



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
LABORATORIO DE
CUIDADO HUMANO DEL ADULTO EN ETAPA
QUIRURGICA.



Facultad de
Enfermería y
Nutriología

CONTENIDO

ENTORNO FÍSICO DE QUIRÓFANO.....	3
POSICIONES QUIRÚRGICAS.....	6
LAVADO DE MANOS	12
SUTURAS.....	17
VESTIDO, ENGUANTADO Y RETIRO DE BATA Y GUANTES.....	24
PREPARACION Y ACONODO DE LA MESA DE MAYO Y RIÑON.....	39
INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO E IDENTIFICACIÓN PARA TIEMPOS QUIRURGICOS.....	45
RCP BÁSICO.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	61

ENTORNO FÍSICO DE QUIRÓFANO

El área de quirófano es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias que tienen lugar en general en el exterior del quirófano.

El manual del laboratorio de quirófano pretende recabar información importante del compromiso que tiene la enfermería en el área quirúrgica, así como también la participación que tiene el personal de enfermería incluyendo las actividades que desarrolla a lo largo de una intervención quirúrgica eso incluye la preparación de la sala, material instrumental, ropa quirúrgica, el distinto equipo empleado para el desarrollo de una intervención en las distintas áreas en que se encuentra dividida el área de quirófano.

OBJETIVO:

Conocer el área de trabajo de quirófano para un mejor desempeño de sus actividades.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice entorno físico de quirófano. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

EQUIPO:

- Uniforme Quirúrgico
- Bata blanca con manga larga y que llegue a la rodilla,

DESARROLLO

(A) Principios del diseño de quirófano

El entorno físico del quirófano comprende las áreas de trabajo, el diseño o disposición del piso y los sistemas ambientales como la calefacción, las luces y la ventilación. Es importante aprender sobre el entorno físico del quirófano para tener más conciencia acerca de la seguridad del paciente y del personal. El diseño del quirófano se basa en tres principios:

- Control de la infección: las áreas limpias y las contaminadas deben estar físicamente separadas, si es posible. Cuando la separación física completa es imposible, los objetos contaminados siempre deben quedar encerrados o contenidos (confinamiento).
- Seguridad: tanto las personas de cuidado, como el personal de planta enfrentan muchos riesgos en el quirófano. Algunos son obvios, pero otros no. Los aparatos electrónicos deben tener mantenimiento profesional. Los planes y los estándares de mantenimiento guían la forma en que se deben operar para evitar accidentes y para que el equipamiento y el entorno necesarios para realizar cirugías tengan un soporte técnico correcto. Los sistemas de control ambiental analizados en este capítulo son la iluminación, la calefacción, los circuitos eléctricos, la ventilación y las líneas de gases.
- Empleo eficiente del personal, el tiempo y el espacio: es el empleo económico del tiempo y la energía para evitar el desperdicio de trabajo, materiales y tiempo. El diseño eficiente respeta el valor del trabajo porque

refleja los límites y las necesidades del cuerpo humano. El flujo del personal (patrones de tráfico) y la forma como se mueve el equipamiento y los implementos de un lado a otro afectan directamente la eficiencia con respecto al tiempo. El ahorro de tiempo es económicamente, asegura operaciones tranquilas y reduce el estrés.

(B) Características del diseño

El suelo de los quirófanos está hecho con materiales no porosos durables y fáciles de limpiar. En la mayoría de los quirófanos se utiliza vinilo sin costuras. También se emplean azulejos o baldosas, revestimiento o suelo veneciano. Dado que los suelos se limpian con aspiración húmeda y sustancias químicas agresivas, la superficie debe ser durable y resistir la corrosión.

Las paredes están construidas con materiales no porosos para que resulten más fáciles de limpiar y revistan la colonización bacteriana. El acabado mate evita el deslumbramiento, además deben tener continuidad con el suelo para que la suciedad no se acumule en las grietas.

(C) Áreas en el quirófano

- Área no restringida: el personal vestido con ropa de calle y el equipo portátil que no ha sido desinfectado deben permanecer en el área no restringida. Se trata de un área controlada en la que se detiene a las personas que llegan al departamento quirúrgico; en caso de que tengan que ingresar en las áreas siguientes, deberán cambiar su ropa por la de quirófano.

- Área de transición: el área de transición es donde el personal del quirófano o los visitantes se preparan para ingresar en las áreas semirestringidas o restringidas.

En el área de transición se encuentran los vestidores para las personas que deben mudar de ropa. Estas salas contienen áreas de descanso, duchas y armarios para

las pertenencias del personal. Las ropas de quirófano limpias deben estar en un área protegida de la contaminación por líquidos o suciedad, pero cerca de los vestidores. Debe haber disponibles gorros de quirófano y cofias en el mismo lugar en que se hallan la ropa de quirófano, dado que la persona debe colocarse primero el gorro o la cofia antes que la ropa quirúrgica para evitar que caigan cabellos o caspa en la parte superior de la ropa limpia.

- Área semirestringida: solo el personal con uniforme de quirófano puede ingresar en el área semirestringida. Los corredores entre los distintos cuartos del departamento, las áreas de procesamiento de instrumental y los implementos, las áreas de almacenamiento y los closets son áreas semirestringidas.

- Área restringida: son las más limpias del quirófano e incluyen las salas de operaciones, las salas de procesamientos menores y los corredores estériles donde están los esterilizadores rápidos y donde se deja el material estéril. Estas áreas están estrictamente controladas y las puertas deben permanecer cerradas.

POSICIONES QUIRÚRGICAS

OBJETIVO

- Proporcionar un acceso amplio al campo quirúrgico sin añadir riesgos.
- Mejorar la actuación coordinada del equipo quirúrgico

ALCANCE.

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice las Posiciones Quirúrgicas. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

EQUIPO:

- Unidad de cuidado
- Maniquí o persona de cuidado

DESARROLLO

(A) Importancia de la posición quirúrgica

(B) Posiciones quirúrgicas

- 1.- Decúbito dorsal
- 2.- Trendelenburg
- 3.- Trendelenburg invertida/antitrendelenburg
- 4.- Posición Litotomía, Ginecológica o Dorsosacra
- 5.- Mesa de ortopedia
- 6.- Posición de Fowler (semis entado)
- 7.- Decúbito lateral
- 8.- Decúbito ventral

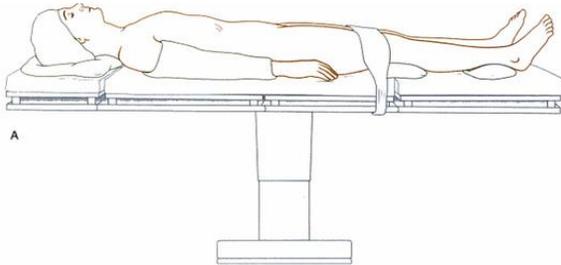
(A) Importancia de la posición quirúrgica

La posición en la que se coloca la persona de cuidado para la operación está determinada por el procedimiento quirúrgico que va a realizarse, tomando en cuenta la vía de acceso del cirujano y la técnica de administración de anestesia, también

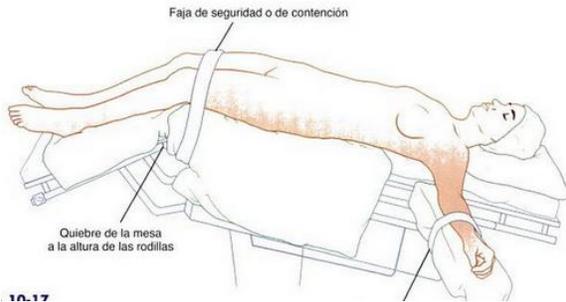
influyen factores como la edad, peso, estatura, estado cardiopulmonar y enfermedades anteriores. Debe ser compatible con las funciones vitales como la respiración y circulación, debe protegerse de lesiones vasculares, nerviosas y tensiones musculares de todo el cuerpo. Es importante tener conocimientos de anatomía y aplicación de principios fisiológicos, al igual que estar familiarizado con el equipo necesario.

(B) Posiciones quirúrgicas

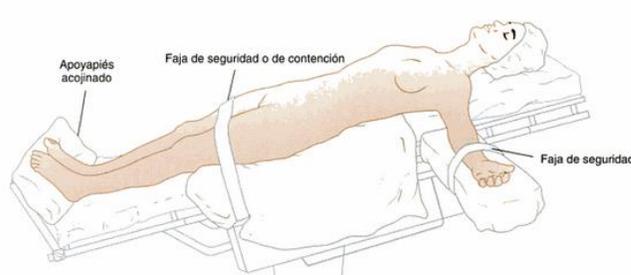
1.- Decúbito Dorsal: también llamada posición supina o boca arriba, se usa para las operaciones de tórax, abdomen y el rostro. Para la cirugía traumatológica u ortopédica y también para la cirugía vascular.



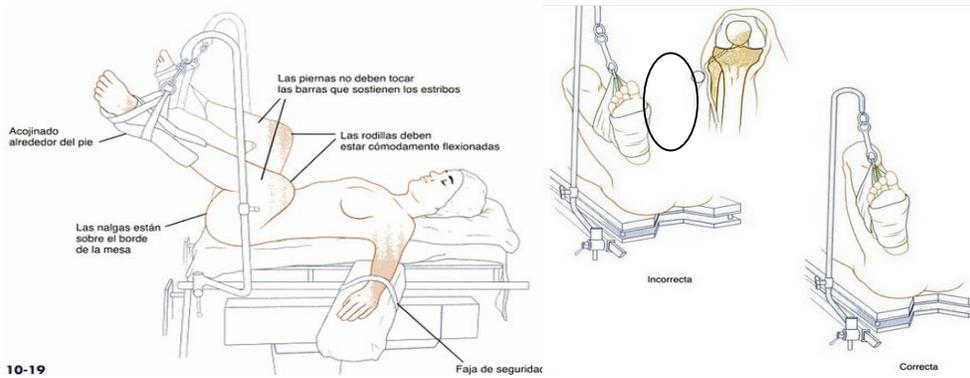
2.- Posición Trendelenburg: esta posición es una variante de la posición Dorsal en la que la mesa de operaciones esta inclinada cabeza abajo. Esta posición permite un mayor acceso a las estructuras del abdomen inferior y la pelvis porque hace que la fuerza de gravedad se lleve los órganos de la cavidad abdominal, como el intestino delgado, el colon y el epiplón, hacia la parte cefálica. Se usa con frecuencia en la cirugía gastrointestinal baja y en la pelviana. Pueden usarse apoya hombros para evitar que el paciente se deslice hacia la cabecera de la mesa, pero son muy peligrosos y pueden lesionar el plexo braquial.



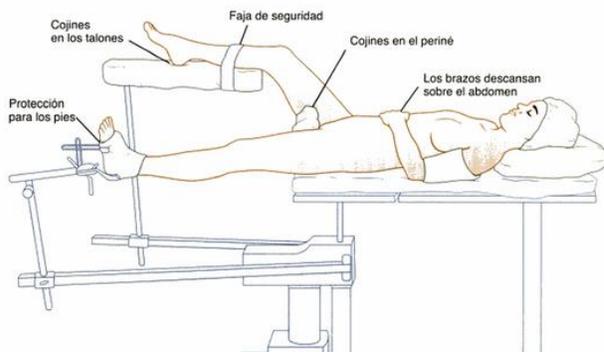
3.- Posición Trendelenburg invertida/ antitrendelenburg: la posición es con los pies hacia abajo, se usa cuando el cirujano necesita tener un acceso irrestricto al abdomen superior, o al esófago inferior. Cuando la mesa de operaciones esta inclinada hacia los pies del paciente, la gravedad lleva los órganos del paciente hacia la parte inferior de la cavidad, lo que permite una buena visualización del diafragma, el orificio del cardias y el esófago.



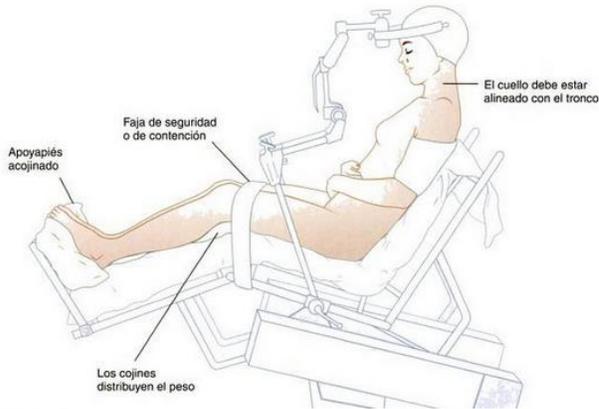
4.- Posición Litotomía, Ginecológica o Dorsosacra: es una posición variante del decúbito dorsal. Los muslos del paciente se abducen y ambas rodillas y caderas se flexionan. Los pies se suspenden con estribos o se pueden usar accesorios. Esta posición se utiliza en procedimientos ginecológicos, obstétricos y genitourinarios. Es necesario poner atención en los puntos de presión ya que puede causar lesiones tisulares graves.



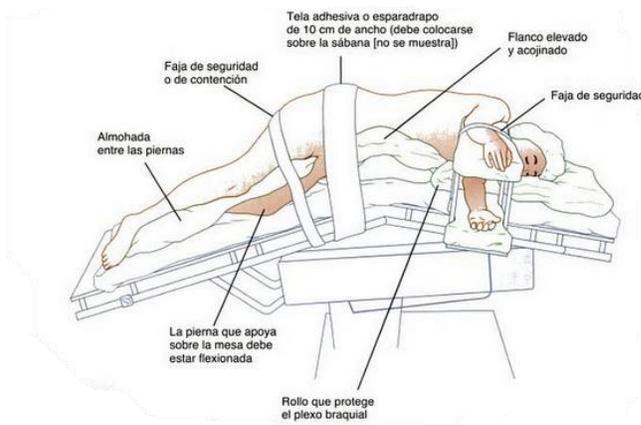
5.- Mesa de ortopedia: la mesa de ortopedia o de fracturas permite colocar al paciente en una posición adecuada para la cirugía de cadera y otros procedimientos de traumatología y ortopedia. Esta mesa permite un acceso circunferencial a la pierna del paciente y a la vez permite ejercer una tracción horizontal durante la cirugía. El paciente está acostado en decúbito dorsal con la pierna lesionada sujeta por un dispositivo similar a una bota. La pierna puede rotarse, fraccionarse o liberarse según lo requiera la operación. La pierna no fracturada descansa sobre un apoyo más elevado.



6.- Posición de Fowler (semisentado): se utiliza a veces para la cirugía facial, craneal o reconstructiva de mama. Esta posición se usa para las operaciones de la parte anterior de la columna. Al colocar al paciente en esta posición, la mesa de operaciones se flexiona la cabeza se coloca para un marco de craneotomía o se estabiliza con un cojín de gel o de gomaespuma redondo.

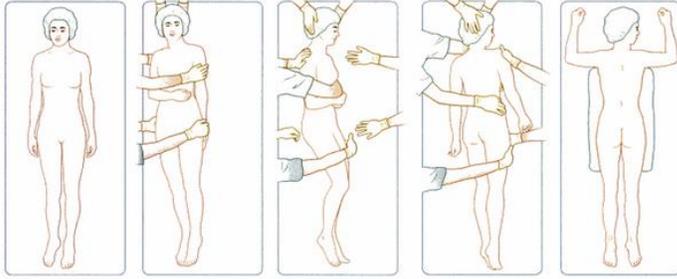


7.- Decúbito lateral: se utiliza para procedimientos renales y para la cirugía cardiorotárica. Al describir el decúbito empleado, el nombre (izquierdo o derecho) es el del costado del cuerpo que se apoya sobre la mesa de operaciones.

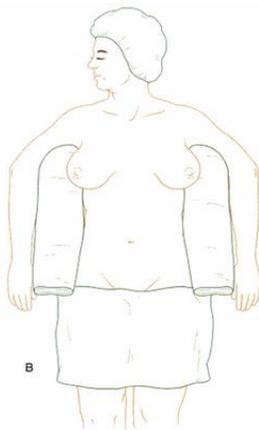


8.- Decúbito ventral: permiten el acceso a la columna, el cráneo y la región perineal. Esta posición puede comprometer mecanismos corporales fisiológicos y estructurales y su uso requiere precaución. Existe el riesgo de lesión para algunos nervios, los ojos, los genitales, las mamas y la columna. En la posición decúbito ventral la parte superior del cuerpo del paciente descansa sobre un marco sobre-elevado o sobre cojines alargados que se colocan a cada lado del tórax.

El paciente se anestesia en posición decúbito dorsal. Después de la posición se posiciona en decúbito ventral. Se necesitan de 4 a 6 personas para rotarlo (como se aprecia en la siguiente ilustración).



Las mamas de las mujeres deben quedar protegidas por cojines o rollos. Controle que no queden comprimidas, en los hombres debe controlarse que los genitales externos no sufran presión que pueda producir una lesión. El tubo endotraqueal y los ojos deben controlarse para estar seguros de no producir alguna lesión.



9.- Posición de kraske: es una modificación de la posición decúbito ventral. El quiebre inferior de la mesa de operaciones se flexiona para lograr una postura con la cabeza y los pies hacia abajo. Esta posición se usa en cirugía anorrectal. Las piernas pueden doblarse un poco o apoyarse sobre cojines para distribuir el peso.

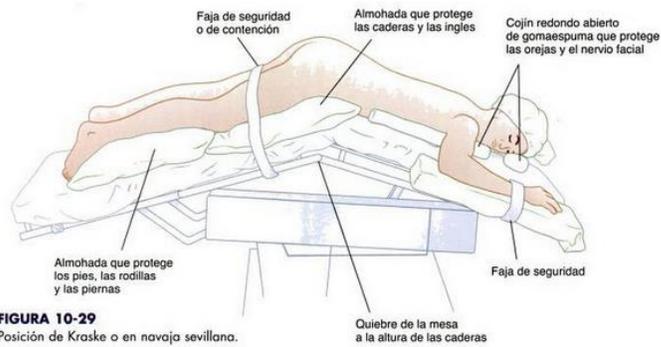


FIGURA 10-29
Posición de Kraske o en navaja sevillana.

LAVADO DE MANOS

El lavado de manos es una práctica relacionada con la tarea (algo que se realiza antes y después de una tarea específica). Requiere un método específico con pasos individuales. Para que sea eficaz, el lavado de las manos debe realizarse con la fricción adecuada, durante un tiempo apropiado y con un agente de lavado efectivo.

Para el lavado de manos y el lavado quirúrgico se utilizan detergentes antisépticos (antisépticos ópticos). Estos reducen el número de colonias bacterianas, y algunos brindan una cierta barrera que inhibe el crecimiento de las bacterias durante un tiempo.

OBJETIVO

Reducir el número de micro-organismos residentes (normales) y transitorios (aquellos transmitidos por contacto directo con una fuente con una fuente contaminada) sobre la piel, hasta un mínimo absoluto

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice Lavado de manos. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

EQUIPO.

Alcohol etílico o isoproílico con emolientes de la piel en forma de espumas

Cepillo quirúrgico desechable

Agua

Dispensadores de pedal

A ¿Qué es el lavado de manos?

El lavado de manos es una práctica relacionada con la tarea (algo que se realiza antes y después de una tarea específica). Requiere un método específico con pasos individuales. Para que sea eficaz, el lavado de las manos debe realizarse con la fricción adecuada, durante un tiempo apropiado y con un agente de lavado efectivo.

Para el lavado de manos y el lavado quirúrgico se utilizan detergentes antisépticos (antisépticos ópticos). Estos reducen el número de colonias bacterianas, y algunos brindan una cierta barrera que inhibe el crecimiento de las bacterias durante un tiempo.

B Cuando lavarse las manos

- Siempre que las manos estén visiblemente sucias.
- Antes del lavado quirúrgico y al terminar la operación.
- Antes de entrar en contacto con los envoltorios estériles.
- Antes y después de cualquier contacto con un paciente.
- Entre contactos con áreas potencialmente contaminadas del mismo paciente.
- Inmediatamente después de un contacto con sangre o líquidos corporales, sin importar si se usaron guantes en el momento del contacto.
- Antes y después de comer.
- Después de la higiene personal.
- Después de ir al baño.
- Antes de comenzar el día laboral y al finalizarlo.

C Procedimiento de lavado de manos clínico

Antes de realizar el procedimiento, debe quitarse toda joya y alhaja de las manos y los dedos. El procedimiento es de la siguiente manera:



D Antisepsia de las manos.

Es la aplicación de un antiséptico aplicado a todas las superficies de las manos y los dedos, por 30 a 20 segundos. Actualmente se dispone de combinaciones de alcohol etílico o isopropílico con emolientes de la piel en forma de espumas o cremas para su uso en el entorno sanitario. Cuando se los usa correctamente, estos productos destruyen tanto las bacterias gramnegativas como las grampositivas a todos los niveles.

E Lavado de manos quirúrgico.

El objetivo del lavado quirúrgico es reducir el número de micro-organismos residentes (normales) y transitorios (aquellos transmitidos por contacto directo con una fuente con una fuente contaminada) sobre la piel, hasta un mínimo absoluto. Si no se usan cepillos desechables sino reutilizables, deben esterilizarse. Durante el

lavado evite cepillarse con demasiada fuerza. La irritación continua de la piel aumenta la posibilidad de colonización tanto de la flora residente como de la transitoria en las manos y los antebrazos.

F Técnica de lavado de manos quirúrgico

Se realiza con esponjas estériles descartables, una combinación de esponjas y cepillos, o con cepillo estéril no desechable, combinación de esponjas y cepillos, o con un cepillo estéril no desechable. La esponja desechable está impregnada con un antiséptico y pre empacado.



Pasos del lavado quirúrgico,

1- Cuando esté por lavarse asegúrese de que la chaqueta de la ropa de quirófano este metida en los pantalones o que está lo suficientemente ajustada al cuerpo como para que no se moje, recuerde ajustarse las mascara y el escudo facial o los protectores oculares antes de comenzar a lavarse.

2- Realice el lavado de manos y antebrazos de manera sistematizada, con jabón antiséptico de acuerdo con la política institucional. Séquese las manos y los antebrazos cuidadosamente.

3- Desenvuelva un cepillo y el limpiaúñas. Sostenga el cepillo en una mano mientras limpia con esmero el área debajo de la uña de cada dedo bajo el chorro de agua. Deseche el limpia uñas.

4- Humedezca la esponja con jabón antiséptico, haga espuma y comience el lavado de las uñas. Este atento a todas las superficies de los dedos, , manos y antebrazos mientras se lava. Si usa el método del recuento, cepille las uñas 30 veces.

5- Lave cada lado de cada dedo y la mano por separado. Cada dedo tiene 4 caras. Lave cada una de ellas individualmente, primero en una mano y después la otra.



6- Siga con el antebrazo (20 veces en cada 1 de las 4 caras) y luego con el otro sin volver a las áreas ya lavadas. Extienda el lavado hasta 5 cm por encima del codo.



7- No permita que la mano o el antebrazo ya lavados contacten con ninguna parte del lavabo, el grifo o la ropa. Evite salpicar agua sobre su atuendo. No debe colocarse una bata húmeda sobre el pijama de quirófano debido al riesgo de contaminación por penetración.

8- Mantenga las manos siempre por encima de la línea de los codos. Una vez completado el lavado enjuáguese las manos y los antebrazos pasándolos por encima del chorro de agua corriente. Mantenga los codos flexionados. No mueva demasiadas veces los antebrazos bajo el chorro de agua. Trate de eliminar todo el jabón residual porque allí pueden quedar restos residuales y dificultar también la colocación de guantes.



9- Diríjase a la sala de operaciones. Ingrese empujando la puerta con la espalda y mantenga los codos flexionados. Séquese, coloque la bata y los guantes. Asegúrese de que las manos están bien secas, porque es difícil colocarse los guantes si están húmedas y la humedad es terreno propicio para las bacterias.

PROCEDIMIENTO 04.SUTURAS

La sutura es la técnica destinada a favorecer la cicatrización de las heridas mediante el cosido quirúrgico de sus bordes o extremos, con el objetivo de mantenerlos unidos y disminuir la lesión entre ellos.

OBJETIVO

- Reposicionar los tejidos en su lugar original o colocarlos en alguna otra posición deseada.
- Conseguir la coaptación de los bordes de la herida de forma precisa y atraumática.

- Eliminar espacios muertos.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice Las suturas. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO

- Diferentes tipos de sutura
- Antiséptico
- Pinza
- Gasas
- Riñón

A Definición

La sutura es la técnica destinada a favorecer la cicatrización de las heridas mediante el cosido quirúrgico de sus bordes o extremos, con el objetivo de mantenerlos unidos y disminuir la lesión entre ellos.

B Cualidades de una sutura ideal

- Tener una elevada resistencia a la tracción
- Ser fácilmente manipulable
- Permitir un anudado fácil y seguro
- Ser de pequeño calibre.
- No provocar una reacción hística ni precipitaciones.
- No ser toxica ni provocar alergia (ni la sutura ni sus productos de degradación).
- Tener una superficie que dificulte la adherencia de bacterias y tejidos.
- Mantener sus propiedades el tiempo necesario.
- Ser de bajo coste económico
- Tener características que cumplan los estándares establecido.

C Clasificación de los materiales de sutura

El material de sutura se clasifica según múltiples características, composición, estructura, utilidad, etc. La clasificación de los materiales de sutura más utilizada actualmente es la que los divide en: absorbibles y no absorbibles:

1. Materiales absorbibles:

- Naturales: catgut simple (absorción: 10 días) , y catgut cromado (absorción 20 días)
- Sintéticos: pueden ser trenzados, como el Poliglactil 910 (Vicryl) (absorción: 90 días) o el Ácido poliglicólico (Dexon) (absorción: 90 días) o monofilamento, como la Polidioxanona (PDS II) (absorción: 180 días).

2. Materiales no absorbibles:

- Vegetales: algodón y lino
- Animales: seda (trenzada)
- Minerales: acero inoxidable (agafes), alambre, titanio
- Sintéticos: nailon (Ethilon) y polipropileno (prolene), ambos monofilamento.



Además de su diferenciación según los materiales utilizados, en la práctica las técnicas de sutura pueden clasificarse de distintas formas:

- Según su localización: profundos (no extraíbles) o superficiales (extraíbles).
- Según los planos: sutura por planos o sutura en masa.
- Según el grado de oclusión de la herida: totales o parciales.
- Según su continuidad: continuas o discontinuas.

D Técnicas de suturas más frecuentes

Suturas superficiales.

Pueden realizarse con hilos no reabsorbibles o grapas (también denominadas agrafes) que se retiran tras la cicatrización. Son suficientes para el cierre de la mayoría de las heridas tratadas en atención primaria.

- Sutura discontinua simple.

Es la sutura básica en el cierre de la piel, en particular atención primaria. Con ella es posible graduar la tensión en cada punto. Esta indicado en heridas de trayectoria múltiple (estrellas) o en las que la incisión cambia de dirección. La disposición de los puntos varía según las características de la herida, la experiencia profesional que los realiza, etc.

Como regla general, la distancia entre ellos será la misma que entre el punto de entrada y el de salida de la aguja y la profundidad que cala la aguja.

Se procurara que los nudos no coincidan en el centro de la herida, sino que queden en los lados, para no dificultar la cicatrización.

Debe comenzarse a suturar por el centro de la herida e ir poniendo cada punto de los restantes equidistante entre el anterior y el extremo (técnica de las mitades) (figura 1); así se evita el riesgo de deslizamiento de un labio de la herida hacia uno de los lados y la formación de la denominada –oreja de perro- que puede producirse si se comienza por uno de los extremos.

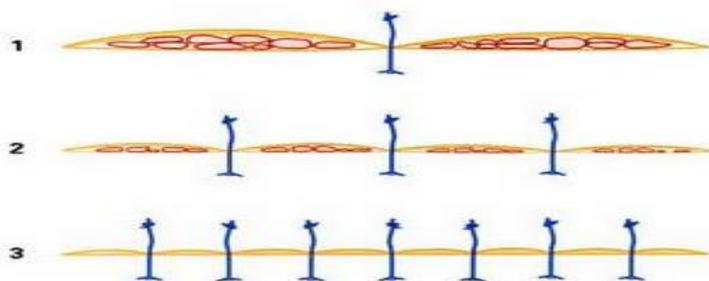


Figura 1

Si dentro de la cicatriz hubiese acumulación de fluidos, por infección u otras causas, este tipo de sutura permite retirar parte de los puntos para favorecer su drenaje. (En la figura 2 se ilustra en detalle la técnica de sutura discontinua simple).

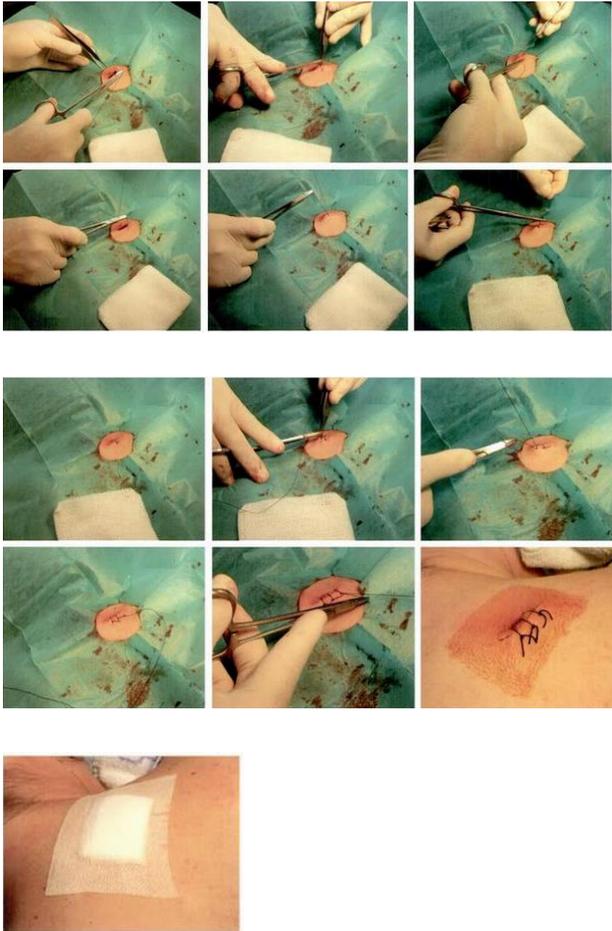


Figura 2

- Sutura de colchonero vertical.

Se utiliza cuando la sutura debe resistir cierta tensión o cuando la herida tiende a la inversión de sus bordes, ya que produce una adecuada eversión final. Debe realizarse primero el trayecto profundo de la sutura con el punto de entrada y de salida, aproximadamente, a 7-8 mm de los bordes de la herida. Las punciones de retorno se realizan a 1-2 mm de estos bordes. Permite una sola operación cerrar varios planos.

Esta sutura solo se usa en zonas de cierta tensión, donde además la exigencia estética no sea muy elevada y puede llegar a causar ligera isquemia (Ejemplo figura 3).

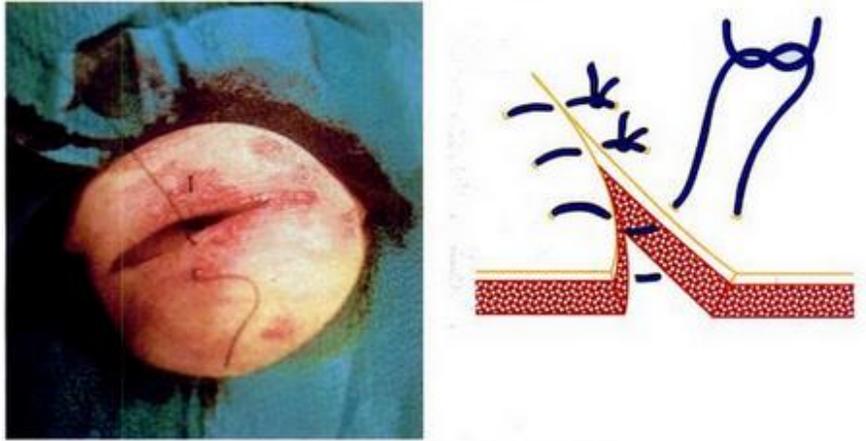


Figura 3

- Sutura de colchonero horizontal, en "U" o de Lanfranchi.

Es una variante de la anterior, más utilizada, pero provoca aún más isquemia (puede llegar a necrosar los bordes), por lo que siempre que no sea imprescindible debe evitarse su uso.

Las indicaciones pueden señalarse en las palmas de las manos y las plantas de los pies (donde la tensión es elevada y la vascularización es abundante), en las que con esta técnica se consigue una eversión correcta. (Ejemplo Figura 4)

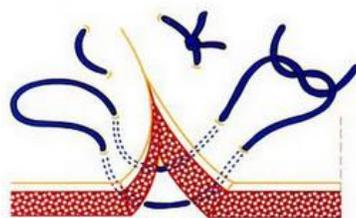


Figura 4

- Sutura de colchonero horizontal semioculta.

Este tipo de sutura está indicado especialmente en las heridas que exista compromiso vascular de la piel, como los colgajos de las heridas en forma de “V” o de “T”. La incisión se empieza con la aguja desde la superficie del borde de piel sana, insertando el colgajo lateralmente por su grosor de forma que la sutura quedara oculta en él. (Figura 5).

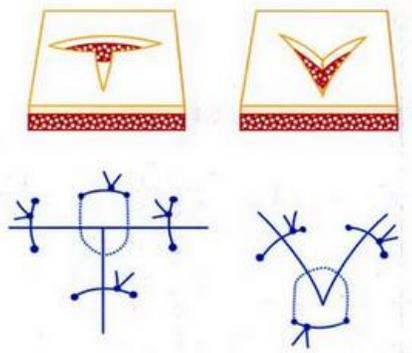


Figura 5

- Grapas cutáneas o grafes.

Es un sistema de realización rápida que produce una buena eversión de los bordes sin estrangular la herida. Las grapas penetran primer en la piel y posteriormente se cierran sobre si mismas adquiriendo su forma. Fijan y aprietan los bordes y producen una adecuada eversión de ellos. (Figura 6)



VESTIDO, ENGUANTADO Y RETIRO DE BATA Y GUANTES

OBJETIVO

- Consiste en crear una barrera que permita al equipo quirúrgico la formación de un área estéril que evite la contaminación de la herida quirúrgica.
- Impedir la diseminación de microorganismos patógenos al paciente
- Proporcionar seguridad y protección al personal en el manejo de pacientes infectocontagiosos

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice Vestido, enguantado y retiro de bata y guantes. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO.

Uniforme quirúrgico

Bulto de ropa quirúrgica (Bata quirúrgica)

Guantes

Mesa de riñón

DESARROLLO

A Bata quirúrgica

Todo el personal estéril debe usar bata. Debe colocarse inmediatamente antes de comenzar la cirugía y cambiarse durante la operación si está empapada de sangre u otros líquidos corporales. Existen muchos tipos de batas, pero el más común envuelve el cuerpo y está diseñado para cubrir tanto el frente como la espalda. Sin embargo, la espalda debe considerarse sucia, ya que la persona no puede verla.

El instrumentista se coloca la bata estéril inmediatamente después de secarse las manos. Al ponérsela, considere que esta prenda tiene dos superficies: una interna, que entrará en contacto con el pijama y la piel de las manos y los antebrazos, y una externa, que se considerará estéril solo desde la cintura hasta la línea de las axilas y desde las manos hasta los codos.

Las batas quirúrgicas se doblan antes de envolverse de manera que la superficie interna quede hacia afuera (dobladas “al revés”).

Esto le permite al instrumentista tomar el lado que se le presenta con las manos desnudas, dado que esta superficie será el lado no estéril. No tome la bata por el cuello, porque podría contaminar la parte anterior (estéril).

B Procedimiento para el secado de manos y brazos con técnica adecuada

1- Después de pasar del lavabo a la sala de operaciones, acérquese a la mesa donde están la bata y los guantes.

2- Retire la toalla tomándola solo del borde, y sepárela de la bata y los guantes. No dude, porque el agua puede gotear de las manos hacia la bata o los guantes, con lo que quedarán contaminados.

3- Despliegue la toalla de manera que su lado más largo cuelgue entre sus manos. Inclínese un poco para que la toalla no toque el pijama. Use un extremo de la toalla para secarse la mano y el antebrazo derechos y el otro extremo para los izquierdos.

6- Seque la piel desde la mano, la muñeca y el antebrazo sin volver al área ya secada

5- mantenga la toalla frente a usted para poder verla. Después de secar una mano y un antebrazo con un extremo, comience a secar una mano y un antebrazo con un extremo, comience a secar la otra mano colocando la mano húmeda en el otro extremo de la toalla.

6- Seque la otra mano y el otro antebrazo empleando la misma técnica de secado que usó con la primera. Cuando termine, deje caer la toalla en el recipiente adecuado. Luego colóquese la bata.



C Como colocarse la bata (vestirse) uno mismo

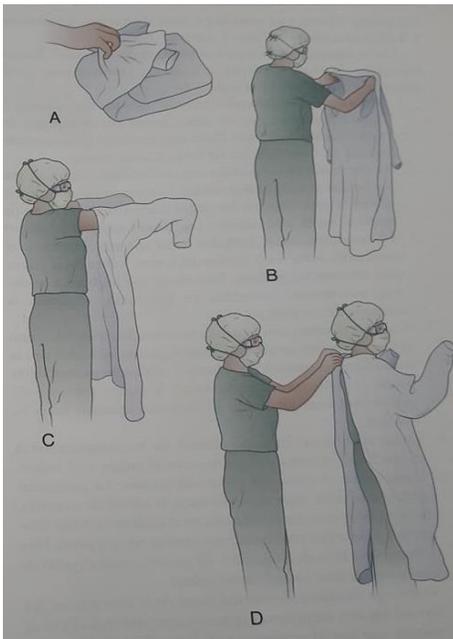
Al colocarse la bata, siga las siguientes recomendaciones

1- Después de secarse las manos y los antebrazos, tome la bata por debajo del cuello y retírela de la mesa levantándola sin tocar nada más con las manos. Recuerde: la parte interna de la bata mira hacia afuera.

2- Aléjese de la mesa y despliegue la bata. No toque la superficie externa.

3- Sin bajar la bata, busque los orificios de las mangas e introduzca las manos y los antebrazos. Avance las manos en las mangas, empujando hacia adentro horizontalmente desde los hombros (no por encima de la cabeza) hasta llegar a unos 2.5 centímetros del puño de la manga.

4- En este momento el circulante anudará las tiras del cuello y el interior de la bata y le ayudara a cubrir la espalda. Colóquese los guantes usando la técnica “cerrada”.



D Características de los guantes

Las consideraciones que suelen tenerse en cuenta al elegir los guantes son el tipo de material (la alergia al látex es una preocupación común), su resistencia, su grosor

y su costo. La sensación táctil es importante, más aun en especialidades que requieren el uso de instrumental delicado y en las que se manipulan tejidos frágiles.

E Enguantado doble

El uso de 2 guantes (doble enguantado) ha demostrado ser efectivo para reducir el riesgo de “fallo de guante”, que aumenta con la prolongación del tiempo quirúrgico y cuando se manipulan más tejidos y material. Las pinchaduras de los guantes se asocian con transmisión de patógenos por sangre a trabajadores sanitarios y con la contaminación microbiana del sitio quirúrgico. Los CDC y la AORN (Nursing Infection Control Education Network) recomiendan actualmente el

uso del doble enguantado en todos los procedimientos invasivos. No hay reglas que determinen el tamaño de los guantes en estos casos. El guante exterior puede ser un talle más grande, más pequeño o del mismo tamaño

F Colocación de los guantes o enguantado “cerrado”

Esta técnica se emplea cuando una persona está usando la bata estéril. Es el método más eficaz para evitar el contacto de la piel con la parte externa de los guantes. Cuando aprende la técnica cerrada, piense que los guantes tienen 2 caras o superficies: la interna y la externa. Antes de tocarlos, ambas caras de los guantes, la cara *interna* no se considera estéril.

1- Comience el enguantado “cerrado” después de colocarse la bata. No permita que los dedos salgan por el extremo del puño elástico de la bata. Debe manipular los guantes estériles con las manos dentro de los puños de la bata.

2- El envoltorio de los guantes está doblado de manera tal que los bordes se juntan en el medio. Los guantes están orientados en la envoltura con los dedos hacia arriba y el puño (la muñeca) en el lado inferior. Los bordes superior e inferior del envoltorio están doblados hacia adentro. Para abrir el envoltorio, tome los 2 bordes del centro

y abra hacia afuera para exponer los guantes. Para evitar que los bordes se cierren nuevamente, eviertalos un poco; esto eliminará la memoria de los pliegues.

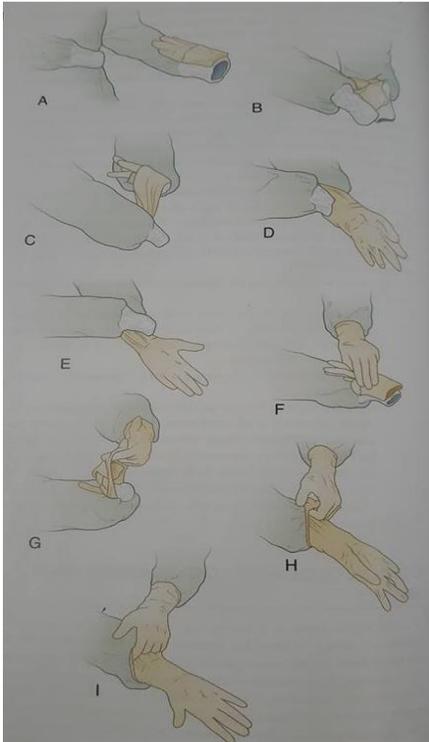
3- Coloque la mano con la palma mirando hacia arriba, como si fuera a recibir un objeto. Tome el guante izquierdo con la mano derecha (dentro de la bata) y colóquelo palma contra palma y puño contra puño sobre la mano izquierda. El guante está bien orientado si los dedos apuntan hacia su muñeca.

4- Desde el interior del puño elástico de la manga izquierda enganche el extremo del guante con el pulgar y el índice. Luego tome el resto del puño del guante. La palma del guante aún debe estar mirando hacia la palma de su mano. Si no es así, puede tener dificultades al deslizar la mano dentro del guante. Para corregir esta falta de alineación del guante, tome el puño de este y reorientelo, *palma contra palma*.

5- Mantenga los dedos dentro del puño de la bata a unos 2.5 cm del borde y asegúrese de que el pulgar esté más allá de la costura que une la manga con el puño elástico. Esto evita otro problema común, que aparece cuando la mano izquierda se vuelve a meter por la manga de la bata.

6- Tire el guante para que la mano entre en él. Tome el puño del guante izquierdo y avance la mano dentro del guante.

7- Repita los mismos pasos con la otra mano. Después de colocarse los guantes, verifique en ambas manos la ausencia de signos de pinchado o roturas si se observa un defecto, el circulante retira el guante y se repite el enguantado de esa mano.



G Colocación de guantes o enguantado “abierto”

La técnica se usa durante un procedimiento estéril que no requiera un bata estéril, como en la preparación del paciente, un procedimiento menor en la piel, la colocación de un catéter o cuando un miembro estéril del grupo cambia sus guantes sin cambiarse la bata. En general no se realiza previamente el lavado quirúrgico de las manos; sin embargo, las manos siempre deben estar limpias.

Al enguantarse considere que los guantes tienen 2 caras: la interna y la externa. Recuerde que cada guante tiene el puño doblado y expone la cara *interna*. Esta cara se considera una superficie no estéril, que aunque este estéril hasta el momento en que usted lo toca. Una vez colocado el guante, la superficie externa seguirá siendo estéril. El envoltorio se considera estéril hasta 2.5 cm de los bordes.

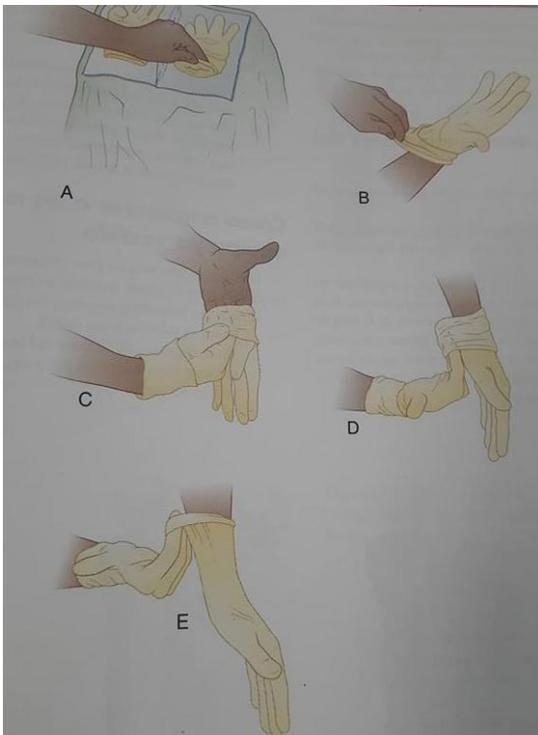
H Técnica de enguantado “abierto”

1- Abra el envoltorio externo no estéril y coloque el empaque interno estéril sobre una superficie limpia y seca.

2- Tome los bordes del envoltorio con las manos desnudas y exponga los guantes. Antes de dejar el envoltorio asegúrese de que quede abierto. Las palmas de los guantes deben mirar hacia arriba, con los pulgares hacia afuera.

3- Tome el puño doblado hacia afuera del guante derecho con los dedos de la mano izquierda. No toque el envoltorio ni el exterior del guante. Levante el guante e introduzca en el la mano derecha con la palma hacia arriba, orientada hacia la palma del guante. Deje el puño del guante dado vuelta hasta enguantarse la otra mano.

4- Para asegurarse la mano izquierda, deslice los dedos de la derecha (enguantada y estéril) por debajo del puño doblado hacia afuera del guante izquierdo. Esto pone su mano derecha (estéril) en contacto con la superficie exterior (estéril) del guante izquierdo. Mantenga la palma hacia arriba mientras desliza la mano izquierda dentro del guante. Puede dar vuelta el puño del guante con cuidado, pero no permita que la mano enguantada toque la piel desnuda.



I Como vestir y enguantar a otros miembros del equipo

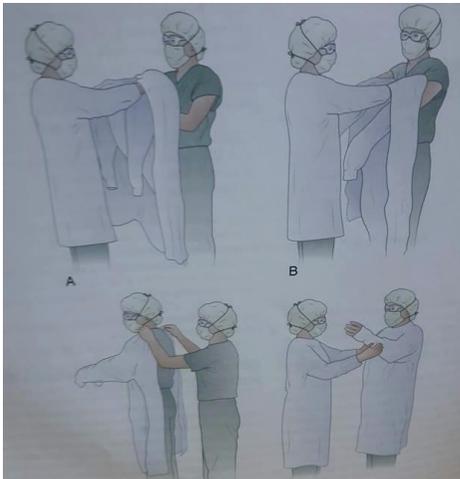
Una vez que el instrumentista ha organizado el material estéril y el instrumental, los demás miembros del equipo quirúrgico ingresan en la sala de operaciones desde el lavabo. Vestir y enguantar a los demás miembros del equipo precede a cualquier actividad y es tanto una tradición como una parte necesaria de la rutina quirúrgica. Durante la colocación de la bata y de los guantes, el cirujano saluda al instrumentista, el circulante y al anestesista y puede presentar a los otros miembros del equipo. Este momento permite la presentación formal del equipo quirúrgico y la confirmación de lo que se hará, antes de comenzar la cirugía. En este momento el cirujano también especifica la necesidad de algún equipo o instrumental especial. Cuando los miembros estériles del equipo quirúrgico entran en la sala de operaciones el instrumentista le entrega una toalla al cirujano principal y luego a los demás miembros.

J Como vestir a los demás miembros del equipo

1- Cuando un miembro del equipo llega entréguele la toalla estéril de manera que el lado largo caiga entre las manos de quien la recibe.

2- Tome la bata doblada, aléjese de cualquier superficie no estéril y despliéguele. Preserve sus manos enguantadas de la contaminación, colocándolas bajo los hombros de la bata de manera que la cara externa (la parte que permanecerá estéril) mire hacia usted. Ofrezca la bata de modo que la persona que usted está vistiendo pueda introducir fácilmente las manos dentro de las mangas.

3- Una vez que la persona ha dado un paso hacia adelante e introducido las manos en las mangas, empuje la bata hacia los hombros y apóyela sobre ellos, aléjese y tome los guantes.



4- Póngale el guante al miembro del equipo. (Ver en el apartado **k**).

5- El circulante debe ajustar el cierre del cuello y anudar las tiras posteriores del lado interno de la bata (superficie no estéril)

6- Una vez que el cirujano tiene los guantes colocados, tome una de las tiras externas estériles de la bata mientras él gira para cerrar la parte posterior. Por último, entréguele la tira para que pueda anudarla en la parte delantera.

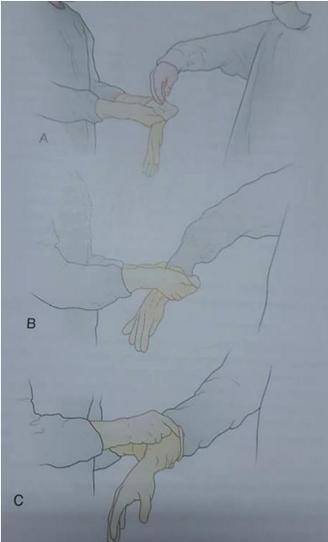
K Como enguantar a un miembro del equipo ya vestido.

1- Abra el paquete y disponga los guantes y el envoltorio cerca de usted sobre la mesa estéril.

2- Tome el guante por debajo del puño y estire la apertura para la mano pero mantenga sus pulgares lejos del guante o bien debajo del puño.

3- Oriente el guante de manera que la palma mire hacia la persona que está enguantando. Ofrezca primero el guante derecho y luego el izquierdo.

4- Asegúrese de que el miembro del equipo introduzca su mano dentro del guante con los dedos apuntando hacia abajo. Haga que el puño se desenrolle suavemente. Repita el procedimiento con el otro guante.



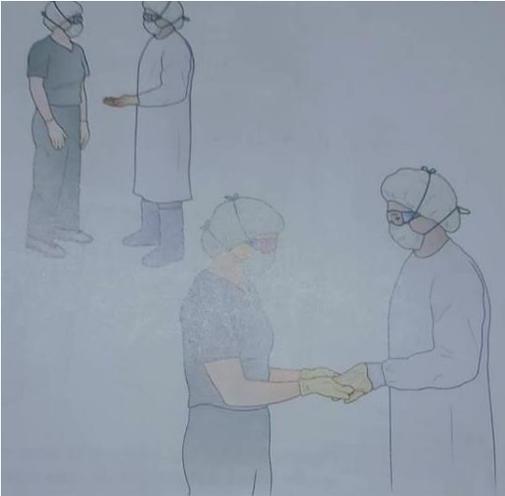
M Como quitarse la bata

1- Tome la bata por los hombros, liberando o rompiendo las tiras y tire las mangas hacia abajo. Esto enrollara la bata y la dará vuelta a medida que se deslice hacia sus manos.

2- El circulante (usando guantes no estériles) toma el guante contaminado por debajo de la muñeca y lo retira.

3- recuerde que el puño de la bata no se considera estéril una vez retirado el guante. No debe entrar en contacto con la superficie exterior del guante de reemplazo nuevo,

5- Si es el instrumentista el que tiene contaminado el guante, debe reemplazar su propio guante externo con la técnica abierta, o puede colocar un segundo guante sobre el que está contaminado hasta que sea conveniente reemplazarlo.



M Como quitarse la bata

1- Tome la bata por los hombros, liberando o rompiendo las tiras, y tire las mangas hacia abajo. Esto enrollara la bata y la dará vuelta a medida que se deslice hacia sus manos.

2- Enrolle la bata de manera que la parte externa (contaminada) quede del lado de adentro del rollo.

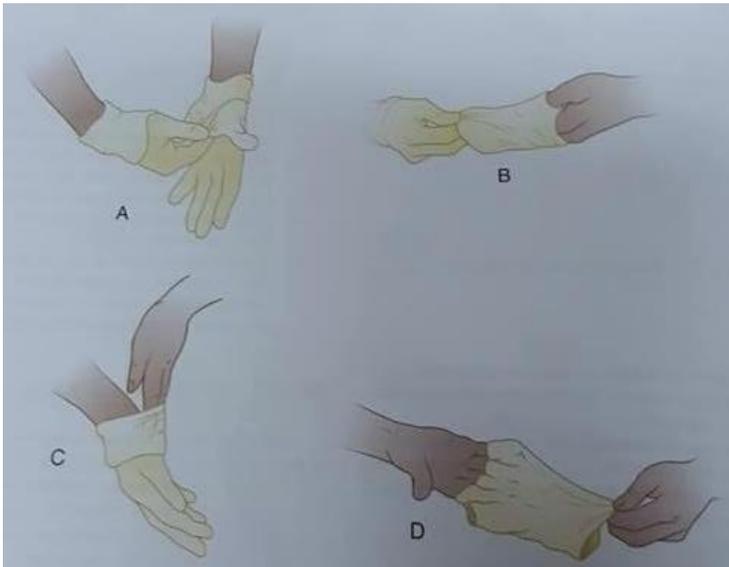
3- Deseche la bata en una bolsa de desperdicios peligrosos dispuesta para tal final.



Los guantes deben quitarse después de la bata.

1- Tome uno de los guantes por la parte externa de la muñeca con la otra mano (enguantada)

2- Tire del guante. Al retirarlo de la mano, el guante quedara dado de vuelta.



Instrucciones y sugerencias para la enfermería instrumentista

1. Realizar el trabajo con ética.
2. Ser puntual siempre, para evitarse presiones, prisas y algunos otros posibles problemas.
3. Cumplir estrictamente las indicaciones de prevención e higiene para su protección y beneficio personal.

4. Notificar oportunamente si por razones de causa mayor no asistirá a su práctica de laboratorio informar también en el caso de licencias e incapacidades.
5. El arreglo personal es muy importante y para sentirse segura, desde el inicio de labores portar correctamente y completo el uniforme quirúrgico. Si usa anteojos, debe limpiarlos y ajustarlos, para que al instrumentar no tenga problemas con el empañado y el movimiento.
6. Satisfacer las necesidades fisiológicas. Esto es muy importante, ya que la estadía durante el cuidado humano del adulto en etapa quirúrgica, puede prolongarse.
7. Hacer la revisión y el equipamiento del laboratorio del cuidado humano del adulto en etapa quirúrgica dando solución a faltantes, desperfectos o irregularidades detectadas. Si el arreglo no es fácil y se complica, entonces deberá informarlo a su jefa o superior.
8. Abastecer la sala de todo lo necesario, hacer notas o apuntes y tomar su tiempo, le evitara prisas, errores y olvidos.
9. El faltante de algún material o equipo especial de instrumentos también debe darse a conocer oportunamente, antes de programar la cirugía o al menos antes de que la persona a intervenir sea llevado a la sala de operaciones.
10. Una vez que se reúne todo lo necesario para realizar el procedimiento quirúrgico, es conveniente abrir los equipos solo cuando la persona de cuidado ya está instalada en la mesa de operaciones y el camillero ha salido de la sala. Esto disminuye tiempo de exposición de instrumentos y materiales.
11. Tener muy presente que todo el equipo (de personas) es una potencial fuente de contaminación e infección para las personas de cuidado y viceversa, de tal manera que sólo con la ejecución de técnicas depuradas se protegerán mutuamente.
12. La lectura del expediente de la persona de cuidado antes de que éste llegue a la sala de operaciones, es obligada, pero si por algún motivo no lo hizo

- puede hacerlo, aunque su persona de cuidado ya esté en la mesa de operaciones; lo importante es que esté informada acerca de la cirugía.
13. Permitirse un poco de tiempo para saludar y conocer a su persona de cuidado. Él es lo más importante en su trabajo, y estar informada evitará confusiones en el diagnóstico o en la operación, y sabrá contestar, corregir o corroborar cualquier dato.
 14. No inicia el trabajo si antes no ha platicado con el cirujano acerca de las necesidades de instrumental y material, especialmente si la cirugía es nueva o no conoce al cirujano, o bien, si tiene dudas acerca del diagnóstico.
 15. Comentar con la enfermera circulante sobre los pendientes y necesidades de último momento.
 16. Tanto la enfermera instrumentista como la circulante deben asegurarse de que todos los equipos de instrumentos, ropa y los paquetes de materiales tienen la cinta testigo quemada. Los equipos de testigo dudoso deben desecharse.
 - 17. Con toda seguridad considere contaminados los equipos de ropa, de instrumentos y cualquier otro paquete que este húmedo, los que tengan la fecha de esterilización vencida, así como los que muestren señales de haber sido abiertos o que sus empaques estén muy flojos.**
 18. No se consideran estériles los bordes de los recipientes que contienen material estéril, ni la orilla o borde de sus tapaderas, por lo que al sacar los artículos no se debe tener contacto con estas superficies y al destapar, los recipientes, las tapas de los mismos deben quedar bocarriba.
 19. Antes de empezar el lavado quirúrgico de sus manos, verifique que tiene todo lo necesario para el inicio de la cirugía; esto le evitará tiempos perdidos y habrá fluido su trabajo.
 20. Así como usted es muy importante para el cirujano, la enfermera circulante lo es para usted, ya que todo el equipo quirúrgico se apoya en ella.
 21. Al instrumentar deberá permanecer de pie y colóquese lo más cerca posible del cirujano, para ver y saber lo que está haciendo.

22. En algunos procedimientos es necesario que el cirujano opere sentado, una posición altamente riesgosa para mantener la cadena de esterilización, por lo que la enfermera instrumentista vigilará cada movimiento del personal y de sí misma.
23. Practique la colocación de hojas de bisturí. Puede aprender a colocarlas con la mano o con pinza hemostática, debe ser muy cuidadoso para no sufrir accidentes.
24. El cirujano coloca las pinzas erinas para sujetar la ropa estéril en el momento de cubrir al paciente, estas pinzas se consideran contaminadas y no se removerán hasta terminar la cirugía.
25. El primer bisturí se considera contaminado, y una vez que se ha usado se coloca en el área de retorno y no se vuelve a utilizar.
26. El tiempo séptico de la cirugía deberá ser estrictamente cumplido, con los cambios necesarios en instrumental, ropa y accesorios.
27. Realice el movimiento de las manos con delicadeza, maneje con destreza el instrumental y proporciónelo de manera oportuna y segura.
28. Si se presenta una seria discusión o enojo entre el cirujano y ayudantes o residentes, las enfermeras mantendrán la calma y, en lo posible, neutralizarán la situación, pero lo más conveniente es guardar silencio y eficientar el trabajo.
29. En el transcurso de la cirugía debe estar atenta y observar el trabajo del cirujano, para adelantarse a sus peticiones.
30. Si la persona de cuidado evacua el intestino o la vejiga durante la cirugía, se avisará a la jefa para considerar la sala como contaminada y, al finalizar la cirugía, se hará lo pertinente para su descontaminación.
31. Cuide a sus compañeros estudiantes, docentes que transita por el área, ya que sin darse cuenta, también le pueden contaminar las esquinas u orillas de las mesas; los procedimientos se realizan mientras usted está vistiendo y acomodando sus mesas, vigile celosamente su campo operativo.

32. Al ofrecer el bisturí asegúrese de presentarlo con el filo hacia abajo, sin movimiento sonoro a la palma del cirujano y asegúrese de que el bisturí ha sido tomado.
33. Mantener limpio y libre de humedad el campo quirúrgico (disminuyen los riesgos de infección y contaminación).
34. Al arrojar el material que se desecha debe lanzarlas dentro de las cubetas, participando así en el mantenimiento del orden y limpieza de la sala.
35. Mantener instrumentos libres de sangre, limpiándolos constantemente con una gasa húmeda, y cambiarla cada vez que sea necesario.
36. Tratar con gentileza el instrumental; los instrumentos de corte alejarlos del resto; al igual que los muy pesados separarlos de los más delicados o frágiles.
37. No permitir que los instrumentos “descansen” sobre los muslos, tórax o piernas de la persona de cuidado.
38. Evitar que los usuarios se apoyen o descansen sobre el cuerpo de la persona de cuidado
39. Evitar hasta donde sea posible, la humedad excesiva en el campo operatorio y, cuando lo crea conveniente, ofrezca al cirujano campos secos o sabanas simples, a fin de aislar la humedad.
40. Hable en voz baja, pero audible.
41. Mantenga al mínimo necesario el desplazamiento del personal dentro de la sala.
42. Cuando el cirujano o alguno de sus ayudantes estén sudando muy profusamente, comuníquelo a la enfermera circulante para que les seque el sudor, ya que si las gotas caen en el campo operatorio lo contaminan.
43. Considere estéril solo lo que está encima de las mesas de trabajo; cuando algún artículo cae debajo de éstas, se debe considerar contaminado y desecharse.
44. Al vestir a la persona de cuidado, así como las mesas de instrumentos y materiales, evite sacudir las sabanas y hacer movimientos bruscos.

45. Al vestir sus mesas de trabajo tome en cuenta la distancia entre éstas y las paredes de la sala, ya que si están muy cerca de éstas y puede contaminar las sabanas al intentar cubrir las mesas.
46. Nunca humedecer las suturas absorbibles porque esto afecta su fuerza de tensión.
47. Humedecer siempre las suturas de seda o algodón tensionándolas o estirándolas por los extremos, humedecer también antes de ofrecer al cirujano: cintillas umbilicales, drenaje de Penrose y cotonoides.
48. Al ofrecer la sutura de seda libre, la enfermera debe sostenerla entre sus manos, por los extremos, y presentar libre la parte del centro para que el cirujano la tome.
49. "Montada" o "montado" es un término de uso frecuente en la Unidad Quirúrgica (UQ) y se refiere a los materiales de curación como torundas, gasas, Penrose y seda libre, prensados en pinzas de anillos, de Lahey o de Allis, y de esta manera se le ofrecen al cirujano.
50. Si se requiere el empleo de medicamentos en el campo operatorio, verifique que siempre con voz audible, la indicación del medicamento y la dosis.
51. Al pasar del primero al segundo tiempo, haga cambio de los instrumentos cortos por los largos o de especialidad, colocando aquellos en el área de retorno.
52. Durante el trans operatorio ofrezca compresas húmedas y, de preferencia, en solución tibia, a no ser que el cirujano indique lo contrario.
53. Mantenga el instrumental y cada artículo limpio y en el espacio asignado, esto dará orden a sus mesas y evitará tiempos perdidos.
54. Cada instrumento deberá utilizarse únicamente para lo que fue diseñado.
55. La pérdida de instrumentos o material de esponjear es considerada como una grave falta de la enfermera instrumentista, y representa un potencial problema para el paciente, la responsabilidad le evitara este y otro tipo de problemas.

56. Cuando la enfermera circulante y la instrumentista no tienen sala asignada deben participar en actividades que indique la jefa de piso: envolviendo equipos, metiendo las cargas en las autoclaves, ordenando y almacenando los equipos estériles en las vitrinas, revisando las fechas de caducidad de los equipos, para reprocesar aquellos que lo ameriten; pueden apoyar en tareas administrativas y de docencia.

PREPARACION Y ACOMODO DE LA MESA DE MAYO Y RIÑÓN.

OBJETIVO

- Mantener una constante asepsia en el campo operatorio facilitando a su vez la fluidez de las maniobras quirúrgicas.
- Seguir los tiempos específicos de la intervención quirúrgica de acuerdo a las maniobras del cirujano, material y equipo.
- Facilitar la función del instrumentista planificando sus necesidades en base a la cirugía programada, conservando su esterilización.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice La preparación y acomodo de la mesa de mayo y riñón. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Bulto de ropa (batas, las toallas, las compresas y otros materiales).
- Guantes estériles
- Charola de mayo con instrumental acorde a la cirugía por realizar
- Mesa de mayo
- Mesa de riñón
- Artículos estériles

DESARROLLO

A Comenzar un caso

Preparar la sala de operaciones para un procedimiento y abrir los implementos estériles. Todos los equipos y el mobiliario se ordenan, y se traen los elementos estériles a la sala.

Según la complejidad de la cirugía, la cantidad de equipo que debe prepararse y el grado de emergencia, el instrumentista y el circulante abren las cajas 15 a 20 minutos antes del inicio de la operación.

Después de abrir las cajas, los elementos estériles deben de mantenerse contantemente controlados.

B Preparación de paquetes grandes

Los paquetes grandes contienen la ropa, las batas, las toallas, las compresas y otros materiales. El paquete grande siempre debe ser el primero en abrirse.

Antes de abrir cualquier envoltorio estéril, verifique su integridad externa y los indicadores químicos de exposición al proceso de esterilización. Un paquete con desgarros, orificios o manchas de agua está contaminado y debe retirarse de la sala de operaciones para ser procesado nuevamente, y ser reemplazado por un paquete nuevo.

El paquete grande se abre sobre la mesa auxiliar (de riñón), porque esa será el centro del área del trabajo y del instrumentista. Después de desenvolver el paquete

grande se abren el instrumental, las suturas y los demás artículos estériles sobre la superficie cubierta, y luego se dispondrán con un orden lógico.

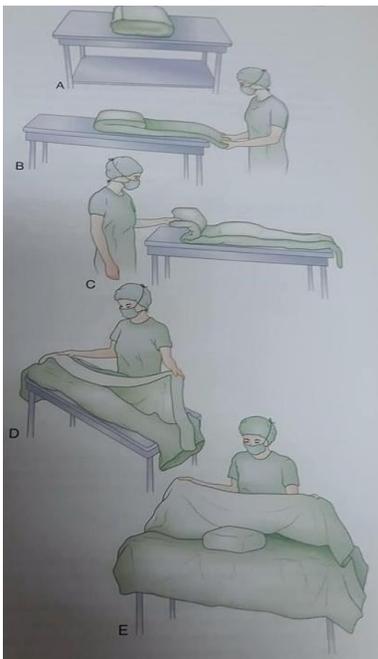
C Técnica para abrir paquete grande en mesa auxiliar

1- Coloque el paquete en el centro de la mesa auxiliar y oriéntelo de manera que los extremos largos del envoltorio externo de manera que los extremos largos del envoltorio externo se alineen con la parte larga de la mesa.

2- si el paquete resulta demasiado grande y se ha envuelto como un cuadrado, la practica recomendada es moverse alrededor del paquete en lugar de estirarse por sobre el mismo. En ese caso, tome los bordes plegados en la parte superior con las dos manos y tire de los bordes hacia usted.

3- Muévase hacia el lado opuesto de la mesa y repita este proceso con el otro extremo del paquete. Deje unos 2.5 cm de margen entre el borde libre del campo y su mano, que no está estéril. Recuerde que nunca debe inclinarse sobre la mesa mientras abre el paquete. Mantenga una distancia segura.

4- Nunca reacomode la funda de la mesa auxiliar una vez que este colocada en su lugar.



El personal no estéril deberá emplear la siguiente técnica para abrir las bandejas de instrumental.

1- Cuando abra bandejas de instrumental grandes u otros equipos pesados, coloque la bandeja sobre una mesa pequeña y luego ábrala.

2- Oriente los artículos de modo que el extremo del envoltorio que tomará primero, sea el que quedará más lejos de usted. El extremo se mueve desde su cuerpo hacia el borde de la mesa y se deja caer con suavidad.

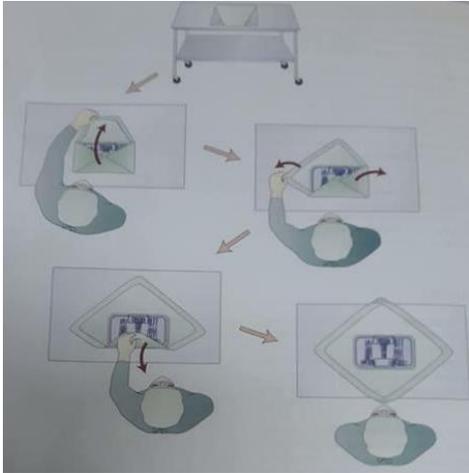
3- Abra los extremos de los lados. El extremo más cercano a su cuerpo será el último en abrirse y deberá dejarlo caer con suavidad hacia usted. Este método evita que su brazo, que no está estéril, cruce la superficie interna estéril del paquete.

4- Vista las mesas pequeñas de igual manera. Coloque el campo sobre la mesa. Tome sólo los bordes del campo y despliegue el extremo más alejado de su cuerpo. Después de dejar este extremo, los siguientes deben abrirse de manera que su brazo y su mano no crucen sobre la superficie estéril, traiga los extremos del campo hacia usted.

5- Si abre muchos implementos, use todas las mesas que necesite.

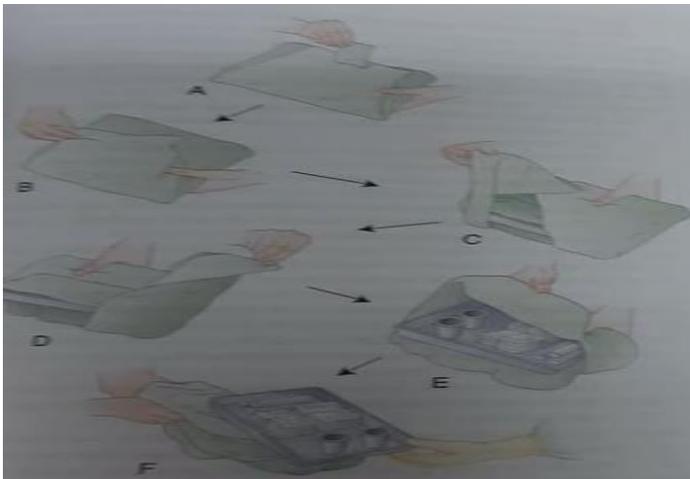
6- No disponga los instrumentos estériles pesados en pilas altas e inestables porque pueden caerse.

7- Evite sostener una bandeja con instrumentos pesados con una sola mano mientras quita el envoltorio con la otra. Esto provoca demasiada tensión en la muñeca y puede caerse de la bandeja. Coloque la bandeja sobre una superficie no estéril antes de abrir el paquete.



E Como entregar artículos estériles

Cuando se entrega material durante la organización de la cirugía y el instrumentista ya está lavado, el circulante abre los artículos y ofrece de manera aséptica. Las bandejas u otros artículos se abren tirando suavemente del extremo superior del envoltorio hacia afuera y hacia abajo, lejos de la persona, y debajo del elemento, luego se abren los extremos laterales, seguidos del extremo más cercano. El instrumentista puede tomar el artículo directamente, o el circulante puede colocarlo sobre una superficie estéril sin contaminar el objeto (por ejemplo una bandeja, instrumental) o la superficie estéril.



- **Bolsas dobles laminadas.**

Los artículos envueltos en bolsas selladas se entregan en bolsas selladas se entregan directamente al instrumentista. Los paquetes de suturas pueden dejarse caer con delicadeza sobre el campo.

Esto se consigue tirando de las pestañas superiores del envoltorio y abriendo el paquete hasta la mitad. Luego se abre rápidamente el resto del envoltorio externo, con cual el paquete interno se impulsa fuera del envoltorio externo y cae sobre el campo quirúrgico.

Cuando abra bolsas selladas dobles laminadas no permita que su contenido se deslice hacia afuera del paquete; esto produce su contaminación. En lugar de ello, abra el envoltorio lo suficiente como para permitir que el elemento caiga limpiamente, lejos de los bordes contaminados del envoltorio.

- Instrumentos agudos o cortantes.

Las hojas de bisturí y otros instrumentos agudos o cortantes deben entregarse directamente al instrumentista o abrirse en un área claramente visible. Las hojas y los materiales punzocortantes no se dejan sobre la bandeja porque pueden quedar escondidos entre el instrumental. Los artículos nuevos se colocan en el campo nunca deben ocultar los objetos punzocortantes. Si el instrumento punzocortante queda accidentalmente oculto, adviértaselo al instrumentista para evitar una lesión durante la organización.



- Soluciones.

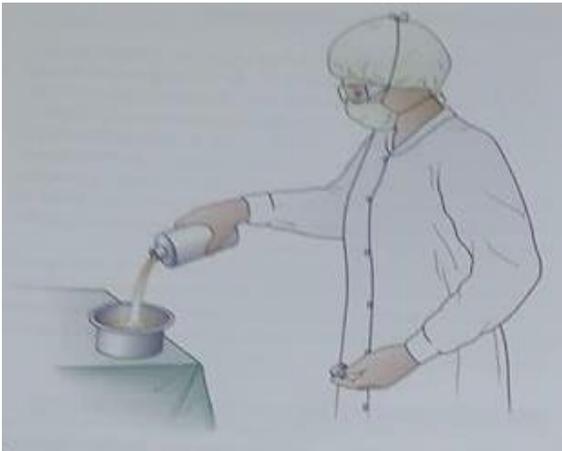
Las soluciones se vierten en el campo estéril de manera tal que el líquido no entre en contacto con los lados de la botella o cualquier área por debajo del borde estéril.

La práctica recomendada es la siguiente:

- 1- El borde del frasco de la solución se considera estéril solo si está cubierto con una tapa estéril que se extiende sobre el reborde del contenedor.
- 2- El método recomendado para entregar soluciones es verter el líquido directamente en un recipiente cerca del borde de la mesa o mientras el instrumentista lo sostiene.
- 3- Cuando se vierten líquidos estériles, vacíe todo el frasco y retírelo del campo con el pico hacia abajo. Esta maniobra impide que gotas del líquido vuelvan sobre el borde del frasco, caigan sobre el campo y lo contaminen. Una vez que el frasco ha

vido abierto y su contenido vaciado, el borde del frasco no se considera estéril. No vuelva a tapar la botella de la solución estéril.

4- Se considera una mala técnica arrancar la tapa metálica de los frascos-ampollas con un instrumento y verter el contenido. El borde del frasco queda potencialmente contaminado por los instrumentos.



INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO E IDENTIFICACIÓN PARA TIEMPOS QUIRÚRGICOS

OBJETIVO

- Facilitar la función del instrumentista planificando sus necesidades en base a la cirugía programada, conservando su esterilización.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice el instrumental quirúrgico e identificación para tiempos quirúrgicos.. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO.

Se describirá conforme se avanza en el tema.

DESARROLLO

A Instrumental quirúrgico

El instrumental quirúrgico es el conjunto de elementos utilizados en los procedimientos quirúrgicos. Los instrumentos se diseñan para proporcionar una herramienta que permita al cirujano realizar una maniobra quirúrgica básica; las variaciones son muy numerosas y el diseño se realiza sobre la base de su función.

B Clasificación

Según su aplicación, el instrumental puede ser:

1. De corte.

2. Pinzas:

- De disección.
- De hemostasia.
- De fijación.
- De reducción.

- Clamps.

3. De separación (retractores).

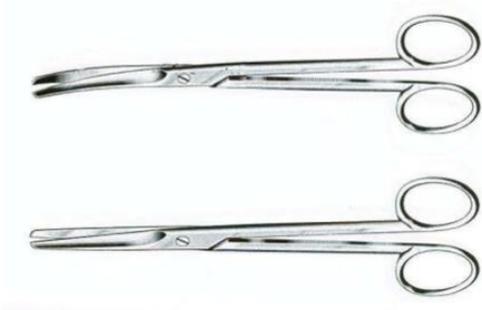
4. De aspiración.

5. De exploración.

6. De sutura.

C De corte

Tijeras de mayo curvas y rectas



Metzenbaum recta



Metzenbaum curva

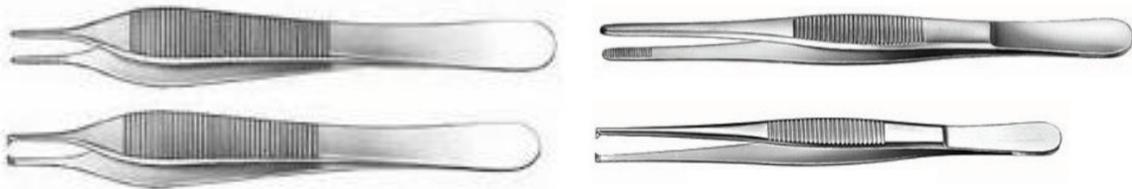


D Pinzas

De disección:

Se usan en la disección o separación entre los tejidos y para hacer suturas y cierre.

- Las hay en medidas largas, medianas y cortas, rectas y en bayoneta para ciertas especialidades, como neurocirugía, con dientes y sin dientes.



- Pinzas de disección

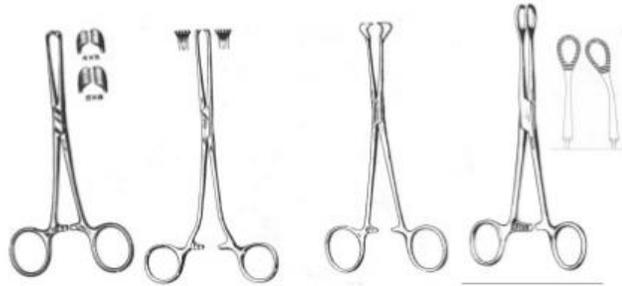


- **Pinzas hemostáticas**

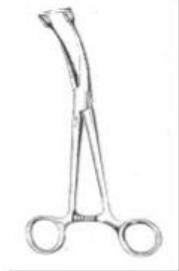
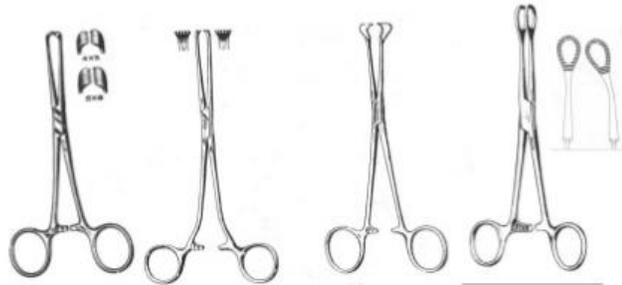
De fijación:

Se usan para prensar, sostener o fijar (momentáneamente) un órgano o una porción del tejido, hay otras diseñadas para fijar y mantener su lugar: ropa quirúrgica, cables, tubos para drenaje o aspiración.

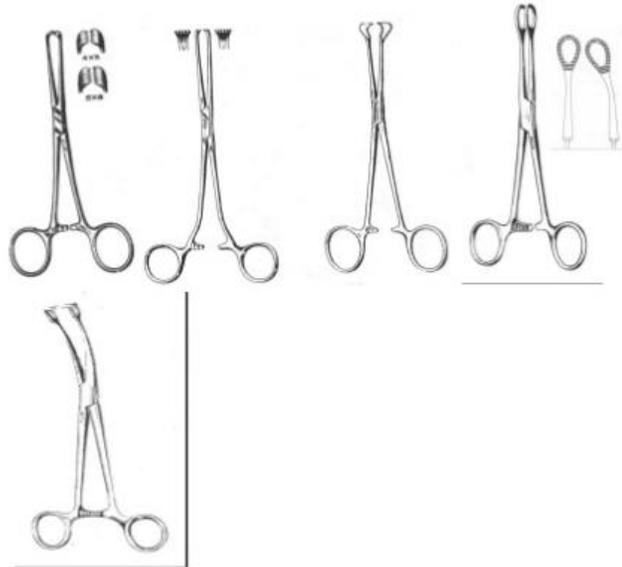
- Allis
- Babcock
- Foerster
- Vulsellum



- Allis
- Babcock
- Foerster
- Vulsellum

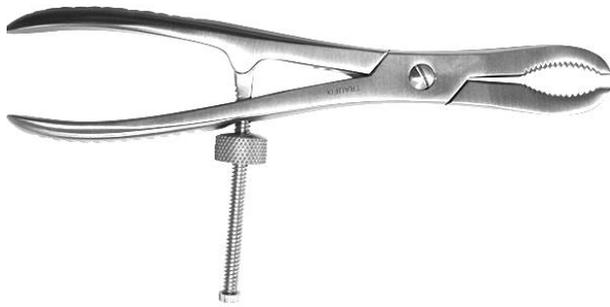


- Allis
- Babcock
- Foerster
- Vulsellum



De reducción

Fijan la reducción de la fractura mientras se hace la colocación del o los elementos o implantes metálicos elegidos.



- De Farebeuf (en juego de dos)
- De Lowman (en juego de dos)



- De Verbrugger (en juego de dos)

Clamps

Es una voz inglesa que significa abrazadera, instrumento que se emplea en cirugía en diferentes especialidades, cardiocirugía, en algunas cirugías del tubo digestivo, en cirugía vascular y neurocirugía; su función es comprimir y sostener sin causar daño a la estructura anatómica donde se aplica. Es común llamarlas clamps o pinzas.



- De Payr, para cirugía digestiva vascular



- De Glover, recto para cirugía

Separadores o retractores

Se emplean para separar las paredes de una cavidad o los labios de una herida, para ayudar a visualizar la región que presentan problemas.



- Balfour



- Bennet



- Deaver



- Finochietto



- Richardson

- Tuffier

Para aspiración

En cirugía la aspiración ofrece mejor visibilidad al cirujano; desaloja saliva, sangra, pus, orina, bilis y cualquier otro líquido.



- Cánula Yankauer

De exploración

Se utilizan para examinar, observar o investigar, con instrumentos apropiados, cavidades o conductos, por ejemplo: anoscopios, llamados

también proctoscopios o rectoscopios; espejo vaginales, otoscopios, entre otros.

En esta clasificación se puede incluir el instrumental y equipo para cirugía endoscopia. El equipo para hacer endoscopia toma su nombre científico del sistema al que se dedique (equipo para broncos copia, artroscopia, laparoscopia).



- Espejo vaginal



- Anoscopio

Sutura

El porta agujas es el instrumento para efectuar la sutura o cierre del os tejidos; es una especie de pinza con la quijada ancha y un rayado pequeñísimos rombos que actúan como antiderrapante en el momento de sujetar las agujas.



REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICO

OBJETIVO

Restablecer la capacidad respiratoria y la actividad del corazón del individuo.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice entorno la Reanimación cardiopulmonar básico. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Maniquí de rcp básico
- Torundas alcoholadas
- Desfibrilador Externo Automático (DEA)

DESARROLLO

A Cadena de supervivencia

La American Heart Association (AHA) creó y difundió el concepto de “cadena de supervivencia”, la define como una metáfora práctica de los elementos que

conforman el concepto de sistemas de la atención cardiovascular de emergencia, que permite la asistencia básica y especializada en el periodo más corto de tiempo.

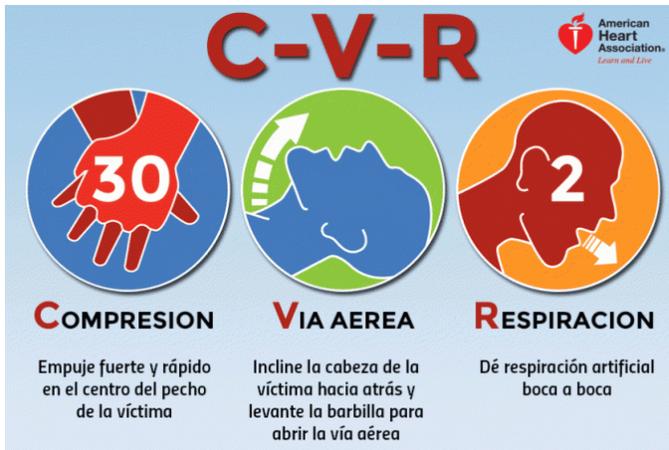
Es una serie de acciones simultáneas que mejoran las posibilidades de supervivencia después de un paro cardíaco. Está compuesta por los siguientes eslabones:

- 1- Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de respuesta de emergencia.
- 2- RCP inmediata de alta calidad.
- 3- Desfibrilación rápida.
- 4- Servicios de emergencias médicas básicos y avanzados.
- 5- Soporte vital avanzado y cuidados post-paro cardíaco.



B Compresiones torácicas, apertura de la vía Aérea, Buena ventilación (C-A-B)

La secuencia correcta es C-A-B (Compresiones torácicas, apertura de la vía Aérea, Buena ventilación). El motivo por el cual se inicia con las compresiones torácicas; si existe alguna obstrucción de la vía aérea se puede remover el objeto al realizar las compresiones torácicas y al mismo tiempo se hace circular el oxígeno residual que hay en los pulmones de este modo mantenemos la perfusión y removemos probables objetos que se encuentren obstruyendo vía aérea.



C Características para realizar ventilaciones de alta calidad.

Primero se debe abrir la vía aérea para realizar las ventilaciones para lo cual existen 2 métodos:

1- Maniobra frente-mentón: extensión de la cabeza + elevación del mentón = posición de olfateo, coloque una mano sobre la frente de la víctima y empuje con la palma para inclinar la cabeza hacia atrás, coloque los dedos de la otra mano en la mandíbula debajo del mentón y levante la mandíbula.



Maniobra frente-mentón y maniobra con oclusión de narinas para la ventilación. DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

2- Subluxación mandibular: tracción mandibular = se necesitan dos reanimadores uno para tracción mandibular y otro para administrar las ventilaciones, utilizarla sólo en caso de que la víctima padezca una lesión cervical o craneal.



D Características para realizar RCP de alta calidad.

- Realizar compresiones de alta calidad con las siguientes características:
- Frecuencia de compresiones de al menos 100-120 por minuto.
- Profundidad de las compresiones de al menos 5 cm y máximo 6 cm para adultos, al menos un tercio de diámetro torácico anteroposterior en lactantes y niños (aproximadamente 4 cm y 5 cm, en niños).
- Permitir la expansión torácica completa después de cada compresión.
- Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones torácicas (menos de 10 segundos).
- Realizar ventilaciones eficaces para hacer que el tórax se eleve.
- Evitar una excesiva ventilación.
- Intercambiar funciones cada 2 minutos.
- Relación compresiones y ventilaciones 30x2.

D Pasos para realizar reanimación cardiopulmonar básica.

Paso 1: Evaluación y seguridad de la escena.

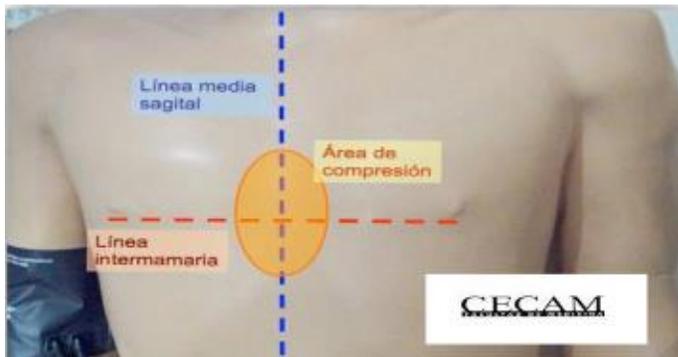
Asegurar que la situación es segura para usted y para la víctima. Ubicarse lejos de avenidas, derrumbes, incendios o cualquier lugar de riesgo.

Paso 2: Activar sistema de respuesta a emergencias y obtener desfibrilador.

Tomar a la persona de cuidado de los hombros y moviéndolo de manera enérgica preguntar ¿Se encuentra bien? ¿Está usted bien?. Si no contesta se recomienda la activación del sistema medico de emergencias (SEM) al 911, solicitar una ambulancia y un Desfibrilador Externo Automático (DEA). Comprobar si la víctima no respira o lo hace con anormalidad (jadeo/respiraciones agónicas) y no tiene pulso < 10 segundos iniciar RCP.

Paso 3: Iniciar compresiones 5 ciclos de 30:2 (30 compresiones, 2 ventilaciones)

Coloque la víctima en una superficie plana y firme, en decúbito dorsal, colóquese a un lado de la víctima, coloque la región tenar e hipotenar de una mano sobre el centro del tórax de la víctima en la mitad inferior del esternón, coloque la otra mano encima de la primera, ponga los brazos firmes bien extendidos, y coloque los hombros directamente sobre las manos para formar un ángulo de 90 grados, comprima firme y rápido, hundir el tórax al menos 5 cm máximo 6 cm con cada compresión, ejercer presión en línea recta sobre el esternón de la víctima, frecuencia mínima 100-120 compresiones por minuto, permitir completa expansión del tórax, minimice las interrupciones.





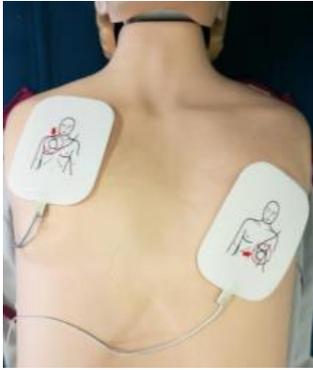
Paso 4: Utilización del Desfibrilador Externo Automático (DEA)

Una vez que el DEA está disponible se deben seguir las siguientes indicaciones universales:

1) Prender el DEA



2) Colocar los electrodos (parches) sobre el pecho descubierto del paciente de manera correcta (inferior a clavícula derecha y otro en ápex cardiaco).



3) Conectar los electrodos al DEA a la luz intermitente.

4) Alejarse de la persona de cuidado y permitir el análisis del DEA



5) Si se recomienda dar descarga, alejarse del paciente y apretar el botón de descarga (que estará parpadeando)

6) Inmediatamente después de aplicar descargas se debe reiniciar con las compresiones y ventilaciones por dos minutos más y posteriormente reevaluar a la persona de cuidado



k

7) Si no se recomienda dar la descarga, se valora:

a) Si no hay pulso ni respiración, continuar con compresiones y ventilaciones

b) Si no hay pulso pero si respira, continuar con ventilaciones de rescate

c) Si tiene pulso y respira, se coloca en posición de recuperación y se espera al personal de emergencias médicas, sin quitar el DEA.

BIBLIOGRAFÍA:

- K. Fuller, BA, BSN, RN, RGN, MPH (2007) Instrumentación Quirúrgica, Principios y práctica (Buenos aires) Panamericana. 4ta edición.
- E. Oltra, C. González, L. Mendiola, P. Sánchez. (2007) Suturas y Cirugía Menor para Profesionales de Enfermería (Buenos Aires, Madrid) Médica Panamericana.
- J. Sánchez (2011) La Enfermera de la Unidad Quirúrgica (México, D.F.) TRILLAS.