

329521

1
24

HOSPITAL DE JESÚS

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DE JESÚS
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE U.N.A.M. 3295

FUNDAMENTOS QUIRÚRGICOS

MANUAL PARA EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
JULIO GUTIERREZ MÉNDEZ
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

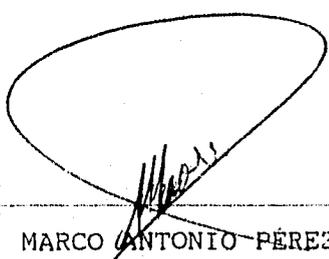
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



HOSPITAL DE JESÚS

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DE JESÚS
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE U.N.A.M. 3295

ASESORIA
Y
AUTORIZACIÓN



DR. MARCO ANTONIO PÉREZ CISNEROS
MEDICO GINECO-OBSTETRA

DEDICATORIA

A DIOS;

Por permitirme culminar una meta más en mi vida

A MIS PADRES;

Por darme la vida

A MI ABUE;

Por guiar mi vida

A MIS HERMANOS;

Por ser parte de esa vida

A LUZ MARÍA;

Por entregarme tu vida

A TÍ;

Porque hoy tu has cambiado mi vida, me has guiado
y apoyado, me has dado ternura y amor ,has trans-
formado mi vida, porque ahora mi vida eres tú.

JULIO GUTIÉRREZ MÉNDEZ

CONTENIDO

	Páginas
Conceptos básicos	4-5
Antecedentes de Enfermería	6-7
Descripción de la unidad quirúrgica	8-9
Sala de operaciones	10-14
Posiciones quirúrgicas	15-19
Central de Equipos y Esterilización	20-22
Esterilizadores (Autoclaves)	23-25
Desinfectantes químicos	26-27
Ropa quirúrgica	28-35
Material de sutura	36-48
Principios y reglas de la técnica aséptica	49-50
Preparación de la piel del paciente	51-52
Preoperatorio	53
Cuidados mediatos	54-55
Cuidados inmediatos	56-60
Preoperatorio inmediato	61-67
Recepción del paciente en el transoperatorio	68-69
Preparación del equipo humano	70-85
Lavado quirúrgico	70-73
Vestido de bata estéril	74-80
Calzado de guantes	81-85
Preparación del material y equipo para el acto quirúrgico en mesas	86-91
Transoperatorio	92-93
Funciones del licenciado en enfermería como instrumentista	94-104
Funciones del licenciado en enfermería como circulante	105-112
Tiempo séptico	113-121
Tocoquirúrgica	122-130
Operación cesárea	131-133
Bibliografía	134-135

JUSTIFICACIÓN

A más de dos décadas y media de que se aprobaron los -- planes de estudio en la Universidad Nacional Autónoma de Mé-- xico para la creación de la Licenciatura en Enfermería y -- Obstetricia, aun es bajo el reconocimiento académico que se -- tiene de ésta.

El egresado de esta carrera debe poseer conocimientos -- teóricos y prácticos que demuestren la necesidad de seguir -- formando cada vez más profesionales que puedan desarrollar -- actividades de cualquier área especializada de la enfermería -- básica. Es este uno de los tantos motivos por lo que nace la -- inquietud de elaborar este manual donde se plasman fundamen-- tos médico-quirúrgicos especializados para que el usuario -- pueda actuar en el área con mucho más calidad, habilidad y -- calidez de que con lo que ya lo hace.

INTRODUCCIÓN

El preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio son los tiempos en donde el personal quirúrgico actúa. Pero ¿qué se debe conocer específicamente de cada uno de ellos?; es lo que comunmente nos preguntamos al tener a nuestro cuidado -- algún paciente que será, es o fue sometido a una intervención quirúrgica.

Principios de asepsia y antisepsia son las reglas básicas que dictaminan algunas de nuestras acciones, además de conocer las características de la unidad quirúrgica, ya que es aquí donde se aplicarán estos principios. El material y equipo con el que debe constar una sala de operaciones, el instrumental quirúrgico básico de acuerdo a su clasificación por tiempos son la base de un perfecto desarrollo en la cirugía.

La técnica quirúrgica en una operación cesárea también implica una de las tantas funciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVOS

Que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia logre:

- Organizar y aplicar sus acciones en el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

- Valorar la importancia de conocer los tiempos quirúrgicos y su desarrollo profesional en cada uno de ellos.

- Aplicar con habilidad y destreza dentro del área quirúrgica las funciones como enfermero circulante e instrumentista.

- Analizar las actividades que puede realizar en la atención de un parto eutócico.

CONCEPTOS BÁSICOS

ENFERMERIA

Es una profesión dedicada a lograr el bienestar humano y social, aplicando sus conocimientos y habilidades científicas al cuidado de los enfermos, al mejoramiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Es el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales y potenciales. (G)

CIRUGÍA

Del griego KHEIR=MANO y ERGON=OBRA

Parte de la medicina que tiene por objeto la curación de las enfermedades por medio de operaciones hechas por instrumentos generalmente cortantes.

Comprende la atención pre, trans y postoperatoria del paciente. La cirugía como tal abarca el tratamiento total de la enfermedad e inclusive como elemento principal la intervención quirúrgica, para la corrección de las deformidades y defectos, reparación de las lesiones diagnósticas y tratamiento de las enfermedades, disminución del sufrimiento y prolongación de la salud.

ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA

Es el conjunto de procedimientos que se realizan dentro de una unidad quirúrgica basándose en la elaboración de un programa que coordine las acciones de enfermería, teniendo como base el conocimiento de las ciencias naturales y de la conducta, a fin de integrar al individuo a su medio ambiente físico, psíquico y social a través de un tratamiento quirúrgico.

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Profesional que interviene con el equipo multidisciplinario de atención a la salud en la investigación, análisis y valoración de los problemas de salud del individuo o colectividad, así como en la planeación y dirección de programas para la protección y restauración de la salud, participa en la atención obstetrica, puede asumir funciones en relación a la administración de los servicios de enfermería y obstetricia, docencia e investigación.

ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA

EPOCA MODERNA

En Alemania se funda una escuela de enfermería, la primera enfermera egresada de ese plantel fue Gertrudis Reichara, poco tiempo después salió hacia distintas capitales Europeas, en donde visitó varios hospitales de renombre, en donde encontró el mismo sistema de atención que en su patria.

FLORENCE NIGHTINGALE: Nació el 12 de mayo de 1820 en la ciudad de Florencia, Italia. Se dedicó a estudiar por su propia cuenta y comprobó que no podría ser enfermera quien desconociera la medicina, siendo necesario tener una preparación -- especial, por lo cual a los 30 años decidió ir a estudiar a Alemania, para hacer un curso especial de enfermería. Destacó en la guerra Crimea, ya que proporcionaba cuidados a los enfermos con infecciones y epidemias de cólera y es nombrada -superintendente. Los soldados la llamaban "La dama de la Lámpara". Su muerte ocurre en 1872 al contraer cólera.

ENFERMERÍA EN MEXICO

En el México prehispanico el cuidado de la salud fue -- uno de los rasgos más sobresalientes, basado en la creencia -- mágico religiosa en donde la mujer jugaba un papel importante dentro de la atención materno-infantil con conocimientos empiricos que sólo se transmitían de generación en generación, denominada por los aztecas como Tlamaqueticitl.

Después de la conquista la Tlamaqueticitl que se dedicaba a los aspectos obstetricos y con un papel muy importante dentro de su sociedad, pasó a formar parte de un segundo -- plano donde se le consideró de poca validez por su influencia mágico-religiosa en la atención a la salud de aquella época.

A partir de esta aculturación nace la Partera empírica, la cual mostraba una amalgama de procedimientos judeocristianos y negros, donde la magia, la religión y la herbolaria se mezclaron, para dar forma a un nuevo elemento que integraría el sistema de salud de aquella época sin olvidar que

ésta tenía bien delimitado su campo de trabajo, la obstetricia.

En 1833 dado que el gremio de médicos calificaba a la obstetricia como denigrante y con poca relevancia, la Universidad Nacional de México crea la carrera de partos para las mujeres con primaria, que acreditaran un examen preparatorio y tener concimientos del idioma francés.

Durante la época de reforma y por la fuerte disputa entre la iglesia y el estado, originó que fueran expulsadas del país las órdenes religiosas que brindaban la atención a los enfermos en los hospitales. Esto propició que la atención de los enfermos quedara en manos de las mujeres sin ninguna preparación a quienes por sólo cuidar enfermos se les denominó: enfermeras, aunado a esta actividad también tenían que hacer la limpieza, cocinar, lavar todo aquello que el enfermo utilizara; denominándose en ocasiones enfermera lavandera, cocinera, etcetera.

Al empezar el siglo XX el grupo médico se vió obligado a formar personal capaz de atender a esos enfermos que estaban en manos de aquellas mujeres sin preparación alguna. El día 9 de febrero de 1907 se inaugura la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México, para iniciar estudios que durarían 3 años. Años más tarde (1911), la escuela se traslada a la Universidad Nacional de México, bajo la dependencia de la escuela de medicina con un plan de 4 años 2 para enfermería y 2 para partos. En 1935 se establece la secundaria como requisito de ingreso a la carrera y en 1945 se independiza de la escuela de medicina para así organizar la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, pero ahora solo para la formación de enfermeras y ya no la de partos; en sólo 3 años. Pero los avances continuaron y el 6 de septiembre de 1970 se pone en marcha un nuevo plan de estudios que con bachillerato como requisito de ingreso para estudiar la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia se pide Actualmente en algunos estados de la República Mexicana ya se ofrece la Maestría en Enfermería; y aunque en otras áreas también se puede obtener el grado de Doctor.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA

Se le denomina unidad quirúrgica en la que se albergan las salas de operaciones propiamente dichas y sus servicios colaterales, tales como recuperación, central de equipos y esterilización, labor, expulsión. Esta unidad se localiza en -- zonas de fácil acceso, pero siempre en posición terminal de -- circulación, esto quiere decir que no debe haber tránsito -- para personal y equipos que sean ajenos a su función de la -- misma.

LOCALIZACIÓN DE LAS ÁREAS

Para normar el funcionamiento se divide en dos áreas:

AREA GRIS O NO RESTRINGIDA

Incluye vestidores para el personal, oficinas de programación de cirugías, salas de descanso, cuartos sépticos, en -- donde se requiere el uso estricto de uniforme clínico.

Esta area debe estar equipada con sanitarios, regaderas en -- los vestidores. Además debe contar con los señalamientos de No Fumar, No Ingerir Alimentos. También debe existir una zona que sirva de intercambio con el area restringida, delimitada por una puerta de cierre automático donde al cruzarla se -- llegue a los pasillos delimitantes de las salas de operaciones.

AREA BLANCA O RESTRINGIDA

Incluye los pasillos delimitantes de las salas de operacio-- nes, pasillos para lavado quirúrgico de manos, la central de equipos y esterilización, las salas de operaciones, labor, -- expulsión y recuperación. En esta área el personal que ahí -- labore debiera portar un atuendo que consiste en un uniforme de uso exclusivo del quirófano, preferentemente de algodón ya que las fibras sintéticas causan corrientes eléctricas lle-- gando estas a hacer alguna reacción explosiva con los gases anestésicos que ahí se utilizan; también debe estar cubierto el cabello con un gorro, turbante o escafandra en caso de -- tener bigote o barba muy abundante; además utilizar una máscara que cubra nariz y boca de material desechable, botas

o zapatos de uso exclusivo para esta zona. El personal debe de quitarse todo tipo de joyería.

Es importante hacer énfasis que el uso del cubrebocas no debe hacerse sólo antes de iniciar una cirugía, sino que debe de portarse en todos los preparativos, tran y posoperatorio y que deberá retirarse hasta que se encuentre en el área no restringida.

SECCIONES QUE INTEGRAN LA UNIDAD QUIRÚRGICA

PREOPERATORIO

Es el área donde se recibe a los pacientes antes de la cirugía. Debe estar ubicado en forma adyacente a la sala de operaciones y abastecido con todo equipo o medicación que pueda ser necesario en caso de emergencia, tales como la aspiración, un desfibrilador, oxígeno. En esta área se puede completar la ficha preoperatoria, verificar la historia clínica y evaluar el estado físico y emocional. También se podrán colocar las vías intravenosas y las sondas vesicales.

TRANSOPERATORIO

Lugar específico donde se llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas (sala de operaciones)

POSTOPERATORIO

Sección de recuperación post-anestésica en donde se proporcionan cuidados inmediatos e intensivos a todos los pacientes después de una intervención quirúrgica.

SALA DE OPERACIONES

Es el área donde se realiza el acto quirúrgico, la cual debe reunir ciertas características especiales.

TAMAÑO

El tamaño de cada una de las salas de operaciones varía, por razones de funcionamiento, se recomienda que todos los quirófanos sean del mismo tamaño para que puedan practicarse -- indistintamente cirugías selectivas y de urgencia. El tamaño ideal de acuerdo con el quirófano para múltiples usos es de 6 x 6 x 3 m., que permita el paso de aparatos especiales que se llegaran a necesitar en un momento dado.

PAREDES

El revestimiento de las paredes debe ser azulejo porque es -- resistente a las sustancias químicas, humedad, calor y es fá-- cil de limpiar, es liso porque evita la acumulación de polvo colores suaves para evitar la refracción y fatiga visual.

ESQUINAS

Deben ser romas para evitar la acumulación de polvo

PISOS

Estos no deberán ser de material conductor de electricidad, -- deben ser lisos, impermeables y fácilmente lavables.

PUERTAS

Es aconsejable que sean amplias, para permitir el paso de -- las camillas, aparatos y personal. Cada sala deberá contar -- con dos puertas que tengan un ojo central de vidrio para -- facilitar la visualización y evitar choques, los laterales -- deberán estar protegidos con hule para evitar ruidos en su -- movimiento, confeccionadas con material que no ofrezca peli-- gro de accidentes.

ORIENTACIÓN

Estarán orientadas según la zona geográfica y el estudio -- minucioso de las corrientes atmosféricas evitando que su -- ubicación predisponga a temperaturas bajas en zonas frías o temperaturas altas en zonas tórridas.

INSTALACIÓN ELÉCTRICA

Debe ser colocada a 1.5 m de altura del nivel del piso a -- pruebas de explosiones, con sistema trifásico y con conec-- ción a tierra (coneción a determinada profundidad de la -- tierra donde no produzca corto circuito).

CONDICIONES AMBIENTALES

ILUMINACIÓN

Debe ser por medio de lámparas empotradas en el techo o mó-- viles, con un modulador de intensidad, la luz debe ser -- blanca, (evitando provocar sombras, además debe ser clara y fría, favoreciendo la no acumulación de calor) debe ser ti-- po central.

TEMPERATURA

Deberá oscilar entre los 18 y 22°C, para comodidad del -- equipo humano, cada sala deberá contar con un termometro -- empotrado, el cual permita checar constantemente la tempe-- ratura.

HUMEDAD

Debe ser constante entre 30 y 60%

VENTILACIÓN

El sistema de aire acondicionado permite mantener una at--- mosfera limpia carente de polvo, para lo cual se emplean -- filtros germicidas, que se deben cambiar periodicamente y -- además trampas de luz o lámparas de rayos ultravioleta, que requieren un 95% de partículas, favoreciendo así las condi-- ciones óptimas de temperatura y humedad. La entrada de aire estará en la pared, cerca del techo para una mejor distribu-- ción. En la parte inferior de las paredes de la sala de o-- peraciones, se deben instalar rejillas de extracción de ga-- ses anestésicos que por su mayor densidad se acumulan en -- la parte inferior de la sala.

MOBILIARIO Y EQUIPO

El mobiliario y equipo de la sala de operaciones se clasi-- fica en:

Fijo

Semomóvil

Móvil

FIJO

Es aquel que no se puede movilizar de su lugar, aunque sus partes sí se dirigen en diferentes formas esto suele ser empotrados en la pared o en el techo.

- lámpara central
- toma de oxígeno y aire
- negatoscopio

Las lámparas centrales están situadas en el centro del techo de la sala directamente arriba de la mesa de operaciones, su instalación es fija pero permite que su campo luminoso pueda ser dirigido con pequeños movimientos sobre el campo operatorio.

La toma de oxígeno debe ser empotrada ya que los cilindros tienen el inconveniente del tamaño, pesadez y peligro de fugas a través de las conexiones.

El aspirador empotrado permite el uso inmediato durante el transoperatorio para aspirar cavidades, al finalizar la operación se utiliza para aspirar secreciones de la orofaringe al extubar al paciente.

El negatoscopio debe estar situado de tal manera que puedan ser observadas las placas radiográficas por el cirujano que sin que se desplace durante el acto quirúrgico.

La instalación eléctrica debe ser a prueba de explosiones y con sistema trifásico.

El extractor de aire tiene sus conductos de aire acondicionado, tubos conductores de gases anestésicos, etc; son mobiliario fijo.

SEMIMOVIL

Es aquel que con ayuda de un aditamento se puede desplazar de un lugar a otro, de alguna u otra manera se encuentra fijo o conectado en la pared o el techo.

- lámparas auxiliares
- máquina de anestesia
- aparato de kidney
- anaqueles
- vitrinas
- mesas de operaciones

MÓVIL

Es el que se puede movilizar de un lugar a otro con facilidad y puede constar o no de ruedas.

- mesa de Mayo
- mesas rectangulares
- mesas de riñón
- mesas Pasteur o auxiliares
- monitor
- electrocoagulador
- bancos de altura y giratorios
- aspirador portatil
- cubetas y portacubetas
- tripies

MESA DE OPERACIONES

Al iniciar cualquier intervención quirúrgica es necesario que la mesa de operaciones se encuentre en óptimas condiciones de funcionalidad, para dar al paciente la posición indicada sin comprometer sus movimientos respiratorios y evitar la compresión y estiramiento de vasos y nervios que puedan producirle trastornos al paciente.

Estos diversos modelos de mesas quirúrgicas que ofrecen seguridad y comodidad al paciente, permiten una mejor exposición de la región operatoria.

El funcionamiento de las mesas de operaciones puede ser

- hidraulico
- electrico
- combinado
- manual

MESA DE RIÑÓN

En ella se coloca el material e instrumental necesarios para la cirugía. Antes de iniciar el procedimiento, sobre la mesa se abre un bulto de ropa estéril y ahí se deposita el material y accesorios, una vez lavada y vestida la instrumentista arregla el instrumental y equipo de manera ordenada para su rápida localización.

MAQUINA DE ANESTESIA

Cada quirófano contará con una máquina que deberá contener los vaporizadores para cada gas a utilizar además de estar conectada a una toma de oxígeno.

LAS VITRINAS

Estarán ubicadas en la pared de cada quirófano equipadas con material frecuentemente utilizable, tales como campos estériles, compresas, gasas, soluciones parenterales y antisépticas, suturas, hojas de Bisturi, etcetera. La cantidad de material almacenado será la mínima, ya que de esta manera se podrá renovar con frecuencia.

POSICIONES QUIRÚRGICAS

CONCEPTO

Son las posturas en las que se acomoda al paciente para -- efectuar una exploración, estudio o intervención quirúrgica o para proporcionar descanso.

OBJETIVO

- Favorecer la exploración física del paciente
- Proporcionar bienestar y comodidad
- Dar visibilidad a una región determinada
- Favorecer la circulación sanguínea

DECÚBITO DORSAL

Se coloca al paciente en posición supina, con los miembros torácicos fijos, en extensión a lo largo del cuerpo, o sobre férulas, y los miembros pélvicos sujetos al tercio -- medio del muslo.

DECÚBITO VENTRAL

Colocar al paciente boca abajo con la cabeza en posición - lateral izquierda o derecha, apoyando el carrillo sobre un cojín, con los miembros torácicos rodeando la cabeza y los pélvicos en extensión. Se deben colocar pequeños cojines bajo el torax, la sínfisis del púbis y tobillo.

ROSSIER

Se coloca al paciente en decúbito dorsal con los miembros pélvicos en extensión y se coloca un cojín bajo los hom- bros, para mantener el cuello en hiperextensión.

GINECOLÓGICA

Colocar al paciente en decúbito dorsal, con los miembros pélvicos flexionados y las rodillas separadas una de la - otra, apoyados y sujetos en las piernas y con la re--- gión glútea al borde de la mesa.

TRENDELENBURG

Colocar al paciente en decúbito dorsal, quedando la articulación de las rodillas al nivel de la articulación de la mesa con los miembros torácicos extendidos a lo largo del cuerpo y con las palmas de las manos hacia abajo, se fijan a la altura de las muñecas, los miembros pélvicos se fijan con las bandas de sujeción a la altura del tercio medio de los muslos e inclinar la cabeza a un ángulo de 30 a 40°, quedando la cabeza más baja que el resto del cuerpo y se sostienen los hombros y las hombreras previamente acojinados.

NAVAJA SEVILLANA

Colocar al paciente en decúbito ventral, con la sínfisis del pubis sobre un cojín la cabeza descansando lateralmente sobre un cojín con los miembros torácicos alrededor de ésta, la banda de sujeción a la altura del tercio medio de los muslos dar posición a la mesa formando un ángulo de 45°

NEFRECTOMÍA

Posición en decúbito lateral izquierdo o derecho, la cabeza descansando sobre un cojín, se coloca una sábana debajo de la cresta iliaca hasta la axila del paciente protegiendo el plexo braquial, los soportes y cojines a la altura del abdomen uno en la parte anterior y otro en el dorso para que sirva de apoyo, la pierna inferior de manera que forme un ángulo de 90°, en relación con el cuerpo, la pierna superior se mantiene en extensión. Se fija la pelvis con tela adhesiva de 7.5 cm de ancho, de lado a lado de la mesa, pasando a nivel de la cresta iliaca y la pierna flexionada se eleva la parte media de la mesa quirúrgica.

SEDENTE

Se coloca al paciente sentado, con un respaldo de 90°, con los brazos lateralizados y apoyando las manos sobre las rodillas y/o muslos, las piernas juntas formando un ángulo recto y la cabeza con la mirada al frente.

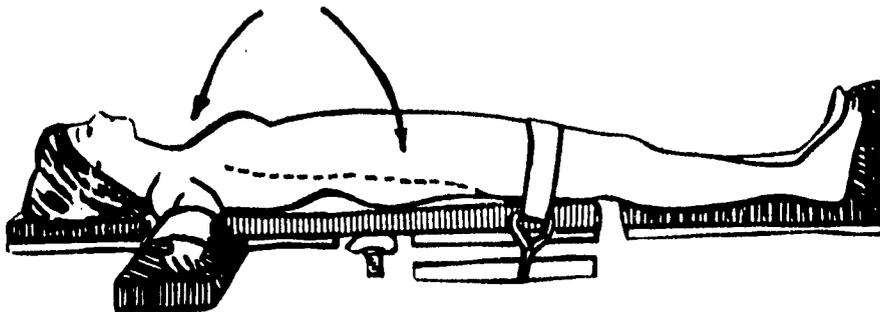
FACTORES QUE DETERMINAN LA POSICIÓN DEL PACIENTE

- Tipo de cirugía
- El campo operatorio estará cubierto en forma correcta
- Colocar al paciente en la posición más cómoda, esté despierto o dormido
- La circulación no será obstruida por posición incorrecta, o por presión inadvertida en alguna parte del cuerpo
- Los hombros estarán bien acolchonados para impedir lesión nerviosa irreparable
- Considerar al paciente como individuo particularmente, los muy delgados, ancianos u obesos.

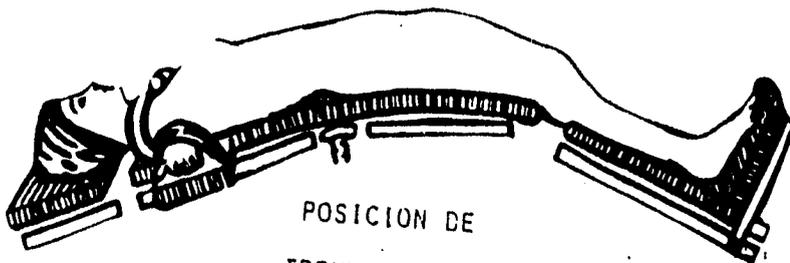
MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

- Nunca dejar solo al paciente
- Colocar bandas de sujeción
- No utilizar cobertores dentro del quirófano
- En caso de cambios de posición a pacientes anestesiados - buscar ayuda
- Evitar al paciente toda compresión que dificulte los movimientos y comprometa la circulación
- Proteger y vigilar todos los puntos de apoyo del paciente
- Colocar las hombreras previamente protegidas, a la altura de la articulación acromioclavicular del paciente, si es necesario colocarlo en Trendelenburg
- Fijar los brazos del paciente a los lados de la mesa, evitando con esto que durante la cirugía y anestesia se gire y se produzca lesiones neuromusculares
- Colocar el cinturón en el tercio medio de los muslos para evitar que el paciente flexione las rodillas
- En caso de requerir fijar la pelvis del paciente para evitar la rotación de la misma, cuando se coloque al paciente en posición decúbito lateral. (E)

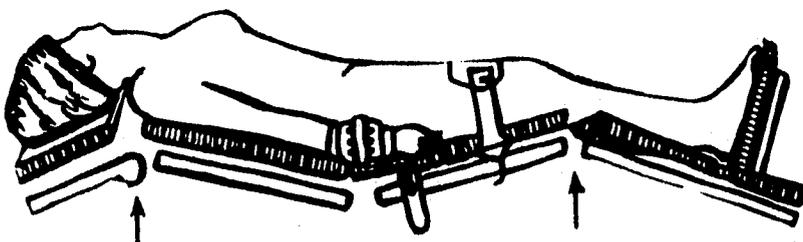
ALTERNATIVAS PARA LA EXTREMIDAD SUPERIOR



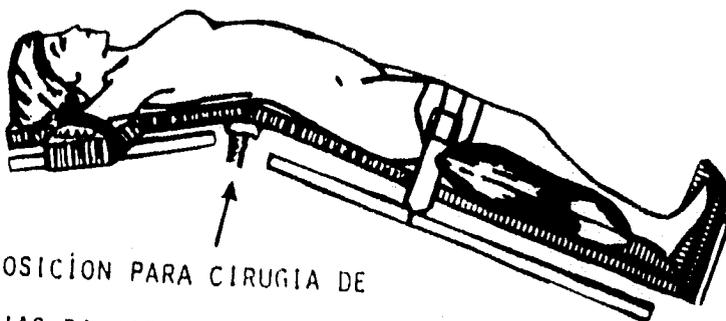
DECUBITO DORSAL



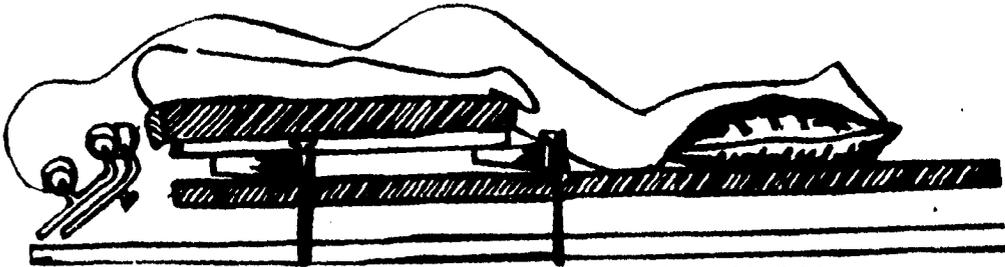
POSICION DE
TRENDELENBURG



POSICION PARA CIRUGIA DE CUELLO



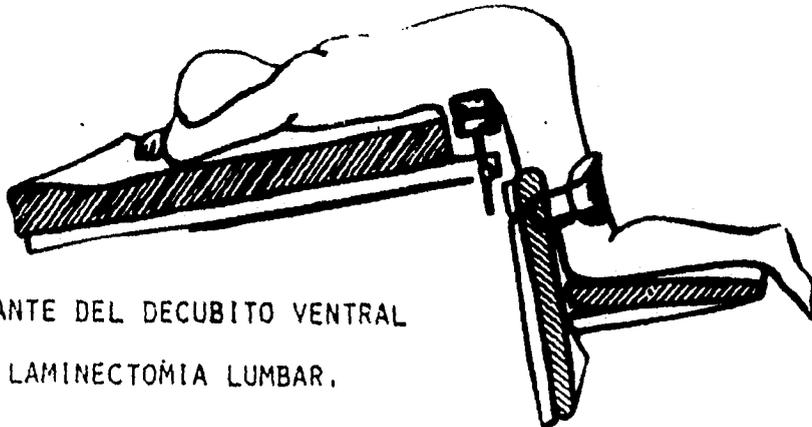
POSICION PARA CIRUGIA DE
VIAS BILIARES



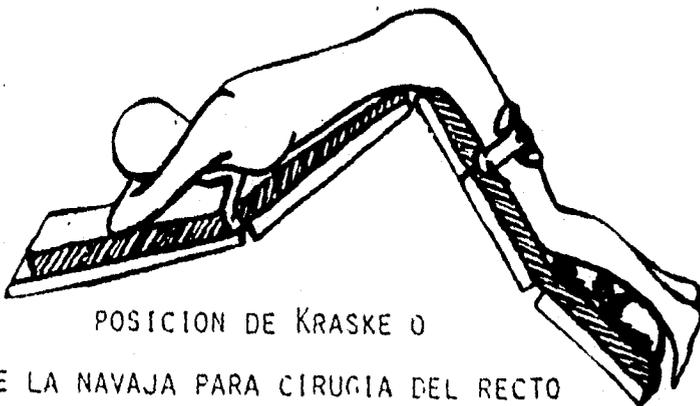
DECUBITO VENTRAL PARA LAMINECTOMIA CERVICAL



EXTREMIDADES INFERIORES EN POSICION DE BATRACIO



VARIANTE DEL DECUBITO VENTRAL
PARA LAMINECTOMIA LUMBAR.



POSICION DE KRASKE O
DE LA NAVAJA PARA CIRUGIA DEL RECTO
O PROCTOLOGICA

CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN

CONCEPTO

Es el área física de un hospital donde se lleva a cabo la recepción, preparación, esterilización, almacenado y distribución de material y equipo que se utiliza en la atención de un paciente. Así como es responsable de abastecer a todos los demás servicios de la institución, del material y equipo necesario para las actividades médicas y de enfermería.

OBJETIVOS

Asegurar continua y oportunamente la distribución o entrega de material y equipo que los servicios demanden de acuerdo a sus necesidades.

Realizar el procedimiento de esterilización de material y equipo dependiendo de su naturaleza.

Prevenir infecciones al paciente, por medio de una correcta esterilización del material y equipo que se utilice en la unidad quirúrgica y el resto del hospital.

REGLAS DE LA TÉCNICA ASÉPTICA (*)

...el equipo utilizado durante un procedimiento estéril ha sido esterilizado. Cualquier instrumento o equipo que sea utilizado durante la cirugía ha sido procesado de una manera tal que se transforme en COMPLETAMENTE libre de microorganismos. Nunca debe haber duda acerca de la esterilidad de un material que es situado o utilizado en el área estéril.

...si la esterilidad de un elemento es dudosa, se le considera CONTAMINADO. Los paquetes que tienen fecha de vencimiento borrosa, envolturas manchadas o defectuosas deben ser considerados CONTAMINADOS, si existe una duda sobre si la persona que está instrumentando se ha contaminado, siempre se debe presumir que esto ha ocurrido.

...la humedad transporta bacterias desde la superficie no esteril. Cuando es agua toma contacto con la superficie estéril tal como un campo en alguna mesa, arrastra consigo -- bacterias. Esto se denomina contaminación penetrante. Puede ocurrir cuando se colocan charolas calientes con instrumental sobre un campo estéril: la condensación del vapor humedece el campo y arrastra bacterias desde la superficie no estéril por debajo de la superficie estéril de la charola. Este tipo de contaminación también puede ocurrir cuando los materiales esteriles son almacenados cerca de -- tarjas de cepillado o lavado donde pueden ocurrir salpicaduras.

ÁREAS DE LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)

Siete son las áreas que integran una CEYE y su distribución debe ser respetando el ciclo "SUCIO-LIMPIO-ESTÉRIL"; sin que éste se cruce.

1. Área de recibo y limpieza (ventanilla, tarja)
2. Preparación de guantes; lavado, entalcado, preparación
3. Área de doblado de ropa
4. Preparación de equipo y material de consumo
5. Área de esterilización
6. Almacen de ropa, material y equipo
7. Área de entrega y subceye

1. En esta área se lleva a cabo la recepción del material y equipo sucio, llevando un control del mismo debe contar con un espacio para tarja de lavado manual.

2. Para la preparación de guantes se requiere de un área -- cerrada tomando en cuenta que el talco es fácil de transportar y ser vehículo de contaminantes, es indispensable . contar con ventilación controlada, lavadora, probador de guantes, entalcadora y mesa de preparación.

{*} FULLER JR: Técnicas asépticas y precauciones universales en el quirófano. Instrumentación quirúrgica. Panamericana. 3a edición. pp 70-72

3. Es el sitio donde se revisa y dobla la ropa limpia formando bultos de cirugía para después esterilizarlos.
4. Es donde se preparan gasas, sondas, apósitos, penrose, etcetera. Se revisa todo el material y equipo, así como el material ha sido lavado o sanitizado; una vez limpio se ordena para su esterilizado, se prepara y se membreta.
5. En esta área se localizan los esterilizadores, debe haber espacio suficiente para el acomodo de los carros llenos de material mientras está caliente.
6. Esta área debe estar lo más lejano posible del área de recibo de material sucio, lavado y entalcado de guantes de tal manera que lo almacenado esté completamente libre de todo riesgo de contaminación.
7. Subceye es el área donde se entrega material, equipo e instrumental estéril a quien lo solicite de los servicios; esta área sirve también para guardar equipo electromédico.

ESTERILIZADORES (AUTOCLAVES)

ESTERILIZACIÓN

Proceso de destrucción de toda forma de vida microbiana, incluyendo esporas.

ESTERILIZADORES

Son aparatos electromédicos que funcionan a base de presión y son utilizados para la destrucción de toda vida microbiana con sus esporas, que se encuentran en los instrumentos, equipo y material que requiera de este procedimiento.

TIPOS DE ESTERILIZADORES

- Vapor
- Calor seco
- Radiación ionizante
- Óxido de etileno

El esterilizador por vapor saturado es un aparato que -- desde el punto de vista de su manejo, puede ser manual o automatico, y desde el punto de vista de productividad en los ciclos de esterilización, es ciclomatico o prevacio. Estos -- consumen energía eléctrica y vapor para su funcionamiento no así en cuanto a los ciclos de esterilización, ya que los esterilizadores de prevacio utilizan menor tiempo y mayor temperatura debido a la bomba de vacío que retira el aire de la cámara en forma mecánica.

El esterilizador ciclomático es un aparato de acero -- inoxidable que consta de dos recipientes cilíndricos o cúbicos, contenidos uno dentro del otro y denominados cámara interna o Chamber y una cámara externa, camisa o Jacket los -- que se comunican entre sí a través de perforaciones en la -- parte interna posterior, por donde entra el vapor que proviene generalmente de la línea principal de abastecimiento o bien a partir de la cámara generadora de vapor del aparato --

ambas cámaras estan controladas por manómetros que indican -- los cambios de presión, el manómetro de la cámara interna -- marca presiones negativas y positivas, en tanto que el co-- rrespondiente a la cámara externa marca presión positiva -- únicamente.

Este aparato funciona con energia electrica y vapor por lo que se necesita agua que está en un deposito y cuyo control de llenado es por medio de un nivel de agua que se encuentra en la cara anterior del esterilizador a medida que -- el vapor ingresa a la cámara interna, el aire contenido en -- ésta se desplaza al exterior a través de una valvula de es-- cape que se encuentra en la aprete inferior de ésta. Además de este mecanismo y para mantener el circuito cerrado se requiere de una puerta de seguridad con rayos que cierran hermeticamente a presión y se abre cuando la presión de la cámara interna se reduce a 0 libras. El ingreso de vapor a la cámara eleva la temperatura que es indicada por un termómetro que se encuentra en la cara anterior del esterilizador. Así como un botón que controla manual o automaticamente cada ciclo de esterilización dependiendo del tipo de material y -- equipo. El aparato cuenta con u selector de escape para que al terminar el ciclo, el vapor salga al exterior por medio -- de los conductos, uno que va al exterior y otro que recibe -- el condensado de vapor de agua hacia el drenaje.

ESTERILIZACIÓN POR ÓXIDO DE ETILENO

El óxido de etileno es un líquido explosivo inflamable, que cuando se mezcla con el dióxido de carbono o freón, se -- convierte en un método altamente eficiente y con buena relación costo/eficacia para la esterilización. Para los equipos que no pueden resistir las presiones y temperaturas del es-- tertilizador de vapor, el óxido de etileno, comunmente llamado "esterilización en gas" es una alternativa aceptable.

El tiempo de exposición de los materiales depende de la concentración de óxido de etileno, la humedad, la temperatura y

la densidad y el tipo de material que se va a esterilizar. A diferencia de los esterilizadores de vapor los artículos - esterilizados con óxido de etileno requieren de aireación -- para eliminar cualquier residuo de gas remanente en los instrumentos. La aireación se lleva a cabo en una cámara especial de aireación o puede realizarse con aire ambiental siempre y cuando se sigan las precauciones de seguridad. El tiempo de aireación para un objeto depende de su porosidad y su tamaño.

REQUISITOS DE PREPARACIÓN PARA MATERIAL QUE VA A SER SOMETIDO A ESTERILIZACIÓN

- Debe estar limpio
- Deben permitir el paso de vapor o calor o gas
- Los objetos deben cubrirse individualmente
- No deben doblarse por su esterilización
- Los instrumentos que e esterilizan en gas deben protegerse por ejemplo las lentes de los endoscopios.

DESINFECTANTES QUÍMICOS

CONCEPTO

Agentes que destruyen, inactivan y eliminan a los gérmenes - patógenos, los términos bactericida y germicida, en la práctica, se usan como sinonimos y para referirse a su empleo en objetos -- inanimados.

ALCOHOL

El alcohol es un desinfectante usado corrientemente y está inte-- grado por dos componentes el alcohol etílico y el alcohol isopro-- pílico. Ambos son hidrosolubles. El alcohol no es esporicida, pe-- ro es bactericida, tuberculicida y viricida. Nunca se le debe --- utilizar sobre el instrumental quirúrgico, puesto que no es espo-- ricida y es muy corrosivo para el acero inoxidable.

COMPUESTOS DEL CLORO

El hipoclorito de sodio es un desinfectante de amplio espectro -- cuyo uso es limitado ya que es corrosivo. Pero puede utilizarse - para limpiar pisos y paredes. Se desactiva en presencia de mate-- ria organica, por lo que antes de limpiar algún área se debe de -- limpiar antes.

FORMALDEHÍDO

Es bactericida, tuberculicida, viricida y esporicida. Su uso prin-- cipal en el ámbito hospitalario es para la conservación de piezas anatómicas extirpadas.

GLUTARALDEHÍDO

El glutaraldehído es un desinfectante usado ampliamente, es espo-- ricida y viricida. Es tóxico para los tejidos debido a esto, los - elementos desinfectados o esterilizados deben enjuagarse total-- mente antes de usarlos sobre el paciente o ser manipulados por el personal. Para que el glutaraldehído actúe efectivamente como es-- terilizador debe aplicarse durante 10 horas.

Por otra parte es tuberculicida a los 10 minutos. Este desinfec-- tante se debilita considerablemente con la dilución accidental -- como la que se produce al colocar en el baño de glutaraldehído -- instrumentos mojados y por la presencia de materia orgánica.

Una vez que se preparan soluciones de glutaraldehido y se guardan para su uso repetido, deben renovarse completamente cada dos semanas puesto que se inactivan después de ese tiempo. (E)

ROPA QUIRÚRGICA

CONCEPTO

Es el material y prendas de algodón diseñados y confeccionados específicamente para el uso en el acto quirúrgico.

OBJETIVOS

Colocar una barrera estéril entre la herida quirúrgica y posibles fuentes de contaminación.

Evitar infecciones en la herida quirúrgica

Dar confianza al cirujano en sus maniobras en el campo quirúrgico

Cubrir la mesa de operaciones, evitando que el instrumentista y el material estéril queden en contacto con la superficie contaminada.

Cubrir el uniforme de médicos y enfermeras.

CLASIFICACIÓN DE LA ROPA

CARACTERÍSTICAS

1. Material no conductor de electricidad de preferencia de algodón.
2. Que no refleje la luz
3. Que sea permeable al vapor
4. Durable y económica.

PARA EL PERSONAL

Uniforme quirúrgico de algodón, el cual se ciñe al cuerpo, para que no se diseminen los microorganismos.

Turbante y gorro, el cabello además de ser agente contaminante potencial, también es una fuente de chispas electrónicas por lo que se debe cubrir totalmente.

Cubiertas de zapatos, las suelas de los zapatos son fuente de contaminación por el ir y venir de una área a otra, debe ser segura e impermeable para evitar que se humedescan, se debe usar una sola vez al salir del área aseptica se deben desechar por otro par.

Cubrebocas, material desechable, cubre nariz, boca y mentón con cintas elásticas para ajustarse en la parte posterior de la cabeza. Se utiliza para no contaminar el campo, no se debe manipular el área facial, ni colocarse al cuello, cabeza o bolsa, en esas condiciones debe de desecharse al igual que para cada cirugía.

PARA EL PACIENTE

Contará con un camisón de algodón, medias o vendas antiembolia, gorro o turbante de algodón.

PARA EL CAMPO OPERATORIO

Ropa plana, es toda aquella que no necesita de un molde para su confección.

ROPA PARA EL ACTO QUIRÚRGICO

- Bata quirúrgica
- Sábana de pies y cefálica
- Sábana hendida para cirugía general
- Sábana para cirugía de otorrinolaringología
- Sábana para cirugía de craneo
- Sábana de riñón
- Funda de Mayo
- Pierneras
- Campo para circuncisión
- Campo para bloqueo
- Campos sencillos de 90 x 90 cm
- Campo doble para envoltura 110 x 110
- Compresa de gasa para esponjear
- Compresa única
- Toalla de fricción

BATA QUIRÚRGICA

Es de corte recto, confeccionada de manera que permita libertad de movimientos y comodidad al personal, las partes anteriores y superiores protegidas con una doble pechera -

cerrada para dar mayor margen de seguridad a estas zonas, con manga elastica, larga amplia, del cual sale una cinta de lino en forma de ojal, para fijarse al dedo pulgar correspondiente, la espalda queda cubierta en su totalidad en la parte superior y se fija con cintas de lino a nivel de la cintura.

SÁBANA HENDIDA

Confeccionada con tela de algodón de 2.50 x 1.80 m, que presenta una abertura central en forma rectangular de 35 x 25 cm con un refuerzo de 4 cm de anchos, se utiliza para circunscribir el campo operatorio.

SÁBANA PARA CIRUGÍA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Confeccionada con tela de algodón de 2.50 x 1.80 m, con una ventana rectangular de 15 x 12 cm, con refuerzo de 4 cm de ancho en la parte media del tercio superior, a 50 cm del borde superior de la sábana.

SÁBANA PARA CIRUGÍA DE CRANEO

Confeccionada con tela de algodón de 2.50 x 1.80 m, con una ventana circular de 15 a 20 cm de diametro con refuerzo de 4 cm de ancho situados en la parte media del tercio superior a 1 m del borde superior de la sábana, es utilizada para circunscribir el campo operatorio.

SÁBANA DE RIÑÓN

Confeccionada con tela de algodón doble de 1.80 a 1.50 m, es utilizada para cubrir la mesa rectangular o mesa de riñón.

FUNDA DE MAYO

Es una cubierta de 120 x 60 cm, confeccionada en tela de algodón doble por la parte que cubre la charola donde se coloca el instrumental.

PIERNERAS

Confeccionada con dos cuadros de tela de algodón sencillas de 90 x 90 cm, cerrada por tres de sus lados dejando una abertura de 30 cm en el cuarto lado.

CAMPOS PARA CIRCUNCIÓN

Confeccionada con tela de algodón de 90 x 90 cm, con una -
ventana central de 7 cm de diametro con un refuerzo de 4 cm
de ancho.

CAMPO PARA BLOQUEO

Confeccionadas con tela de algodón de 90 x 90 cm con una -
ventana central de 20 x 10 cm con un refuerzo de 4 cm.

CAMPOS SENCILLOS

Confeccionados con tela de algodón de 90 x 90 cm, se utiliza
para primeros o segundos campos.

COMPRESA DE GASA PARA ESPONJEAR

Confeccionada con manta de cielo en 4 capas de 50 x 50 cm, -
con un ojal de lino en uno de sus extremos y una trama radio
opaca.

COMPRESA ÚNICA

Confeccionada con manta de cielo en 4 capas de 95 x 30 cm, y
un ojal de lino además de una trama radiopaca en uno de sus
extremos.

TOALLA DE FRICCIÓN

Confeccionada con material absorbente de 35 x 35 cm, utili--
zada para el secado de manos.

CAMPO DOBLE

Confeccionada con tela de algodón doble, de 1.10 x 1.10 m,--
utilizada para la envoltura de equipos para cirugía o bultos
de ropa. (L)

CARACTERISTICAS DE LA ROPA QUIRÚRGICA

- No conductora de electricidad
- Absorbente
- Colores que no reflejan la luz
- Permeables
- Durable
- Económica
- Resistente

REQUISITOS

- Integra
- Limpia
- Seca

PRECAUCIONES PARA EL MANEJO DE LA ROPA

- Identificación de la prenda
- Movimientos suaves
- Colocar la ropa en el sitio indicado
- Usar las referencias

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- El uso del uniforme quirúrgico será exclusivo de la unidad quirúrgica
- La ropa estará en condiciones para su uso
- Manejo de la ropa contaminada con las técnicas establecidas
- Mantener los bultos de ropa estéril en un área limpia y seca
- Colocar la ropa en un plano resistente para dar mayor uniformidad al doblado
- Para facilitar el manejo de la ropa y evitar su contaminación, se doblará en forma de acordeón de manera que las orillas queden doblada afuera y las puntas de referencia hacia arriba
- Doblado de ropa en puntos de referencia
- Para asegurar la esterilización del material quirúrgico las envolturas serán dobles
- Para facilitar la penetración del vapor, evitar apretar demasiado los bultos de ropa.

DOBLADO DE ROPA**SABANA DE RIÑON**

1. Colocar la sábana en sentido longitudinal iniciar en el -- extremo proximal con dobleces sobrepuestos en forma de acordeón, de la parte media hacia los extremos, dejando las orillas de la sábana hacia el centro.
2. Repetir los mismos pasos en el extremo distal
3. Para formar los puntos de referencia en ambos extremos, doblar las esquinas hacia adentro formando un triángulo
4. Doblar uno de los extremos de la sábanas en forma de acordeón hasta la parte media.
5. Repetir los mismos pasos en el extremo opuesto.
6. Doblar en forma de cartera sobre los puntos de referencia

SABANA DE PIES Y CEFÁLICA

1. Colocar la sábana en forma longitudinal, hacer un doblés - de cortesía en el tercio superior de la sábana.
2. Doblar longitudinalmente por la mitad dos veces, con el dobléz de la cortesía hacia el exterior.
3. Doblar transversalmente sobre si misma 4 veces , cuidando -- los bordes libres de la sábana hacia abajo.
4. Marcar puntos de referencia en forma diagonal con el borde libre del dobléz de cortesía.

SABANA HENDIDA

1. Colocar la sábana en sentido longitudinal, iniciar en el - extremo proximal los dobleces sobrepuestos en forma de acordeón, principiando el dobléz con el borde de la sábana hacia el centro.
2. Repetir los mismos pasos en el extremo distal
3. Para marcar los puntos de referencia en ambos extremos doblar la esquina hacia adentro formando un triángulo.
4. Doblar uno de los extremos de la sábana en forma de acor-- deón transversalmente, hasta la mitad de la hendidura.
5. Repetir los mismos pasos en el extremo opuesto
6. Doblar en forma de cartera sobre los puntos de referencia.

CAMPOS SENCILLOS

1. Doblar un $\frac{1}{4}$ del campo en la parte superior
2. Doblar a la mitad dos veces el campo, verificando que la referencia hecha quede hacia afuera.
3. La parte inferior del campo se doblará un tercio sobre sí y el otro extremo quedará también sobre éste.
4. De la referencia que está sobre ésta sevirá para hacer una cortesía.

BATA QUIRÚRGICA

1. Doblar la bata por el revés a nivel de las sisas, haciendo una carterainvertida siguiendo la línea del hombro.
2. Doblarla en sentido longitudinal hacia el centro y sobre sí misma en ambos lados y unir los extremos.
3. Doblarla transversalmente en tercios sobre sí misma iniciando de la parte inferior hacia arriba.
4. Tomar el nivel de las sisas como referencia para su manejo

PIERNERAS

1. Hacer un doblar de cortesía de 20 cm en la entrada de la pierna
2. Doblar longitudinalmente por la mitad haciendo otros dobleces hacia el centro.
3. Hacer dobleces en forma transversal sobre sí misma, dejando la parte superior para el doblar de cortesía.
4. Marcar el punto de referencia en la parte superior con el borde libre, haciendo un doblar hacia afuera en forma diagonal.

NOTA

La ropa así doblada estará en condiciones para formar los bultos de ropa, de acuerdo a la especialidad y tiempos quirúrgicos.

Su colocación es de acuerdo a como se van a utilizar.

EQUIPO BÁSICO

- 1 sábana hendida
- 4 campos sencillos
- 1 sábana cefálica

1 sábana de pies

3 batas

3 toallas de fricción

Todo esto envuelto en una sábana de riñón, se colocará al --
centro de la misma y se realizara en su trazo longitudinal -
dos dobleces al centro y del otro extremo se repetirá el pa-
so. De los dos extremos que están alineados con el bulto se
realizaráb también dos dobleces al centro de cada uno de --
ellos. Se envolverá este bulto con un campo doble.

MATERIAL DE SUTURA

CONCEPTO

Es el material industrializado y procesado por un laboratorio, que se va a utilizar para realizar hemostasia o afrontar tejidos.

SELECCIÓN DE SUTURA

Existen cuatro elementos que van a interactuar para seleccionar una sutura y dos corresponden a la sutura que son fuerza tensil y tiempo de absorción; las otras dos corresponden al tejido y son fuerza del tejido y el tiempo de cicatrización. El material de sutura tiene que llenar ciertos requisitos:

- Que sea estéril
- Que sea procesado por una casa comercial de prestigio

PROPIEDADES DE LA SUTURA

- Memoria de sutura
- Capilaridad
- Inercia
- Calibre
- Fuerza tensil
- Tiempo de absorción
- Monofilamentosa
- Multifilamentosa
- Maniobrabilidad
- Fuerza de tracción

ABSORCIÓN

- por hidrólisis
- Por reacción enzimática

ORIGEN

ANIMAL

CATGUT

Es colagena que deriva de la submucosa de intestino de borrego o de la serosa del intestino de la vaca. Este material es digerido por enzimas del cuerpo y absorbido por el tejido por lo que no permanece cuerpo extraño alguno.

Su absorción depende de:

- Tipo de tejido; se absorbe más rápido en membranas serosas y mucosas que en tejido graso.
- Condiciones del tejido; se absorbe más rápido en presencia de infecciones.
- Estado general del paciente; es más rápido en desnutridos - que en ancianos o dédiles.
- Tipo de catgut; el catgut crómico (tratado con sales crómicas) resiste la absorción por un periodo más prolongado que el catgut simple.

COLAGENA

Su origen es del tendón flexor del ganado vacuno. La sutura es plana y se usa en oftalmología.

SEDA VIRGEN

Es fibra de proteína natural del gusano de seda

VEGETAL

ALGODÓN

Fibras de plantas de algodón

LINO

Fibras de lino

MINERAL

ALAMBRE

Acero inoxidable (aleación de cromo, níquel y hierro)

GRAPAS

Acero inoxidable

SINTETICO**ÁCIDO POLIGLICÓLICO (DEXON)**

El homopolímero del ácido glicólico pierde su resistencia a la tensión con mayor rapidez y se absorbe con una lentitud - mucho mayor que la poliglactina 910. La sutura poliglicólica pierde cerca del 45 % de su resistencia a la tensión a los - 14 días y ocurre absorción importante en el transcurso de 30 días.

POLIGLACTINA 910 (VICRYL)

Copolímero con una estructura molecular que conserva su resistencia a la tensión más que el catgut pero no tanto como la polidioxanona. Conserva cerca del 30 % de su fuerza original a las tres semanas. La absorción es mínima hasta cerca del día 40 y luego se absorbe en el transcurso de 90 días

POLIDIOXANONA (PDS)

Los monofilamentos que se sacan del poli poliéster (p/dioxanona), PDS y las suturas PDS II son en particular útiles en los tejidos en donde se espera una cicatrización lenta, como en aponeurosis, o donde la extensión de la herida necesita - un sostén, como en los ancianos, pero es una sutura absorbible.

POLIGLICONATO (MAXON)

Es un monofilamento que se prepara del copolímero del ácido glicólico y carbonato de trimetileno. Se utiliza para aproximar tejidos blandos excepto en cirugía cardiovascular y -- oftálmica.

NYLÓN (DERMALÓN)

Polímero poliamídico derivado por síntesis química del carbón, aire y agua.

POLIÉSTER

La fibra de poliéster dacrón, es un polimero de ácido tereftalico y polietileno, se trenzan para construir una sutura - multofilamentosa.

POLIPROPILENO (PROLENE)

El polipropileno es un propileno polimerizado convertido en hilo monofilamentoso (B)

CLASIFICACIÓN**ABSORBIBLES****NATURALES**

Catgut simple
Catgut crómico
Colageno simple
Colageno crómico

SINTÉTICO

Ácido poliglicólico (DEXON)
Poliglactina 910 (VICRYL)
Polidioxanona (PDS)
Poligliconato (MAXON)

NO ABSORBIBLES**NATURALES**

Algodón
Lino
Seda quirúrgica
Seda virgen
Alambre
Grapas

SINTÉTICAS

Nylon (DERMALÓN)
Poliéster
Polipropileno (PROLENE)

MATERIAL DE SUTURA
NATURAL NO ABSORBIBLE

10 x 75 cm.
Sutura Quirúrgica Estéril NO ABSORBIBLE
MULTIPACKSM

2-0 SEDA ANACAPSM
Negra Trenzada Tratada con Sulfón

505

Cyanamid de México, S.A. de C.V.

DGSM
DAYE-GECK

← Abra aquí

SEDA 4-0

SA 83
SEDA NEGRA
TRENZADA
PERMA HANDSM
NO ABSORBIBLE
10 x 75 cm 10 x 30"

SUTUPAKSM

ETHICONSM



MATERIAL DE SUTURA
NATURAL ABSORBIBLE



2-0 CATGUT
DAVIS & GECK^{MR}
 No hervible **CRÓMICO**

T-5
 26 mm

DG^{MR}
 DAVIS-GECK

Cyanamid de México, S. A. de C. V.

Resque
disponiblemente

1.37 m **6-53**
 Sutura Quirúrgica Estéril, ABSORBIBLE
 Sin Aguja

2-0 CATGUT
DAVIS & GECK^{MR}
 No hervible **SIMPLE**

Resque
disponiblemente

DG^{MR}
 DAVIS-GECK

Cyanamid de México, S. A. de C. V.

W1911

SURGICEL^{*}

absorbable haemostat
 OXIDISED REGENERATED CELLULOSE

5cmx35cm **sterile**

* TM

© **ETHICON** LTD UK MFG 1.91
 a Johnson-Johnson company EXP 1.94

MATERIAL DE SUTURA
SINTETICO NO ABSORBIBLE

8556
Sutura Dermalon 3-0
Aguja ATRAUMATIC 1/2" B. Curva. Largo 1.5"

3-0 DERMALON^{MR}
Nylon Monofilamento Azul

SCE-4
19 mm



DS^{MR}
DAVIS & GECK

Cyanamid de México, S. A. de C. V.

Rasque
Diagonalmente

8556
PROLENE[®] 5-0

CARDIOVASCULAR
POLIPROPILENO AZUL
MONOFILAMENTO
H. AUS.
75 cat

2 ATRALOC[®]
1.5 cat • BB-1



ETHICON[®]

ESTÉRIL

Abra aquí



MATERIAL DE SUTURA
SINTETICO NO ABSORBIBLE

ABRA AQUI

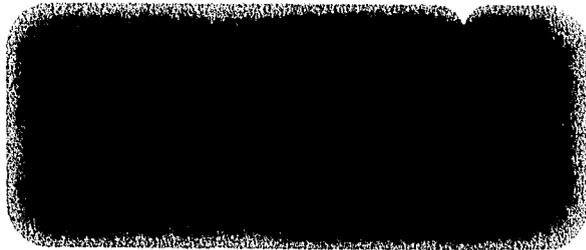
6-0 ETHILON

660-H MONOFILAMENTO DE NYLON
SUTURA QUIRURGICA NO ABSORBIBLE
ESTERILIZADA NO HEVIVIBLE
45 cm

suturas

ETHICON Lot No. **391008**

CUTICULAR
REVERSO CORTANTE
3/8 de CIRCULO
FS-3



MATERIAL DE SUTURA
SINTETICO ABSORBIBLE

J 340 **VICRYL* 0** J 340 Abre aqui

F. 08/ GIN-C. 08/ GIN
(POLILACTINA 910)
VIOLETA
TRANÇADA / TRENZADA
ABS.
70 cm

VAL 01786

ATRALOC*
3,5 cm • CT-1

ETHICON
*Marca de Ind. & Com.

ESTÉRIL C

SUTURA ESTÉRIL
ABSORBIBLE U.S.P.

TAMAÑO METRICO 3,5
87 cm (27")

DEXON* PLUS 0
ACIDO POLIGLICOLICO VERDE TRENZADO
RECUBIERTO CON POLOXAMER 188

AGUJA T-5*
ATRAUMATIC*
1/2 CIRCULO
PUNTA REDONDA

Resque
Desconstruible

CYANAMID

SUTURA ESTÉRIL
ABSORBIBLE U.S.P.

TAMAÑO METRICO 4
67 cm (27")

DEXON* II 1
ACIDO POLIGLICOLICO VERDE TRENZADO
RECUBIERTO CON POLICAPROLACTATO

AGUJA T-10*
ATRAUMATIC*
1/2 CIRCULO
PUNTA REDONDA

* Marca Registrada

MATERIAL DE SUTURA
SINTETICO ABSORBIBLE

27" (67 cm) 6257-51
 Synthetic, Sterile, ABSORBABLE
 Surgical Suture, USP Except For Diameter

2-0 MAXON™
 (3 Metric) Gec. Monofilament Polyglyconate
 (P-10)
 37 mm


 ETHICON INC.
 Research, PA 00731 U.S.A.

©1975-1980, 1986

0 3.5 METRIC W9233

PDS* II (POLYDIOXANONE) VIOLET
MONOFILAMENT


 ROUND BODIED
 40mm

70 cm

STERILE
 SYNTHETIC ABSORBABLE SUTURE

©ETHICON LTD UK Lot: CB30L E.D.

MIS 1.91
 Exp. 1.96
 11/08/02/01

AGUJAS QUIRÚRGICAS

Con la excepción de las ligaduras el paso del hilo a través del tejido requiere de una aguja para producir el menor daño posible.

Las agujas están hechas de acero inoxidable templado, de alta calidad, por lo que debe reunir ciertas características:

- Resistencia para no romperse con facilidad
- Suficiente rigidez para no doblarse
- Flexibilidad para no romperse al doblarse
- Filo suficiente para penetrar el tejido con la misma resistencia, pero no más fuerte que el tejido que atravieza.
- Diametro semejante al del hilo que lleva, para reducir la posibilidad de dañar el tejido
- Forma y tamaño apropiado para el tipo, condiciones y accesibilidad del tejido que se sutura.
- Estar libre de corrosión y raspadura para evitar infección y dañar al tejido.

PUNTAS DE LAS AGUJAS

Las puntas de las agujas quirúrgicas están hechas según la configuración y el hilo deseados para cada tipo de tejido, las formas básicas de corte, cónicas o romas.

PUNTAS DE CORTE

Quando el tejido es difícil de penetrar como la piel, tendones y tejidos resistentes del ojo se prefiere una punta de corte afilada como una navaja.

PUNTAS EN FORMA DE CONO

Estas agujas se usan en tejidos blandos, como intestino y peritoneo, que ofrecen poca resistencia al paso, tienden a empujar el hilo hacia un lado y no a cortarlo al pasar a través de él. El cuerpo se estrecha para terminar en una punta afilada.

PUNTA ROMA

Estas agujas cónicas tienen la punta roma y se emplean para suturar tejidos friables como hígado o riñones, no cortan el tejido, por lo que es menos probable que perforen un vaso en estos órganos que una aguja con punta afilada.

CUERPO DE LA AGUJA

El cuerpo varía en calibre, largo, forma y acabado. La índole y localización del tejido que se va a suturar influyen en la selección de las características que debe reunir la aguja

-Para tejido más resistentes o fibrosos se necesita de una aguja más gruesa.

-De la profundidad que tendrá la puntada a través del tejido depende la longitud de la aguja

-El cuerpo puede ser redondo, ovalado, plano o triangular.

-Las agujas con depresiones o surcos en la parte interna o externa de su curvatura se fijan mejor al portaagujas.

OJO DE LA AGUJA

Por el ojo de la aguja se inserta el hilo. Existen agujas con ojo, con ojo francés y sin ojo.

AGUJAS CON OJO

El ojo de cualquier aguja es como los de uso casero, puede ser oval, redondo o cuadrado.

AGUJAS CON OJO DE TIPO FRANCÉS

Algunas veces también se les llama de ojo hendido, estas agujas tienen una hendidura en el ojo en el extremo proximal de la aguja, a través del cual pasa el hilo.

AGUJAS SIN OJO

Este tipo de agujas forma una unidad continua con el hilo de sutura. La aguja se monta en el extremo del hilo durante la manufacturación. (B)

PRINCIPIOS Y REGLAS DE LA TÉCNICA ASEPTICA

PRINCIPIOS

- El agua y jabón sirven de arrastre mecánico de los microorganismos
- La disminución de microorganismos aumenta la seguridad del medio
- El uso correcto de las técnicas asépticas previenen infecciones al paciente
- Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacteriostáticas y bacteriolíticas.
- La eliminación de flora bacteriana normal transitoria evita infecciones postoperatorias.

REGLAS

- Evitar trabajar con cortaduras o erociones de la piel
- Usar uñas cortas en el quirófano
- Quitarse alajas innecesarias en la sala de operaciones
- Cubrirse perfectamente cabello y usar cubrebocas.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA

A = Sin

Sepsis = Putrefacción

Ausencia de materia séptica, estado libre de infección (C)

ANTISEPSIA

Anti = Contra

Sépsis = Putrefacción (C)

Conjunto de procedimientos o prácticas encomendadas a evitar al máximo la reproducción, diseminación y transmisión de microorganismos destruyendolos por medios físicos y/o químicos

LAVADO MECÁNICO

Es la acción de excluir microorganismos de una zona limitada

ANTECEDENTES

En un principio el hombre primitivo sólo podía contemplar aterrado las heridas de otros hombres y las suyas propias. Poco a poca la observación, la memoria, la inteligencia dieron al hombre una serie creciente de conocimientos útiles para aplicarlos en la curación de enfermedades.

Hipócrates contribuyó a reconocer que las enfermedades son parte del proceso general de la naturaleza, y que no tienen nada que ver con lo divino y lo sagrado.

Luis Pasteur hizo su trabajo sobre la fermentación del ácido láctico.

Joseph Lister fue inventor del tratamiento antiséptico.

OBJETIVOS DE LA TÉCNICA ASÉPTICA

- Obtener un campo quirúrgico libre de bacterias
- Evitar infecciones postoperatorias

PREPARACIÓN DE LA PIEL DEL PACIENTE

CONCEPTO

Es la preparación de la piel, que consiste en la eliminación del mayor número posible de bacterias del campo quirúrgico, y región adyacente antes de la operación y se logra por medio de afeite, lavado mecánico y desinfección química de la piel

OBJETIVO

- Obtener un campo quirúrgico libre de microorganismos
- Disminuir el riesgo de infección postoperatoria

LAVADO MECANICO

Es la preparación de la piel del paciente con procedimientos asépticos.

Objetivos

Obtener un campo quirúrgico libre de microorganismos

Reglas generales

La limpieza mecánica no se realiza únicamente en el campo -- quirúrgico, sino que incluye 15 cm más del lugar de la incisión.

El lavado mecánico y energico de la piel del paciente se hace después de colocarlo en posición quirúrgica sobre la mesa

El lavado quirúrgico se realiza después de que el paciente - ha sido anestesiado.

PRINCIPIOS

- De limpio a sucio
- Del centro a la periferia
- De arriba a abajo

MATERIAL Y EQUIPO

- Un riñón de 500 ml
- 2 budineras
- Una pinza de anillos
- 5 torundas de gasa
- 10 gasas simples
- Guantes estériles
- Soluciones antisépticas

TÉCNICA

Se coloca al paciente de acuerdo al tipo de cirugía

Se encienden las lámparas y se ilumina el campo operatorio

Se colocan unos campos laterales no estériles para evitar derramamientos a otras zonas con el antiséptico

Se abre el equipo que contiene el riñón y se vierte el antiséptico indicado

Se colocan los guantes y se inicia el lavado, aplicando los principios ya mencionados, según la zona a operar

En caso de ser necesario la colocación de sonda vesical se debe colocar benzal en una budinera y en la otra agua estéril

En caso de lavado vulvar con la pinza de anillos se tomarán las torundas de gasa y se realiza el aseo de adentro hacia afuera, previo cambio de guantes

ANTISEPSIA DE LA REGIÓN

Es la prevención de la infección por medio de la exclusión, destrucción o inhibición de la proliferación o multiplicación de los microorganismos o bacterias que se encuentran en los tejidos y líquidos del cuerpo.

Con el uso de sustancias químicas sobre la piel o las mucosas para disminuir la concentración de microorganismos.

Esta se realiza antes de la colocación de los campos quirúrgicos y después del lavado mecánico y/o sondeo vesical.

MATERIAL Y EQUIPO

Budinera con cinco torundas de gasa

pinza de anillos

solución antiséptica

TECNICA

Se realiza de acuerdo al área quirúrgica por intervenir

Se aplican los mismos principios

Se toma la primera gasa para delimitar la zona operatoria

La segunda y tercera para la mitad del área quirúrgica proximal

La cuarta y quinta gasas para la otra mitad

PREOPERATORIO

CONCEPTO

Son los cuidados que proporciona el personal de enfermería - al paciente quirúrgico, antes de efectuar una intervención - quirúrgica. Estos cuidados se dividen en mediatos e inmediatos.

OBJETIVOS

Preparar al paciente física y emocionalmente para que se logre un transoperatorio óptimo

Evitar complicaciones postoperatorias

CUIDADOS MEDIATOS

Son los cuidados y procedimientos que se llevan a cabo en el paciente desde su ingreso al hospital hasta 1 o 2 hrs antes de la cirugía (cuando es trasladado a la unidad quirúrgica)

OBJETIVOS

Disminución de la angustia ante la cirugía

Preparación física del paciente, para evitar complicaciones postoperatorias

CUIDADOS INMEDIATOS

Son los cuidados de enfermería que se proporcionan al paciente 1 o 2 hrs antes, hasta la realización de la herida -- quirúrgica

OBJETIVOS

Proporcionar seguridad y confianza, para tener al paciente en óptimas condiciones física y mental

CUIDADOS MEDIATOS

INGRESO DEL PACIENTE AL HOSPITAL

Cualquier intervención quirúrgica, va precedida de algún tipo de reacción emocional en el paciente, o no manifiesta, -- normal o anormal, por ejemplo, la ansiedad preoperatoria es una respuesta anticipatoria a una experiencia que puede poner en peligro su integridad corporal e incluso su propia vida.

El miedo a lo desconocido a la muerte, a la anestesia, -- está presente también, además de estrés emocional por la repercusión que la intervención quirúrgica pueda tener en su vida cotidiana.

MIEDO A LA ANESTESIA

Debe explicársele al individuo que los procedimientos que se van a emplear, y que le crean temor se emplean en operaciones rutinariamente, así como en la suya, que tales procedimientos no indican que se encuentre grave.

MIEDO A LA DESTRUCCIÓN CORPORAL

Miedo a pensar que va a perder una parte corporal de sí mismo y con esto la angustia de crear curiosidad en los demás -- es otro de sus temores.

TERAPEUTICA ESPIRITUAL

Sea cual sea la doctrina del individuo, se debe reconocer -- que la fé en un ser omnipotente es beneficioso para la realización de los procedimientos.

ACTIVIDADES DE DISTRACCIÓN

Escuchar la radio, ver televisión, los juegos y otras actividades para que el individuo se distraiga y evitar así, un poco la angustia. Se debe saber escuchar al individuo con -- atención para que exprese sus temores.

RUTINAS DE ADMISIÓN DEL ENFERMO QUIRÚRGICO

Por lo general el enfermo ingresa al hospital un día antes - de la cirugía, durante el turno vespertino, donde se llevan a cabo las rutinas de admisión.

La admisión de urgencia será a cualquier hora.

CIRUGIA ELECTIVA

- Recepción de datos
- Integración del expediente
- Orientación al familiar sobre el piso y número de cama, hora de visita y tramites necesario para la misma.
- Identificación del paciente
- Cambio de ropa entregando pertenencias a los familiares
- Toma de signos vitales
- Censarlo o registrarlo
- Ubicarlo en su unidad
- Realizar tramites administrativos posteriores
- verificar presencia de exámenes de laboratorio y gabinete

CIRUGÍA DE URGENCIA

- Tramites administrativos
- Realizar exámenes de laboratorio
- Dar atención inmediata a su problema

EXÁMENES DE LABORATORIO AL PACIENTE QUIRÚRGICO

- Examen general de orina
- Biometria hemática
- Pruebas cruzadas, tiempo de sangrado y coagulación
- Química sanguínea
- Tiempo de tromboplastina
- Tiempo de protombina

PREPARACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

El personal de enfermería que acompaña al médico durante la revisión del paciente deberá usar su propio criterio, para saber cuando debe realizar su diagnóstico de enfermería y efectuar la exploración física del paciente y en el que observará signos vitales y recabará datos básicos para proporcionar atención oportuna y eficaz.

CUIDADOS INMEDIATOS

El paciente quirúrgico por lo general se interese se preocupa por la anestesia a que será sometido, por lo tanto es conveniente que el anesthesiólogo lo visite antes de la operación y explique a éstos los pros y los contras de los diferentes tipos de anestesia.

La visita preoperatoria del anesthesiólogo y la enfermera del quirófano despierta confianza y permite que la paciente vea una cara que le sea conocida durante la transferencia al quirófano. En cierta forma disminuye la angustia.

En la sala de operaciones se transfiere el individuo a la mesa de operaciones y se efectúa una última revisión de su estado, en particular la presión arterial, pulso y frecuencia de la respiración.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA, EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO

Verificar la identificación del paciente con su respectiva documentación, que sea correcta.

- Observar el grado de ansiedad del paciente
- Verificar que el paciente no traiga objetos de valor
- Proporcionar confianza
- Orientación acerca del servicio médico, médico tratante en la unidad del paciente (mediante comunicación con él)

EXPEDIENTE CLINICO

Es un documento médico legal que nos permite tener datos necesarios para el tratamiento del paciente y la recuperación para el retorno al medio familiar.

El expediente del paciente proporciona datos exactos y detallados en los tratamientos y cuidados que sirven de guía para los futuros.

El expediente es un material con el que cuenta el hospital para hacer las estadísticas demográficas que se necesiten y para dar información sobre el valor de los servicios que proporciona a la comunidad a la cual pertenece.

En el expediente están anotados en forma exacta los resultados de la medicación y el tratamiento, por lo que mantiene al médico informado sobre el estado del paciente. Aunque el expediente contiene muchas hojas para diferentes anotaciones como la de antecedentes personales o la de la historia clínica, la de resultados de laboratorio, de pruebas diagnósticas y datos de examen físico, lo más importante es la que contiene las notas de enfermería.

OBJETIVOS

- Proporcionar datos verídicos que ayuden al diagnóstico y tratamiento
- Proporcionar un dato de carácter legal si es necesario
- Proporcionar un medio de enseñanza e investigación al equipo de salud
- Servir como fuente de información estadística y de auditoría.

EXPEDIENTE INTEGRADO

- Hoja frontal
- Hoja clínica
- Hoja de trabajo social
- Hoja de exámenes de laboratorio
- Hoja de evolución
- Hoja de autorización (donación)
- Hoja de enfermería

PREPARACION FISICA INMEDIATA

La preparación física del paciente es muy importante, el cual depende del tipo de operación, la edad, el estado del paciente y

las preferencias de cirujano, para determinar los procedimientos específicos que se lleven a cabo antes de hacer la incisión; se toman las medidas necesarias para controlar el flujo urinario (colocación de sonda), la preparación de la piel para obtener un campo estéril alrededor del sitio quirúrgico.

INDICACIONES DEL MEDICO DE ANESTESIA

_Canalización de una vena periférica o central

-Administrar medicación pre-anestésica

-Toma de signos vitales antes de pasarlo a sala de operaciones

-Colocación de sondas si es necesario

*Corroborar que el vestido quirúrgico del paciente esté completo: capelina, camiseta o camión de algodón, vendaje de miembros inferiores o calcetas de algodón.

SIGNOS VITALES

Los signos vitales son de suma importancia, especialmente para el anesthesiólogo, por lo que es necesario saber las cifras normales y las que van en relación con su padecimiento.

Los signos vitales son: Presión arterial, pulso, temperatura y respiración; los cuales pueden aumentar o disminuir debido a muchos factores.

MEDICACION PRE-ANESTESICA

De manera ideal todos los pacientes deberían ser vistos en una clínica pre-anestésica para pacientes externos, en el momento en que son vistos por el médico cirujano. Esto permitiría que muchos trastornos que requieren tratamiento como la anemia, bronquitis crónica e infección dental, sean descubiertos y tratados antes de que el paciente ingrese al hospital.

Sin embargo, pocos hospitales tienen las facilidades de realizarlo y en la mayoría el examen y tratamiento de los pacientes en el período pre-anestésico, se lleva a cabo después de la admisión al hospital para el tratamiento quirúrgico.

La medicación pre-anestésica consiste en el empleo del medicamento, antes de administrarle el anestésico para la inducción anestésica.

Se desea que los adultos con buen estado general de salud lleguen a la sala de operaciones calmados y tranquilos, en tanto que los niños que suelen responder a los cambios del ambiente que les rodea con aprensión, por lo general deben llegar dormidos.

En general, los adultos sólo necesitan comunicación e información en la visita previa, para llegar tranquilos a la sala de operaciones.

OBJETIVOS

- Disminuir la ansiedad
- Inducir cierto grado de amnesia
- Disminuir las secreciones de la mucosa
- Disminuir los reflejos del sistema nervioso autónomo (actividad parasimpática)
- Contrarrestar efectos indeseables de los agentes anestésicos (vómito postoperatorio)
- Elevar el umbral del dolor

La medicación se administra 45 min. antes de la operación, con el objeto de que su efecto sea pleno, en el momento de la anestesia.

LOS FARMACOS UTILIZADOS

Sedantes como el diacepam, derivado de las benzodiazepinas, el droperidol y el haloperidol.

Sedantes tranquilizantes, narcóticos y anticolinérgicos como la atropina, ya que disminuye secreciones de las vías respiratorias, que si existen en exceso podrían causar problemas durante la entubación; también sirve para evitar o contrarrestar la bradicardia.

TRASLADO DEL PACIENTE A LA SALA DE OPERACIONES

El traslado a la sala de operaciones, en la camilla previamente preparada, en donde el paciente esté lo más cómodo posible, cubriendo con sábanas y cobertores, desde los hombros del paciente hasta los pies, para la protección de las corrientes de aire y evitando así los calosfrios, que generalmente son por el stress.

Generalmente la enfermera lo acompaña hasta el transfer y lo entrega a la enfermera de la sala de operaciones junto con su expediente y si lleva estudios radiológicos, proporcionan dote confianza y seguridad al mismo tiempo.

Al llegar a la sala de operaciones, se debe tener cuidado del traslado de la camilla a la mesa de operaciones. Protegerlo de causas externas y respetar su individualidad. Presentarse con el paciente, y comunicarle que se va a estar con él hasta que termine la cirugía, asimismo, brindarle confianza.

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y DE PROTECCION

- Traslado con camilla que tenga barandales y cinturón de seguridad
- Protegerlo de corrientes de aire
- No dejarlo solo hasta entregarlo a la enfermera indicada
- Indicarle cómo se debe de pasar de una camilla a otra, si es que no existe transfer en la unidad.

PREOPERATORIO INMEDIATO

EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE OPERACIONES

CONCEPTO

Es el procedimiento que se realiza para dotar de equipo, ropa y material suficiente para satisfacer la demanda de trabajo y tratar de evitar que la atención que se brinda al paciente sea con la mayor calida y eficacia.

OBJETIVO

Proporcionar al equipo médico quirúrgico el material y equipo con diligencia y oportunidad para tratar de disminuir el tiempo quirúrgico, en beneficio del paciente.

ROPA

La ropa mínima con la que debe estar equipada una sala de operaciones es de acuerdo a la cirugía, pero se puede contemplar como necesario la siguiente:

- Bultos de ropa para cirugía general (2)
- Batas quirúrgicas (3)
- Bultos de compresas de esponjear (3)
- Compresas para envoltura (2)
- Fundas de mayo (2)
- Par de piñeras (1)
- Segundos campos (5)
- Sábana ginecológica (1)
- Sábana de pies (2)
- Compresas de raquia (2)

INSTRUMENTAL

El instrumental que se va a utilizar debe estar de acuerdo con la zona corporal que se va a intervenir quirúrgicamente. Las salas de operaciones deben estar equipadas con instrumental de cirugía general, en caso requerido, el instrumental de especialidad se agregará al de cirugía general. El instrumental usado en cirugía varía de acuerdo al diseño y nombre, por lo que dicho instrumental se agrupará de acuerdo a las reglas de la institución y tiempos quirúrgicos conocidos.

El instrumental indispensable en la sala de operaciones es el siguiente:

- Equipo de cirugía general
- Tijeras rectas de mayo, de 18 cm.
- Tijera curva de mayo, de 18 cm.
-
- tijera de metzen-baum
- Separadores estáticos (gosset, balford, etc.)
- Un set de agujas
- Cánula de yankauer
- Tubo de caucho para aspiración
- Una jeringa asepto
- Un recipiente de acero inoxidable
- Un equipo de aseo (inb recipiente de acero inoxidable, un vaso con torundas de gasa, una pinza de anillos, gasas)
- Un equipo de sondeo vesical

SOTURAS

La sutura requerida en la sala de operaciones será de acuerdo a la cirugía y especialidad

- Cátgut simple 2/0
- Cátgut crómico # 1, 0, 2/0, (dos de cada uno)
- Hilo de algodón 10, 20, 30
- Sedas atraumáticas # 0, 2/0
- Dexon o vicryl # 0, 2/0
- Dermalón # 2/0, 3/0

MATERIAL DE CONSUMO

La sala de operaciones deberá contar con lo necesario para atender con diligencia y rapidez las necesidades del mismo. Por lo que será preciso proveerla de material suficiente, el cual se clasifica y ordena, así como medicamentos que serán etiquetados y protegidos.

El material mínimo indispensable es:

-Gasas -Aapósitos -Jeringas -Agujas -Sondas de levin
 -Sondas de foley -Sondas nelaton -Penrose -Hojas de bisturi
 -Guantes -Puchos -Equipo para venoclisis -Equipo para transfusión de sangre -Catéteres de polietileno para venodisección -Gelfoam -Furacin -Gasas furacinadas -Vaselina
 -Gasas vaselinadas -Gasas en paquetes estériles con material radiopaco y simple -Tela adhesiva -Punsocat -Vendas elásticas de diversos tamaños -Aplicadores -Abatelenguas -Cintas umbilicales -Hojas de rasurar.

Los medicamentos necesarios son"

-Medicamentos para inducción de anestesia
 -Relajantes musculares
 -Antihistamínicos
 -
 adrenalina
 -Anestésicos locales
 -Analgeesicos
 -Medicamentos propios del carro rojo

EQUIPAMIENTO DEL CARRO ROJO

Debe contar con medicamentos, material e instrumentos previamente dispuestos para casos de urgencias, cuyas cantidades deberán estar siempre completas y en el sitio asignado para cada uno de ellos.

Se recomienda tener mínimo 5 piezas de cada uno de ellos:

Soluciones parenterales	-Un desfibrilizador, con electrocardiógrafo
Cloruro de sodio	-Tabla
-Cloruro de potasio	-Jeringas de 5, 10, 20 cm
-Bicarbonato de sodio	-Equipo de venoclisis
Aminofilina	-Agujas hipodérmicas
-Calcio	-Estetoscopio
-Adrenalina	-Etc.
-Atropina	
-Sol. glucasada al 50%	
-Valium	
-Fenobarbital	
-Etc.	

REVISION Y FUNCIONAMIENTO DE APARATOS Y LAMPARAS

La enfermera asignada a la sala de operación tiene como función específica la revisión de el funcionamiento correcto de la sala de operaciones, en cuanto a los aparatos electromédicos; por lo que antes de una cirugía necesita verificar el uncionamiento de éstos, además de luces de las lámparas, existencia de aire y oxígeno en las tomas empotradas.

LAS LAMPARAS CENTRALES, están situadas en el centro de la sala de operaciones, directamente arriba de la mesa, por lo que es indispensable su correcto funcionamiento durante el acto quirúrgico, así que se reportarán inmediatamente el mal funcionamiento para su reparación inmediata.

ASPIRADOR, debe funcionar correctamente, ya que es indispensable, desde la inducción de la anestesia general, durante la cirugía y en el postoperatorio inmediato para la extubación.

NEGATOSCOPIO, el funcionamiento correcto si bien no es indispensable, si es necesario, por lo que debe revisarse antes de la cirugía.

AIRE Y OXIGENO EMPOTRADO, este es otro de los elementos indispensables que deben revisarse y funcionar correctamente.

EQUIPAMIENTO DEL CARRO DE ANESTESIA

El carro de anestesia debe equiparse con lo necesario para la inducción del paciente, ya sea para anestesia general o sedación, así como bloqueo; aunque la anestesia que se vaya a dar sea local el carro de anestesia siempre debe estar equipado, ya que puede surgir alguna urgencia en la que se requiera de ello.

El carro debe tener mínimo lo siguiente:

- Sondas endotraqueales de diferentes calibres
- Guía para sonda -Cánulas de guedel
- Laringoscopio con hoja recta y curva
- Pinza de maggil
- Jeringa de 10, 20cm. para inflar globo de sonda
- Adaptador de sonda-manguera
- Mangueras para circuito anestésico
- Xiloxaina en spray
- Tela adhesiva y/o mecroporo
- Ungüento oftálmico
- Gases anestésicos
- Canastilla del carro con cal sodada nueva
- Estetoscopio esofágico, precordial
- Baumanómetro
- Manguera de escape de gases anestésicos
- Jeringa y medicamentos necesarios

PAPELERIA

Los documentos o papelería que en la sala de operaciones se manejan son de aspecto legal y administrativo, por lo que es necesario realizar anotaciones que sean útiles para el médico, la enfermera y en dado caso legal; por lo que se deben anotar todos los procedimientos realizados al paciente, desde que entra a la sala, hasta que sale.

- Hoja de enfermería
- Hoja de consumo
- Membretes (para soluciones, para el paciente, para piezas qx)
- Hoja de estudio transoperatorio
- Hoja de anestesia
- Hoja de indicaciones médicas
- Hoja de control de líquidos
- Hoja de autorización de la cirugía
- Vales a ceye

RECEPCION DEL PACIENTE EN EL TRANSOPERATORIO

Antes de llevar al paciente al quirófano, la enfermera circulante debe identificar y revisar el brazalete del paciente, si no lo tiene, se le debe colocar. (El paciente se sentirá mejor si la enfermera, en este momento no usa la mascarilla, ya que así le vera el rostro y sentirá confianza).

La enfermera debe revisar que el expediente contenga todos los documentos necesarios y completos, así como hoja de autorización de cirugía, exámenes de laboratorio completos y actualizados.

Se debe revisar si el paciente viene con preparación para la cirugía, como tricotomía, aseado, sin prótesis, sin alhajas, con ropa de algodón.

Se debe verificar que se anotó en la hoja de enfermería la premedicación, y si es que se le dió.

Si lleva canalización de vena, solución parenteral o drenes.

Después de la revisión preliminar, la enfermera junto con el camillero llevan al enfermo a la sala de operaciones, se trasladada de la camilla a la mesa quirúrgica con la técnica establecida, dependiendo del estado general del paciente, y pedirle que nos ayude si le es posible.

Se le pide que cruce los brazos sobre la mesa de operación y se mueva para pasarse, en los ancianos y los niños es necesaria la asistencia para el traslado.

Una vez que el enfermo esté en la mesa es indispensable que la enfermera lo tranquilice y asista al anesthesiólogo en la preparación física para dar la anestesia.

- Se debe retirar el camisón, cubrirlo con una sábana
- Colocar el electro-cardiograma (los electrodos)
- Colocar el estetoscopio y baumanómetro

*Si es anestesia por bloqueo, colocarlo en la posición indicada para tal procedimiento.

-Asistir al médico anesthesiólogo, en la inducción, intubación y anestesia (tener preparado el aspirador), en caso de anestesia general.

**Lo más importante de este momento, es tranquilizar al paciente y no dejarlo solo.

PREPARACION DEL EQUIPO HUMANO

LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

CONCEPTO

Es el conjunto de maniobras de cepillado y fricción, que se realiza en manos, antebrazos y tercio inferior de brazos, previo al acto quirúrgico, para obtener la antisepsia necesaria.

OBJETIVOS

Obtener el máximo de limpieza de las manos

- Eliminar la flora bacteriana transitoria habitual de manos antebrazos y brazos, por medio de lavado mecánico
- Impedir la posibilidad de contaminación de la herida quirúrgica, por bacterias existentes en la piel

PRINCIPIOS

- La acción de la gravedad y del agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos
- Un área limpia se contamina al contacto con un área sucia
- El método mecánico favorece la remoción de sustancia que ofrecen resistencia.

PREPARACION PARA EL LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

- a) Colocarse el uniforme quirúrgico completo (uniforme, gorro, cubrebocas, cotas)
- b) Revisar que las uñas de los dedos estén cortas y sin esmalte.
- c) Revisión escrupulosa de la piel, evitando escoriaciones de la misma (ya que pueden ser fuentes posibles de contaminación)
- d) Quitarse el reloj antes del procedimiento

- e) Durante el tiempo que dure el lavado y después, manténgase las manos en mayor altura que los codos, de modo que el agua escurra de los brazos, gotee a nivel de los codos y no al contrario.

EQUIPO

- 1.- Cepillo estéril
- 2.- Jabón líquido o isodine espuma
- 3.- Jabonera
- 4.- Agua corriente
- 5.- Tarja con llave de agua en cuello de cisne (con mecanismo de abierto y cerrado a nivel de la rodilla en el piso o digital automático)

TECNICA

- 1.- Lavado inicial mecánico con agua y solución hasta la altura del codo.

PRIMER TIEMPO

- 1.- Tome el cepillo estéril, y aplique unas gotas de solución antiséptica.
- 2.- Lavar primero el brazo izquierdo con movimientos firmes, sobre las uñas, después sobre la cara externa del pulgar y espacios interdigitales, continuar con movimientos rotatorios en la palma y dorso de la mano.
- 3.- Continuar con el antebrazo, insistir en el codo del brazo, y llegando hasta 5cm. arriba del brazo.
- 4.- Se enjuaga el cepillo y se comienza con el otro brazo, poniendo más solución, repitiendo el procedimiento.
- 5.- Terminar y enjuagar el cepillo, y el primer brazo, después el segundo brazo.

SEGUNDO TIEMPO

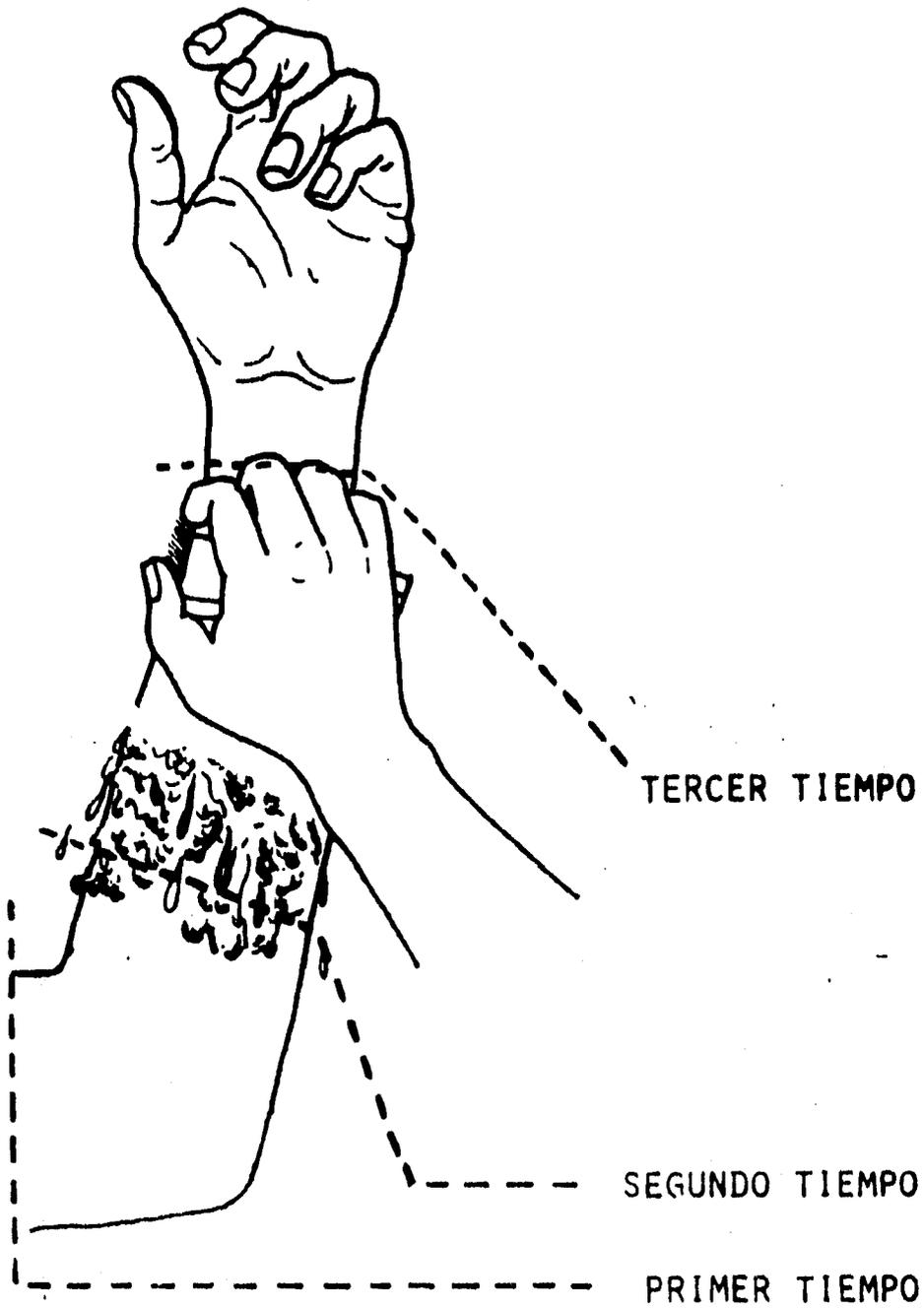
- 1.- Se vuelve a poner solución o jabón y se empieza nuevamente con el segundo brazo, llegando hasta 15 cm. abajo del antebrazo.
- 2.- Se enjuaga el cepillo y se inicia con el primer brazo.
- 3.- Se termina enjuagando el cepillo, el segundo y primer brazo.

TERCER TIEMPO

- 1.- Se inicia nuevamente con el primer brazo, llegando hasta la muñeca (15 cm. abajo).
- 2.- Se repite el procedimiento con el segundo brazo.
- 3.- Se enjuaga el cepillo y se desecha, se enjuagan los dos brazos.

PRECAUCIONES

- a) No bajar los brazos.
- b) No pegarlos mucho al cuerpo
- c) No separarlos a los lados.



Lavado del grupo quirúrgico estéril.

(A)

VESTIDO DE BATA ESTERIL

El vestido de bata estéril se hará inmediatamente después del lavado quirúrgico de manos.

OBJETIVO

Se usa una bata estéril para eliminar a la piel como posible agente contaminante y crear una barrera entre las áreas sépticas y asépticas.

PRECAUCIONES

La enfermera se viste la bata por sí sola.

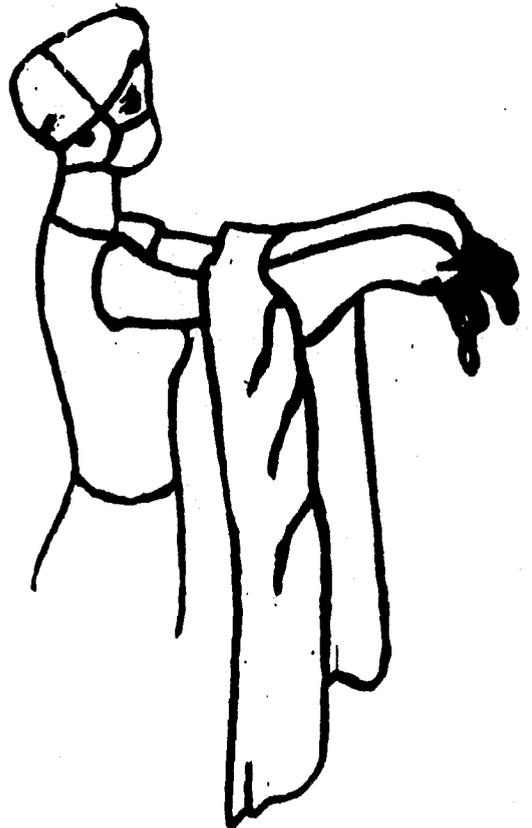
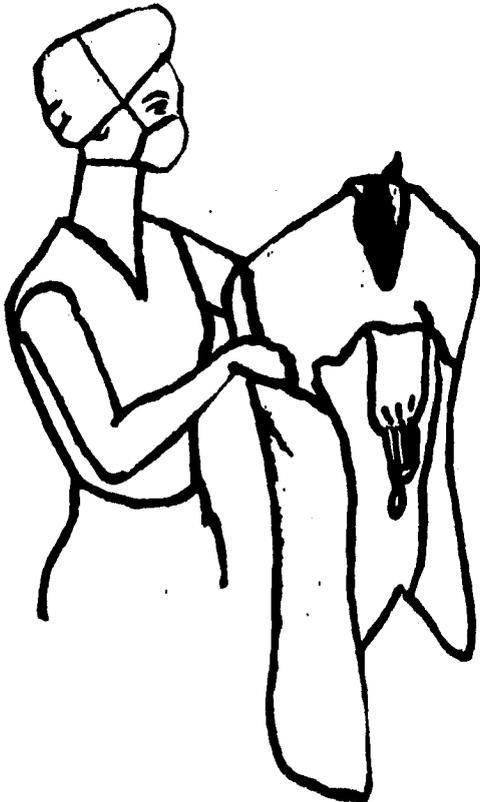
METODO PARA SECADO DE MANOS Y BRAZOS:

Después de lavarse las manos y los brazos, se secan perfectamente antes de colocarse la bata estéril para evitar contaminarla al rozarse con los microorganismos de la piel y ropa de quirófano.

El paquete para la instrumentista contiene una bata estéril que ha sido doblada antes de la esterilización, dejando la parte interior hacia afuera para no contaminarse con las manos de la parte exterior que estará en contacto con la herida y campo estéril. Se colocan además lienzos pequeños para secarse las manos en la parte superior de la bata, al empacarla, las manos se secan de la siguiente manera:

- Introducir la mano en el paquete estéril abierto
- Tomar el lienzo para las manos (cuidando de no gotear sobre el paquete estéril)
- Iniciar el secado (procurando que no haya nadie cerca, para evitar contaminación por contacto)
- Extender el lienzo por completo y tomar uno de los extremos
- Sujetar los extremos para que no rocen con la ropa no estéril que se trae puesta
- Inclinarse ligeramente hacia adelante para evitar roce
- Secarse ambas manos en forma circular, independiente y perfectamente, iniciando con los dedos y terminando con el codo

Vestido de la bata estéril por técnica
autónoma.



- Para secarse uno de los brazos, sostener el lienzo con la mano opuesta y con movimientos oscilantes del brazo
- Voltear el lienzo con cuidado, sujetándolo lejos del cuerpo
- Secarse el brazo opuesto con el borde sin usar del lienzo

TECNICA CERRADA DEL VESTIDO DE BATA ESTERIL

- 1.- Introduzca la mano en el paquete estéril, y levante la bata doblada ligeramente hacia arriba
- 2.- Aléjese de la mesa hacia un área libre y obtener un margen de seguridad mayor para vestirse
- 3.- Sostener la bata doblada y con sumo cuidado sostenerla de las zisas
- 4.- Con ambas manos tome la parte inferior de la bata através de las zisas, desdoblándola suavemente, conservando la parte interna hacia el cuerpo. No toque con las manos la parte exterior de la bata
- 5.- Con las manos al nivel de los hombros, deslice simultáneamente ambos brazos dentro de las mangas
- 6.- La enfermera circulante tira de la bata para colocarla sobre los hombros, al introducir las manos en el interior hasta la costura de las mangas y brazos, dejando las manos dentro de los puños elásticos, después lo anuda o sujeta a el nivel del cuello y la cintura, tocando únicamente la parte exterior donde están colocadas las cintas.

PRECAUCIONES

- Si la bata es envolvente, el pliegue estéril que cubre la espalda no se toca hasta que la persona termine de colocarse los guantes y la bata
- La bata estéril puede enrollarse de diferentes maneras
- Si la instrumentista es la primera en vestirse y colocarse los guantes y no cuenta con la ayuda de un miembro quirúrgico estéril, puede tomar con un instrumento estéril, la cinta del lado derecho, usando las pinzas auxiliares, con cuidado la enfermera circulante la auxiliará

El circulante anuda la bata sin tocar el reverso

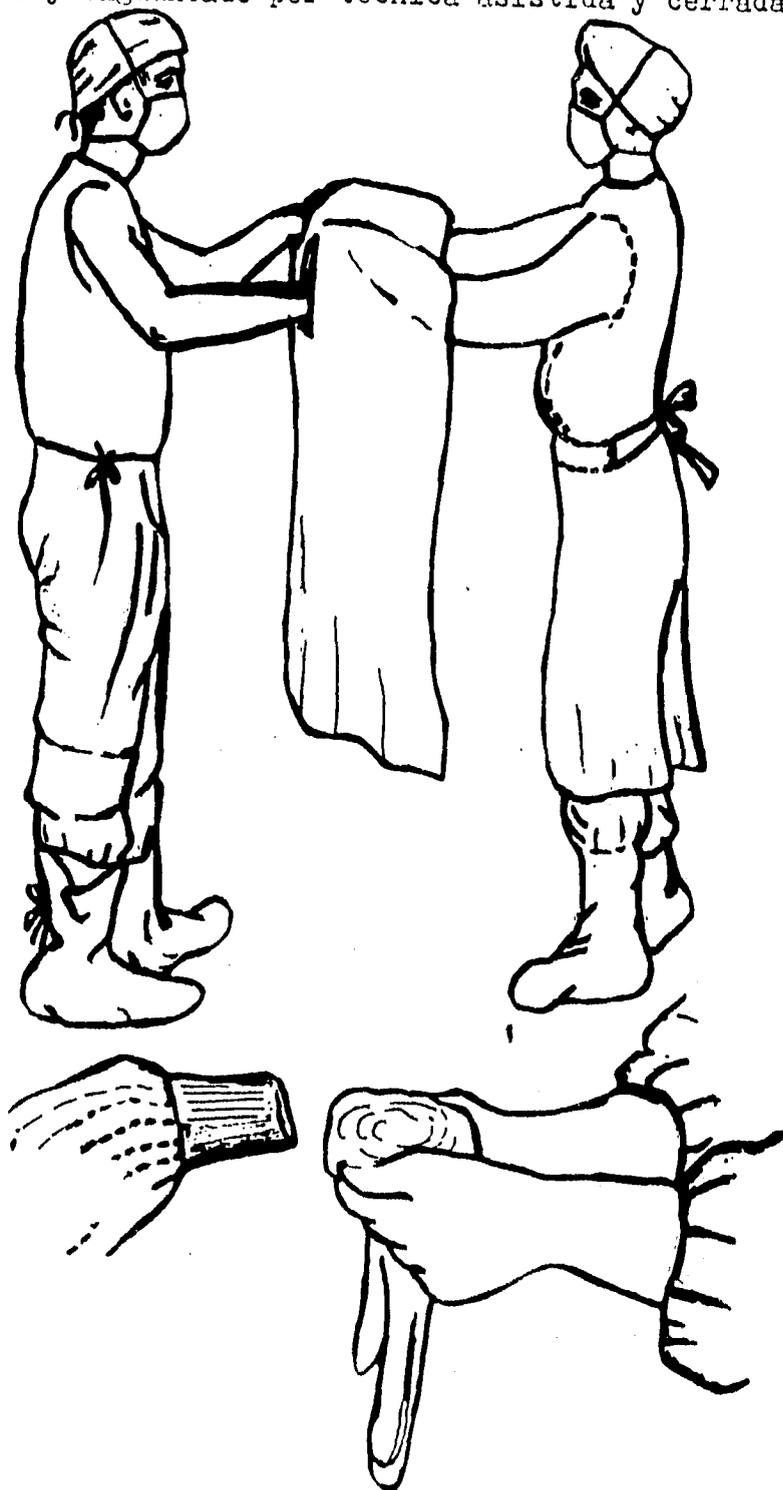


- Mientras la enfermera instrumentista permanece inmóvil, volteese hacia el lado izquierdo, cubra la espalda y tome la cinta con la mano, la enfermera circulante anuda la cinta por el lado izquierdo
- Algunas batas desechables tienen cubierta la punta de la cinta con una tira desechable. Dele la tira a la enfermera circulante teniendo cuidado de no contaminarse las manos
- Volteese hacia el lado opuesto, cerrando la bata. Tome la cinta y conserve a cierta distancia la punta
- La enfermera circulante ejerce presión en la tira, desprende la punta aún estéril de la cinta y la desecha . Anuda la cinta por la parte delantera la instrumentista.
- Deseche la bata en caso de que inadvertidamente se deje caer en el suelo o se contamine.

TECNICA ABIERTA DEL VESTIDO DE BATA ESTERIL

- 1.- Introduzca la mano en el paquete estéril y levante la bata estéril directamente hacia arriba
- 2.- Aléjese de la mesa hacia un área libre, para obtener un margen de seguridad mayor al vestirse
- 3.- Sostenga la bata doblada y con sumo cuidado tome el borde del cuello
- 4.- Con ambas manos tome la parte interior de la bata debajo del cuello, desdoblela suavemente y conserve la parte interna hacia el cuerpo
- 5.- Sostenga las manos al nivel de los hombros y deslice simultáneamente ambas manos por el orificio interior de las mangas, sin tocar con ellas la parte exterior
- 6.- La enfermera circulante mete las manos dentro de la bata para tomar las costuras de las mangas y tira de éstas sobre las manos hasta las muñecas. Luego la parte posterior de la bata se cierra en la nuca y cintura, tocando el exterior de la bata sólo en las cintas.

Vestido y enguantado por técnica asistida y cerrada



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COLOCACION DE BATA PARA EL PERSONAL MEDICO

Un miembro del equipo con bata y guantes estériles puede ayudar a otro a colocarse la bata y guantes.

- Abra el lienzo para manos y colóquelo sobre la mano del cirujano, sin tocarlo
- Tome la bata por el cuello y desdóblela con cuidado
- Mantenga las manos en el exterior de la bata, bajo una cubierta protectora en el cuello y los hombros
- Presente al médico el interior de la bata para que deslice sus brazos por los orificios de las mangas
- Suelte la bata, tratando de no contaminarse
- El cirujano conserva los brazos extendidos mientras la enfermera circulante tira de la bata por los hombros y ajusta las mangas para que los puños queden en su lugar, al hacer esto, ella toca únicamente la parte interior al tirar de las costuras de las mangas
- Para anudar la bata, el cirujano se inclina ligeramente hacia el lado correspondiente para que la enfermera tome la cinta de cada lado sin tocar la parte exterior de la bata.

CAMBIO DE LA BATA DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA

En ocasiones una bata contaminada debe cambiarse durante la intervención quirúrgica. La enfermera circulante desata las cintas del cuello y la cintura

- Toma la bata por los hombros y tira de ella para quitársela al cirujano o la instrumentista
- Debe siempre quitar la bata primero, los guantes se retiran por la técnica guante a guante y después piel a piel
- Cuando sólo las mangas se contaminan pueden ponerse mangas estériles sobre las mangas contaminadas.

CALZADO DE GANTES ESTERILES

La colocación de guantes estériles se hará inmediatamente después del vestido de bata estéril.

OBJETIVO:

Se usan guantes estériles para eliminar a la piel como posible agente contaminante y crear una barrera entre las áreas sépticas y asépticas.

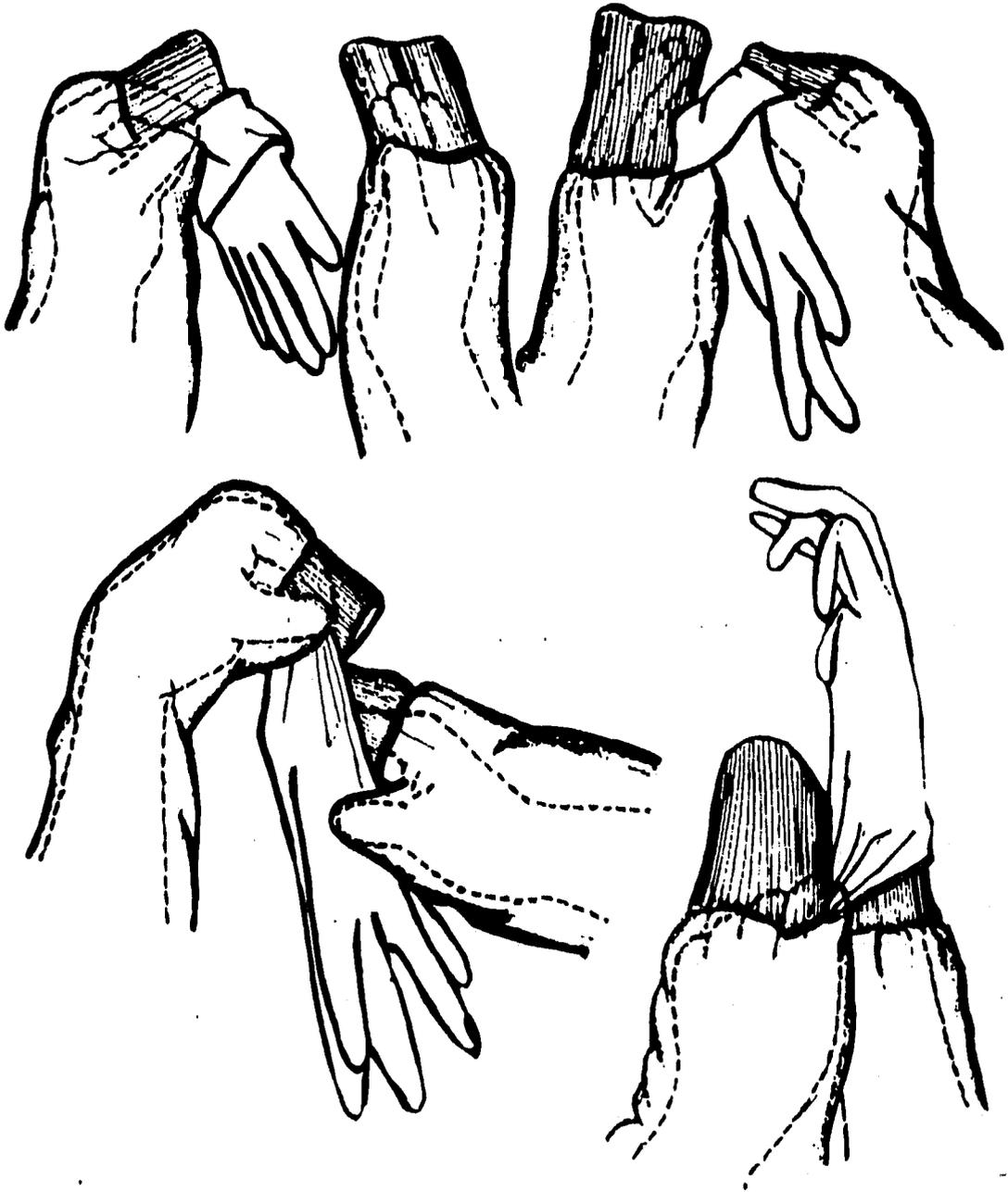
PRECAUCIONES

La enfermera instrumentista se coloca los guantes por si sola y proporciona los guantes al cirujano y asistentes.

COLOCACION DE GANTES CON LA TECNICA CERRADA

- 1.- Con la mano izquierda dentro del puño de la manga, tome el guante derecho de la envoltura interna del paquete, con el puño del guante doblado
- 2.- Extienda el antebrazo derecho con la cara palmar hacia arriba. Coloque la cara palmar del guante frente a la cara palmar de la mano derecha; tome con ésta el borde superior del puño sobre la cara palmar. En posición correcta, los dedos del guante apuntan hacia usted, queda el pulgar hacia la derecha y la cara palmar hacia abajo
- 3.- Tome la parte posterior del puño con la mano izquierda, desdóblelo sobre la parte inferior de la manga y mano derecha. El puño del guante está ahora colocado sobre el puño elástico, mientras la mano está aún dentro de la manga
- 4.- Tome la parte superior del guante derecho y manga subyacente, con la mano izquierda cubierta. Tire el guante sobre los dedos hasta que éste cubra por completo el puño elástico
- 5.- Colóquese el guante en la mano izquierda de la misma forma, usando la mano enguantada para tirar del guante izquierdo.

Enguantado por el método cerrado.



(A)

METODO ABIERTO

Este método usa la técnica piel a piel, guante a guante. La mano aunque se ha lavado correctamente, no está estéril, por lo cual no debe tocar la parte exterior de los guantes estériles. La boca evertida de los guantes deja al descubierto la superficie interna, el primer guante se coloca por la técnica piel a piel, tocando con la mano la parte interna, los dedos estériles de la mano enguantada pueden tocar la parte exterior y estéril del otro guante, por la técnica guante a guante.

- 1.- Con la mano izquierda tome el dobléz del puño del guante derecho . Levante el guante y sepárese de la mesa. Mire hacia atrás antes de moverse
- 2.- Introduzca la mano derecha en el guante y tire, dejando el puño colocado sobre la mano
- 3.- Deslice los dedos de la mano derecha enguantada bajo el dobléz evertido del puño del guante izquierdo, levante el guante y sepárese de la mesa
- 4.- Introduzca la mano en el paquete izquierdo y tire de él, dejando el puño colocado sobre la mano
- 5.- Con los dedos de la mano derecha, tire del puño del guante izquierdo sobre el puño de la manga, si el puño elástico de la manga de la bata no queda ajustado, dóblelo con el pulgar derecho mientras tira del guante sobre el puño. Evite tocar la región descubierta de la muñeca
- 6.- Repita el mismo paso con el puño derecho, usando la mano izquierda, para colocar por completo el guante en la mano derecha.

PRECAUCION

La técnica abierta se emplea sólo cuando se necesita usar guantes estériles al practicar una venodisección o anestesia tipo bloquo, se usa en los departamentos de urgencias cuando se colocan guantes estériles para suturar las laceraciones y para cambiarse los guantes en la intervención quirúrgica.

COLOCACION DE GUANTES PARA EL PERSONAL MEDICO

- 1.- Tome el guante derecho firmemente, con los dedos bajo el puño evertido. Mantenga la cara palmar del guante hacia el cirujano
- 2.- Extienda el puño lo suficiente para que el cirujano introduzca la mano. Evite tocar la mano, conservando los pulgares hacia afuera
- 3.- Tire del guante hacia arriba, cuando el cirujano introduzca la mano
- 4.- Deshaga el dobléz del puño del guante sobre el puño de la manga
- 5.- Repita el mismo paso en la mano izquierda
- 6.- Si es necesario usar el chaleco, sosténgalo para que el cirujano pueda deslizar las manos por los orificios de las sizas, tenga cuidado de no contaminar los guantes, al nivel del cuello, si la bata es envolvente ayude al cirujano a colocársela.

CAMBIO DE GUANTES DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA

Si los guantes llegan a contaminarse por alguna razón, durante el procedimiento quirúrgico, deben cambiarse de inmediato. Retírela por un momento dejando la mano contaminada fuera del area estéril. Para cambiarse el guante"

- Retírese del campo quirúrgico
- Extender la mano contaminada para que la enfermera circulante tome la parte exterior del puño del guante, cerca de 5 cm. abajo del borde superior y tire de él para sacarlo
- Por lo regular, un miembro del equipo quirúrgico ayuda a otro a cambiarse los guantes, cuando no es posible hacerlo, el cirujano o enfermera instrumentista se alejan para colocarse otro guante estéril, mediante la técnica abierta.

PRECAUCIONES

La técnica cerrada no debe practicarse durante una intervención quirúrgica, pues siempre se contamina el guante nuevo con la manga de la bata, o la mano con el puño.

El puño no debe tirarse por encima de la mano. Si se emplea este método, es necesario quitar la bata y guantes para colocarse otra bata estéril antes de ponerse los guantes.

FORMA DE QUITARSE LA BATA Y LOS GUANTES

La bata se quita antes que los guantes, la enfermera circulante tira de la bata hacia abajo de los hombros, invirtiendo el interior de las mangas, a medida que la tira de sus brazos. Los guantes se invierten usando la técnica guante a guante y después piel a piel.

Cuando los guantes se van a quitar durante el transoperatorio, al término de un tiempo séptico, en el momento de retirarse los guantes se van bajando los puños de las mangas de la bata para evitar contaminarse. (E)

PREPARACION DE MATERIAL Y EQUIPO PARA EL ACTO QUIRURGICO

CONCEPTO

Es el procedimiento por medio del cual se distribuye el material, equipo e instrumental en mesas auxiliares con cubierta estéril

OBJETIVOS

Evitar tiempos perdidos, colocando en orden secuencial el instrumental, ropa y material de consumo para el acto quirúrgico. Controlar el material de consumo para evitar riesgos al paciente, durante el transoperatorio (hojas de bisturi, agujas, gasas, compresas).

MATERIAL Y EQUIPO

- Una mesa auxiliar
- Una mesa de mayo
- Un hule estéril
- Un equipo de ropa de cirugía
- Instrumental de cirugía general y/o especialidad
- Material de consumo

PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DE LA MESA RECTANGULAR

- 1.-Se coloca en la mesa rectangular el hule estéril
- 2.-Se retira la compresa exterior del equipo de ropa y se coloca éste sobre el hule estéril
- 3.-Se cubre el hule con la sábana de riñón, auxiliándose con la pinza de traslado
- 4.-Se colocan las batas y un par de guantes para la enfermera instrumentista (los cuales no se sacan de la cartera hasta que se vayan a calzar).
- 5.-La enfermera instrumentista se coloca la bata y guantes.

DISTRIBUCION DEL MATERIAL Y EQUIPO EN LA MESA RECTANGULAR

1.-Se divide la mesa en tres tercios, cada tercio se cubrirá con campos adicionales

- a) Tercio derecho = cubierto con un campo y un área triangular
- b) Tercio medio = cubierto tres cuartas partes, con un campo doble
- c) Tercio izquierdo = cubierto con un campo

TERCIO DERECHO

Mitad superior = ropa

Mitad inferior = material de contorno

TERCIO MEDIO

Mitad superior = recipiente para soluciones, flaneras, material de consumo (sondas, jeringas, cinta), tubo de aspirador con cánula

Mitad inferior = es la separación entre instrumental limpio e instrumental de retorno

TERCIO IZQUIERDO

Mitad superior = pinzas de campo, compresa en forma de libro para apósitos, suturas, portaagujas, set agujas

Mitad inferior = instrumental por tiempos:

con las puntas hacia arriba.

Corte = mangos de bisturi (2)

tijera recta para material (10)

tijera curva para tejido 910

Disección = pinza con dientes (1)

pinza sin dientes (1)

Hemostasia = pinzas hemostáticas curvas y rectas

Fijación = pinzas de allis

Separación = separadores de farabeuf (se coloca en la parte media de este tercio); separadores mecánicos y automáticos, se colocan por su tamaño al final del instrumental

Especialidad = separada de la cirugía general por medio de las pinzas de anillos, instrumental de la especialidad.

TECNICA DE DISTRIBUCION

- Se distribuye la ropa y el material de consumo, antes que el instrumental
- Los guantes se sacan de la cartera en el momento en que se van a utilizar y la cartera se saca del campo quirúrgico
- Se cuenta junto con la enfermera circulante el instrumental, gasas, compresas
- Al contar el instrumental, ir cerrando las cremalleras
- Contar las gasas, extendiendo una por una, y colocarlas en grupos de 10
- Enjuagar el instrumental de corte, si estuvo en proceso de desinfección
- Colocar las hojas de bisturí en los mangos, usando un instrumento para sostener el borde cortante hacia abajo y lejos de los ojos
- La mesa auxiliar no se retira hasta que se coloca el apósito en la herida quirúrgica.

PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DE LA MESA DE MAYO

- 1.- SE coloca la charola en el soporte, colocando al mismo tiempo la primer funda de mayo
- 2.- Se coloca la segunda funda de mayo
- 3.- Se sujetan ambas fundas con una pinza de campo, cubriendo en su totalidad el tubo de soporte
- 4.- Se coloca una compresa sencilla con una bolsa, que quedará en el extremo contrario al soporte de la mesa
- 5.- Se coloca en el extrem distal el riñón y la flanera

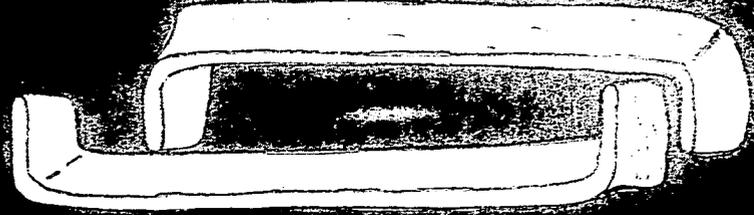
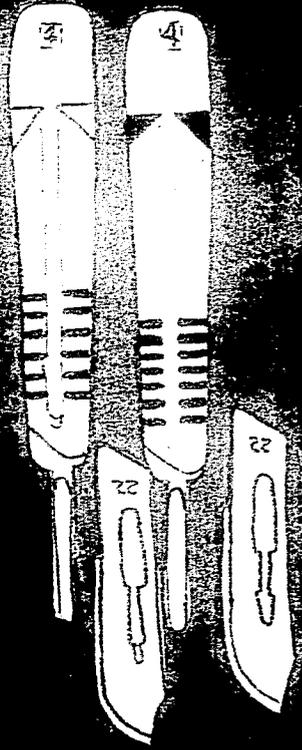
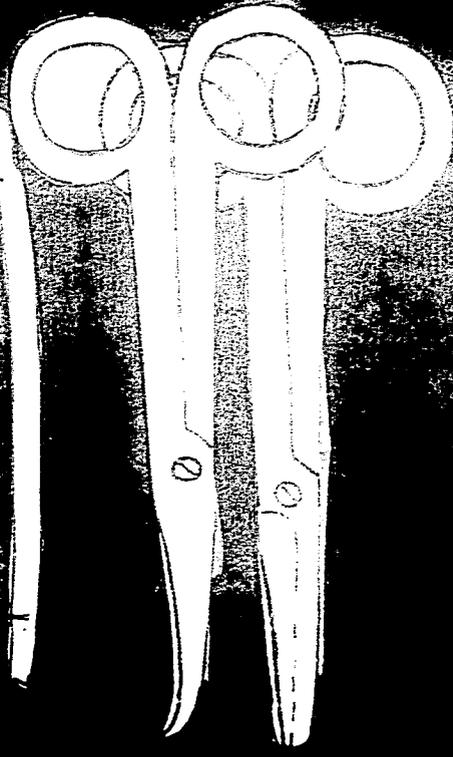
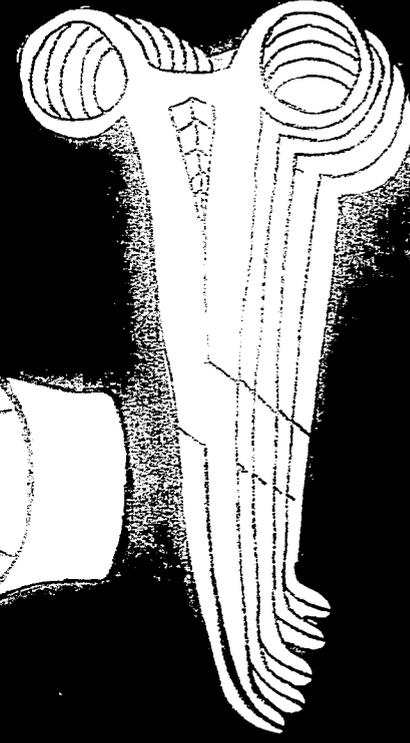
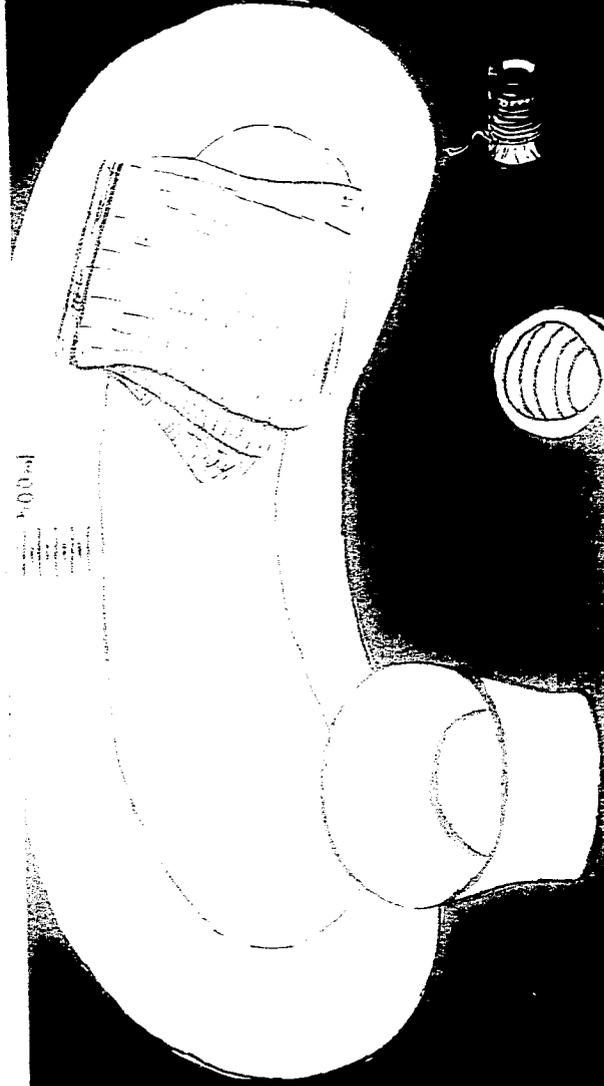
6.- Se coloca el instrumental por tiempos

- Mangos de bisturí (2)
- Tijeras (2)
- Pinzas de disección (2)
- Pinzas hemostáticas (5)

7.- Bajo el campo, se coloca la sutura libre

El instrumental se coloca en el siguiente orden:

- Corto, mediano, largo
- Curvo y recto



1000ml

TRANSOPERATORIO

TRANSOPERATORIO

TRANSOPERATORIO INMEDIATO

Es el periodo que transcurre desde el inicio de la cirugía (incisión), hasta la exploración operatoria.

TRANSOPERATORIO MEDIATO

Empieza en la disección, reparación y termina en la sutura, al colocar el apósito en la herida quirúrgica.

** El preoperatorio inmediato va muy relacionado con el transoperatorio. En este periodo para el cierre de circuito, la enfermera instrumentista, después de la ropa para el paciente proporciona lo siguiente:

- Compresas para borde, secas (2)
- El adaptador de lámpara (2)
- El tubo de aspirador con una pinza de campo para fijarlo

CIERRE DE CIRCUITO

Simultáneo a lo anterior, se cierra el circuito, y se realiza lo siguiente para tal efecto:

- La enfermera se instala frente al cirujano;
- Se toman en cuenta las siguientes precauciones:
 - La lámpara empotrada no debe quedar muy cerca de la cabeza de la enfermera instrumentista
 - La instrumentista debe quedar inmediatamente al lado del primer ayudante
 - La altura de la instrumentista debe permitirle observar en su totalidad el campo operatorio
 - La mesa de mayo se coloca de tal manera que permita una buena postura a la enfermera instrumentista y manejar el instrumental con rapidez
 - Solicitar bancos de altura si se necesita

FUNCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA COMO INSTRUMENTISTA

INICIO DE LA CIRUGÍA

Ya anestesiado el paciente y preparado de la zona operatoria, se inicia el acto quirúrgico.

ABORDAJE

Es la práctica de la cirugía con un instrumento cortante de las partes blandas, que se efectúa en cualquier tipo de intervención quirúrgica.

Se han inventado innumerables incisiones en la historia de la cirugía que incorporan, todas ellas en grado variable de éxito, ciertas características de incisiones bien planeadas deben tener:

Facilidad y velocidad de penetración y extensión en la cavidad a operar.

Facilidad y velocidad para cerrar.

Mínimo de incomodidad operatoria

Máxima resistencia o fuerza de la herida postoperatoria

TIPOS DE INCISIÓN O ABORDAJE:

Subcostal derecha (vesícula)

Subcostal izquierda (bazo)

Abdominal media superior (estómago, duodeno y páncreas)

Paramedia superior derecha (estómago, duodeno y páncreas)

Paramedia inferior izquierda (visceras pélvicas y colon)

Abdominal media inferior (útero y anexos, vejiga)

Mc Burney (apéndice)

Inguinal oblicua izquierda (hernioplastias)

Transversa inferior (utero, ovarios y tubas uterinas)

Phan Steel

PRIMER BISTURI

Es un instrumento quirúrgico, el cual se emplea para incidir las primeras capas de la piel (dermis y epidermis), por esta razón también se le llama bisturi de piel y será únicamente empleado para piel, ya que arrastra bacterias provenientes de ésta, hacia el interior de las capas profundas.

- Se proporciona el primer bisturí con el filo de la hoja hacia abajo
- Se proporcionan dos gasas secas, para secar la sangre
- Regresan el bisturí primero y se guarda bajo el doblé del campo de retorno

SEGUNDO BISTURI

Este se emplea para incidir las capas profundas y se le denomina bisturí de cavidad, su uso no deberá ser para otra función.

PRIMER PAR DE GASAS

Se denomina así, ya que la enfermera instrumentista proporciona dos gasas al cirujano para secar la sangre, mientras va incidiendo las capas superficiales. Estas gasas se darán extendidas a lo largo.

PINZAS HEMOSTATICAS

Instrumento quirúrgico empleado para cabecear los vasos sanguíneos con el fin de prevenir o detener la hemorragia. La hemostasia es la detención espontánea o artificial de un flujo sanguíneo o hemorragia. El uso de pinzas es el método mejor conocido y más usado, ya que es rápido y forma parte de los tiempos quirúrgicos, en la cirugía se usa para pinzas los vasos antes de ligarlos, utilizando para ello las siguientes pinzas.

- Pinzas de mosco (halsted)
- Pinzas kelly
- Pinzas crille

**Las pinzas usadas para hemostasia deberán ser curvas

- Se dan pinzas hemostáticas a los ayudantes
- Se dan gasas húmedas dobladas a la mitad y a lo largo
- Se proporcionan tijeras curvas finas y fuertes

**Conforme regresa el instrumental, se limpia y se coloca nuevamente en la mesa de mayo o en la rectangular (en el campo de retorno)

DEVANADOR Y/O ELECTROCAUTERIO

Es el método actual y eficaz de cauterizar tejido para sellar los pequeños vasos sanguíneos, para seccionar tejido y al mismo tiempo un cierto grado de coagulación de las células que están sobre la superficie de la incisión, evitando la hemorragia.

El electrocauterio se usa en cirugías cerradas y abiertas, tales como: ioperacuibes dek cerebro y médula espinal, cistostomias suprapúblicas y prostatectomias (como coagulador de vasos vesicales), resección transuretral de próstata, conización del cuello uterino (corte y coagulación), extirpación de polipos rectales.

- Pinzamiento y ligadura del vaso que sangra
- Se proporcionan hilos para sutura o devanador, o electrocauterio para realizar la hemostasia y retornar las pinzas hemostáticas.

CORTE DE APONEUROSIS

La capa aponeurótica es muy resistente y potente, tanto así que no suele romperse tan fácilmente. El corte de aponeurosis se realiza de la siguiente manera, según el criterio del médico.

- Se realiza con tijera de mayo curva, en dos planos hacia arriba y hacia abajo, o con el segundo bisturí, con una pequeña incisión, se disecciona digitalmente y posteriormente se corta con tijera de mayo curva, ya que es una capa resistente y fuerte.

CAVIDAD

Es el espacio o lugar hueco del cuerpo, en el que se encuentran situados órganos, aparatos y sistemas (abdominal, toracia, etc.)

SEGUNDOS CAMPOS

Son campos azules sencillos de 50 x 50 cm., que se utilizan cuando se está por ingresar a la cavidad abdominal, la instrumentista proporciona al cirujano los segundos campos, los cuales tienen la función de proteger, cubrir la cavidad, estos campos se fija.

FIJACION DE SEGUNDOS CAMPOS CON PINZAS DE CAMPO O MATERIAL DE SUTURA

Al terminar la laparotomía, se realiza exploración manual, se proporcionan separadores manuales. Se dan los segundos campos doblados a lo largo y juntos.

- Se dan pinzas de campo, o sutura montada en aguja (seda) para fijar los segundos campos
- Se pasa el separador estático cerrado

COMPRESAS DE BORDE

Como su nombre lo indica, se usan para cubrir los bordes de la herida quirúrgica, su función termina en cuanto se está por ingresar a la cavidad abdominal, en el momento en que se ensucian, por lo que se requiere de un cambio de las mismas durante la cirugía

- Se dan dos compresas húmedas dobladas a lo ancho para borde.

COMPRESAS DE VIENTE

Estas se ocupan en cavidad, suelen ser utilizadas para separación, se deben dar al cirujano húmedas, con ellas se hace hemostasia por compresión, y para colocación de separadores automáticos, para que las ramas de los mismos no lesionen tejidos u órganos.

DISECCION

División o separación metódica de las partes y órganos del cuerpo para el estudio de su disposición y demás características anatómicas.

INSTRUMENTAL PARA DISECCION DE CAVIDAD

Todo instrumental que se maneja en cavidad debe ser largo, la disección se hace con dos instrumentos, uno que fija y otro que corta:

- Pinzas de disección largas sin dientes o con dientes
- Pinzas de rochester
- Tijeras con punta roma
- Pinzas de allis (disección por tracción)
- SE proporcionan pinzas de disección sin dientes y tijera curva, el tamaño dependerá de la profundidad del sitio que se diseccará

GASAS PARA CAVIDAD

Las gasas que se utilizan para cavidad deben ser húmedas y se presentan al cirujano de diferentes formas, de acuerdo al uso que se les va a dar:

- a) Para disección, éstas pueden darse en forma de tamal, se le llama de esta forma porque sont res gasas enrolladas y dan forma de tamal, se utilizan para hacer hemostasia por compresión.
- b) Gasa por disección montada, esta gasa se dobla por la mitad, formando un pequeño cuadro, el cual se monta en una pinza de anillos.
- c) Gasa para disección, son húmedas pero se dan al cirujano de una en una, en la pinza de disección
- d) Puchitos = masa de algodón en hilo pequeño cubierto de gasa, su función es de disecar, son de gran utilidad para la disección de tejido laxo, se pueden presentar al cirujano en pinza rochester, se tendrá la precaución del cambio de puchito cada vez que se observe que está deshilachando o empapando en sangre, y no esté disecando correctamente.

LIGADURA DE VASOS EN CAVIDAD

Se dice que es ligadura si el hilo se sujeta a un vaso sanguíneo para ocluir su luz; ligadura libre es un hilo que se entrega al cirujano o a su ayudante para ligar un vaso.

Las suturas que se utilizan varían de acuerdo al criterio del cirujano

-Para ligar, se proporciona ligadura montada en pinza curva

-Ligadura libre se presenta al cirujano extendida

SUTURA MONTADA POR TRANSFIXION

Suele utilizarse hilo absorbible o no absorbible, se monta la sutura en un portaagujas para realizar la hemostásis, se da el punto con la aguja en el sitio del vaso sangrante, para este fin.

-Se proporciona sutura atraumática en portaagujas largo.

CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS

En ocasiones, por no realizar una cuenta correcta de instrumental y material de curación, antes de que el cirujano cierre la cavidad, se ha tenido que reoperar a el paciente con riesgos y consecuencias que implica una intervención innecesaria.

PROCEDIMIENTO DE CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS

La enfermera circulante llevará el recuento de las gasas usadas con guantes, nunca usar pinzas, ya que esto puede dar errores.

Formar grupos de 10 gasas para facilitar su recuento, y colocarlas en campos dobles en el suelo; las compresas se contarán en grupos de 5.

La enfermera circulante y la instrumentista en coordinación, verificarán la cuenta de gasas y compresas antes de que el cirujano cierre cavidad.

Se dará el resultado al cirujano si él lo solicita, de no ser así, la instrumentista se lo informa.

CONTROL DEL INSTRUMENTAL

Existen diferentes variaciones en el estilo y número del instrumental, determinado por el tipo de intervención quirúrgica, el mal manejo del mismo puede ocasionar lesiones y heridas.

- La instrumentista al abrir la charola con el instrumental deberá contarlos, pieza por pieza de acuerdo a la tarjeta de control del mismo y notificar a la enfermera circulante si falta alguna pieza, colocará el instrumental de acuerdo a los tiempos quirúrgicos.
- El instrumental que ya se ocupó, se coloca en el campo de retrono con las puntas hacia arriba
- El instrumental que se caiga o se contamine será responsabilidad de la enfermera circulante.
- Antes del cierre de cavidad, la enfermera instrumentista verificará que el instrumental esté completo, para así evitar dejar una pinza en cavidad.

CONTROL DE SUTURAS Y AGUJAS

Se abrirá sólo el número de paquetes de sutura que se van a utilizar, por tal motivo la instrumentista deberá preguntar al cirujano, antes de iniciar la cirugía qué tipo de suturas necesitará.

- La instrumentista manejará el material de sutura desechando la envoltura en la bolsa de desechos, procurando colocar la aguja en un sitio donde no se lesionen su punta o sus bordes cortantes.
- En su campo colocará las suturas de acuerdo a los tiempos para su rápida localización, se colocarán de acuerdo a los planos de la piel.

CONTROL DE GASAS Y COMPRESAS

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de verificar el número de gasas y compresas, antes de la operación, y antes de cerrar cavidad;

- En cavidad debe la instrumentista tener más control de gasas y compresas, para evitar que se queden dentro.

- Antes de cerrar cavidad, la instrumentista contará sus gasas y compresas que tiene dentro del circuito operatorio, y pedirá a la enfermera circulante realice la cuenta de gasas que se encuentran fuera, se informará al médico si la cuenta está completa.
- En caso de que no esté completa, se empezará a buscar, y de no encontrarse, se tomarán placas radiográficas al paciente, si es que la gasa tiene material radio-opaco.

CONTROL DE PIEZA QUIRURGICA

Es responsabilidad de la instrumentista el control de la pieza histopatológica, y de la circulante que la muestra lleve todos los datos necesarios y exactos en el membrete. La pérdida de las biopsias puede requerir una segunda intervención quirúrgica o el error de un dato en el membrete puede ocasionar un diagnóstico equivocado con posibles complicaciones en el paciente.

- En algunas ocasiones el cirujano pide biopsias transoperatorias para corroborar el diagnóstico, pero la pieza quirúrgica definitiva se proporciona de inmediato a su extirpación, a la instrumentista, la cual debe de recibir en una budinera, dependiendo del tamaño de la pieza.
- La instrumentista proporcionará a la circulante la pieza para que la coloque en un frasco o bolsa (sin formol en transoperatorio, con formol en postoperatorio).
- La pieza se coloca en la bolsa con o sin formol y se membretará de acuerdo a los parámetros de la institución.
- No se debe manipular demasiado, deberá ir en un frasco del tamaño necesario.

MANEJO DE INSTRUMENTAL AL CAMPO DE RETORNO

El instrumental siempre se mantendrá en orden por tiempos quirúrgicos.

- En la mesa rectangular se colocará en el tercio derecho inferior, el instrumental que haya estado en contacto con la mesa de mayo y la herida quirúrgica, con las puntas de las pinzas dirigidas hacia abajo y los aros hacia arriba.

-En la mesa de mayo se mantendrá el instrumental en orden :
limpio, haciendo cambios según el tiempo de la cirugía, de el
instrumental, ya sea corto o largo.

ESTUDIO RADIOLOGICO TRANSOPERATORIO

Son los procedimientos realizados en el quirófano, como parte
de la cirugía' los RX en el transoperatorio son utilizados
para verificar la posición de alguna estructura orgánica, de
una implantación o instrumento metálico o para verificar la pre-
sencia de un cuerpo extraño, para valorar los resultados de la
operación, o para orientarse mejor durante la misma.

Estos se clasifican:

- a) Estudios radiológicos transoperatorios sin penetración cor-
poral; se emplea equipo colocado a su piel, pero fuera de
los órganos internos.
- b) Estudio radiológico transoperatorio con penetración corpo-
ral, se usa equipo colocado en la cavidad corporal o vasos
sanguíneos, sustancias inyectadas en los órganos o ambas coas.

Los RX sin penetración se utilizan en cirugías de ortopedia,
neurocirugía, para rectificar faltantes de instrumental o man-
terial de consumo (gasas, compresas, instrumental, etc.), angio-
logía, urología.

PRECAUCIONES

- El portacasete de la película radiográfica debe ponerse en
posición aprobada por el radiólogo, sobre la mesa quirúrgica
y bajo la zona en que se expondrá el haz de RX.
- El tubo del aparato de RX que se extiende sobre el sitio qui-
rúrgico debe estar sin polvo y se cubrirá con un campo esté-
ril antes de moverse al circuito quirúrgico estéril
- Las sábanas quirúrgicas deben colocarse sin pinzas de campo,
ya que pueden obstaculizar la visión.

- Durante el lanzamiento de RX se cubrirá la mesa de mayo con un campo estéril.
- Proporcionará campos estériles para cubrir la placa radiográfica, cuidando de no contaminarse, este paso se hará en el campo de retorno de la mesa rectangular.

CIERRE DE CAVIDAD POR PLANOS

Una de las bases para considerar a la cirugía, una materia distinta a la medicina, es el control de hemorragias y el cierre de las heridas.

Para los diferentes tipos de tejidos el cirujano seleccionará el material de sutura, contribuyendo a un cierre de la herida quirúrgica, sin mayor complicación.

- Para peritoneo se puede utilizar catgut crómico o vicryl.
 - Para aponeurosis, daxon, vicryl, seda.
 - Para tejido graso, puede o no suturarse de acuerdo al grosor, con catgut simple.
 - Para piel puede usarse, prolene, dermalón, algodón, seda.
- 1.- Cuente gasas y compresas antes de iniciar cierre de cavidad.
 - 2.- Baje el instrumental largo al campo de retorno y suba su instrumental de reparación (corto).
 - 3.- Tenga lista una compresa húmeda para quitar la sangre alrededor de la incisión, tan pronto como se haya terminado de suturar la piel.
 - 4.- Tenga listos los apósitos y colóquelos para cubrir la herida quirúrgica, conservándola así libre de microbios patógenos
 - 5.- Retire el excedente de solución utilizada para la antisepsia con una compresa húmeda.
 - 6.- Aplique bengui (si se indica) y fije el apósito con tela adhesiva o microporo; si es necesario colocar vendaje se coloca.

PRECAUCIONES

- No retirar el instrumental de la mesa de mayo hasta que el paciente es extubado, ni contaminarlo.
- Sacar el instrumental de la sala hasta que el paciente sale.

APOSITOS Y GASAS PARA CUBRIR LA HERIDA

Las gasas y apósitos se consideran parte importante del material quirúrgico, ya que permiten mantener aislada la herida quirúrgica de microorganismos patógenos, tener un control de las pérdidas de volumen en las canalizaciones y drenes, así como el sangrado de la misma. Es importante que las gasas que cubran la herida no contengan cinta radio-opaca, ya que puede causar confusión cuando se tome una placa radiográfica.

Se debe tener precaución de retirar el excedente de solución antiséptica con la que se realizó la antisepsia, ya que ésta provoca irritaciones a la piel.

- Se preparan dos gasas dobladas a lo largo, secas, para los bordes de la herida y 3 ó 4 gasas juntas con una incisión en un extremo para la sonda o penrose; y se preparan los dos apósitos.
- Se prepara una compresa húmeda y otra seca para retirar el excedente de isodine.
- SE fija el apósito con microporo

FUNCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA COMO CIRCULANTE

En general las actividades de la enfermera circulante en el transoperatorio son las siguientes:

- Colaborar con la instrumentista en la preparación del material y equipo necesario para la intervención quirúrgica.
- La enfermera circulante e instrumentista deben planear sus actividades para que haya una mejor coordinación de las mismas, para que no haya pérdidas de tiempo y actuar en forma eficaz.
- Colaborar con el anesthesiólogo en la inducción anestésica
- Realizar antisepsia (si el médico lo indica)
- Realizar cierre de circuito
- Realizar conteo de gasas, compresas e instrumental antes de cerrar peritoneo
- Preparar y etiquetar pieza quirúrgica
- Proporcionar material y equipo que se requiera durante la cirugía.

** Estar siempre alerta para anticiparse a las necesidades del equipo quirúrgico estéril y el anesthesiólogo (ajuste de lámparas, proporcionar a la enfermera instrumentista gasas, compresas, material de sutura, instrumental, etc.; al anesthesiólogo los medicamentos que requiera, sondas, guantes, etc.)

- Realizar el llenado de la hoja de enfermería del transoperatorio, hoja de consumo de material, etc.

CIERRE DE CIRCUITO

CONCEPTO

Es la limitación del campo operatorio, para la realización de la cirugía, con un mínimo de riesgo de infección.

ACTIVIDADES

- 1.- Acercar la mesa de mayo y rectangular a la mesa quirúrgica del lado de la instrumentista.
- 2.- Elevar la mesa de mayo hasta donde sea necesario.
- 3.- Ajustar las lámparas centrales.
- 4.- Acercar el aspirador y conectarlo (funcionando o no).
- 5.- Conectar aparatos biomédicos requeridos (electrocoagulador, fuente de luz, cistoscopio, laparoscopio, etc.)
- 6.- Acercar las cubetas para las gasas y compresas vacías.
- 7.- Proporcionar un banco de altura a la instrumentista, si lo requiere; bancos giratorios a los médicos, si lo solicitan.

PRECAUCIONES

- Tener cuidado de antes de retirar gasas o compresas que no sean de la cuenta para evitar confusiones.
- Ajustar las lámparas ya encendidas o encenderla.
- Antes de la cirugía verificar que los aparatos funcionen.

PROPORCION DE MATERIAL DE CONSUMO, SOLUCIONES E INSTRUMENTAL ADICIONALES

- Se dará todo material, instrumental adicional que el cirujano solicite, para la realización del acto quirúrgico.
- El material de sutura o paquetes estériles se lanzarán hacia la mesa de riñón, abriendo las envolturas exteriores del paquete, cuidando de no contaminar.
- La solución estéril se vertirá en el lebrillo o riñón, cuidando de no vertirlo en la mesa de riñón.
- Al dar un paquete de gasas o compresas, éstas se deberán contar al igual que el instrumental.
- Evitar acercarse demasiado al campo quirúrgico.

CONTROL DE INSTRUMENTAL

- El instrumental se cuenta antes del inicio de cirugía, antes de cerrar peritoneo y al entregarlo a ceye.
- La instrumentista añade al recuento del campo, todos los instrumentos recogidos del piso o que se hayan sacado del campo.
- Debe informarse al cirujano que el recuento está completo.
- Si un instrumento o aguja se rompe, la instrumentista y la circulante deben cerciorarse de que todos los fragmentos se recobren.
- El instrumental contado no debe salir de la sala durante la operación, por lo que no debe llevarse a laboratorio algún instrumento junto con la pieza.

CONTROL DE SUTURA

- Abra sólo el número de suturas que se vayan a emplear.
- Cuando se usan varias agujas, la instrumentista y la circulante determinan el número de agujas que se colocan en la compresa de agujas.
- Cuando se alcanza el número requerido y éste es verificado por ellas, la compresa se cierra con este método se elimina el peligro de dejar agujas sueltas sobre la mesa de mayo o de instrumental.
- Al término de la cirugía todo el material cortante desechable (agujas, hojas de bisturí, suturas con aguja, etc.), se colocarán en un frasco con hipoclorito de sodio, que se cerrará al término del día.

CONTROL DE GASA Y COMPRESAS

- Recuento en la mesa rectangular, por la enfermera instrumentista y circulante, contando juntas las compresas y gasas, colocadas sobre la mesa del instrumental.
- Recuento en el piso, la enfermera circulante cuenta las gasas en grupos de 10, usando guantes para ello, nunca pinzas, ya que puede provocar errores en el conteo.
- El recuento de compresas lo hará de 5.
- Recuento en el campo, la enfermera circulante suma el total

de las gasas y compresas anteriores y resta la cifra de l número total, notificando el número de gasas y compresas que se necesitan para completar la cuenta, mientras la instrumentista hace el recuento en el campo quirúrgico, si el total es el requerido, entonces se comunica que la cuenta es completa.

-Anotar en la hoja de enfermería el número de gasas y compresas utilizadas en la cirugía y si la cuenta estuvo completa o no

REGISTROS

La atención específica proporcionada al paciente deberá registrarse en los formatos correspondientes, que forman el expediente clínico y que son de gran utilidad, no sólo para continuar el tratamiento, sino también por su validez legal.

- Hoja de enfermería
- Hoja de control de líquidos
- Hoja de material de consumo
- Vales, membretes.

HOJA DE ENFERMERIA

En esta hoja se anotará la información pertinente sobre los procedimientos proporcionados al paciente en el transoperatorio, será legible y veraz.

anotaciones:

- Hora de ingreso y egreso de la sala de operaciones.
- Nivel de conciencia.
- Tipo de anestesia aplicada.
- Soluciones parenterales, fármacos, sangre y derivados.
- Posición utilizada y tipos de movilización o soportes usados.
- Antiséptico usado.
- Colocación de las conexiones electroquirúrgicas.
- Vías de abordaje y tipo de incisión.
- Intervención practicada
- Estudios histopatológicos
- Sitio de drenes y tipo de los mismos, siendo importante mencionar si se sacan por contraapertura o por la misma herida.
- Incidentes o accidentes.

-Complicaciones

-Cuenta de gasas, compresas e instrumental

-Al cerrar la hoja debe de indicar en que condiciones sale el paciente de la sala de operacioes (intubado, con cateter epidural, con venoclisis, con drenes, con yeso, con prótesis, con vendaje elástico, conciente, etc.)

-La enfermera circulante debe poner su nombre completo y el de la instrumentista, asi como el nombre de los cirujanos, poniendo su nombre completo en la hoja de enfermería.

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

Es importante hacer un balance de control de liquidos preciso, de las pérdidas hidricas del paciente; así como tambien de sus ingresos, anotando en la hoja correspondiente y así conocer el estado de hidratación del paciente, ya que en el transoperatorio, en forma conjunta el anestesiólogo y la enfermera circulante tienen la responsabilidad de llevar a cabo este balance, se registrará lo siguiente:

EGRESOS

- Pérdidas insensibles
- Diuresis total
- Sangrado total
- Drenajes
- Otros

INGRESOS

- Cantidad y tipo de soluciones ministradas
- Medicamentos ministrados
- Transfuciones
- Otros

VALES

Es un documento administrativo de control de material y equipo, que se elabora para la solicitud del mismo en ceye o subceye.

-Se deben elaborar para solicitarlos

-Debe recuperarlos al hacer entrega del mismo.

MEMBRETES

Es importante membretar soluciones que se ministran al paciente, así como medicamentos que se le aplican.

-En el membrete se anota: nombre del paciente, hora, fecha, medicamentos, soluciones, dosis.

-Membretar siempre la pieza quirúrgica que se obtuvo con el nombre, fecha, que pieza se obtuvo, nombre del cirujano, nombre de quien lo envió.

ASISTENCIA Y COORDINACION CON EL SERVICIO DE ANESTESIA

La coordinación y asistencia con el anestesiólogo es importante, desde que el paciente llega a la sala de quirófano, ya que la asistencia durante la inducción de la anestesia se debe brindar oportuna y eficazmente, para evitar complicaciones transoperatorias.

-La enfermera debe permanecer en la sala de quirófano y cerca del paciente, ayudando al anestesiólogo durante la inducción anestésica, ya que durante ésta puede haber etapas de excitación o cualquier otra contingencia, por lo que será necesario sujetarlo y protegerlo de alguna caída.

-Colocar los electrodos al paciente si es que lo requiere.

-Colocar el baumanómetro, estetoscopio.

-Acercar el aspirador funcionando, con una sonda o cánula.

-Colocar al paciente en posición quirúrgica, una vez que se ha anestesiado.

-Durante la cirugía, asistir al anestesiólogo, si es que se requiere algún medicamento.

-Al término de la cirugía es importante asistir al anestesiólogo para la aspiración y extubación del paciente, proporcionando una sonda para aspiración o una cánula de yankauer.

-Proporcionar medicamentos necesarios para la reversión anestésica.

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA CIRCULANTE DURANTE LA ANESTESIA GENERAL

CONCEPTO

Es la participación de la enfermera circulante durante la inducción anestésica estando al lado del paciente y anesthesiólog.

PRINCIPIOS

La administración de un anestésico general produce depresión del sistema nervioso, relajación muscular, para inducción y mantenimiento de la anestesia.

- La inducción de anestesia se logra mediante la inyección intravenosa de agentes adecuados, y por inhalación de gases licuados o volátiles.
- Los relajantes musculares provocan movimientos involuntarios del cuerpo.

MATERIAL Y EQUIPO

- Aparato de anestesia
- Laringoscopio con hoja
- Guia de sonda endotraqueal
- Sonda endotraqueal de diferentes calibres
- Cánula de guedel
- Aspirador móvil
- Lidocaina en spray
- Jeringa para inflar el globo de la sonda
- Microporo o tela adhesiva.

ASISTENCIA

- Preparación psicoleogica y fisica del paciente
- Preparación de medicamentos necesarios (membretado cada uno de ellos con su nombre)

- Ministrar el medicamento (si lo pide el médico)
- Poner a funcionar el aspirador con la sonda o cánula y colocarlo en la cabecera de la mesa quirúrgica para usar
- El médico pondrá al paciente en posición, se le proporciona entonces el laringoscopio con la hoja indicada
- Si tiene secreciones se aspiran
- Se proporciona la xilocaina en spray
- Se proporciona la sonda con la guía en la misma
- Se oprime el cartilago cricoides, se lo solicita el médico
- Cuando ya introduce la sonda, se retira la guía
- Se conecta la sonda a las mangueras
- Se infla el globo de la sonda previamente
- Se fija la sonda al paciente

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Verificar que el paciente esté en posición anatómica, evitando compresión de tejidos
- Conocer la acción y reacción de los medicamentos empleados
- Verificar funcionamiento correcto del aspirador
- Conocer tipos de anestésico y si son inflamables o explosivos para tener las precauciones correspondientes.

TIEMPO SEPTICO

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los conceptos antiguos sobre la infección y los métodos rudimentarios para combatirla, parecen realmente extraños a la luz del conocimiento moderno, sin embargo fueron ideados por las mentes más capaces de su época. Estas mentes trabajaron con tres conocimientos básicos que son los siguientes:

-LA ELIMINACION DE LA INFECCION

-LA ANESTESIA

-CONTROL DE LA HEMORRAGIA

Luis Pasteur, químico microbiólogo francés, estableció la validez de la teoría de las enfermedades al descubrir algunos microorganismos y su forma de proliferación.

Roberto Koch, fundó conceptos dentro de la bacteriología y dictó principios que sirvieron de guía para descubrir a ciertos agentes causales de la enfermedad.

Joseph Lister, considerado como el padre de la cirugía, determinó los principios para la cirugía antiséptica.

Este proceso fue lento pero continuo, sin embargo a medida que surgieron los descubrimientos sobre la asépsia y esterilización, los resultados fueron satisfactorios, porque disminuyeron los problemas infecciosos en forma sorprendente.

Semmelweis, puede ser considerado como el fundador de la asépsia, disminuyó el número de casos de fiebre puerperal con sólo ordenar a los estudiantes que se lavaran las manos con hipoclorito de calcio, antes de examinar a las parturientas, pero a pesar de las demostraciones, no encontró eco entre los cirujanos. (E)

Dentro de los avances de la asépsia se investiga hasta nuestros días:

- Naturaleza
- Morfología
- Composición físico-químico
- Reproducción de los microorganismos
- Métodos y medios para suprimir la proliferación.

FLORA NORMAL DEL TUBO DIGESTIVO

ESTOMAGO

El estómago normalmente tiene menos de 10 microorganismos por mililitro y como regla, ninguno es anaerobio obligado. Hay una correlación directa entre el número de microorganismos en el contenido gástrico y el PH bajo, el contenido del estómago suele ser estéril, los pacientes con aclorhidria tienen conteo de 10 bacterias por mililitro.

La escasa flora encontrada normalmente consta de microorganismos localizados en la boca, como estreptococo, viridians, lactobacilos y levaduras.

Cuando se toman muestras del estómago durante una operación, suelen encontrarse microorganismos salivales, porque la anestesia y la premedicación inhibe la secreción gástrica.

INTESTINO DELGADO

La parte proximal del intestino delgado por si sola tiene conteos que rara vez exceden de 10 y a menudo muestran menos de 100 microorganismos por ml. o ausencia de los mismos. Las bacterias encontradas provienen fundamentalmente de la boca, en especial estreptococo, viridians y lactobacilos, pueden encontrarse en menor cantidad miembros de las enterobacterias y bacteroides. En el ileon, los conteos bacterianos aumentan un poco hasta que en el ileon distal y el terminal promedian 10 a 17 microorganismos por mililitro.

Los lactobacilos y los estreptococos son más notables aquí, pero los bacteroides y las enterobacteriaceas, se presentan constantemente y en cantidades mayores.

En el ileon terminal hay actividades casi iguales de aerobios y anaerobios.

Los estudios respecto a la flora del colon, al parecer es cualitativamente muy semejante al de las heces. Las estimaciones del número de microorganismos varían.

JUSTIFICACION

Haciendo una comparación con los antecedentes históricos de las infecciones postoperatorias y los grandes avances que ha tenido la cirugía hasta nuestros días, observamos que día a día han ido disminuyendo paulatinamente.

Por lo tanto, se considera necesario proporcionar las bases teóricas para el manejo correcto de la técnica de tiempo séptico y con esto lograr descender considerablemente el porcentaje de las infecciones antes mencionadas.

TIEMPO SEPTICO DURANTE EL TRANSOPERATORIO

CONCEPTO

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

OBJETIVOS

- Dar a conocer el manejo correcto de tiempo séptico en las cirugías que lo ameriten.
- Unificar criterios para el manejo de la técnica de tiempo séptico en una cirugía.
- Evitar contaminaciones transoperatorias.
- Evitar infecciones postoperatorias.

INDICACIONES

- En cirugías de cavidad abdominal, que entran en contacto con la flora bacteriana normal (resección intestinal, anastomosis intestinal, gastrostomias, colostomias, cirugías de esófago, etc.)
- Drenaje de abscesos
- Colecistectomía
- Apendicectomía
- Histerectomía abdominal
- Etc.

PRINCIPIOS

- Una área limpia se contamina con una área sucia.
- Seguir las normas de asépsia, limita la entrada de microorganismos a la piel.
- El inadecuado suministro de material y equipo, producen pérdida de tiempo y esfuerzo, así como desconcierto y tensión innecesarias.
- Los microorganismos patógenos se diseminan por métodos directos e indirectos.
- Todo instrumental quirúrgico sucio o contaminado se considera potencialmente infectado.
- Los desechos orgánicos, exudados, etc., incrementan la posibilidad de infección.
- La separación de material o equipo sucio en lugares adecuados aumenta la seguridad del paciente y personal de salud, desde el punto de vista microbiológico.

TECNICA DE DOBLE GUANTE

Se consideran estos pasos para evitar el contacto de los microorganismos patógenos con los tejidos no infectados:

- 1.- Se calza la instrumentista doble guante
- 2.- Colocar sobre la mesa de mayo un campo extra (si hay)
- 3.- Colocar un campo en los pies del paciente para protección del campo operatorio, de la hendidura de la sábana hacia abajo
- 4.- Colocar sobre la mesa de mayo el instrumental que se va a necesitar (instrumental para cavidad y el mínimo para utilizar)
- 5.- La pinza de Foster (anillos), se pinza en la funda de mayo del lado que orienta hacia la mesa rectangular o de riñón, procurando que los ojos de la pinza queden al aire para poder tomarlas
- 6.- Se maneja el instrumental del campo operatorio séptico (contaminado), en la mesa de mayo con ambas manos
- 7.- Si es necesario tomar instrumental o material de la mesa rectangular, se tomará con la pinza de anillos o en su defecto se solicitará a la enfermera circulante que auxilie a la instrumentista colocando lo solicitado sobre la mesa de mayo directamente
- 8.- Al terminar el tiempo séptico la instrumentista colocará el instrumental y material incluyendo la pinza de anillos, los campos que se tienen en el campo operatorio, sobre la mesa de mayo y con la compresa que tiene como protección de la mesa de mayo, envolverá todo haciendo un bulto y se lo entregará a la enfermera circulante, además del campo que cubra los pies del paciente, (el orden va de acuerdo al tamaño del campo)
- 9.- Se retira el doble guante (si tiene duda de la esterilidad de los guantes, se puede colocar otros)

- 10.- Coloca otros guantes a los médicos
- 11.- Coloca una compresa sobre la mesa de mayo
- 12.- Coloca el instrumental para reparación
- 13.- Se continua con la cirugía (tiempo de reparación).

VENTAJAS

La ventaja es que se puede manipular el instrumental con las dos manos (preparar el portaagujas, humedecer compresas, etc.)

PRECAUCIONES

- Conocer el programa de cirugía
- Reconocer en que cirugías se maneja tiempo séptico
- Saber que el tiempo séptico inicia cuando se hace el corte a partir de la válvula ileocecal, hacia adelante del trayecto de todo el intestino, o cuando se incide el órgano con material purulento
- Prevenir con dobles guantes para el equipo quirúrgico
- Recordar que para el tiempo de reparación debemos dejar sin contaminar lo que vamos a utilizar en este tiempo
- Tener la precaución de que cuando el médico pida el cambio de guantes nos sirva como guía y saber que ahí terminó el tiempo séptico
- Conocer que el tiempo seéptico puede terminar cuando suturan completamente el órgano o peritoneo; pero la mayoría de las veces es de acuerdo al criterio médico
- Tener precaución que el campo que envuelve todo el material séptico sea lo suficientemente grande para que cubra todo perfectamente
- Tener la precaución de cambiar la pinza de anillos cuando se contamine
- Tener precaución que si el médico no quiere llevar tiempo séptico, se anote en la hoja de enfermería

- Tener completa la cuenta de gases y compresas, etc., antes del cierre del peritoneo
- No subir a la mesa de mayo todo el instrumental
- Tener precaución de no contaminar el instrumental de reparación (sep. farabeuf, pinzas kelly, tijeras, portaaguja, pinza de disección). (E)

TOCOQUIRURGICA

CONCEPTO

La Unidad Tocoquirúrgica es el conjunto de servicios estrictamente organizados para proporcionar atención inmediata y eficaz a todo paciente que requiera tratamiento ginecológico y obstétrico.

La Unidad Tocoquirúrgica debe contar con monitores para medir ritmo cardiaco y un equipo sofisticado en cada una de las áreas, para brindar atención a la paciente que lo requiera. Además también debe contar con un equipo medicoquirúrgico, que tenga un gran sentido de calidad humana, así como responsabilidad y amor para desempeñar sus actividades, en el área específica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los componentes básicos de los servicios que conforman la Unidad Tocoquirúrgica, con el fin de proporcionar las técnicas y procedimientos que se realizan en dicha unidad.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Conocer y analizar el concepto de Unidad Tocoquirúrgica
- Identificar las diferentes áreas que conforman la Unidad
- Conocer mobiliario de cada una de las secciones de la Unidad
- Comprender la organización y fundamentos de la Unidad

SECCIONES

SERVICIOS QUE CONFORMAN LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA

- *Admisión
- *Labor
- *Expulsión
- *Quirófano
- *Recuperación
- *Terapia intensiva
- *Central de equipos y esterilización
- *Neonatología

ADMISION

La sala de admisión es el área en la cual se va a realizar la recepción de la paciente

- Historia Clínica = Interrogatorio directo e indirecto
Exploración física y psicológica
Elaboración de la papelería por parte de
el médico, la enfermera, trabajo social
y el pediatra

** La sala de admisión se considera área negra

EQUIPO Y MATERIAL DE ADMISION

- Mesa de exploración ginecológica
- Mesa de mayo
- Báscula
- Equipo para tricotomía
- Equipo para atención de parto
- Equipo para atención del neonato
- Equipo para venodisección
- Fichas para identificación del neonato y de la madre
- Gasas
- Guantes (pares y nones)

- Apósito, benzal, isodine, soluciones parenterales, tela adhesiva, medicamentos, equipo para venoclisis, cateter para oxígeno, jeringas, sábanas, camisones

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Apoyo psicológico
- Colocarla en posición ginecológica (cubriarla con una sábana)
- Colaborar en la exploración física
- Realizar limpieza de genitales
- Aplicar enema evacuante (si está indicado)
- Realizar tricotomía del área vulvar (si lo requiere)
- Colocar capelina y pierneras (si la paciente tuviese que pasar directamente a la sala de expulsión, debido a su periodo expulsivo o por urgencia)
- Entregar personalmente a la paciente, a la persona responsable del área a la que se vaya a trasladar
- No dejarla nunca sola

LABOR

Esta área está designada a las pacientes que están llegando al final de su trabajo de parto, pero que por algún motivo el producto no ha descendido, por ejemplo, desproporción cefalopélvica, fortuitos, extrauterinos, molares. Inducciones de trabajo de parto. También podemos encontrar otras patologías como amenaza de aborto, aborto completo o incompleto, o sangrado masivo transvaginal en estudio, este sangrado lo refieren desde adolescentes hasta mujeres de edad avanzada.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA SALA DE LABOR

- Preparación psicológica
- Instalar venoclisis si lo requiere
- Instalar identificación
- Verificar signos vitales
- Aplicar enema

- Indicarle como debe pujar para que nazca el producto
- Tener expediente clinico completo
- Pasar a la paciente a expulsión en el momento indicado

EXPULSION

Es el área en la que se realiza la atención del parto, legrado o cualquier otro procedimiento, dicha atención se considera un acto quirúrgico en cuanto a su técnica y procedimiento. DE tal manera que la persona que va a atender el parto y el medio ambiente deben conservar estrictas reglas de asépsia.

MECANISMOS DE TRABAJO DE PARTO

PERIODO PRIMERO (DILATACION)

Es la preparación del cuello para el paso del niño, tiene lugar en dos fases, el borramiento del canal cervical y la dilatación del orificio externo

PERIODO SEGUNDO (EXPULSION)

Es cuando el trabajo de parto ha tenido cinco fases: flexión, rotación interna, extensión, restitución, y rotación externa, seguidas estas fases de la expulsión del cuerpo.

PERIODO TERCERO (PLACENTARIO)

El útero se contrae hasta expulsar totalmente al producto placentario.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LA SALA DE EXPULSION

- Se coloca a la paciente en posición ginecológica
- Se realiza lavado mecánico y antisépsia
- Sondeo vesical
- Proporcionar equipo y material
- Preparar mambretas para el producto y la mamá
- Proporcionar equipo pediátrico

- Ministrar medicamentos indicados por el médico
- Al finalizar el alumbramiento se realiza lavado mecánico y se coloca un apósito en la región vulvar
- Realizar anotaciones en la hoja de enfermería
- Pasar a la paciente a recuperación.

Cuando la dilatación ya es completa y todavía existe membrana, éstas se rompen en el momento en que hay un intervalo entre cada contracción. Durante el periodo expulsivo, el producto está particularmente expuesto a sufrir anoxia fetal y esta deficiencia en su oxigenación puede llevarlo a la muerte. En este periodo hay factores mecánicos más enérgicos, por lo tanto, se debe estar checando la frecuencia cardiaca del producto para detectar cualquier anomalía.

EQUIPO Y MOBILIARIO PARA ATENCION DEL PRODUCTO

Esto se encuentra dentro de cada una de las salas del servicio de expulsión.

- Una mesa instrumental mediana o pequeña
- Un equipo de reanimación con oxígeno
- Calentador y aparato de aspiración
- Guantes, jeringas de 2 cm., con aguja # 24
- Gasas, 2 goteros, tubo de caucho para aspirar
- Apósito, torundas, pinzas de traslado
- Soluciones parenterales
- Medicamentos
- Equipo metriset
- Sonda foley
- Sonda nelaton
- Onfalotomo
- Cintas umbilicales

INSTRUMENTAL PARA ATENCION DEL PARTO

- Una budinera de acero inoxidable
- Una pinza de anillos

- Dos pinzas de rochester
- Una cinta umbilical
- Un portaagujas
- Dos pinzas de disección
- Una tijera adicional u onfalotomo

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Es el área en la que se van a proporcionar los cuidados inmediatos al recién nacido

EQUIPO Y MATERIAL

- Una mesa instrumental mediana o chica
- Un equipo de reanimación con oxígeno
- Calentador y aparato de aspiración
- Oxígeno empotrado
- Incubadora fija
- Incubadora portátil
- Cuna térmica
- Un laringoscopio con hoja fina # 1
- Dos hojas de miller del # 0 y 1
- Sondas endotraqueales, con pinzas y conectores para recién nacido
- Una placa para impresión de la planta del pie, tinta y cojincillo de caucho
- Tres tubos para muestra de sangre con tapa roja
- Nitrato de plata, cinta métrica, pañales, sábanas
- Equipo para exanguíneo, transfusión

SERVICIO DE QUIROFANO

El quirófano de la Unidad Tocoquirúrgica está capacitado para proporcionar atención quirúrgica a todas las pacientes que lo requieran, desde una cirugía menor hasta una mayor. Sus instalaciones están adaptadas para brindar atención al recién nacido y a la madre en caso de cesárea.

La extracción del infante, del cuerpo de la madre através de una incisión en el abdomen, con el adelanto de la técnica operatoria, la mortalidad ha disminuido. Algunas complicaciones de la cesárea son choque, hemorragia y peritonitis.

MATERIAL Y EQUIPO DEL SERVICIO DE QUIROFANO

- Mesa de operaciones
- Mesa de mayo
- Mesa rectangular
- Mesa de riñón
- Mesa de pasteur
- Carro de anestesia
- Lámparas fijas y móviles
- Bultos de ropa para cirugía
- Instrumental de cirugía general
- Equipo pediátrico
- Equipo para venoclisis
- Soluciones parenterales
- Material de consumo

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Las actividades propias de la enfermera circulante

Las actividades propias de la enfermera instrumentista.

SERVICIO DE RECUPERACION

En este servicio se van a proporcionar los cuidados mediatos a la paciente que por cualquier motivo estuvieron en el servicio de expulsión o quirófano

MATERIAL Y EQUIPO DE RECUPERACION

- Camillas con barandales
- Tomas de oxigeno empotrados
- Aspiradores empotrados

- Baumanómetros empotrados o no
- Lámparas de pie
- Tripies, bancos de altura, sillas giratorias
- Escritorios, máquinas de escribir, carro portaexpedientes,
- Equipo rojo, medicamentos, equipo para aseo genital
- Material de consumo
- Equipo de termometría
- Pinza de traslado

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN RECUPERACION

- Verificar el estado de despierto de la paciente
- Verificar datos de identificación
- Verificar signos vitales cada 15 minutos
- Verificar sangrado de la herida quirúrgica y transvaginal
- Ministración de medicamentos
- Aseo vaginal
- Verificar permeabilidad de la vena canalizada.

OPERACIÓN CESÁREA

DEFINICIÓN

Se denomina operación cesárea a la intervención quirúrgica - que tiene por objeto extraer al producto de la concepción a través de una incisión de las paredes del abdomen y uterinas

TÉCNICA QUIRÚRGICA

INSTRUMENTISTA

1er bisturí
 2do bisturí
 Dos pinzas Kelly con
 tijera de Metzen Baum
 Tijera Mayo curva

 Separadores de Farabeu

 Dos pinzas de Rochester
 Oshner y tijera mayo curva

 Una compresa de espongear
 húmeda con una pinza de
 Foester
 Valva suprapúbica o de
 Doayan
 Disección sin dientes y
 tijera de Metzen Baum
 Segundo bisturí
 Pinza Kelly
 Cánula Yankawer
 Tijera de Mayo curva
 Perilla de plástico
 Dos pinzas Rochester Pean
 Tijera de Mayo curva

 Un riñón de acero
 Gasas libres con trama
 Cat gut crómico del 1 en
 portaagujas de Hegar y

CIRUJANO

Incide piel
 Inciden el tejido graso
 Toma la aponeurosis y la corta

 Disecan los musculos rectos del
 abdomen o los cortan
 Separan los musculos ya sea con los
 dedos o los cortan (algunos ciruja-
 nos) La fascia transversalis la di-
 secan manualmente.
 Toman el peritoneo parietal y lo --
 inciden, exponiendo la cavidad ab--
 dominal
 Se coloca para evitar que se vaya -
 la sangre hacia el diafragma y se --
 formen coagulos
 Retraen el tejido y protegen la ve-
 jiga
 Localizan en utero e inciden el pe-
 ritoneo visceral
 Continuan la disección del utero
 Ruptura de membranas
 Se aspira líquido amniótico
 Histerotomía
 Aspiran al producto
 Ligan cordón umbilical
 Cortan el cordón umbilical y lo --
 entregan al pediatra
 Entregan la placenta
 Realiza limpieza de cavidad uterina
 Histerorrafia

disección sin dientes	
Cat gut crómico del 0 en portaagujas de Hegar	Realiza peritonización
Dos gasas montadas en pinza de Foester (húmedas)	Revisa cavidad abdominal y anexos, se extrae compresa
Se entrega cuenta de gasas y compresas y material	Debe afirmar que está enterado de la cuenta final
Cat gut crómico del 0	Peritonización parietal
Si el cirujano lo pide se ofrece sutura para musculo	Afrontan músculos
Vicryl del 1	Afrontan aponeurosis
Cat gut simple 2-0	Afrontan tejido graso
Dermalón 3-0 en portaagujas fino y disección con dientes de Adson	Afrontan piel
Aposito	Cubre la herida
Termina acto quirúrgico se revisa canal vaginal, se deja una toalla sanitaria, protegiendo la individualidad de la paciente.	

BIBLIOGRAFIA

- A.- Archundia G Abel. EDUCACIÓN QUIRÚRGICA
Méndez Editores. México 1995. 423 págs.
- B.- Atkinson J Lucy. TÉCNICAS DE QUIRÓFANO
7a Edición. Editorial Interamericana. México 1994. 781 págs.
- C.- Biblioteca Médica de Bolsillo. DICCIONARIO MÉDICO
2a Edición. Editorial Salvat. México 1988. 632 págs.
- D.- Brooks Shirley. ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO
2a Edición. Editorial Interamericana. México.
- E.- Fuller R Joanna. INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
3a Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1995.
720 págs.
- F.- Hernández E Federico. BOLETÍN HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA". I.M.S.S. Vol 1. N°4 Oct-Dic 1993
11-12 págs.
- G.- Iyer W Patricia. PROCESO DE ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICO DE
ENFERMERIA. 2a Edición. Editorial Interamericana.
España 1993. 453 págs.
- H.- Olds B Sally. ENFERMERÍA MATERNO- INFANTIL
2a Edición. Editorial Interamericana. México 1987. 1283 págs
- I.- Rosales B Susana. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
El Manual Moderno. México 1991. 463 págs.
- J.- Scherer C Jeanne. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA MEDICO
QUIRURGICA. 4a Edición. Editorial Harla. México 1993.
1082 págs.

K.- Smeltzer C Suzanne. ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA
Vol I y II. 7a Edición. Editorial Interamericana
México 1994. 2185 págs.

L.- Yeager M Ellen. TÉCNICAS DE QUIRÓFANO
2a Edición. Editorial Interamericana. México 1971.