existe excepciones (por ejemplo, que el paciente sea menor de edad o que padezca de sus facultades mentales).

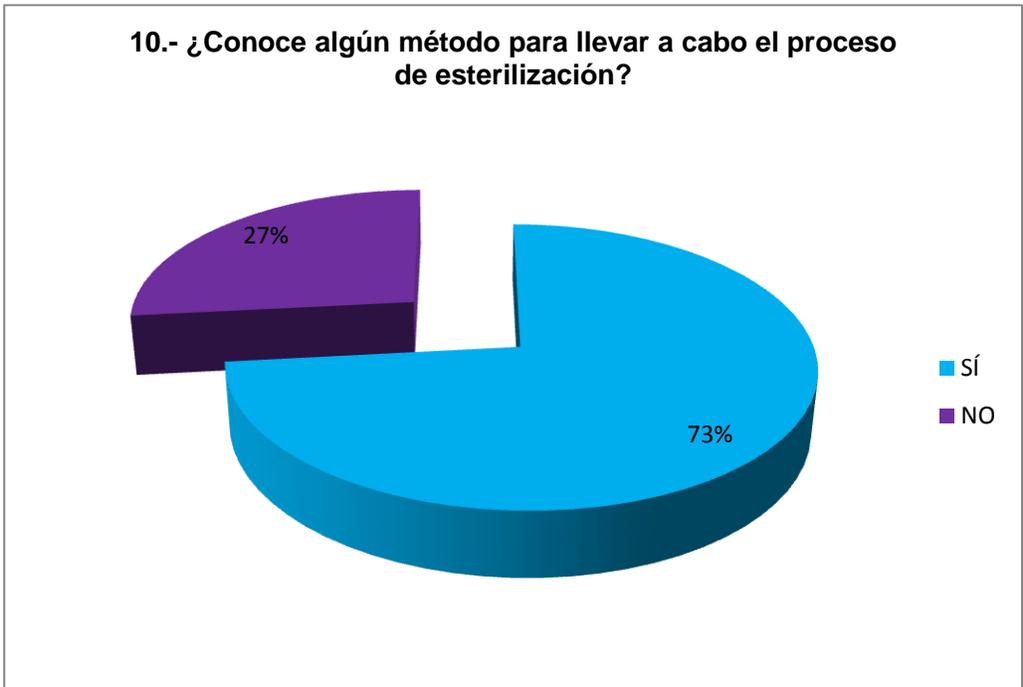
**8.- En cualquier procedimiento pre-operatorio, lo primero que debe realizar el personal de enfermería es.**



El 100% de encuestados hace referencia a la importancia de la explicación previa antes de llevar a cabo cualquier tarea o actividad. La comunicación enfermera-paciente crea un vínculo de confianza que permite brindar una atención de calidad y calidez.

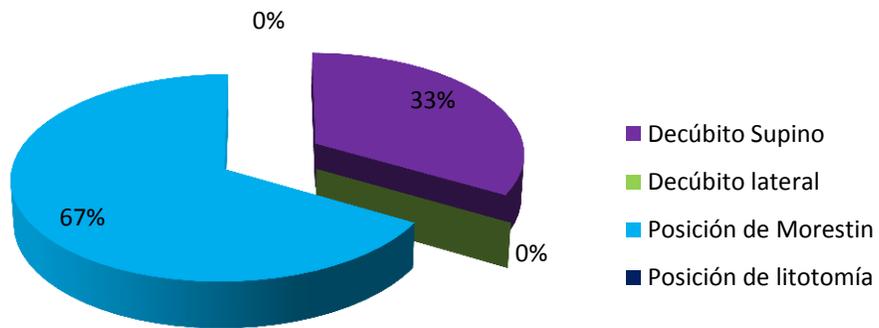


La totalidad de encuestadas consideran de una índole importante la participación de enfermería en el proceso peri-operatorio. Involucra y desempeña uno de los papeles más importantes a lo largo del desempeño en área quirúrgica.

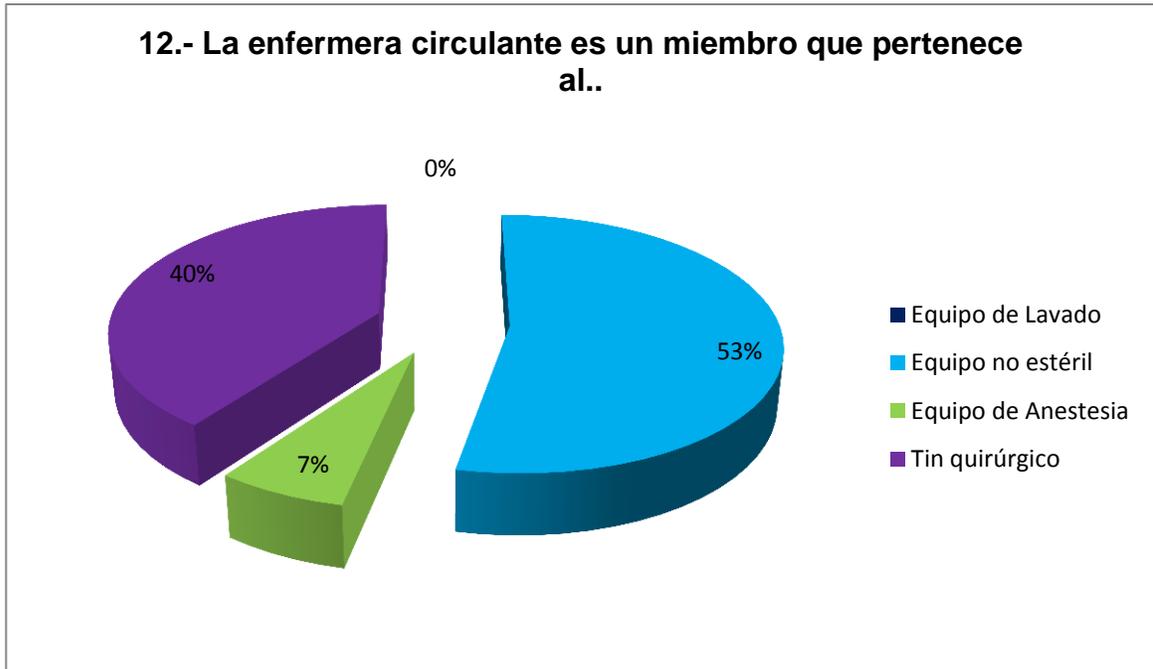


En la gráfica puede observarse como el 73% del personal de enfermería tiene conocimientos de al menos un método de esterilización de material. Y solamente un 27% no sabe cuáles son o a que se refieren los mismos.

11.- ¿Cuál es la posición más usada en una cirugía de Colecistectomía?



Esta pregunta fue planteada por ser una de las cirugías más comunes llevadas a cabo en el HNSS según el registro del área de quirófano. En la gráfica se representa el porcentaje que conoce adecuadamente la posición que el paciente debe tener durante el acto quirúrgico, solamente un 67% señaló en su respuesta la posición de Morestin (Anti-trendelemburg), comúnmente usada en cirugías de vías biliares. Y el 33% restante considero que sería la posición decúbito supino (dorsal) la más utilizada siendo esta aplicada principalmente para el abordaje del abdomen, cuello anterior y cirugía de miembro superior.

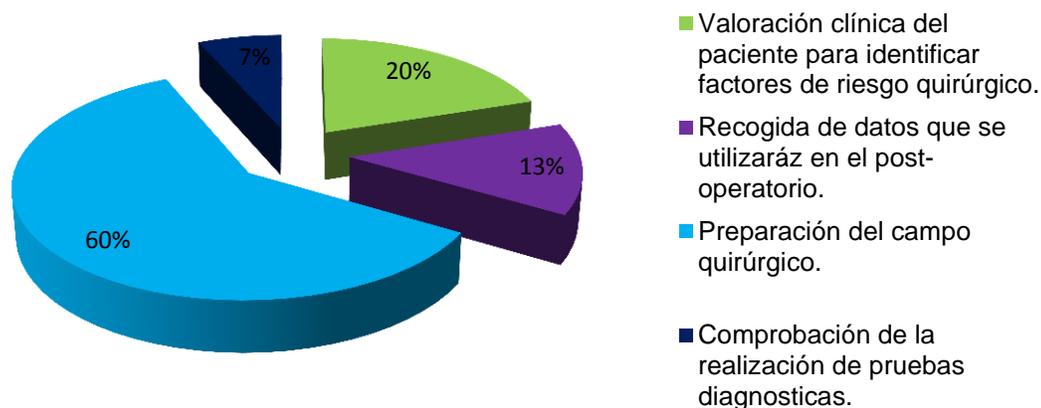


En esta gráfica se representa lo siguiente: 53% del total de 15 encuestados considera a la enfermera circulante como parte del equipo estéril.

40% del total de 15 encuestados considera a la enfermera circulante como parte del tin quirúrgico.

7% del total de 15 encuestados considera a la enfermera circulante como parte del equipo de anestesia.

### 13.- La valoración preoperatoria NO incluye..



Del 100% de personas encuestadas:

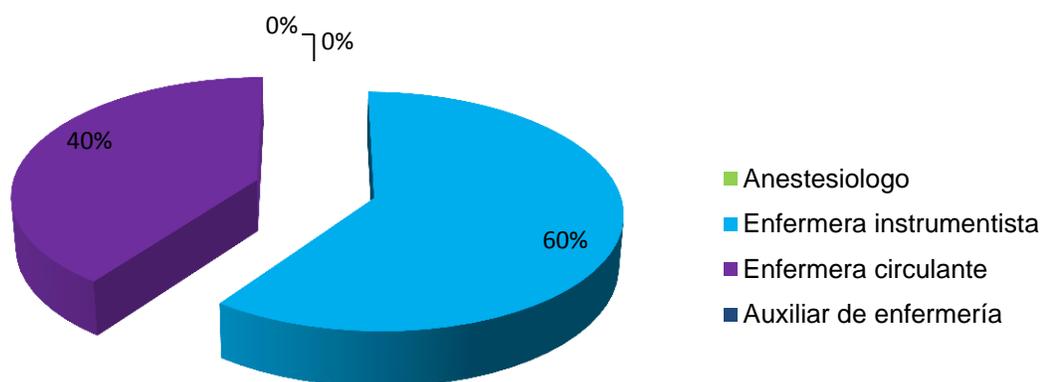
60% considera que la preparación del campo quirúrgico NO se incluye en la valoración preoperatoria de un paciente.

20% considera que la valoración clínica del paciente para identificar factores de riesgo quirúrgico NO se incluye en la valoración preoperatoria de un paciente.

13% considera que la recogida de datos que se utilizara en el post-operatoio NO se incluye en la valoración preoperatoria de un paciente.

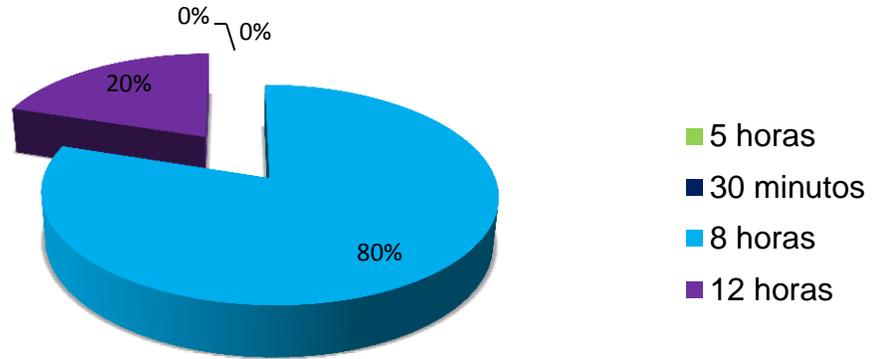
7% considera que la comprobación de la realización de pruebas diagnósticas NO se incluye en la valoración preoperatoria de un paciente.

#### 14.- Miembro del equipo que se encarga del lavado de material quirúrgico.



De las 15 encuestas aplicadas, siendo este el total de 100%; Un 60 % considera que la enfermera instrumentista es la responsable de lavar el material quirúrgico utilizado en el procedimiento quirúrgico, se haya utilizado o no debe brindársele un proceso específico para asegurar su limpieza. Un 40 % cree que esta actividad está a cargo de la enfermera circulante.

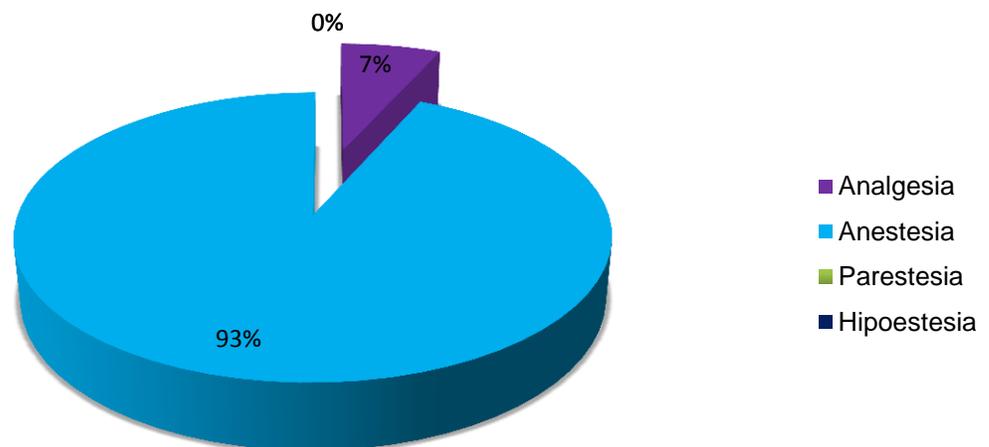
**15.- El tiempo que debe permanecer un paciente en ayuno antes de ser sometido a una intervención quirúrgica es:**



El ayuno antes de la anestesia general intenta reducir el volumen y la acidez del contenido estomacal durante la cirugía, al mismo tiempo que reduce el riesgo de regurgitación/aspiración. 80% consideran que el tiempo de ayuno (no consumo de alimentos) necesario para pacientes candidatos a cirugía es de 8 horas mínimas

20% consideran que es de al menos 12 horas sin consumo previo de comida

**16.- A la pérdida parcial o completa de sensibilidad al dolor, con pérdida o no de conocimiento se le denomina:**



Un 93% sabe el concepto correcto de anestesia y un 7% refirió la definición a la palabra analgesia, por la cual entendemos simplemente la modulación de la percepción del dolor.

## **CONCLUSIÓN GENERAL DE CUESTIONARIOS APLICADOS.**

Como parte de un equipo multidisciplinario, al desempeñarse como enfermera instrumentista y ser considerada un miembro del tin quirúrgico, al cumplir funciones de enfermera circulante y además al laborar en una institución hospitalaria específicamente en el área de quirófano, el personal de enfermería que trabaja en el HNSS desconoce ciertos aspectos importantes que como profesional y sobretodo responsable de un área quirúrgica o simplemente por desempeñar actividades en dicho servicio debería poseer.

Considero que hay cierta deficiencia en la capacitación e incluso en los insumos que permitirían brindar una práctica adecuada además de apegada a las normas establecidas por la secretaría de salud.

De acuerdo a los resultados podemos concluir la disposición por parte de enfermería para la preparación y adquisición de aprendizajes renovados, así como darnos cuenta en qué ámbito hace falta reforzar tanto a enfermeras tituladas como a estudiantes cuya intervención diaria es en el proceso peri-operatorio y todo lo que este conlleva. Así como la explicación de los roles que enfermería tiene la obligación de cumplir mediante la aplicación de cuidados en el pre, trans y post operatorio; De esta manera se podrán describir las actividades que diariamente debe cumplir enfermería para evitar eventos adversos o perjudiciales en el paciente en procedimientos invasivos como lo son las cirugías

## **CAPITULO IV.- ÉTICA DE ESTUDIO**

## **CAPITULO IV.- ÉTICA DE ESTUDIO**

### **4.1.- CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERÍA**

#### *CAPITULO I.*

##### *DESCRIPCIONES GENERALES.*

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

#### *CAPITULO II.*

##### *DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS*

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

### ***CAPITULO III.***

#### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS**

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

#### ***CAPITULO IV.***

#### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS**

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

## ***CAPITULO V***

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION**

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

## ***CAPITULO VI***

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD**

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

## **DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA**

### *PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO*

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales<sup>1</sup>.

## **LEY GENERAL DE SALUD**

### **TITULO QUINTO**

#### **Investigación para la Salud**

#### **CAPITULO UNICO**

**ARTICULO 96.-** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

---

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud<sup>2</sup>.

---

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

<b>ACTIVIDADES.</b>	<b>SEP.</b>	<b>OCT.</b>	<b>NOV.</b>	<b>DIC.</b>	<b>ENE.</b>	<b>FEB.</b>	<b>MAR.</b>	<b>ABR.</b>	<b>MAY.</b>	<b>JUN.</b>
Elaboración del protocolo.	*	*	*							
Elaboración del marco teórico	*	*	*							
Elaboración de instrumentos				*						
Prueba del instrumento										
Recopilación de información			*	*						
Análisis y ordenación de datos.					*	*				
Elaboración del informe final							*			
Exposición de los trabajos y datos.								*	*	
Publicación del artículo.										*

## **4.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TEMA:** Atención de enfermería al paciente en el proceso quirúrgico peri-operatorio.

Responsable: Gómez Vázquez Daniela Alejandra

Asesor: M.P. Lic. en Enf. María De la Luz Balderas Pedrero

En la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, cuyo objetivo es conocer las diversas actividades de enfermería médico-quirúrgica, y durante el proceso peri-operatorio , así como la capacitación que recibe el personal para desempeñarse en el área de quirófano

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Mich. A 30 de Noviembre 2016

---

Nombre y firma del participante

---

Nombre y firma de la Responsable

---

Testigo

---

Testigo

**A QUIEN CORRESPONDA:**

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Facultad de Enfermería se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “Enfermería médico-quirúrgica. Atención de enfermería al paciente en el proceso quirúrgico peri-operatorio.” Para lo cual se requiere información sobre el número total de xxxxx. Éste estudio se llevará a cabo por la alumna: GÓMEZ VÁZQUEZ DANIELA ALEJANDRA del 7mo. Semestre de cuarto año de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, asesorado por la Lic. En Enf. María de la Luz Balderas Pedrero.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

**Atentamente:**

---

**MARTHA ALCARAZ ORTEGA**

Directora del plantel.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo a la pregunta de investigación anteriormente planteada se logró describir adecuadamente el rol que desempeña el profesional de enfermería en el área de quirófano y durante su intervención como parte del equipo quirúrgico. Se cumplen los objetivos mediante la recopilación de información acerca de las funciones que lleva a cabo la misma, así como las actividades a realizar durante el proceso pre, trans y post operatorio del paciente.

Se concluye con los resultados antes mostrados de las encuestas aplicadas, cuan importante es que la enfermera hoy en día se encuentre capacitada, siendo receptora de conocimientos actualizados que le permitan brindar una atención de calidad y calidez, así como con integridad y de forma holística de acuerdo a su labor fundamental dentro del servicio de quirófano.

También además después de describir las responsabilidades de la enfermera instrumentista y circulante eh encontrado imprescindible el uso de técnicas idóneas que permiten un buen desempeño conforme al trabajo. Así como la intervención que gira en torno del equipo multidisciplinario, donde se incluyen ejemplos tales como: La conformación correcta de una sala de quirófano, la aplicación adecuada de métodos estériles y principios de asepsia e incluso el manejo y preparación del paciente preocupándonos por aspectos bio-psico-sociales.

Ante este escenario definitivamente se considera la falta de capacitación del personal de enfermería dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, pero también la disposición con la que los mismos se dirigen para poder ser acreedores de cursos, diplomados, etc., donde se les informe acerca de planes innovadores, material, equipo e instrumentación médico-quirúrgica así como demás acciones que deben llevarse a cabo por norma dentro de la institución hospitalaria; Que independientemente de todo se actúen por y para el paciente, con objetivos claros

que se fundamenten en cumplir con la labor y evitar incidentes o accidentes que favorezcan consecuencias perjudiciales hacía el mismo.

## ANEXOS

### GUIÓN METODOLÓGICO

TEMA	PREGUNTA	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p><b>Atención de enfermería al paciente en el proceso quirúrgico peri-operatorio.</b></p>	<p>¿Cuáles son las actividades que realiza enfermería en el área quirúrgica?</p>	<p>-Enfermería médico-quirúrgica. -Proceso quirúrgico intra-operatorio</p>	<p>ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICO.- Profesional de enfermería altamente calificado, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas, la enfermera peri operatoria, debe ser capaz, tanto de gerencial las unidades quirúrgicas como de desempeñar todas las funciones inherentes al trabajo quirúrgico:  Enfermera gerente quirúrgica (Coordinadora o jefe de quirófanos). -Enfermera instrumentista. -Enfermera circulante.</p>	<p>GENERAL.- Describir el papel que desempeña la enfermera en el tin quirúrgico y sus funciones específicas en el área de quirófono.  ESPCÍFICOS -Conocer las técnicas adecuadas de asepsia y la importante actuación participativa de estás en el</p>	<p>Las funciones del equipo de enfermería en quirófono son relevantes para garantizar la técnica aséptica y la seguridad del paciente: Mantienen la coordinación del equipo quirúrgico.  Dichas técnicas y procedimientos que toda enfermera que incursiona en el área debe conocer, como planear, priorizar y evaluar las actividades dentro del quirófono. Al igual que la conformación del área física y asimismo</p>

			<p>-Circulante de anestesia.</p> <p>PROCESO PERI-OPERATORIO: Etapa comprendida desde que ingresa el paciente a la sala de quirófano e inicia el acto quirúrgico hasta que el cirujano da por terminada la cirugía y la enfermera entrega al paciente en la sala de recuperación post – anestésica.</p>	<p>procedimiento quirúrgico.</p> <p>- Analizar la clasificación y cuidados del instrumental quirúrgico.</p>	<p>actuar en las funciones de enfermera instrumentista y circulante.</p> <p>La enfermera debe desarrollar una actitud de responsabilidad, participación y compromiso respecto al paciente y a la comunidad para así cubrir las necesidades del mismo en la práctica misma del proceso peri-operatorio.</p>
--	--	--	--	---	--

## ENCUESTA

1.- ¿Conoce usted qué personal forma parte del equipo quirúrgico?

- Sí
- NO

Por favor menciónelos:

---

2.-Cuál de las siguientes es la división correcta del área de quirófano

- Blanca/ Gris/ Negra.
- Sucia/ Limpia.
- No restringida/ De transferencia/ Restringida.
- Central de enfermería/ Pasillos/ Sala de quirófano.

3.- ¿Tiene conocimiento de a que se refiere el proceso peri-operatorio?

- Sí
- NO

Si su respuesta fue Sí, sea tan amable de describir dicho proceso:

---

4.- ¿Conoce la diferencia entre técnica estéril y técnica aséptica?  
Menciónela

---

5.- Por favor describa de acuerdo a sus conocimientos las funciones de la Enfermera instrumentista y la Enfermera circulante respectivamente.

INSTRUMENTISTA:

---

---

CIRCULANTE:

---

---

6.- Escriba a continuación la indumentaria quirúrgica y algunas características de la misma.

---

---

**7.- ¿Será necesario el consentimiento previo por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención quirúrgica?**

- Siempre, con algunas excepciones que contempla la ley.
- Nunca, ya que el equipo interdisciplinario conoce lo que mejor le conviene al paciente.
- Siempre, sin excepción.

- Es una decisión que tomara el médico tratante.

**8.- En cualquier procedimiento pre-operatorio, lo primero que debe realizar el personal de enfermería es.**

- Colocar al paciente en la posición correcta.
- Explicar dicho procedimiento.
- Realizar directamente la actividad.
- Ninguna de las anteriores.

**9.- ¿Considera usted importante la participación de enfermería en el tin quirúrgico?**

- SÍ
- NO

**POR QUÉ:**

---

**10.- ¿Conoce algún método para llevar a cabo el proceso de esterilización?**

- SÍ
- NO

**POR QUÉ:**

---

---

**11.- ¿Cuál es la posición más usada en una cirugía de Colectomía?**

- Decúbito supino**
- Decúbito lateral**
- Posición de Morestin**
- Posición de Litotomía**

**12.- La enfermera circulante es un miembro que pertenece al..**

- Equipo estéril
- Equipo no estéril
- Equipo de anestesia
- Tin quirúrgico

**13.- La valoración preoperatoria NO incluye...**

- Valoración clínica del paciente para identificar factores de riesgo quirúrgico
- Recogida de datos que se utilizaran en el post-operatorio
- Preparación del campo quirúrgico

- Comprobación de la realización de pruebas diagnósticas

**14.- Miembro del equipo que se encarga del lavado de material quirúrgico.**

- Anestesiólogo
- Enfermera instrumentista
- Enfermera Circulante
- Auxiliar de enfermería

**15.- El tiempo que debe permanecer un paciente en ayuno antes de ser sometido a una intervención quirúrgica es:**

- 5 horas
- 30 minutos
- 8 horas
- 12 horas

**16.- A la pérdida parcial o completa de sensibilidad al dolor, con pérdida o no de conocimiento se le denomina:**

- Analgesia
- Anestesia
- Parestesia
- Hipoestesia

## **GLOSARIO**

**Analgesia:** Desaparición, natural o provocada, de cualquier sensación de dolor.

**Anestesia:** Sustancia química que produce esta pérdida o ausencia temporal de la sensibilidad y que se utiliza en cirugía.

**Enfermería.-** La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

**Cuidado.-** La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.

**Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

**Intervención quirúrgica.-** Realizada por un cirujano, una intervención quirúrgica es una práctica médica específica que permite actuar sobre un órgano interno o externo. El paciente ha recibido anestesia local o general para que el cirujano pueda realizar una incisión más o menos importante para hacer pasar los

instrumentos de trabajo. Acción mecánica sobre una estructura anatómica del cuerpo.

Instrumental quirúrgico: Es el objeto de acero inoxidable diseñado técnica y científicamente para el desarrollo del acto quirúrgico y la especialidad,

Microorganismo: seres vivos más diminutos que únicamente pueden ser apreciados a través de un microscopio. En este extenso grupo podemos incluir a los virus, las bacterias, levaduras y mohos.

Multidisciplinario: En medicina, este término se utiliza para describir el enfoque de la planificación del tratamiento que incluye una cantidad de médicos y otros profesionales de la atención de la salud, que son expertos en distintas especialidades (disciplinas).

Patógeno: Que causa o produce enfermedad.

Peri-operatorio.- Es el tiempo que transcurre desde que se decide la realización de la intervención quirúrgica hasta la recuperación total del paciente y su incorporación a la sociedad.

Quirófano: Sala acondicionada para realizar intervenciones quirúrgicas. Entorno aséptico e ala independiente de un hospital donde se practican operaciones.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Técnica.- Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en un arte, en una ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad.

Tin quirúrgico/ Equipo quirúrgico: Es una unidad de personal capacitado que proporciona una serie continua del cuidado del paciente antes, durante y después de una cirugía.

## **BIBLIOGRAFIA**

Bárbara., L. C. (1988). *Tratado de Enfermería medicoquirúrgica*. México: Interamericana McGraw-Hill.

Chocarro González, L., & Venturini Medina, C. (2010). *Procedimientos y cuidados en enfermería médico-quirúrgica*. México: EEP.

*Cuidados Post- Operatorios en la Unidad de Hospitalización*. (s.f.). Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_4.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm)

Eldrige, E. L. (1988). *Enfermería Quirúrgica*. México D.F.: Nueva Editorial Interamericana.

*Enfermería médico- quirúrgica*. (2009). Recuperado el 22 de Marzo de 2017, de Generalidades de Enfermería Médico- quirúrgica.: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiz19ma-JbUAhVI9YMKHQj5CDYQFggoMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.ingesa.msssi.gob.es%2FestadEstudios%2FdocumPublica%2Finternet%2Fpdf%2FMetodologia3.pdf&usg=AFQjCNG1IJyIxVvC>

G., H. (2003). *Técnicas quirúrgicas en enfermería*. México: Editores de Textos Mpxicanos.

Gemma, C. V. (2011). *Enfermera Instrumentista*. Recuperado el 16 de Enero de 2017, de Funciones de la Enfermera quirúrgica: [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&sqj=2&ved=0ahUKEwi6\\_4ec9ZbUAhXD6IMKHbsSAoEQFggkMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.auladae.com%2Fpdf%2Fcursos%2Fcapitulo%2Fenf\\_quirofano.pdf&usg=AFQjCNFH980V-VSU-ftJEWc9EoDc41VoSg&sig](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&sqj=2&ved=0ahUKEwi6_4ec9ZbUAhXD6IMKHbsSAoEQFggkMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.auladae.com%2Fpdf%2Fcursos%2Fcapitulo%2Fenf_quirofano.pdf&usg=AFQjCNFH980V-VSU-ftJEWc9EoDc41VoSg&sig)

*Instrumentación quirúrgica*. (2015). Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de Métodos de Esterilización: <https://instrumentacionupc.wordpress.com/2011/10/22/metodos-de-esterilizacion/>

J.R., F. (2014). *Instrumentación quirúrgica*. México: Panamericana. Tercera Edición.

Mildred, M. A. (1976). *Enfermería Medicoquirúrgica*. México, DF: Nueva Editorial Interamericana.

*Organización de la Unidad Quirúrgica*. (2013). Recuperado el 29 de Abril de 2017, de [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_1.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_1.htm)

*Patrones Funcionales de M. Gordon*. (Enero de 2015). Recuperado el 22 de Febrero de 2017, de Valoración por Patrones: [http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=391](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391)

Pilar, F. N. (2012). *Manual de Enfermería Quirúrgica (Volumen I)*. México: Servei de Publicacions.

Rincón Sánchez, S. R., & García Flores, M. (2005). *MANUAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA*. México: Mc Graw Hill.

Salvador, M. D. (1997). *Bases del Conocimiento Quirúrgico*. México: McGraw-Hill.

Sappia, D. (2013). *Equipo quirúrgico y sus roles*. Recuperado el 06 de Abril de 2017, de Área quirúrgica: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj5IMXo-JbUAhWV3oMKHfcsCvcQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.vet.unicen.edu.ar%2FActividadesCurriculares%2FCirugiaGeneral%2Fimagenes%2FDocumentos%2F2014%2FTeoria%2F5%2520>

Sofia, P. J. (Myo de 2004). *Posiciones quirúrgicas*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de Cuidados de enfermería y prevención de complicaciones.: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwio1fHA85bUAhVo2oMKHdKGAvlQFgg4MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.nureinvestigacion.es%2FOJS%2Findex.php%2Fnure%2Farticle%2FviewFile%2F155%2F141&usg=AFQjCNEQfzp-FXqmcrf50wZG>

Berry y Kohn. Técnicas de Quirófano, 10ª ed. Editorial Elsevier, Madrid, España, 2005.

Archundia G A. Educación quirúrgica, Editorial Francisco Méndez Cervantes, México.

Hogston R et al. Fundamentos de la práctica de enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, 2008.