



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0777 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 13 de agosto del 2024

VISTO:

Nota Informativa N° 399-2024/ HAS-4300201614, de fecha 10 de agosto del 2024, emitido por la Jefa de Anestesiología y Centro Quirurgo, con proveído N°3555 favorable, de fecha 12 de agosto del 2024, la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con proveído N° 3555, de fecha 12 de agosto del 2024, la Dirección Ejecutiva, autoriza atender dispone proyectar el Acto Resolutivo del; de la "Manual de Procedimiento de Enfermería en las Cirugías mas frecuentes, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024";

Que, los numerales I y II de Título Preliminar de la Ley 26842, de fecha 15 de julio del 1997, Ley General de salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el capítulo II de la Ley 27669, de fecha 16 de febrero del 2002, Ley de Trabajo de la Enfermera(o), las responsabilidad y funciones de la enfermera(o) reconoce su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud , su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria del hombre, la familia y la sociedad, así como en el desarrollo socio-económico del país.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1472-2002/SA-DM, de fecha 13 de Setiembre del 2002, es aprobado el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria; el cual constituye un instrumento normativo cuyas disposiciones están dirigidas a evitar problemas infecciosos en los establecimientos de salud, a través de implementación de prácticas de la desinfección y esterilización, las cuales son imprescindibles para prevención y control de las infecciones;

Que, según Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, de fecha 7 de diciembre del 2013, en el Artículo 4° Sector Salud, estipula: El Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, según la Nota Informativa N° 399-2024/ HAS-4300201614, de fecha 10 de agosto del 2024, la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirurgo, solicita la aprobación y proyección de la actualización del acto resolutivo de la "Manual de Procedimiento de Enfermería en las Cirugías más frecuentes, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024";

Que, la finalidad del "Manual de Procedimiento de Enfermería en las Cirugías más frecuentes, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024", es orientar la toma de decisiones con la estandarización de los diferentes procesos en atención e intervención por enfermería al paciente quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0777 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Que, con el propósito de proseguir las acciones administrativas necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales y en virtud a los considerandos precedentes, resulta pertinente emitir el Acto Resolutivo de aprobación;

Con las visaciones de Asesoría Legal, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración y de la Unidad Ejecutora 402 Hospital de Apoyo 11-2 Sullana; y,

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 20 de julio del 2023, que resuelve designar a la médico **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana:

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, a partir de la fecha el “Manual de Procedimiento de Enfermería en las Cirugías más frecuentes, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024”, que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º. – DISPONER, al Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital de Apovo II-2 Sullana, el cumplimiento de lo resuelto en el Artículo 1º de la presente resolución.

ARTICULO 3°.- DISPONER, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Área de Legajos e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

Gobierno Regional Puno
HOSPITAL DE APOYO H. SULLANA

Mg. Maria Eugenia Galloso Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
CNP 29760 RNE 22014



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LAS CIRUGIAS MAS FRECUENTES DEL CENTRO QUIRURGICO



EQUIPO DE CONFORMACION DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

✚ **Mg. Enf.: Rosa Virginia Ortiz Coronado de Guzmán**

Jefa del Departamento de Enfermería

Hospital de Apoyo II-2 Sullana

✚ **Dra. Enf: Juana Elsy Arrèstegui Alcántara**

Jefa de Consultorios Externos

Hospital de Apoyo II-2 Sullana

✚ **Mg Enf: Ana Cerdán Vargas**

Jefa de Hospitalización

Hospital de Apoyo II-2 Sullana

✚ **Enf. Esp: María Silvia Morales Chávez**

Jefa de Centro Quirúrgico

Hospital de Apoyo II-2 Sullana

✚ **Mg Enf: Nelly Castillo Figueroa**

Jefa de Emergencia y Cuidados Críticos

Hospital de Apoyo II-2 Sullana



EQUIPO RESPONSABLE DE ACTUALIZACION DE LA GUIA

- ✚ Dra. Enf. Vilma Vicuña Vílchez
- ✚ Lic. Enf. Erika Alemán Castro
- ✚ Lic. Enf. Jessica Espinoza Urbina

RESPONSABLE DE LA REVISION DE LA GUIA

- ✚ **Lic. Enf. María Silvia Morales Chávez**

Jefa de Enfermería del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Hospital de Apoyo II-2



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LAS

CIRUGIAS MAS FRECUENTES DEL CENTRO QUIRURGICO



HAS 2024





INDICE

I.	FINALIDAD	5
1.1	OBJETIVOS GENERALES.....	5
1.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
II.	AMBITO DE APLICACION.....	6
III.	PROCESO A ESTANDARIZAR.....	6
IV.	CONSIDERACIONES GENERALES	6
4.1	DEFINICIONES OPERACIONALES	6
4.2	GESTIÓN DE PACIENTES TIPOS	7
4.3	CATEGORIAS DE CIRUGÍAS.....	7
4.4	CONCEPTUALIZACIÓN QUIRÚRGICA BASICA	8
4.5	VALORACION OPERATORIA INMEDIATA POR DOMINIOS	10
V.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	11
5.1	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMISIÓN DEL PACIENTE A CENTRO A QUIRÚRGICO.....	11
5.2	GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CIRUGIA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO.....	18
5.3	APENDICECTOMIA	18
5.3.1	CIRUGÍA POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	24
5.3.2	HERNIAS ABDOMINALES.....	26
5.4	GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS VIDEO- ENDOSCÓPICAS.....	28
5.4.1	CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS.....	28
5.5	GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEURO QUIRÚRGICOS.....	33
5.5.1	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA.....	33
5.5.2	CIRUGIAS DE LAMINECTOMIA LUMBAR.....	36
5.6	GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA 41	
5.6.1	REDUCCIÓN CRUENTA + OSTEOSÍNTESIS CON: - PLACA DCP Y BLOQUEO	42
5.6.2	REDUCCIÓN CRUENTA + OSTEOSÍNTESIS CON: PLACAS DHS / DCS	45
5.6.3	TENORRAFÍAS	49



5.6.4	LIMPIEZA QX. POR TRAUMAS ÓSEOS	51
5.7	GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES GINECOLÓGICAS.....	55
5.7.1	EMBARAZO ECTOPICO	55
5.7.2	HISTERECTOMIA ABDOMINAL.....	59
5.7.3	GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN CESAREA.....	63
5.7.4	GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE LEGRADO UTERINO	66
5.8	GUIAS EN ATENCIÓN QUIRURGICA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON RIESGO DE VIDA	68
5.9	GUIAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN QUIRURGICA EN CIRUGIA TORAXICA Y VASCULAR.....	79
5.9.1	CIRUGIA DE TÓRAX.	79
5.9.2	GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE CIRUGIA VASCULAR.....	85
5.10	GUIA DE MANEJO DE RESIDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS:.....	89
5.11	SEGURIDAD DEL PACIENTE	91
VI.	RECOMENDACIONES	93
VII.	ANEXOS.....	97
VIII.	BIBLIOGRAFIA:	107





PRESENTACION

La Enfermería, desde su inicio ha tenido permanente interés por la humanización, respetando la individualidad del ser humano como factor de coparticipación, en entornos poco favorables, dependiendo de la misión y visión institucional específica para caracterizar la realidad de las fases de atención en el sector salud.

La Enfermería Quirúrgica, es una especialidad de la profesión de enfermería que está presente en diferentes campos y áreas donde se requiere su ayuda específicamente en los quirófanos, sobre todo porque ayudan a otros profesionales del área, como los anestesiólogos, cirujanos y pediatras. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud reconoce a la enfermera quirúrgica como la responsable de la seguridad del paciente quirúrgico y la que aglutina a todo el equipo en un área específica. Partir de ese momento el centro de atención del equipo quirúrgico es el paciente que necesita de nuestros cuidados, la atención y la ayuda del resto de profesionales para lograr con éxito una intervención quirúrgica de acuerdo a la cirugía programada y /o de emergencia.

Así como el resto de profesionales que trabajan en otras áreas hacen uso de PAE, también es aplicable en la área quirúrgica y está muy vinculado a la práctica aplicada del PAE en sus 5 etapas cuya evidencia queda inscrita en los registros de Enfermería y todos los documentos que se anexan en el desarrollo de los procesos dentro del área quirúrgica, estas informaciones favorecen a la Gestión para el tema de mejoras, adecuación de necesidades de recursos humanos, materiales, Equipos Biomédicos y el apoyo de los servicios externos que permitan un adecuado servicio al cliente.

El proceso de enfermería proporciona un fundamento científico en la valoración del paciente, el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, la identificación de los resultados, la planificación de intervenciones e implementación de los cuidados, así como el plan de cuidados personalizado. Para cada diagnóstico de enfermería y complicaciones potenciales proponemos intervenciones y resultados, que son presentados siguiendo los criterios de las taxonomías NANDA, NIC y NOC La participación de la enfermería.

La participación de la enfermería en todo el periodo operatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente lo más confortable, favorece, agiliza la gestión quirúrgica y así como refuerza la seguridad, donde la actuación de enfermería irá encaminada dentro del quirófano a la protección, la defensa, debido a la mayor dependencia del enfermo durante el periodo operatorio. Tras la preparación y evaluación preoperatoria, el paciente entra en el periodo intraoperatorio.

Que se inicia con el traslado del paciente al quirófano y en función de su complejidad, las enfermeras tienen que desplegar una actividad en torno al paciente, a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen donde se fusionan armoniosamente para proporcionar al paciente un ambiente seguro, cómodo y terapéutico, ya que éste depende por completo del equipo para su bienestar y seguridad, finalizando cuando ingresa en la unidad de asistencia posanestésica.

"La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o muerte con dignidad".





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

I.FINALIDAD

Orientar la toma de decisiones con la estandarización de los diferentes procesos en atención e intervención por enfermería al paciente quirúrgico del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana

II.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar la calidad de la práctica y la incorporación de la evidencia científica disponible aseguran una mejora en la cultura y calidad global del proceso.
- Orientar en el proceso de la toma de decisiones, incorporando una secuencia sistematizada de actividades.
- Propiciar la utilización adecuada de las tecnologías médicas procedimientos diagnósticos y terapéuticos que suponen beneficio suficiente y no gasto innecesario.
- Orientar en la priorización de la distribución de recursos costo-efectivo.
- Facilitar la defensa en reclamaciones y eventuales litigios legales. Con la existencia de unos patrones estándar, es decir, una regla de oro de conducta, podría facilitar la defensa del personal de salud implicado.
- Ofertar a los usuarios y comunidad en general un modelo de atención continuo y cíclico fundamentado en el conocimiento y la experiencia profesional especializada en la cirugía.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Uniformizar los criterios de guías y/o procedimientos disminuyendo la variabilidad profesional en la práctica de PROCESOS realizados por el personal de Enfermería
- Proporcionar información sobre el funcionamiento y actividades que desarrollan el personal de Enfermería en el Área Quirúrgica. Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal para una atención libre de riesgos al paciente y el Equipo Qx. (Médicos, Enfermeras, Técnicas y Personal de limpieza etc.)
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Aplicar y asegurar la continuidad de cuidados de forma individualizada para disminuir riesgo de complicaciones durante el periodo intra operatorio, Evitar iatrogenias, es decir la tasa de contaminación e infección
- Adquirir conocimiento y dominio de todos los procedimientos realizables en el ámbito quirúrgico en cuanto a especialidad se refiera: manejo de instrumental y equipos especiales, técnicos y tiempos operatorios
- Identificar y analizar los diagnósticos enfermeros posibles y de riesgo más comunes en quirófano, con los criterios de resultados y las intervenciones durante el proceso.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares.





III. AMBITO DE APLICACION

La jurisdicción y disposiciones contenidas en este manual alcanza a toda el área de CENTRO QUIRÚRGICO, donde presta atención el personal de enfermería y se circunscribe a Salas de Operaciones y recuperación post - anestésica del Hospital de Apoyo II 2 Sullana.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE A CENTRO QUIRURGICO
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES SOMETIDOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS VIDEO ENDOSCOPICAS
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES NEURO - QUIRÚRGICOS
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE TRAUMATOLOGIA
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE GINECO- OBSTETRICAS
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON RIESGO DE VIDA, EMERGENCIAS
- GUÍA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN CIRUGIA TORAX Y VASCULAR
- GUÍA DE MANEJO DE RESIDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

• **Proceso de atención de enfermería:** Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional. Es un método que contribuye a interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico Diagnóstico de Enfermería Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería. El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de enfermería. La NANDA ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de dos partes:

✚ **Respuesta humana:** Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.

✚ **Factores relacionados:** Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnostico puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.

• **Intervenciones de Enfermería:** Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados. Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería.





• **Grado de Dependencia:** Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

- ✚ **Grado de dependencia I**, totalmente independiente.
- ✚ **Grado de dependencia II**, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
- ✚ **Grado de dependencia III**, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
- ✚ **Grado de dependencia IV**, requiere de apoyo total. Se da especialmente en pacientes pediátricos y de edad avanzada, pacientes de estado crítico.

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.

• **Guía de intervención en enfermería:** Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no constituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.

• **Guía de Procedimiento en enfermería.** Documento que orienta en forma sistemática las acciones que utiliza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad.

5.2 GESTIÓN DE PACIENTES TIPOS

- Atención a pacientes por demandas
- Atención a pacientes SOAT
- Atención a pacientes SIS

5.3 CATEGORIAS DE CIRUGÍAS

• **Cirugía de Emergencias Intervención quirúrgica " inmediata"**, por la gravedad del paciente -Pacientes con riesgos de vida -Es toda necesidad o demanda médica-quirúrgica cuya atención no admite demora -Daño intencional o accidental causado al organismo por su brusca exposición a fuentes de energía que sobrepasan el margen de tolerancia orgánica.

• **Cirugía de Urgencias.** - - Intervención quirúrgica que no se puede demorar más de 24 a 48 horas. Una urgencia quirúrgica es todo aquel proceso que sufre un paciente y que si no se opera con carácter urgente pone en peligro la vida del enfermo. Un diagnóstico preciso y rápido es crucial con el fin de evitar intervenciones innecesarias y por el hecho de que, en ocasiones, la demora del tratamiento puede condicionar graves complicaciones e incluso ser mortal.

✚ Dirigidas directamente a Sala de Operaciones donde es recepcionada por personal de Enfermería y a su vez informa en forma inmediata al Médico Anestesiólogo de turno para Urgencias y Emergencias.

✚ Verificar los datos completos, firmas del Cirujano - Anotar y coordinar sobre el traslado del paciente a quirófano previa disponibilidad de quirófano, recursos humanos, y disponibilidad de camas en URPA.

✚ Registrar en libro de registros de las solicitudes - Anexo flujograma - El Expediente de solicitud quirúrgica.





- **Cirugía Programada:** Intervención quirúrgica planificada con anticipación, Dirigidas al Dpto. de Anestesia, recepción secretaria para la programación respectiva descrita por el jefe del departamento:

Electivas Ambulatorias sin internación

- ✦ Constituye una de las innovaciones más importantes del proceso asistencial, puesto que permite que los pacientes pasen la noche anterior y posterior a la intervención en su domicilio. El requerimiento del quirófano se realiza a partir de la decisión a operar y se realiza con el llenado del formato de Pedido.

Electivas Ambulatorias con internación

- ✦ Este modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria permite tratar a pacientes correctamente seleccionados.
- ✦ La cirugía mayor abarca los procedimientos quirúrgicos realizados con anestesia general, regional o local que requieren de un control postoperatorio y en los que al paciente se le asigna una cama de hospitalización luego de un período de observación en el post operatorio inmediato URPA, el mismo día de la intervención de acuerdo a la disponibilidad de camas.

Electivas Con internación

- ✦ La cirugía mayor abarca los procedimientos quirúrgicos realizados con anestesia general, regional o bloqueo y en los que el paciente ingresa a quirófano derivado de un área de internamiento para luego del proceso quirúrgico requieren de un control postoperatorio o de un período de observación en URPA y retornar a su servicio, el mismo día de la intervención

5.4 CONCEPTUALIZACIÓN QUIRÚRGICA BASICA

- **CIRUGIA:** Procedimiento realizado en quirófano que como practica implica la manipulación mecánica sistemática sobre las estructuras anatómicas u órganos afectados incidiéndolos ó separándolos, resecando o reconstruyéndolos, con un fin médico, ya sea para la obtención de un diagnóstico o con el fin de un acto terapéutico; generalmente requiere de anestesia regional o general y/o con sedación profunda para controlar el dolor.
- **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.
- **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA** Es el acto de curación o tratamiento de un ENFERMO utilizando maniobras instrumentales y manuales, a través de una herida realizada ex profeso en sus tegumentos.



FASES:	Comienza	Termina
Pre operatoria	Es aquel periodo de tiempo que comprende todos los cuidados y atención que se le proporciona al paciente. - Tardío: ambulatorio. - Mediato: desde el ingreso hasta 24 hrs. Antes de la intervención quirúrgica. - Inmediato: desde 24 hrs. Antes de la intervención quirúrgica	Paciente en el quirófano
Intra operatoria	Recepción del paciente en quirófano - Es el periodo que abarca las fases de anestesia, antisepsia, diéresis, hemostasia, exéresis y síntesis e implica todo lo relacionado con la intervención, alrededor y en la intervención quirúrgica.	Termina la cirugía y la anestesia propiamente dicho
Post operatoria	Transferencia y transporte a URPA Comprende el periodo posterior a la - Inmediato: desde la finalización de la intervención hasta la recuperación de la anestesia. - Mediato: posterior a la recuperación anestésica hasta 8 días.	Paciente en sala de Recuperación

TIPOS DE CIRUGIA	
Según el tiempo:	• Emergencia: las que se realizan inmediatamente para salvar la vida del paciente. • Urgente u obligadas: episodio de salud que debe resolverse dentro de un lapso de 24 hrs. desde que el paciente acude al hospital • Electivas: atendiendo a la programación a través de la lista quirúrgica las que pueden esperar tomando en cuenta la conveniencia del enfermo o circunstancia institucionales
Según sus efectos:	• Curativo: detener o extirpar. • Paliativas: aliviar los síntomas • Diagnóstica: Biopsia + exploración
Según el grado:	• Mayor: cirugía cardiovascular. • Menor: extirpación de quiste sebáceo.
Según su complejidad:	• General • Especializada
Según la evidencia:	• Interna • externa
Según la implicación orgánica:	• Reconstructiva. • Constructiva.

- **TIPO DE ANESTESIA:** Técnica anestésica principal que se aplica al paciente para poder realizar la cirugía (General, loco-regional, local, sedación). Duración de la IQ en minutos. Minutos transcurridos desde que el paciente es atendido por una enfermera del quirófano, hasta la hora terminada la IQ sale del quirófano.



5.5 VALORACION OPERATORIA INMEDIATA POR DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la salud	• Toma de conciencia de la salud • Manejo de la salud
Dominio 2: Nutricional	• Ingestión • Digestión • Absorción • Metabolismo • Hidratación
Dominio 3: Eliminación e intercambio. - Pretende la función excretora de la persona	• Sistema genito urinario • Sistema gastro intestinal • Sistema tegumentario • Sistema pulmonar
Dominio 4: Actividad y reposo	• Reposo y sueño • Actividad y Equilibrio • Respuestas cardiovasculares y respiratorias • Autocuidado
Dominio 5: Cognición - Percepción	• Atención • Orientación • Sensación/ percepción • Cognición • Comunicación
Dominio 6: Autopercepción	• Autoconcepto • Autoestima • Imagen corporal y patrón emocional.
Dominio 7: Rol / Relaciones	• Relaciones familiares • Desempeño del rol
Dominio 8: Sexualidad:	• Identidad sexual • Función sexual • Reproducción
Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés	• Respuesta post traumática • Respuesta de adaptación • Estrés neuro comportamental
Dominio 10: Principios vitales	• Valores. • Creencias
Dominio 11: Seguridad y Protección	• Infección • Lesión física • Violencia • Peligros ambientales • Procesos defensivos • Termorregulación
Dominio 12: Confort	• Físico • Ambiental • Social



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

A continuación, se describen los procedimientos de Enfermería:

6.1 PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMISIÓN DEL PACIENTE A CENTRO QUIRÚRGICO

a) DEFINICIÓN

Es el área donde la Enfermera II / Circulante recibe al paciente a ser intervenido, iniciándose la gestión de calidad centrado en el proceso pre operatorio especializado y chequeo del pasaporte quirúrgico, de acuerdo a las características de nuestra Institución como Hospital se brinda atención a cirugía de programación y cirugías de emergencias y/o urgencias y de acuerdo a la disponibilidad de los quirófanos.

b) OBJETIVOS:

- Establecer los lineamientos para el ingreso de paciente a quirófano.
- Asegurar el ingreso del paciente en forma oportuna, así como identificación, previo a la práctica de los procedimientos quirúrgico, previniendo los eventos adversos.
- Asegurar que el paciente que va ser intervenido llegue en las condiciones ideales para tal fin (físicas y psicológicas, reduciendo el miedo a la separación familiar).
- Dirigir en sentido correcto los procedimientos asegurando su permanencia e intervención en condiciones óptimas.
- Identificar los factores de riesgo que intervienen en una cirugía.
- Establecer los cuidados pre, intra y post operatorios.
- Realizar un traslado seguro de la camilla del área externa la camilla de transporte interno y luego a la mesa de quirófano, finalmente a URPA.

c) PASAPORTE QUIRÚRGICO EN LA ADMISIÓN DEL PACIENTE QUIRURGICO

Es un documento de verificación que resume el cumplimiento de requisitos de ingreso de un paciente al servicio de S. O.P., como señal de cumplimiento validaciones que aseguren la realización de la cirugía sin sorpresas evitables. Al ingresar el paciente al área de Sala de Operaciones, la enfermera **CHEQUEA** todo la Historia Clínica de acuerdo a normativas vigentes. Que cumple con los siguientes objetivos:

- Contrastar los datos del paciente desde su camilla de transporte, antes de su traslado quirófano asignado.
- Evitar confusiones en la petición de pacientes quirúrgicos.
- Que los pacientes arriben a quirófano en las mejores condiciones (medicación, alergias, ayuno, en cuanto aseo personal...).
- Que toda la documentación del paciente le "acompañe siempre" (consentimiento informado, Historia Clínica).
- Mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas.
- Reducir los eventos adversos evitables.



RESULTADOS:

- Mayor control de la seguridad del paciente.
- Método efectivo para "formar equipo" con todos los profesionales implicados en la intervención quirúrgica.
- Para que el Pasaporte Quirúrgico y Check-list tenga éxito, los jefes de Anestesiología, Cirugías y Enfermería, deben respaldar públicamente la idea de que la seguridad es una prioridad y de que el uso de la lista de verificación puede hacer más segura la atención quirúrgica.

d) REGISTRO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALA DE OPERACIONES Y DE LA URPA DEL HOSPITAL DE APOYO II 2 SULLANA.

- Los Registros de Enfermería son un medio de comunicación entre los enfermeros y todos los profesionales de la salud ya que brinda la oportunidad a todos de asumir un cuidado continuo, seguro y de calidad en el marco del uso de las tecnologías de la información y comunicación
- A la vez que es un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre el enfermero(a) y el paciente.

e) ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA.

El Proceso de Atención de Enfermería PAE, consta de cinco puntos esenciales:

- **VALORACIÓN:** Definición de DIAGNÓSTICOS (NANDA) Criterios de Resultado (NOC) Intervenciones (NIC)
- **EVALUACIÓN:** Existe acciones específicas que realiza la enfermera del AREA QUIRÚRGICA en la prestación de los cuidados o atención que se dan en las distintas esferas de actividad, como Enfermera Circulante, Enfermera Instrumentista, Enfermera de Anestesia y Enfermera en Circulación Extracorpórea.

f) VALORACION PRE- OPERATORIO INMEDIATA

Teniendo en cuenta al valorar aplicar contenidos de los Dominios Funcionales, a través de la taxonomía II y la aplicación de los diagnósticos manda

DEFINICION

Conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico, destinada a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones post operatorias.



✚ VALORACIÓN PSICOLÓGICA Y APOYO EMOCIONAL

- Valorar las condiciones psíquicas del paciente y familia frente a la intervención quirúrgica reconociendo tranquilidad, colaboración, temores y angustias. Identificación y saludos.
- Potenciar su seguridad con el contacto visual, verbal y socialización
- Procurar un ambiente relajado y confortable, preservando su intimidad y reduciendo los tiempos de espera innecesaria
- Informarle técnicas a realizar y su colaboración para que sea recordada a posterioridad.
- Evaluar la experiencia quirúrgica previa del paciente y el grado de conocimiento sobre la intervención quirúrgica
- Responder a las dudas que plantee o transmitirlos al cirujano, al Anestesiólogo para que se aclaren sus dudas transmitiendo confianza y seguridad
- Evaluar la capacidad de comprensión del paciente y familia frente al problema de su salud
- Cuidar el contenido de las conversaciones, sobre todo en el momento de la inducción y el despertar de anestesia.

✚ VALORACIÓN FÍSICA

- Evaluar las condiciones físicas de paciente mientras se lo viste y traslade a la camilla de S.O.P.
- Determine el diagnóstico del paciente, el tipo de cirugía que se realizará y las condiciones específicas del Médico cirujano.
- Evaluar estado de higiene y proporcionar ropa adecuada.
- Verificar que no traiga consigo prótesis dental e Informar sobre la necesidad de retirarse al igual que alhajas, uñas sin esmalte
- Evaluar ayuno operatorio
- Averiguar con el paciente y familia, sobre alergias a medicamentos y/o antisépticos
- Cirugías previas e implantes protésicos (ortopédicos, mamarios, vasculares y cardiacos etc.)
- Valorar el estado de la piel y de las mucosas especialmente en la zona operatoria
- Evaluar las últimas Funciones Vitales con respuesta vascular, respiratoria y sus posibles alteraciones.
- Comunicar al Cirujano o Anestesiólogo cualquier irregularidad percibida durante la recepción del paciente Hidratación, tipo solución Y Verifique permeabilidad de IV
- Verificar operatividad de procedimientos previos (sondajes, torniquetes, punciones
- Evaluar el funcionamiento vesical (micción previa al ingreso) y el hábito intestinal del paciente
- Brindar confort y seguridad al traslado a la camilla y mesa quirúrgica Control de exámenes de radio imágenes, tomografías y otros que trae consigo.





g) HISTORIA CLINICA:

Se recoge la información necesaria para la correcta atención que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social de forma privada y confidencial (secreto de información).

- Datos subjetivos
- Alergias
- Control de catéteres / antibióticos
- Antecedentes de patologías
- Material protésico e implantes dental, ocular, ortopédico, cardiaco
- Información del paciente para el procedimiento
- Riesgo quirúrgico grado I, II, III, IV

h) ANALISIS PRE- OPERATORIO

- Hemograma, hematocrito y Recuento de plaquetas. - Grupo sanguíneo y factor Rh. - Tiempo de coagulación y sangría.
- Electrocardiograma.
- Riesgo quirúrgico.
- Radiografía de tórax, radio imágenes, tomografías, ecografías, resonancia
- Tratamiento terapéutico (hidratación, analgésicos) - Manejo de Kardex - Sueroterapia - Profilaxis de antibiótico terapia.
- Comprobar ayunas
- Sondajes
- Verificar sitio y lado de la intervención
- Evaluación pre anestésica - Identificación de paciente. - Clasificación ASA Examen físico, Plan de anestesia. Nombre del médico anestesista INTERCONSULTAS, Verificar para pacientes específicos

i) PREPARACION DE LA ZONA OPERATORIA

No es necesario el rasurado en la zona púbica. Solo rasurar en caso de abundante vello en la piel de la incisión con rasurador eléctrico y evitando lesionar la piel.

j) AUTORIZACIONES

- **AUTORIZACIÓN QUIRURGICA:** Campo de actuación dentro del cual puede lícitamente desenvolverse la intervención médica. Tiene un carácter personal y alcanza al médico al cual se otorga, si bien es cierto que en la dinámica asistencial actual (medicina en equipo) parece obvio que autorización se amplía a todos los profesionales que colaboran en su tratamiento. Con el objetivo de Garantizar su libre decisión en la toma de decisión.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es un permiso escrito para realizar cualquier operación, procedimientos o diagnósticos complejos, el cual debe contener:
 - ⚡ La naturaleza del procedimiento que va a ejecutarse.
 - ⚡ Las opciones disponibles.
 - ⚡ Los riesgos asociados a cada opción.
 - ⚡ La responsabilidad de obtener el consentimiento informado es del médico Cirujano y Anestesiólogo
 - ⚡ Nombre y firma del Cirujano o Médico tratante / Anestesiólogo que realizará el procedimiento





- ✚ Nombre específico del procedimiento, deberá ser informado apropiadamente del Dx. Final, y Objetivo del procedimiento.
- ✚ Características del procedimiento. El tratamiento recomendado, el procedimiento a realizar
- ✚ Posibles riesgos del procedimiento y las posibles complicaciones
- ✚ Fecha de obtención del Consentimiento Informado

K) RECOMENDACIONES DURANTE EL PROCESO INFORMATIVO, OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Informar de forma verdadera, simple, aproximada, leal e inteligible sobre los diferentes aspectos del diagnóstico y las opciones quirúrgicas
- Realizar una información progresiva en diferentes actos dejando constancia escrita en la historia clínica Informar exhaustivamente cuando se solicita autorización para la práctica de técnicas no validadas o ante indicaciones cuestionables
- Evitar un consentimiento bajo persuasión, manipulación o coacción
- Eludir el consentimiento puntual, basado en la firma del documento, y buscar un consentimiento progresivo, basado en el diálogo gradual con el paciente
- Garantizar un período de reflexión entre el acto informativo y la autorización
- Evitar la firma del documento en el antequirófano
- Eludir durante la consulta la firma del documento sin su lectura o reflexión Entregar personalmente al paciente el documento de consentimiento dejando constancia escrita en la historia clínica
- Nombre y firma del paciente, familiar, tutor o representante legal según corresponda, y acompañar a dicha firma la huella digital. En caso de tratarse de menor de edad o de estar incapacitado este documento deberá ser firmado por al menos una persona legalmente responsable o familiares directos del paciente debiendo consignar el grado de parentesco su documento de identidad y huella digital
- En los casos en que el paciente se encuentra solo y no esté en condiciones de firmar por su estado de conciencia o incapacidad para comunicarse deberá realizarse una junta médica en la que participen el jefe de la guardia, los cirujanos asistentes, y al menos un testigo adicional.
- Nombre y firma del paciente, familiar, tutor o representante legal según corresponda, y acompañar a dicha firma la huella digital. En caso de tratarse de menor de edad o de estar incapacitado este documento deberá ser firmado por al menos una persona legalmente responsable o familiares directos del paciente debiendo consignar el grado de parentesco su documento de identidad y huella digital





I) TRANSPORTE Y TRASLADO DEL PACIENTE E INSTALACIÓN EN LA MESA QUIRURGICA

Los pacientes llegan al Área Quirúrgica directamente desde una unidad de atención para ingresos de corta estancia (pacientes ambulatorios), de hospitalización, de un área de o servicios de urgencias (reposos) y finalmente de áreas críticas (UCI, UCIN, TRAUMA SHOCK) Con el fin de coordinar la preparación preoperatoria y el transporte del paciente, deben permanecer abiertos los canales de comunicación entre el personal de quirófano y el personal de enfermería de estas otras unidades.

- Traslado del paciente de la camilla externa a la camilla de quirófano
 - Asistir al traslado del paciente al área de quirófano con las condiciones de protección, abrigo, barandas, diálogo, contacto pertinente e instalación en la mesa de operaciones
 - Brindar comodidad, seguridad, protección de prominencias óseas, posturas anatómicas, protección con rodetes, en general para las diferentes posiciones.
 - Monitorización hemodinámica, FC, Pulsioximetría, T°
 - Comprobar permeabilidad estado y fijación de vías, sondajes
 - Asistir al Anestesiólogo en la inducción a la Anestesia, fijación de tubuladuras, protección de córneas, de miembros superiores e inferiores.
 - Colación de placa de retorno para uso de electrocirugía en zonas apropiadas (bien vascularizada), quedando conectado y regulando la potencia adecuada
 - Encendido de todos Equipos biomédicos (monitores, aspiradores, electrocirugía, cialítica etc)
- Lavado de la zona operatoria con técnicas y solución jabonosa asépticas, luego dejar seca con una compresa estéril.

m) CIRUGIA SEGURA CHECK LIST INTRAOPERATORIO

DEFINICIÓN

- Basado en normas de seguridad que sirve para garantizar que el equipo quirúrgico funcione en forma sistemática en cuanto a medidas de seguridad y además de servir como herramienta para los actos profesionales y reducir las complicaciones
- En nuestra Institución el proceso de verificación de la Lista lo dirige la Enfermera circulante, responsable de marcar las casillas de la Lista de acuerdo a la verificación de las 3 fases ENTRADA, PAUSA QUIRURGICA Y SALIDA. La conformidad es aceptada verbalmente en voz alta y visualmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones claves en todas las intervenciones realizadas emergencias, urgentes y programadas por todas las especialidades quirúrgicas en los quirófanos.
- Antes de la salida se planifica aspectos del tratamiento post operatorio y la recuperación.



OBJETIVOS:

- Formar a los profesionales de enfermería de quirófano para una adecuada cumplimentación del Check-list.
- Conseguir el compromiso y la motivación de los profesionales de Enfermería HAS.
- Mantener la continuidad de la atención de enfermería interhospitalario
- Evaluar el grado de cumplimentación (correcta o incorrecta) y la adhesión al listado de verificación quirúrgica del personal, tras la formación impartida.
- Incrementar la seguridad del paciente sometido a un proceso quirúrgico al poder controlar la aparición de eventos adversos.
- Reducir las complicaciones postoperatorias relacionadas directamente con la cirugía.

OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA SEGÚN LA OMS

Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

- El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
- El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
- El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
- El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
- El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
- El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura

n) PROCESO INTRAOPERATORIO

Principales técnicas quirúrgicas del proceso intra operatorio:

- Técnica de preparación de la mesa mayo y auxiliar de acuerdo a tiempos operatorios
- Técnica de manejo de placa de electrocauterio
- Técnica del lavado de manos quirúrgica





6.2 GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CIRUGIA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

6.3 APENDICECTOMIA

a) DEFINICION

APENDICITIS AGUDA: Es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, generalmente por obstrucción de su lumen. Constituye la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente.

b) CAUSAS

- Fecalitos
- Proliferación bacteriana
- Compromiso de la irrigación vascular, que puede provocar necrosis de la pared, seguida de la perforación.

c) SINTOMAS Y SIGNOS:

- Dolor Abdominal: Típico: Dolor abdominal de inicio difuso, Central y de mínima severidad (Dolor visceral) y es seguido de dolor más intenso y localizado en Cuadrante Inferior Derecho. (Dolor somático). - Atípico: Dolor abdominal que no sigue la sucesión clásica, sino que es solo somático o visceral. - Existen variaciones del dolor según localización del apéndice
- Hiporexia, náuseas, y a veces vómitos. En algunos casos diarrea o estreñimiento.

d) FISIOPATOLOGIA

El mecanismo patogénico fundamental es la obstrucción de la luz Apendicular.

e) TRATAMIENTO

El tratamiento de la apendicitis aguda no complicada debe ser quirúrgico y urgente, para evitar la progresión de la enfermedad con el consiguiente aumento de la morbilidad.

APENDICECTOMIA CLASICA, ABIERTA O INCISIONAL: es una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice.

RECURSOS HUMANOS:

- Cirujano principal
- Cirujano ayudante
- Residente de cirugía (adicional)
- Anestesiólogo Asistente
- Enfermera Instrumentista
- Enfermera Circulante





INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION QUIRURGICA

• ENFERMERA CIRCULANTE:

- ✚ Recepciona al paciente de la Enfermera de Servicio externo y realiza la VALORACION PRE- OPERATORIO INMEDIATA / revisión de la HISTORIA CLINICA, **REPORTE**
Con todas las condiciones de seguridad traslada al paciente a sala de operaciones con ayuda del personal Técnico de Enfermería
- ✚ Realiza todo el procedimiento quirúrgico en la atención transoperatoria hasta la salida del paciente de quirófano
- ✚ Realiza el conteo de gases junto a la Enfermera Instrumentista I
- ✚ Recepciona la pieza operatoria y la identifica con un rotulo.

• ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:

- ✚ Prepara todo el EQUIPO Y MATERIAL necesario para la cirugía
- ✚ Previa asepsia, prepara sus mesas, viste a los cirujanos y ayuda cubrir al Paciente
- ✚ Fija e instala todos los accesorios.

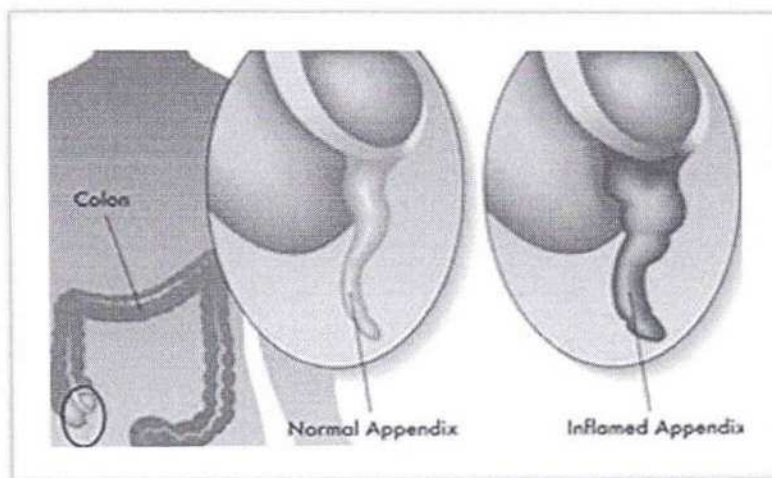
• PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E INSTRUMENTACION

- ✚ Enfermera Instrumentista, pasa al Cirujano el bisturí frío para la incisión en la fosa ilíaca derecha, luego se pasa separadores farabeuf para separar planos. En excepciones por complejidad del paciente y la patología en si la -Incisión recomendada: Rockey - Davis (transversa) en el cuadrante inferior
- ✚ Pasa el lápiz electrocauterio y hemostática tijera de Metzembraum para llegar al peritoneo
- ✚ Pasa separadores Richarson y gases húmedas para la separación de órganos, pinzas foerster para coger los órganos.
- ✚ Al localizar el apéndice se le pasa pinzas babcock para localizar el apéndice seguida de hemostáticas disecando el meso para liberar la arteria
- ✚ Para ligar la arteria se le pasa ligadura de seda N° 0 humedecida en solución salina, pasándole al mismo tiempo la tijera Metzembau Igual le sigue el Meso, liberando totalmente el apéndice realizando ligadura doble del muñón según técnica.
- ✚ Coloca 2 pinzas hemostática recta en la base del apéndice que posteriormente se liga con seda 0
- ✚ Se corta la base del apéndice con bisturí frío de hoja limpia
- ✚ Apendicetomía directa o retrograda según el caso.
- ✚ Coprostitia, forcipresión apendicular.
- ✚ Enfermera Instrumentista pasa Isopo embebido en Iodo para que el Cirujano realice el Curetaje de la mucosa del muñón con yodo o electrocauterio.
- ✚ Enfermera le pasa la riñonera para la recepción de la pieza anatómica
- ✚ Ambas Enfermeras colaboran para el lavado de cavidad peritoneal antes del cierre con solución salina, que elimina la sangre y los detritos que pudieran quedar.
- ✚ Recuento de gasa de ambas Enfermeras, dando la conformidad a los Cirujanos y Anestesiólogos





- ✦ Si el Cirujano decide dejar drenajes colocados en el paciente, en caso de existir complicaciones, la Enfermera prepara los drenes lavados en SS y le pasa un bisturí + electrocauterio, una pinza Pean gruesa para llegar a cavidad seguida del dren con una pinza de Disección grande.
- ✦ Enfermera Instrumentista prepara las suturas para el cierre de la incisión por planos de la profundidad a la superficie con Ácido poliglicólico 1, nylon 1, nylon 3/0 para piel.
- ✦ Finalmente ayuda en limpieza de la herida operatoria, desinfecta la piel con alcohol yodado cubre y fija las gasas. Cubre al paciente y finaliza su trabajo.
- ✦ El espécimen obtenido APENDICE CECAL, deberá ser rotulado e identificado con los datos del paciente y Cirujano con la solicitud de estudio correspondiente luego será entregado a familiar de paciente con cargo y solicitud de estudio.
- ✦ Enfermera Circulante termina la documentación y ayuda al egreso del paciente al Médico Anestesiólogo hasta la URPA



RECURSOS HUMANOS:

- Cirujano General Principal
- Cirujano General Asistente
- Médico Anestesiólogo
- Médico Residente o Interno de Medicina
- Enfermera Instrumentista I
- Enfermera Circulante (Instrumentista II)
- Técnica de enfermería

a) DESARROLLO DE LA INSTRUMENTACION:

- Enfermera Circulante (Instrumentista II)



- ✦ Revisa la Sala donde se va a realizar la Intervención Quirúrgica, verificando la operatividad de los equipos.
- ✦ Recepciona al paciente en la puerta del Quirófano.
- ✦ Luego conduce al paciente a la Sala donde se realizará el Acto Quirúrgico con ayuda de la Técnica de Enfermería, previa evaluación del Médico Anestesiólogo.
- ✦ Ayuda en el traslado del paciente de la camilla a la mesa Quirúrgica.





- ✚ Coloca la placa neutra del electro bisturí en una zona que esté completamente seca.

• Enfermera Instrumentista I Enfermera Instrumentista I

- ✚ Abre el paquete de ropa en la mesa semiluna y el instrumental y se pasa los insumos
- ✚ Luego procede a realizar la técnica del lavado de manos y la técnica de vestimenta estéril (mandil y guantes).
- ✚ Prepara la mesa semiluna de izquierda a derecha para los mandiles con sus respectivos guantes y gasa para el secado de manos.
- ✚ A continuación, prepara el Instrumental y realiza el primer conteo de gasas y compresas con ayuda de la Enfermera Circulante.
- ✚ Luego viste estéril al Equipo Quirúrgico.
- ✚ Luego se pasa al Cirujano una pinza con gasa doblada y solución Antiséptica de elección para realizar el lavado de la zona operatoria. (este lavado puede realizarse previo a la vestimenta estéril).
- ✚ Luego se pasará los cuatro campos uno por uno y a continuación las cuatro pinzas backhaus para sujetarlos, seguidamente se pasa la sabana y el poncho.
- ✚ Se fija en el poncho el cordón del electro bisturí, jebe de succión y se pone compresas a los lados de la incisión.
- ✚ Se acerca la mesa de mayo lo mismo que la mesa semiluna al campo y comienza el Acto Quirúrgico.

b) PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

- ✚ El Cirujano ingresa en el abdomen a través de una incisión subcostal derecha o paramediana derecha superior.
- ✚ La Enfermera Instrumentista alcanza al Cirujano pinzas de disección quirúrgica, el bisturí y los separadores de farabeuf para el abordaje por planos hasta llegar al plano aponeurótico.
- ✚ Para abordaje de peritoneo la Instrumentista pasara al Cirujano y Medico ayudante una pinza hemostática curva, para referir la pared peritoneal.
- ✚ Pasará el bisturí para que haga la incisión entre las pinzas; hecho esto ellos cogerán el borde opuesto del peritoneo.
- ✚ Pasará al ayudante una valva supra púbica amarrada al extremo con una mecha vaginal, hasta que esté fuera del campo estéril.
- ✚ La Enfermera Instrumentista pasa al Cirujano una compresa húmeda de un extremo y da una pinza de disección anatómica larga, para colocarla dentro de la cavidad para separación de los intestinos.
- ✚ Al primer ayudante le dará valva maleable para separación de intestinos.
- ✚ Al Cirujano le pasaran pinza foerster para coger la vesícula. Si la vesícula está muy turgente y no se deja coger pasara al Cirujano una jeringa de 20cc con una aguja gruesa 18, para que aspire el contenido de la vesícula Si el Cirujano lo requiere se 'enviara la muestra del contenido vesicular al Laboratorio.
- ✚ Cogida la vesícula se pasará pinza de disección anatómica, tijera metzembau alternando con pinza Mixer y disectores en pinza Pean grande. En este decolaje se van ligando vasos.
- ✚ Entre pinza y pinza se pasará tijera metzembau y luego hilo en pinza para que haga la ligadura. (estos hilos se pasarán húmedos y probados).



- ✚ Cuando se localiza el Cístico se pasara hilo O, o 2/0 en pinza larga Mixer.
- ✚ En este momento se tendrá preparado los puntos transfixantes que el Cirujano pondrá como referencia para abrir el cístico y dar facilidad para colocar el equipo para la colangiografía, que ira adaptado a una jeringa de 20cc con suero fisiológicas para cebar el catéter, luego cambiar la jeringa con otra que contiene sustancia de contraste.
- ✚ Se avisa al técnico de rayos x para la toma de colangiografía Intra operatoria, protegiendo con un campo la zona quirúrgica, que pondrá de referencia una torundita para guía del radiólogo.
- ✚ Terminada la toma del radiólogo se continua con la Cirugía, mientras se espera el revelado de las placas se retira la vesícula en una riñonera y pasa al Cirujano suturas para cierre del lecho vesicular que puede ser crómico 2/0 a traumático u otra de elección, puntos separados.
- ✚ Si la imagen de la Colangiografía revela ausencia de cálculos en colédoco se liga el cístico y se procede a revisar hemostasia, es aquí donde la Enfermera Instrumentista y Circulante realizaran el conteo de gasas.
- ✚ Cambiará las compresas de los bordes y pasara la sutura para abordaje por planos.
- ✚ En caso que la placa revelara presencia de cálculos en colédoco, será necesario la exploración del mismo para lo cual se tendrá que preparar lo siguiente: seda negra 3/0 MR, una jeringa de 50cc con una nelaton 8, 10 o 12 y una sonda Kher 12, 14 o 16, según el grosor del colédoco, suero tibio y el adicional para vías biliares.
- ✚ Puestos los dos puntos de referencia en el colédoco uno frente al otro se le pasara al Cirujano el mango de bisturí No 7 con hoja 15 para abrir.
- ✚ Dara las pinzas exploradoras de vías biliares, luego las pinzas de cálculo o Randall, sonda Nelaton, jeringa de 50cc con suero tibio para que realice el lavado del colédoco, tanto en la parte superior como en la parte inferior.
- ✚ Pasar la sonda Kher elegida y cebada.
- ✚ Luego de colocada la sonda, la Instrumentista pasara la sutura para el colédoco que puede ser poliglicolico 3/0 MR o según elección del Cirujano.
- ✚ Se puede colocar dren pen rose en la zona adyacente de coledocotomia y se saca por contra abertura.
- ✚ Terminada la anastomosis, Cirujano revisa la hemostasia y realiza lavado de cavidad.
- ✚ La Instrumentista cambia las compresas de los bordes y prepara la sutura para el cierre por planos.
- ✚ La Enfermera Instrumentista en coordinación con la Enfermera Circulante realizan el último conteo de gasas grandes y chicas.
- ✚ Se procede al cierre de planos: peritoneo con Poliglicolico 1 ó O u otros. La aponeurosis con Nylon 1, tejido celular con ácido poliglicolico 0 ó 1 luego continúan con piel con Nylon 3/0 ó 4/0.
- ✚ Con gasa húmeda limpiar la herida y luego los bordes. Cubrir la herida operatoria con gasa y fijar con esparadrapo o Tegaderm.
- ✚ Proceder a retirar los campos verificando que no haya Instrumental y se desecha las agujas de sutura, hojas de bisturí, jeringas y agujas en recipiente punzo cortantes.
- ✚ Se entregará el Instrumental contaminado contado al personal Técnico de Enfermería, así como las piezas Anatómicas patológicas rotuladas y los frascos de cultivo.
- ✚ vez lavado y secado se procederá a la revisión y armado del Instrumental de acuerdo a la relación existente con sus respectivos indicadores.



- ✦ La Enfermera Circulante traslada al paciente con ayuda del Médico Anestesiólogo a URPA donde dará un reporte detallado a la Enfermera de Recuperación de la Cirugía realizada, estado del paciente, tipo de anestesia, drogas administradas, así como otros eventos sucedidos, revisando que estén firmados los formatos, pendientes, lista de Cirugía Segura, piezas anatómicas registradas en el cuaderno respectivo, u otros.
- ✦ Finalmente entregara a la Enfermera de Recuperación la Historia Clínica en orden y con el reporte Quirúrgico, hojas de anestesia, receta, hoja de Cirugía Segura y medicinas y placas.

c) CONSIDERACIONES GENERALES:

- ✦ Mantener durante la Cirugía la mesa quirúrgica ordenada y limpia conservando en todo momento la esterilidad.
- ✦ Conocer la Técnica requerida para la manipulación de las muestras.
- ✦ Conservara la Esterilidad, durante todo el Acto Quirúrgico, desde el inicio al fin.

d) CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

- ✦ Reconocer e identificar el Instrumental requerido para la Cirugía Biliar
- ✦ Conocer la técnica de la secuencia Quirúrgica para alcanzar adecuadamente los Instrumentos convencionales durante la Cirugía.

e) RECOMENDACIONES:

- ✦ Recordar que la Enfermera Instrumentista debe adelantarse al Cirujano y revisar la sala donde se va a realizar la Cirugía, chequeando que estén operativos todos los equipos que se van a utilizar.
- ✦ Durante el Acto Quirúrgico, si se obtiene alguna muestra para ser enviada a laboratorio la pondrá en un frasco estéril y la alcanzará a la Enfermera Circulante para que la rotule, la registre y la envíe a Laboratorio.
- ✦ Si la muestra que se obtiene es para el Dpto. de Anatomía Patológica la guardara en un sitio seguro para evitar problemas de pérdidas.
- ✦ Recordar que el conteo de gasas lo realiza la Enfermera Instrumentista en coordinación con la Enfermera Circulante al inicio y al finalizar la Cirugía. Si faltara una gasa avisar al Cirujano para que revise la cavidad.



6.3.1 CIRUGÍA POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

a) DEFINICIÓN

Es la detención parcial o total del tránsito del contenido intestinal. Según su patogenia:

- ✦ Mecánico: si proviene de obstrucción intestinal orgánica.
- ✦ Funcional: resultado de una alteración de la motilidad intestinal.

b) CLASIFICACIÓN E EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL

Según el nivel de la obstrucción:

- ✦ Altas: cuando la obstrucción asiente en el duodeno y las primeras asas yeyuno ileales. Bridas y Adherencias, Hernias y tumores, Intususcepción, Vólvulo, Estenosis.
- ✦ Bajas: cuando asienta en las últimas asas yeyuno ileales y colon, Diverticulitis, Fecaloma, Cáncer

c) REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA OBSTRUCCIÓN

- ✦ Es la cirugía para aliviar una oclusión intestinal. Una oclusión u obstrucción intestinal se presenta cuando los contenidos del intestino no pueden pasar ni salir del cuerpo. Una obstrucción completa es una emergencia quirúrgica.
- ✦ La reparación de la obstrucción intestinal se hace mientras usted está bajo anestesia general, lo cual hace que esté inconsciente y no pueda sentir dolor.
- ✦ El cirujano hace una incisión (corte) en el abdomen para exponer los intestinos. Luego, localiza el área del intestino que está bloqueada y la desobstruye.
- ✦ Se reparará o extirpará cualquier sección dañada del intestino. Si se extirpa una sección, se reconectan con suturas los extremos sanos. Algunas veces, cuando se extirpa parte del intestino, los extremos no se pueden reconectar. Si esto sucede, el Cirujano sacará uno de los extremos a través de una abertura en la pared abdominal. Esto se denomina colostomía o ileostomía.
- ✦ El cirujano también verificará el flujo sanguíneo al resto del intestino.

RECURSOS HUMANOS:

- Cirujano General Principal
- Cirujano General Asistente
- Médico Anestesiólogo
- Médico Residente o Interno de Medicina
- Enfermera Instrumentista I
- Enfermera Circulante (Instrumentista II)
- Técnica de Enfermería



PASOS PRINCIPALES ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL

- Preparación y colocación de campos
- Incisión mediana supraumbilical
- Identificar las porciones enfermas del intestino
- Asas fuera de la cavidad abdominal y protegerlas
- Observa la viabilidad del intestino
- Marcar el sitio del meso por donde se va a seccionar
- Se empieza a pasar p. de kelly curva para tomar los vasos que van al intestino
- Se pasan tijera de metzembaum para seccionar entre las 2 pinzas
- Se pasa ligadura de seda 3/0
- Se pasa tijera de mayo para cortar el hilo
- Se pasan los clamps de doyen rectos
- Compresa húmeda para proteger los intestinos y evitar contaminaciones
- La resección se considera contaminado
- Se entrega la pieza a patología
- Se pasa la seda 3/0 para colocar reparos tomando las 2 bocas del intestino
- Se pasa la sutura de vicryl 3/0 para iniciar la primera línea de sutura muscular
- Una vez terminada, pasamos la seda para suturar serosa o la segunda línea de sutura
- Luego se realiza la hemostasia; revisión de la anastomosis, revisar que el tamaño de la boca del intestino sea aceptable, revisar posibles torsiones intestinales; se retiran las gasas o compresas, se lava la cantidad con solución salina tibia, se cuentan las gasas o compresas y se cierra por planos.

TÉCNICA TERMINO-LATERAL

- Cierre el muñón distal con vicryl 3/0 sutura continua El muñón proximal lo anastomosa al segmento lateral del intestino que considera adecuado.
- Para realizar la unión se demarca con una sutura en la parte lateral del intestino de acuerdo al tamaño de la boca del segmento proximal, se incide y se realiza la anastomosis con vicryl 3/0.
- Derivación yeyuno-ileal término-lateral, con anastomosis del intestino desfuncionalizado al ciego Derivación yeyuno-ileal término-lateral, con cierre del intestino desfuncionalizado (asa ciega).



6.3.2 HERNIAS ABDOMINALES

a) DEFINICIÓN:

La cavidad abdominal está cubierta por una capa de músculos que normalmente mantiene a los órganos en su lugar. La hernia es una protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto congénito, adquirido o quirúrgico de la pared muscular del abdomen. Las más frecuentes son las siguientes:

- ✚ HERNIA EPIGÁSTRICA: Se produce en la parte alta del abdomen, entre el esternón y el ombligo. Es más común en hombres que en mujeres y puede causar sensibilidad en el área afectada, eructos y a veces vómitos.
- ✚ HERNIA INGUINAL: Aparece como un abultamiento en la ingle o dentro del escroto. Se da sobre todo en hombres o en bebés varones.
- ✚ HERNIA FEMORAL: Es similar a la hernia inguinal, salvo que se desarrolla más debajo de la ingle. Se da, generalmente, en mujeres obesas.
- ✚ HERNIA UMBILICAL: Se desarrollan cuando el anillo umbilical se debilita y un segmento del intestino sobresale. Es más común en mujeres que en hombres.
- ✚ HERNIA INCISIONAL: Esta hernia normalmente se produce después de una operación en el abdomen, en el lugar en que ha sido cortado el músculo.

b) CUADRO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO

- ✚ Abultamiento en región inguinal (valsalva).
- ✚ Dolor o molestia vaga.
- ✚ Parestesias.
- ✚ Evaluación del paciente decúbito y de pie. Abultamiento por debajo de lig. Inguinal: hernia crural. Ecografía: gran sensibilidad y especificidad (ocultas).

c) COMPLICACIONES

- ✚ Estrangulación 8 a 10 veces mayor en femorales
- ✚ Obstrucción intestinal
- ✚ Propias de la anestesia.
- ✚ Dehiscencia de sutura.
- ✚ Trauma postquirúrgico. Iatrogenias

d) REPARACIÓN DE LA HERNIA

El médico examinará la hernia y verá si puede ser reducida (introducido el contenido de nuevo en la cavidad abdominal). Dependiendo de su lugar y alcance, puede optar por la cirugía reparadora. Esta siempre se recomienda cuando hay riesgo de obstrucción intestinal o estrangulamiento. Casi todas las hernias requieren de cirugía, preferiblemente antes de que ocurran complicaciones para reposicionar el asa del intestino herniada y asegurar los músculos debilitados en el abdomen.



RECURSOS HUMANOS:

- Cirujano General Principal
- Cirujano General Asistente
- Médico Anestesiólogo
- Médico Residente o Interno de Medicina
- Enfermera Instrumentista I
- Enfermera Circulante (Instrumentista II)
- Técnica de Enfermería

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ✚ La Enfermera Instrumentista seguirá los pasos convencionales en los diferentes tipos de presentación de las hernias. La clásica herniorrafia hasta las novedosas técnicas de hernioplastia.
- ✚ En lo referente al procedimiento, la tendencia de los últimos tiempos ha sido las que utilizan incisiones transversales, para lograr disminuir la tensión de las suturas que se aplican en la línea media.
- ✚ Sitio de incisión sobre la hernia epigástrica orientada verticalmente.
- ✚ Incisión de la piel seguidamente se continúa profundizando por planos en el mismo recorrido de tal forma que permita la identificación de la línea alba, la lámina anterior de la vaina del recto, el saco herniario y el lipoma preherniario, usamos separadores de Senn miller
- ✚ Disección del área herniaria disecada por planos, se identifica el anillo herniario y la grasa del lipoma preherniario que ocupa la línea media de la pared anterior del abdomen.
- ✚ Luego de la disección del área se procede a separar el lipoma preherniario del defecto aponeurótico que lo circunda, este puede ser seccionado y ligado, o introducido al interior del plano de grasa preperitoneal o hacia la cavidad abdominal. A continuación, se separa la grasa de anillo herniario que se regulariza para ser suturado.
- ✚ Una vez separado el saco o lipoma del anillo es introducido a la línea media.
- ✚ Regulación del defecto previo a la reparación para facilitar la plastia. Se sigue mediante la confección de dos planos de suturas irreabsorbibles continuas, es decir seguida una de la otra.
- ✚ Cierre del defecto herniario mediante el primer plano de sutura irreabsorbible continua.

Segundo plano de sutura, reparación final.

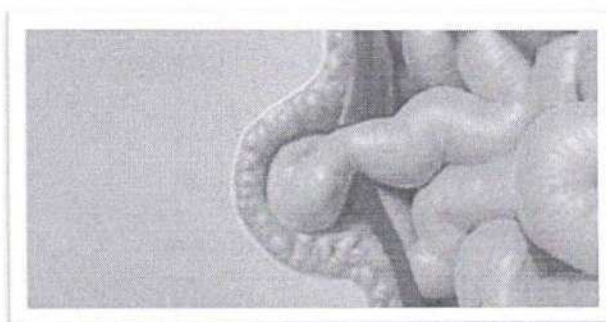
- ✚ Tracción de la piel en dirección distal a la inserción.
- ✚ Disecar el saco herniario, se procede a la apertura del anillo umbilical hasta visualizar las fibras musculares del recto anterior del abdomen.
- ✚ Saco herniario y su contenido traccionados con una pinza de Allis el saco herniario.
- ✚ Se separa el saco de la fascia. A- Se abre la aponeurosis de la vaina del recto con una ra de Metzelbaum.
- ✚ Después de abrir la aponeurosis de la vaina del recto y pinzarla con dos pinzas Kocher se introduce el dedo para comenzar a crear el espacio retromuscular
- ✚ Seguido de disección con tijera metzembaum + adson s/g del saco herniario
- ✚ Disección del saco herniario identificando planos



- ✦ Apertura y reparo del saco + revisión del contenido y ligadura del saco con poliglactina 3/0 A/R.
- ✦ Apertura y reparo del saco + revision del contenido y ligadura del saco con poliglactina 3/0 A/R.
- ✦ Cierre transverso de la aponeurosis (poliglactina 910, 2/0 ar cierre subcutaneo para aproximar la piel (msa , ac).
- ✦ Cierre de la piel con msa 4/0 ó 5/0 ac curación compresiva de la herida (presionar la piel laxa contra la pared abdominal).

HERNIOPLASTÍA ABIERTA: CON LA TÉCNICA LICHTENSTEIN.

- ✦ Colocación de malla de polipropilene y se fija con sutura no reabsorbible al tubérculo del pubis (central), ligamento inguinal (borde inferior) y al tendón o área conjunta (borde superior). Cara anterior a pared abdominal.
- ✦ Todas las técnicas "sin tensión" tienen en común que tratan el saco herniario (Ligándolo y seccionándolo o reduciéndolo a través del anillo inguinal profundo); previenen la recidiva indirecta al usar una prótesis ya que neoforman el anillo profundo y refuerzan la pared posterior para tratar hernias directas y prevenir la recurrencia.



6.4 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS VIDEO- ENDOSCÓPICAS

6.4.1 CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS

a) DEFINICIÓN

La cirugía mínimamente invasiva, consiste en la inserción de un laparoscopio de fibra óptica en la cavidad abdominal, permitiendo la observación directa de toda la cavidad. Se utiliza equipo biomédico, que está compuesta por el monitor, procesador de imagen, insuflador, endocámara, laparoscopio, el sistema de grabación y un generador eléctrico.





b) FINALIDAD

Esta técnica se utiliza para diagnóstico y procedimientos quirúrgicos como apendi - Lap, Cole-lap, hernio plastia laparoscópica, histerectomías, laparoscópicas, ooforectomias laparoscópicas, colangiografías laparoscópicas, etc.

c) EQUIPO LAPAROSCÓPICO:

- ✚ MONITOR Y PROCESADOR DE IMAGEN VIDEO CAMARA: la cámara de video emite electrones que son procesados en la unidad de control y enviados al monitor creando la imagen al monitor.
 - ✚ EQUIPO DE REGISTRO DE GRABACION (DVD, VHS): Permite grabar cirugías en situ durante el procedimiento de la cirugía.
 - ✚ FUENTE DE LUZ: Genera luz parecida a la luz del día Fuente de luz con lámpara alógena 150 - 250 plus- luz amarilla. Fuente de luz con lámpara de Xenón nova y oe Xenón plus 500 - luz blanca.
 - ✚ UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA: Esta comprendido por el electro bisturí, que realiza corte y coagulación.
 - ✚ INSUFLADOR: Es un dispositivo para insuflar CO₂, s electrónico y automático. Podemos graduar la presión del abdomen en forma previa, al igual que el flujo a nuestro deseo, desde 1 litro hasta 15 litros por minuto. Es automático porque insufla cuando baja la presión programada y se detiene al llegar a ella, lo que permite que el espacio de trabajo sea constante y facilite la cirugía.
 - ✚ DIOXIDO DE CARBONO (CO₂): Balón con contenido de CO₂.
 - ✚ Todos estos componentes se organizan en un armario móvil que permite su desplazamiento para posicionarlo cómodamente frente al cirujano
- Instrumental Laparoscópico y Convencional mínimamente invasivo**

d) DESARROLLO DEL PROCESO

Recurso Humano: Enfermera I, Enfermera II, Técnica de Enfermería, medico anestesiólogo.
Equipamiento: mobiliario de equipos biomédicos, ropa quirúrgica, accesorios quirúrgicos, instrumental quirúrgico, instrumental específico, insumos quirúrgicos, insumos anestésicos.

- ✚ Equipo biomédico: torre de laparoscopia, electrocauterio.
- ✚ Desarrollo de la instrumentación:
- ✚ Preparar el material a utilizar
- ✚ Lavado quirúrgico Colocación de mandil y guantes estériles
- ✚ Preparar la mesa del instrumental: vestir una mesa para cirugía laparoscópica con las pinzas y trocares.
- ✚ Se realiza el conteo del instrumental como el de las gasas.
- ✚ Cuidar la asepsia de su mesa, de la ropa y de su entorno.
- ✚ Ayudar a vestirse a los cirujanos.
- ✚ Después del lavado del área quirúrgico, empezar con la colocación de los campos estériles, ayudar al cirujano si fuera necesario.
- ✚ Acercamiento de la mesa de mayo al campo quirúrgico y su correcta ubicación.





- ✦ Fijar todos los cables a usar: cable de CO₂, electrocauterio cable de la óptica previamente enfundada, aspiración e irrigación.
- ✦ Mantener en todo momento la mesa ordenada y en el instrumental limpio, de tal manera que pueda entregar el instrumental de forma rápida y eficiente.
- ✦ Mantener la organización y evitar las tensiones en el equipo de trabajo. - Seguir la operación en forma integrada con el equipo quirúrgico. Escuchar los pedidos del cirujano.
- ✦ Anticiparse a las necesidades de instrumentos específicos u otros materiales (implica estar muy atenta y conocer los pasos del acto quirúrgico).
- ✦ Resguardar el campo de la contaminación.
- ✦ Colocar en una riñonera las muestras biológicas para su posterior examen cuando se precise.
- ✦ Mantener libre de coágulos la cánula de aspiración, esto se realiza con solución de% salina.
- ✦ Mantener limpia la punta del electro bisturí.
- ✦ Prever las dificultades facilitando el trabajo y la concentración en equipo.
- ✦ Depositar las gasas sucias en el depósito aséptico adecuado y suministrar en su lugar gasas limpias a los cirujanos.
- ✦ Manipular el instrumento lo justo y necesario.
- ✦ Proporcionar gasas húmedas al cirujano para el lavado del campo operatorio y la colocación de apósitos en la incisión de entrada en la piel.
- ✦ Retirar agujas, hoja de bisturí, trocares, y otros objetos punzo cortantes depositarlos en el contenedor de desechos destinados a los mismo.
- ✦ Recoger el instrumental contabilizado para su respectivo lavado.
- ✦ Desechar las sabanas con las que se han cubierto las mesas y el paciente.
- ✦ Guardar el instrumental estéril que no se ha usado para la cirugía.

e) CONSIDERACIONES GENERALES:

Conocer la preparación preoperatoria del equipamiento quirúrgico para el procedimiento mínimamente invasiva

f) CONSIDERACIONES ESPECÍFICOS:

- ✦ Conocer los procedimientos de desinfección y esterilización de los telescopios y endoscópicos rígidos y flexibles.
- ✦ Cuidar adecuadamente el instrumental y el equipamiento de la cirugía mínimamente invasiva.
- ✦ Identificar los componentes del sistema quirúrgico laparoscópico.

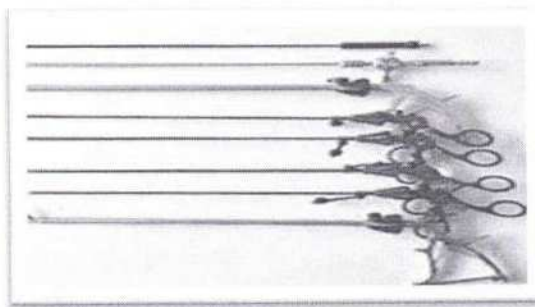
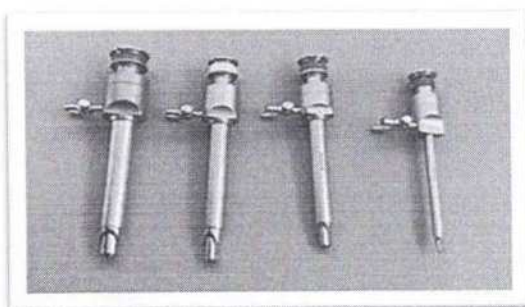
g) RECOMENDACIONES:

- ✦ El componente laparoscópico debe estar instalado en un anaquel rodante (torre) 1 La limpieza diaria de la torre es diaria y componentes con compresas humedecidas con desinfectante.
- ✦ Utilizar estabilizador de corriente con múltiples puertos de entrada
- ✦ Al movilizar el módulo que contiene los equipos biomédicos se debe hacer entre dos personas en forma simultánea con el balón de CO₂.





- ✦ El balón de CO₂, debe tener coche rodante propio.
- ✦ Verificar que c/u de los equipos biomédicos estén operativos.
- ✦ Concluida la cirugía, se retira la óptica, fibra y se apaga el equipo en forma ordenada.
- ✦ la luz se transmite a través de un cable de fibras ópticas. Evitar darle golpes y curvaturas forzadas ya que pueden ir rompiéndose fibras de la luz con la siguiente pérdida de intensidad de la misma.
- ✦ La torre laparoscópica debe estar siempre frente al cirujano para el control de los parámetros: presión intrabdominal, flujo de insuflación, volumen total de gas insuflado, cantidad de gas que resta en el balón de CO₂. verificación que se realiza previa cirugía.
- ✦ Con las pinzas laparoscópicas, se deben desmontar con cuidado.



TORRE LAPAROSCOPICA



6.5 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEURO QUIRÚRGICOS

6.5.1 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA

a) DEFINICION:

TEC: Es toda aquella agresión que presenta el cráneo y su contenido por fuerza de inercia o de contacto que terminan afectando el contenido intracraneana y tejidos adyacentes, además que resulta afectando el estado mental.

CRANEOTOMIA: Consiste en realizar apertura quirúrgica de la bóveda del cráneo para exponer el cerebro y las estructuras endocraneanas, y con la creación de un colgajo de hueso, duramadre y cuero cabelludo, que se coloca de nuevo en su sitio al terminar la cirugía. Las craneotomías se clasifican según su localización como las fosas anterior, media o posterior, frontales parietales, temporales u occipitales.

CRANIECTOMIA: procedimiento donde perfora y reseca parte posterior del hueso occipital, y se expone el foramen para extirpar una lesión.

b) CAUSAS

- TEC grave con sangrado por lesiones a nivel subdural ó epidural
- Tumoración cerebral
- Presencia de aneurisma
- Reparación de fractura craneal

c) TRATAMIENTO:

Precedida por una resonancia magnética que proporciona una imagen del cerebro que el cirujano utiliza para planificar la ubicación precisa para la eliminación del coágulo y hueso y el ángulo apropiado de acceso a las áreas del cerebro

Craneotomía Osteoplástica Cuando el colgajo retirado luego de la evacuación del, hematoma puede ser colocado y fijado al finalizar el procedimiento. También se, puede guardar el colgajo óseo en el abdomen albergándolo por unos días hasta que disminuya el edema original y entrar en una segunda intervención para su colocación original

Craneotomía Osteoclástica Cuando los fragmentos óseos son desechados quedando un defecto para luego ser corregido con un implante biomédico en una segunda intervención.

d) RECURSOS HUMANOS

- Anestesiólogos
- Neurocirujanos
- Cirujano ayudante
- Enfermera instrumentista
- Enfermera circulante
- Técnico de enfermería



e) INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION QUIRURGICA

ENFERMERA CIRCULANTE

- Verificar funcionamiento de equipos biomédicos
- Contar con mesa de operaciones propias adaptable al cabezal de Mayfield (cabezal Mayfield de 3 puntas, más accesorios de la mesa) los adicionales
- Ubica la Maquina de Anestesia, liberando el cabezal para el espacio abierto del Neurocirujano
- Balón de GAS disponible para el Equipo Neumático

ENFERMERA INSTRUMENTISTA:

- Selecciona el instrumental a utilizarse
- Selecciona los insumos
- Selecciona la ropa

POSICION DEL PACIENTE

- Ubicación del paciente en la mesa de operaciones estabilizándolo en el apoya
- cabezas y Neurocirujano en la posición de la lesión
- En craneotomía occipital o sub occipital (Posición fowler)
- Cuando se realiza craneotomía, el paciente va en D.D., cabeza apoyada en cabezal
- de Mayfield sujeta por 3 clavos desmontables o pines.
- 01 almohada en M.I. (abarca muslo y zona poplíteas)
- 02 rodetes para los talones.
- Colocación de ungüento oftálmico ATB y sellado de ojos con esparadrapo antialérgico.
- Protección de conductos auditivos con torundas de algodón.
- Colaborar con anestesiología en la colocación de vías invasivas, colocación de
- catéter central, catéter arterial e intubación.
- Realizar el cateterismo vesical verificando

TRANS OPERATORIO TÉCNICA

- El Cirujano realiza una incisión en el cuero cabelludo
- Realiza la craneotomía
- Expone la porción lesionada
- Reseca Evacua y repara la lesión comprometida
- Reinserta el colgajo óseo

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO e INSTRUMENTACION

- Distribución del instrumental de cráneo en la mesa de quirúrgica y mesa auxiliar.
- Antisépsia de zona operatoria
- Fija todo la cablería y la resguarda en la bolsa portapinzas
- Puede el Cirujano demarcar la zona con una aguja N° 18 ó marcador de piel que al final ayudará para el afrontamiento correcto de la piel



INCISIÓN SOBRE EL CUERO CABELLUDO

- Enfermera Instrumentista pasa bisturí N° 21 y gasas para mantener la hemostasia a presión digital y secado operatoria.
- Pasarle los clips de Raney ó hemostáticos a presión para los bordes tisulares
- Incide en la GALEA y pericráneo, Pinzas Kelly para los bordes de tejido celular, bisturí N° 21, músculo y epicraneo con Monopolar. Hemostasia con bipolar.
- El cirujano despegar el pericráneo de la calota con legra se colocan los separadores de fosa posterior y Adson Beckman.
- Pasarle el trepano para 2 a 3 perforaciones en la calota y seguidamente cambiar el trepano por el Craneotomo que amplía la incisión tener a la mano cureta para retirar la viruta ósea
- Pasarle el separador de dura madre para despegar la calota de la duramadre ó puede utilizar gubias y/o Kerrizon para realizar la apertura cuidando siempre la duramadre.
- Una pinza backaus para retirarla plaqueta, a veces es necesario el uso de la tijera metzembaun, se levanta totalmente la plaqueta.
- El uso de cera de hueso y cotones para evitar la hemorragia
- Para traccionar y fijar la dura madre pasar vycril o seda 4/0mr No15, se colocan dos puntos al inicio (derecho e izquierdo) a todo lo largo de la incisión a realizar con reparos de pinza mosquito.
- Se expone la lesión
- Pasar bisturí No 15, luego cotones en forma de triángulo, (separación, secado y aspiración con aspiraciones finas) con disector No 1 para separar y guiar el corte con tijera metzembaun lo largo de la línea señalada
- Se pasa la irrigación y aspiración con cánulas fresierhastel termino de la erradicación de la lesión.
- Tener preparado los materiales hemostáticos como hemocolágenos, cottones, hem polvo y gasas pequeñas etc.
- Al término de la cirugía pasar suturas de acuerdo y capas, y dren solicitado como el NEUROSUC.
- Pasarle el craneótomo para practicar los orificios pequeños en la placa ósea y en la calota y volverla a colocar.
- Por razones de patología no se colocará la placa ósea esta quedara alojada en el abdomen debajo de la piel hasta una nueva intervención quirúrgica Ciruja e Instrumentista limpian zona operatoria y cubren con gas Médico Anestesiólogo y Enfermera Circulante trasladan al paciente al área.
- indicada por grado de dependencia URPA, UCI Ó UCIN.

SECUENCIA PARA EL CLIPADO DE UN ANEURISMA

- Se retrae el hemisferio e identifica la arteria madre proximal
- Se coloca hemocolageno alrededor del cuello del aneurisma para facilitar la colocación del clip
- Una vez colocado el clip se aspira el contenido del aneurisma



f) CONSIDERACIONES GENERALES

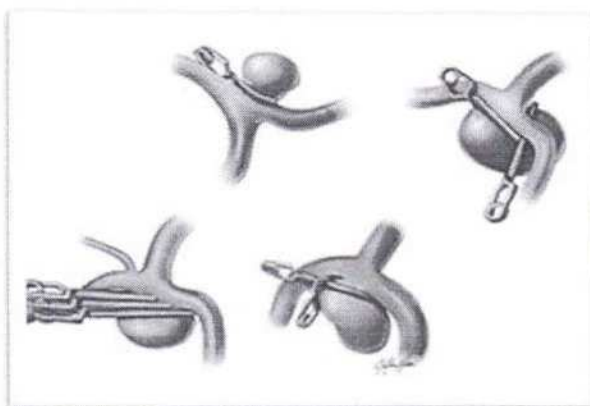
Brindar el cuidado integral y oportuno garantizando un transoperatorio libre de riesgos para el paciente.

g) CONSIDERACIONES ESPECÍFICOS

- ✦ Identificar y seleccionar el instrumental apropiado a utilizarse
- ✦ Conocer y analizar la secuencia de los pasos del procedimiento quirúrgico
- ✦ Identificar la posición segura para el paciente que va ser sometido

h) RECOMENDACIONES:

- ✦ Material de instrumentación debidamente estéril
- ✦ Antes de equipar el quirófano verificar que todo equipo biomédico este operativo, e instrumental adecuado
- ✦ Mantener principios de bioseguridad



6.5.2 CIRUGIAS DE LAMINECTOMIA LUMBAR

a) DEFINICIÓN:

Es la corrección de la anomalía estructural que origina el dolor de espalda cuando esa es la causa por ejemplo: una hernia discal que comprime una raíz nerviosa y todos los tratamientos no quirúrgicos han fracasado, extraer el material discal herniado permite eliminar la compresión. Es una cirugía para extirpar la lámina. Esta es una parte del hueso que constituye una vértebra en la columna. La laminectomía también se hace para extirpar espolones óseos en la columna. Este procedimiento puede aliviar la presión de los nervios raquídeos o la médula espinal.

La laminectomía abre el conducto raquídeo de manera que los nervios raquídeos tengan más espacio. Se puede hacer junto con una discectomía, unaforaminotomía y una artrodesis vertebral. Usted estará dormido y no sentirá dolor (anestesia general).



Laminectomía por Hernias Discales:

La operación consiste en ensanchar el espacio que existe entre las láminas de dos vértebras que se encuentran una encima de otra, en el nivel donde se encuentra la hernia de disco. Al ampliar el agujero de conjunción, disminuye la presión que existe en el canal espinal para la salida de la raíz nerviosa y la medula espinal evitando el dolor

Laminectomía por Artrodesis Vertebral:

Es una cirugía para corregir anomalías estructurales de la columna vertebral, donde se estabiliza dos o más huesos de la columna en forma permanente, de tal manera yo no pueda dar movimiento entre ellos y puede disminuir el dolor de espalda.

Laminectomía por Estenosis:

Es el estrechamiento del canal espinal, cuyo canal está dentro de la columna vertebral, el cual es un espacio pequeño que sostiene las raíces y medula espinal, si el z de Play, año de este espacio disminuye puede presionar los nervios y medula lo que sima el dolor.

b) CIRUGIAS EN COLUMNA VERTEBRAL

- ✚ Laminectomía.
- ✚ Estabilización y alineación de la columna vertebral.
- ✚ Tracción cervical.
- ✚ Artrodesis cervical anterior y posterior.
- ✚ Artrodesis toracolumbar.

c) OBJETIVO

La cirugía de columna posee objetivos biológicos y mecánicos.

Objetivo Biológico: Regular cualquier material que cause una presión inadecuada sobre elementos nerviosos.

Objetivo Mecánico: Restablecer la estabilidad de la columna vertebral.

d) ROL DE ENFERMERA

ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y CIRCULANTE

- Evalúa el ambiente quirúrgico
- Verificación de la programación de la cirugía a realizar.
- Equipamiento del quirófano.
- Presentación con el paciente.
- Instrumental de laminectomías





e) DESARROLLO DEL PROCESO:

Recurso humano:

- Médico cirujano,
- Médico anestesiólogo,
- Lic. De enfermería y técnica de enfermería y
- Técnico radiólogo.
- Equipos biomédicos operativos.

Desarrollo de la instrumentación:

ROL DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I

- Selecciona el instrumental de acuerdo a la cirugía programada.
- Selecciona las suturas e insumos que utilizara en la cirugía (cotones, hemocolageno)
- incluyendo frascos para muestras.
- Verifica la operatividad de los equipos a utilizar en la cirugía (cauterios monopoles, bipolar, microscopio).
- Selecciona la ropa que utilizara de acuerdo a la cirugía.
- Apertura de ropa, instrumental, suturas y accesorios.
- Lavado de mano quirúrgico, luego de aperturar lo que va a necesitar en la cirugía.
- Se viste con ropa estéril y calzado de guante sistema cerrado quirúrgico.
- Prepara y distribuye el instrumental, según tiempos operatorios.
- Viste a los cirujanos calzándoles doble guantes.
- Alcanza el sponch, con 5 gasas con una pinza de anillo para la aseptización de la piel.
- Ayuda a colocar los campos estériles al paciente delimitando la zona operatoria.
- Instala la mesa de mayo, colocación del jebe de aspiración, electrocauterio monopolar y bipolar, en una bolsa de laparoscópica.
- Instrumenta la cirugía de acuerdo a los pasos quirúrgicos
- Recepciona las muestras operatorias, e indica a la enfermera II el nombre de la muestra con previa confirmación del cirujano
- Lleva el control de cotones y gasas junto con la enfermera II
- Finalizado la cirugía ayudara a colocar los apósitos de la zona operatoria

ROL DE LA ENFERMERA CIRCULANTE

- Recepcionara al paciente y trasladara junto con la técnica de enfermería llevando historia clínica, tomografías, etc.
- Brindará apoyo emocional al paciente.
- A dará al anestesiólogo en la inducción y la colocación de procedimientos invasivos.
- Colocará la sonda Foley asépticamente.
- Protección de ojos del paciente
- Sera la encargada de preparar, rodetes, almohadas, fajas para la colocación que ayudara a colocar al paciente en la posición adecuada para la cirugía.
- Protegerá las zonas de presión con algodón
- Colocación de la placa de retorno
- Lavara la zona operatoria ampliamente con yodopovidona espuma
- Instalara los equipos de cauterios, succiones.



- Recepciona las muestras y rotulará y preguntara al cirujano en que solución la fijara.
- Al término de la cirugía, acompañara al anestesiólogo en la extubacion del paciente, y ayudar a trasladar al paciente a la camilla, o su cama propia en posición decúbito dorsal
- Trasladará al paciente junto con el medico anestesiólogo a recuperación
- Reportara a la enfermera de recuperación datos del paciente, cirugía realizada, medicamentos intraoperatorios recibidos en intraoperatorios, entrega de historia clínica con reporte operatorio, hoja de anestesia intraoperatoria y de post recuperación, receta, placas de tomografía.

f) CONSIDERACIONES GENERALES:

Brindar un cuidado integral y oportuno garantizando un trans-operatorios libre de riesgos para el paciente.

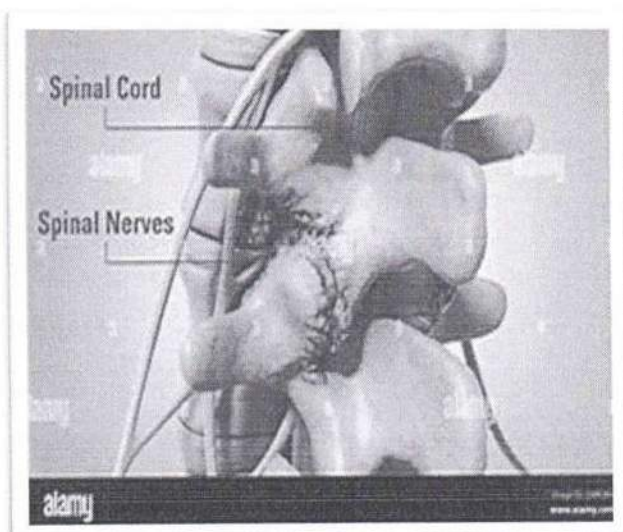
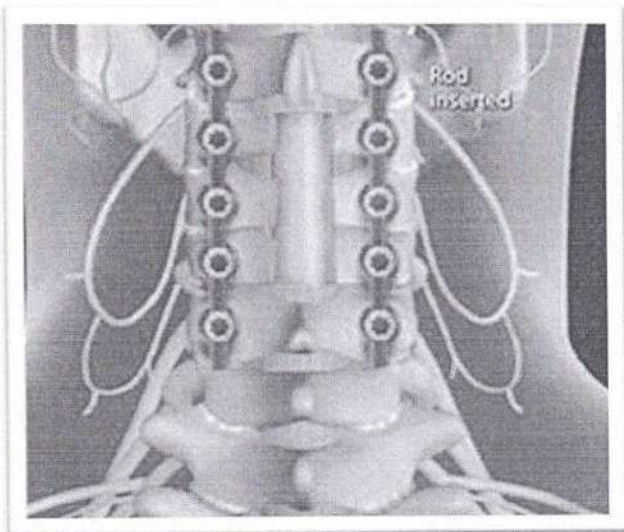
g) CONSIDERACIONES ESPECÍFICOS:

- ✚ Participar en forma activa en la atención integral del paciente neuroquirurgico.
- ✚ Brindar cuidado de enfermería para mantener integra la piel y las estructuras nerviosas.
- ✚ Evitar infecciones en el paciente

h) RECOMENDACIONES:

- ✚ Para el procedimiento de la cirugía, proteger al paciente en flexuras con polímeros abdominales, dorsales, picarones, talonera, evitando origen de manchas de presión y otras lesiones en el paciente.
- ✚ Respetar la bioseguridad utilizando adecuadamente el protocolo.
- ✚ Proteger la intimidad del paciente.
- ✚ En el cuidado de la herida el mejor consejo es no manipularla. Idealmente la herida debería estar descubierta, pero si la ropa genera roce molesto sobre ella, entonces una gaza o compresa puede ser útil y cómodo hasta que los puntos de sutura sean retirados.
- ✚ En caso de que note enrojecimiento con aumento de volumen, mucho dolor, aumento de temperatura local en la herida (al tacto) o fiebre, contacte de inmediato a su neurocirujano. Los puntos de sutura son usualmente retirados entre 7-10 días después de la cirugía, y esto será planificado por su médico tratante previo a su egreso hospital
- ✚ Paciente en ayuna mayor de 8 horas.
- ✚ La cirugía de las lesiones traumáticas agudas de los tendones flexores debe ser realizada de urgencia en especial si hay lesiones neurovasculares asociadas por un cirujano entrenado en estos meticulosos procedimientos.
- ✚ En la mayoría de los casos se puede obtener un resultado funcional útil, siempre que se sigan los pasos mencionados en este escrito y un plan de rehabilitación estricto con las férulas y ejercicios controlados por una terapeuta de mano y pie.
- ✚ Los resultados son impredecibles cuando hay lesiones contusas o severas que dejan n lecho desfavorable. En todos los casos es indispensable la educación del paciente para que se integre en forma efectiva en el equipo de tratamiento.
- ✚ Durante 43 horas después de la operación mantener elevado la extremidad.
- ✚ Si el paciente se queja de dolor o latidos intensos se retirará los vendajes, explorará articulación y se colocará nuevamente los vendajes.
- ✚ El tiempo de recuperación funcional del tendón depende en gran parte de ejercicios y la fisioterapia.





6.6 GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA

a) DEFINICION

La atención de pacientes traumatológicos define la actuación frente a las lesiones del aparato locomotor, que generalmente se presentan en estado de emergencia, pero elementalmente se requiere de la solución luego de la emergencia donde es importante:

- Control de la hemorragia.
- Conservar la vida.
- Conservar la extremidad.
- Prevenir la infección.
- Conservar la función motora

b) OBJETIVOS

- ✚ Tiene como objetivo la solución de problemas del aparato locomotor, tanto de sus partes musculares como óseas o articulares.
- ✚ Estas cirugías buscan solucionar lesiones agudas, crónicas, recurrentes o traumáticas.
- ✚ Unificar el conocimiento que debe tener la personal enfermería sobre el instrumental y la aplicación de las diferentes técnicas en dichas patologías
- ✚ Contribuir en el éxito de la osteosíntesis.

c) RECURSOS HUMANOS

- ✚ Médico Anestesiólogo
- ✚ Traumatólogo Principal
- ✚ Traumatólogo Ayudante
- ✚ Anestesiólogo Enfermera Instrumentista I
- ✚ Enfermera Instrumentista II
- ✚ Técnico en Enfermería

d) INDICACIONES

En lesiones traumáticas de extremidades que afectan a:

- **Huesos:** fracturas, epifisiólisis, etc
- **Ligamentos y articulaciones:** esguinces, luxaciones, artritis traumáticas, etc
- **Músculos y tendones:** roturas fibrilares, hematomas, contusiones, tendinitis, etc
- **Piel:** heridas, etc

e) REQUISITOS

Conocimientos anatómico, biomecánico, bioquímico y fisiológico de los sistemas, órganos y tejidos implicados en el aparato locomotor y sus estructuras asociadas.
Instrumental especializado

f) RECURSOS MATERIALES y EQUIPAMIENTO:

Equipo de ropa, Adicional de sabana, Ropa de Arco en C, Hule estéril, Mandil de plomo
Campos adicionales, Vendas elásticas 4"(MM.SS.), 6"(MM.II.), Set de Limpieza
Instrumental PE y/ o Básico, Trauma 1, o Trauma 2A /OPF, Set Howman
Cirugía de mano, Perforadores con baterías, Lápiz monopolar, Manubrios

- Tubo de aspiración, Riñonera, Lavatorio, Bolo - asepto jeringa, loban
- Bisturí N°21 y N°15, Gasas quirúrgica chicas y compresas quirúrgicas
- Soluciones, Guantes quirúrgicos, Vendas de yeso, Vendas de algodón
- **Suturas:** poliglicólico N° 0, 1, 2/0; Nylon cortante 3/0, Grapas de piel
- **Equipos biomédicos** de electrocauterio, Aspirador empotrado
- Equipo de Arco en C o RX., Torniquete (condicional)
- Campos adicionales, Vendas elásticas 6", Set de Limpieza, Manubrios
- Instrumental Básico Trauma 2A /2B, Set Howman, Instrumental DHS/DCS
- Perforadores con baterías, Lápiz mono polar, Tubo de aspiración, Riñonera
- Lavatorio, Bolo - asepto jeringa, Bisturí N°21 y N°15, Gasas quirúrgica chicas y compresas quirúrgicas, Soluciones, Guantes quirúrgicos
- **Suturas:** poliglicólico N° 0, 1, 2/0; Nylon cortante 3/0, Grapas de piel
- loban, Drenaje de succión
- Equipos biomédicos: Equipo de electrocauterio, Aspirador empotrado, Equipo de Arco en C o RX.
- Equipo de Limpieza externa, sabana y plástico no estéril.
- Yodopovidona espuma 8.5%.
- Yodopovidona solución 10%.
- Para los casos de Fracturas expuestas contar con SET DE FIJACIÓN EXTERNA

6.1 REDUCCIÓN CRUENTA + OSTEOSÍNTESIS CON: - PLACA DCP Y BLOQUEO

a) DEFINICIÓN:

Es un procedimiento quirúrgico donde se aproximan los extremos de una fractura a través de una incisión de las partes blandas, para reducir y estabilizar con una placa DCP o BLOQUEO La placa DCP (Placa de Compresión Dinámica) incorpora un diseño de los agujeros que permite la compresión axial mediante la inserción de un tornillo excéntrico. La placa funciona de diferentes formas: compresión, neutralización y como tirante o sostén.

- La placa DCP dispone de 3 tamaños para huesos grandes y pequeños:
- La DCP ancha de 4.5 para fractura de fémur y ocasionalmente en húmero.
- La DCP estrecha de 4.5 para fractura de tibia y de húmero.
- La DCP 3.5 para fractura de antebrazo, peroné y clavícula.

La placa de Bloqueo:

1. bloqueo fémur (proximal- distal), tibia (proximal- distal), radio- cubito (proximal-distal) etc.
2. b. tercio de caña (peroné), placa bloqueada para clavícula,

b) DESARROLLO DE LA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA:

ENFERMERA CIRCULANTE

- Verifica la limpieza y desinfección del quirófano
- Coordinación con el médico anestesiólogo de turno.
- Equipamiento de quirófano.

- Verifica el buen funcionamiento del equipo biomédico
- Recepción del paciente identificándolo con la solicitud, se identifica y le brinda apoyo emocional a fin de disminuir sus temores.
- Verifica en historia clínica que tenga completo todo el pre operatorio
- Colabora en el Traslado del paciente al quirófano juntamente con el personal de enfermería técnica, previa coordinación con el anestesiólogo e instrumentista.
- Colabora con el anestesiólogo en la inducción e intubación, no olvidar tener lista la aspiración

ROL DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

- Apertura el equipo completo de ropa y se pasa todo lo necesario para la cirugía.
- Procede al lavado quirúrgico de manos, vestimenta y calzado de guantes – técnica cerrada.
- Ordena en mesa rectangular el instrumental de acuerdo a tiempos operatorios.
- Realiza el conteo de instrumental y de gasas chicas y compresas.
- Viste y calza guantes al equipo quirúrgico.

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL TRANS-OPERATORIO

ENFERMERA INSTRUMENTISTA

- Luego del lavado de la zona operatoria se viste al Paciente: Hule protector, sábana inferior se deja caer, con un campo envolver el miembro distal a la zona operatoria y fijar con venda elástica 6", se colocan 4 campos sobre zonas operatoria fijados con p. backaus, se pasa ioban, se fija presionando con una gasa, luego colocación de sábana superior y poncho.
- Colocación e instalación de manubrios, aspiración, electrocauterio, inicio al acto quirúrgico.

c) PROCEDIMIENTO QUIRURGICO e INSTRUMENTACION

PRIMER TIEMPO:

- Abordaje y liberación del foco de fractura. Incisión con bisturí.
- Hemostasia: con pinzas Kelly y electrocoagulación.
- Separación de partes blandas con farabeau, u howmann,
- Tracción del miembro para alinear - reducir la fractura opcionalmente usando clavo kirshner o pinzas reductoras o tornillo inter-fragmentario (cuando es directo al hueso como punto de tracción o compresión)

SEGUNDO TIEMPO:

- Para colocar el tornillo inter-fragmentario se procederá a cargar la broca 4.5 (*grandes fragmentos*) o broca 3.5 (*pequeños fragmentos*) en el perforador con la guía de protección de partes blandas según el diámetro de la broca, se perforará la primera



cortical. Luego cambiamos por broca 3.2 (G.F) o 2.5 (P.F) para perforar la segunda cortical; se avellana, medir con medidor de profundidad, usa la tarraja y coloca el tornillo.

- Después de la elección del tipo y tamaño de placa, y realizada la reducción se inicia la fijación y estabilización ósea.
- Opcionalmente se usará clavo kirshner para fijar las placas, se procederá a colocar los tornillos.
- Carga la broca 3.2 (G.F) o 2.5 (P.F) en el perforador, mide la profundidad, tarraja y coloca tornillo.
- Control radiográfico.
- Verifica que el instrumental y gasa este completo antes del cierre.
- **Ayuda** en el sellado de herida operatoria con un buen vendaje.
- Retira la ropa quirúrgica usada.
- Una vez lavado el instrumental lo prepara para enviarlo a esterilizar.



ROL DE ENFERMERA CIRCULANTE



- Sincronizar las acciones con la enfermera instrumentista durante toda la cirugía.
- Actuará en forma oportuna y eficiente proporcionando material, equipo necesario, ubicando la cialitica.
- Participar activamente con el anestesiólogo priorizando situaciones de emergencia:
- Pedido de sangre, plaquetas, drogas, etc.
- Controlar y registrar los ingresos y egresos, diuresis, sangrado, sonda nasogástrica
- Ayudar a sellar la herida operatoria.
- Colaborar con el anestesiólogo para la extubacion del paciente.
- Protege al paciente de los cambios bruscos de temperatura.
- Pide ayuda para la movilización del paciente.
- Realizara anotaciones de Enfermería y registros.
- Dejar el quirófano ordenado y equipado para la siguiente cirugía

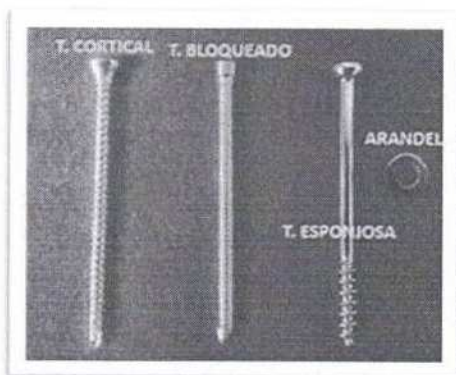
CONSIDERACIONES GENERALES

- Verificar si se cuenta con la placa indicada para la cirugía a realizar.
- Verificar la esterilización, fecha de inicio y caducidad del instrumental y de la placa a usar
- Cargar la batería con anticipación verificando la marca comercial.

d) RECOMENDACIONES

- Utilizar las medidas de bioseguridad y asepsia antes, durante y después del acto quirúrgico
- Proteger la intimidad del paciente.
- Tener conocimiento de la posición que adoptara el paciente para así poder brindar una atención de calidad (colocación de polímeros, almohadillas en zonas de presión ósea, mesa auxiliar acrílica, ubicación de la enfermera instrumentista, ubicación adecuada de los equipos biomédicos)





6.2 REDUCCIÓN CRUENTA + OSTEOSÍNTESIS CON: PLACAS DHS / DCS

a) DEFINICIÓN:

Es un procedimiento quirúrgico donde se realiza la aproximación física de los extremos de una fractura a través de una incisión de las partes blandas, para reducir y estabilizar la fractura a través de la placa DHS o DSC.

El sistema de tornillo placa telescópica DHS y DCS, está constituido por tres elementos diferenciales que se implantan en el fémur proximal. Constituyen este sistema:

- **Placa con tubo corto a largo;** la placa se obtiene con ángulos de inclinación de 135, 140, 145 y 150 grados. El ángulo de placa y la longitud del tubo, deberán elegirse en función de la anatomía del paciente y las características de la fractura.
- Dispone en toda su longitud, de orificios de autocompresión para la sujeción a la diáfisis femoral con tornillos de cortical de 4.5 mm.
- **El tornillo deslizante de esponjosa** dispone de dos planos paralelos en su parte cilíndrica que evitan la rotación del mismo en el tubo de la placa y guían su deslizamiento. Se ofrece en varias longitudes partiendo de 50 mm, hasta 145 mm, con una longitud roscada de 2.5mm y 12.5 mm de diámetro
- **El tornillo de compresión** permite reducir la fractura, manteniendo la compresión del montaje al unir el tornillo de esponjosa y la placa
- La utilización conjunta de estos tres implantes constituye un sistema de osteosíntesis muy resistente a la flexión, que soporta holgadamente las tensiones que aparecen en el extremo proximal del fémur.
- Esta técnica es empleada para fracturas pertrocanterea e intertrocanterea de tipo 31-A (según clasificación de la AO/ASIF). Fracturas cervicofemorales de tipo 131-B2 y 31-B3, en combinación con tornillo anti rotatorio.

b) MANEJO DE INSTRUMENTACION FRACTURAS DE FEMUR PROXIMAL Y DISTAL

Las fracturas de extremidad de fémur son aquellas que afectan la metáfisis diafisiaria y/o cóndilos femorales con o sin compromiso articular de la rodilla o de pelvis.



c) **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO**

- Quirúrgico: Indicaciones de osteosíntesis
- Fragmento pequeño: fijación de la avulsión con tornillo de esponjosa de 4.0 mm con arándela.
- Fragmento grande: tornillo de 6.5mm
- El sistema dinámico de cadera
- Placa anguladas y osteotomía
- Placa condilar ángulo 95° a compresión dinámica para fracturas del tercio distal del fémur y osteotomía
- Placas angulares de 130° a Compresión Dinámica para fracturas de cuello de fémur



d) **DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

ENFERMERA CIRCULANTE:

- Verifica la limpieza y desinfección del quirófano
- Coordinación con el médico anestesiólogo de turno.
- Equipamiento de quirófano.
- Recepción del paciente.

ROL DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA I

- Apertura el equipo completo de ropa y se pasa todo lo necesario para la cirugía.
- Procede al lavado quirúrgico de manos, vestimenta y calzado de guantes – técnica cerrada.
- Ordena en mesa rectangular el instrumental de acuerdo a tiempos operatorios.
- Realiza el conteo de instrumental y de gasas chicas y compresas.
- Viste y calza guantes al equipo quirúrgico.

e) **INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL TRANS-OPERATORIO ENFERMERA**

INSTRUMENTISTA I

- Luego del lavado de la zona operatoria se viste al Paciente: Hule protector, sábana inferior se deja caer, con un campo envolver el miembro distal a la zona operatoria y fijar con venda elástica 6", se colocan 4 campos sobre zonas operatoria fijados con p. backaus, se pasa ioban, se fija presionando con una gasa, luego colocación de sábana superior y poncho.
- Colocación e instalación de manubrios, aspiración, electrocauterio, se inicia operación.

TECNICA QUIRURGICA

PRIMER TIEMPO

- Abordaje y liberación del foco de fractura. Incisión con bisturí.
- Hemostasia: con pinzas Kelly y electrocoagulación.



- Separación de partes blandas con farabeau, u howman,
- Tracción del miembro para alinear - reducir la fractura opcionalmente usando clavo kishner o pinzas reductoras o tornillo interfragmentario (cuando es directo al hueso como punto de tracción o compresión)

SEGUNDO TIEMPO:

HS: Esta técnica es empleada para fracturas pertrocanterea e intertrocanterea de 31-A (según clasificación de la AO/ASIF). Fracturas cervicofemorales de tipo 31-B2 1-B3, en combinación con tornillo anti rotatorio.

- Colocación de paciente en cúbito supino sobre la mesa quirúrgica, la reducción de la fractura se realiza en forma cerrada bajo control radiológico con el intensificador de imágenes, (si dispone de una mesa de tracción, se reduce la ra mediante flexión, tracción longitudinal, abducción y rotación interna)
- El exceso al fémur proximal se efectúa por vía lateral. Incisión recta de 15 a 20 cm longitud en la de la longitud en la piel, desprenda el músculo vasto externo de la membrana intermuscular, realice una pequeña entalladura en la región del tubérculo innominado y exponga la diáfisis femoral proximal sin retirar el periostio.
Se determina la antero torsión del cuello femoral con la guía DHS y el mango en T DHS introduciendo una aguja de kirschner ventral sobre el cuello femoral dando golpes se insértela ligeramente en la cabeza femoral. Luego la determinación del punto de inserción del tornillo DHS e inserción de la aguja guía, se realiza a través de la guía DHS, procediendo a perforar la primera cortical con una broca de 2.5mm de diámetro. Luego introduzca la aguja guía DHS de 2.5 mm de diámetro hasta dejar su punta situada en la cabeza femoral en posición subcondral.
- Para medir la aguja de guía se introduce el medidor de profundidad DHS deslizándolo sobre la aguja de guía. Se monta la fresa triple DHS sobre la broca de 8.0 mm de diámetro hasta que quede encajada en la posición correspondiente a la profundidad determinada de perforación, se puede ajustar de 5 en 5 mm. Se ajusta la profundidad de la perforación deseada en la fresa triple DHS. Se labra el canal para el tornillo hasta que la punta de la broca quede unos 10 mm subcondral en la cabeza del fémur. La longitud del tornillo DHS adecuado es idéntica a la profundidad perforada.
- Después se desliza el instrumental de inserción sobre la aguja guía, se introduce el casquillo centrador largo en el orificio perforado, inserte el tornillo DHS de la longitud adecuada. El mango de la llave DHS/DCS debe estar paralelo al eje femoral, haciéndola pasar por encima del tornillo de conexión corto coloque la placa DHS sobre la diáfisis femoral, suelte el tornillo de conexión y retire el vástago guía
- Se retira la aguja guía con el motor quirúrgico en marcha atrás y deséchela, con el impactor DHS impacte la placa DHS en el orificio previamente perforado, luego con la aguja de la broca DHS 4.5 para cadera y la broca de 3.2mm de diámetro proceda a perforar canales neutros a través de los agujeros de la placa. Fije la placa DHS con tornillos de cortical de 4.5 mm de diámetro de la longitud adecuada.
- El dispositivo de bloqueo DHS permite bloquear temporalmente el mecanismo de deslizamiento del tornillo DHS/DCS. Para que el dispositivo de bloqueo quede completamente oculto en el cilindro de la placa DHS es preciso haber escogido antes un tornillo DHS/DCS 10 mm más corto que la profundidad perforada e insertarlo 10 mm más al fondo; es decir hasta que la marca correspondiente al 10 quede a la altura de la cortical lateral. Introduzca y fije al dispositivo de bloqueo con la ayuda del destornillador



dinamométrico DHS. Para conseguir la potencia óptima de bloqueo, el dispositivo de bloqueo debe insertarse con un momento de torsión de 4Nm

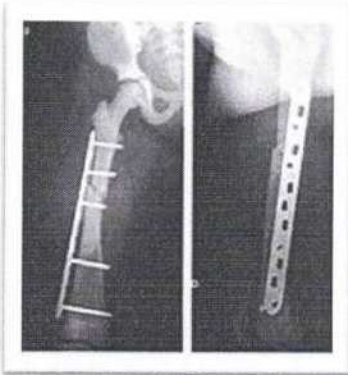
- Se lava la parte operada con solución salina, se sutura la fascia lata, se sutura con ácido poliglicólico 1 1/2 círculo, redonda, 37 mm, tejido celular subcutáneo con ácido poliglicólico 2/0 1/2 3/0

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La DCS 95° puede usarse en fémur distal y también en fémur proximal siguiendo el principio quirúrgico, la colocación del paciente es de cúbitosupino de tal modo que la rodilla pueda flexionarse en 90 grados

- Se fija de forma provisional los elementos articulares de la fractura con agujas de kirschner que posteriormente se sustituirán por tornillos de tracción. El punto de inserción del tornillo DCS se sitúa en la prolongación del eje diafisario del fémur a unos 2cm de distancia de la articulación de la rodilla, la alineación correcta del tornillo DCS se verifica con la ayuda de dos agujas de kirschner.
- La primera de ellas marca en el plano frontal la dirección de la hendidura articular de la rodilla a la altura de los cóndilos, y la segunda se introduce en posición ventral con respecto a los cóndilos femorales lateral y medial, marca la inclinación de la superficie articular femoro-rotuliana.
- Se procede a insertar la aguja guía DCS de 2.5mm de diámetro a través del punto de inserción previamente determinado. Introduzca el medidor de profundidad DCS deslizándolo sobre la aguja guía y mida con él la longitud de la aguja guía insertada en el hueso, ajustando la profundidad de la perforación deseada en la fresa triple DCS.
- Luego se monta la fresa triple DCS sobre la broca de 8.0mm de diámetro hasta que quede encajada en la posición correspondiente a la profundidad predeterminada, y se procede a perforar el hueso a tope con la fresa triple (la longitud del tornillo DCS adecuado es de 5mm menor que la profundidad
- perforada) y se retira la fresa triple DCS.
- Deslice el instrumental de inserción sobre la aguja guía e introduzca el casquillo centrador largo en el orificio perforado. Inserte el tornillo DCS de la longitud adecuada hasta que la marca correspondiente al 5 quede a la altura de la cortical lateral. El mango de la llave DCS debe estar paralelo al eje femoral, pues solo en esta posición del tornillo es posible colocar correctamente la placa DCS.
- Se pasa por encima del tornillo de conexión, se coloca la placa DCS sobre la diáfisis femoral. Se suelta el tornillo de conexión y se retira el vástago guía, se retira la aguja guía con el motor quirúrgico. Se impacta con cuidado la placa DCS en el orificio previamente perforado. Los dos fragmentos articulares de la fractura en Y se fijan de forma interfragmentaria con tornillos de esponjosa de 6.5mm de diámetro insertados a través de los agujeros distales de la placa.
- En las fracturas en Y, el tornillo de compresión DCS tiene que usarse para obtener una compresión adicional. Fije la placa con tornillos a la diáfisis femoral, y a continuación introduzca y apriete bien el tornillo de compresión. Al fijar el fragmento diafisario contra la placa DCS se obtiene una reducción anatómica correcta de las desviaciones en varo o en valgo. La longitud y la rotación deben ajustarse con respecto al fémur contra lateral, con la guía de broca DCP 4.5 para cadera y la broca de 3.2mm de diámetro procede a perforar canales neutros a través de los agujeros de la placa y fije la placa DHS con tornillos de cortical de 4.5 mm de diámetro de la longitud adecuada





6.6.3 TENORRAFÍAS



a) DEFINICIÓN

Es un procedimiento quirúrgico para separar una rotura de un tendón consiste en la sutura de los dos extremos seccionados del tendón.

Existen tres tipos de tenorrafía según el tiempo de realización del procedimiento.

- La tenorrafía primaria, que se realiza en la primera fase de la cicatrización (5 días), algunos cirujanos prefieren esperar la segunda ventana terapéutica para realizarla después del quinto día.
- La tenorrafía retardada se realiza entre el quinto día y las dos semanas siguientes.
- La tenorrafía secundaria precoz se realiza después de los 15 días. En esta etapa el tendón está retraído, la mayoría de las veces si se consigue realizar, se encuentra en tensión y con un porcentaje mayor de recidiva hay posibilidad que las poleas estén retraídas y necesiten reconstrucción.

b) INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION QUIRURGICA

ENFERMERA CIRCULANTE

- Coordinación con el médico anestesiólogo de turno.
- Recepción del paciente.
- Verifica la limpieza y desinfección del quirófano

ENFERMERA INSTRUMENTISTA I:

- Una vez que ha preparado todo lo que necesita y el paciente ya está ingresando al servicio, procede a la apertura del equipo de ropa en la mesa semiluna seguidamente con los paquetes pequeños como mandiles, gasas, jebes de aspiración, guantes suturas etc. Verificando la integridad del envoltorio de los paquetes.
- Es muy útil realizar un rápido repaso mental de los tiempos de la intervención con el fin de proveer pequeños detalles.
- Luego procede al lavado de mano quirúrgico, para vestirse
- Realiza el conteo de gasas y compresas junto con la enfermera circulante al inicio y antes del cierre de cavidades y piel.



- Verifica el material su esterilidad mediante sus indicadores luego procede a contar el número de piezas.

c) PROCEDIMIENTO QUIRURGICO e INSTRUMENTACION

Proporciona al cirujano y ayudante todo lo necesario durante la intervención controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticipar en las necesidades comunica a la enfermera circulante la recogida de muestras o piezas patológicas.

Tiempos operatorios:

1° Incisión y exposición. La apertura de la cirugía se inicia con una incisión transversa con hoja de bisturí N°21 El campo debe ser de la extensión suficiente. Posteriormente usando los separadores farabeu chicos dando mayor visibilidad de la zona operatoria. Y si no se visualizará el tendón se ampliaría la herida primitiva pero las incisiones que se practiquen para este fin han de ser anatómicas, es decir, situadas en las caras laterales de los dedos, seguir los pliegues de flexión en la palma y no atravesar los pliegues de flexión en la muñeca.

- Una vez encontrado el tendón se hace una fijación con aguja hipodérmica hasta encontrar el otro extremo del tendón. Los extremos del tendón se manejan con pinzas hemostáticas pequeñas y rectas que se prenden cerca de las superficies de corte. Cuando han sido seccionados los tendones flexores profundo y superficial de un dedo, la tenorrafia sólo se hace en el profundo y se extirpa en parte el superficial para evitar posibles adherencias postoperatorias entre uno y otro en la vaina anular.
- El extremo distal se corta a la altura de la articulación y el proximal en la muñeca. Al mismo tiempo se incide la vaina longitudinalmente para que el tendón no resulte comprimido mientras cicatriza. Después, el extremo deshilachado o contundido del tendón se reseca con un bisturí muy afilado, pero dejando una pequeña porción de él para poder prenderlo durante las maniobras de sutura, con una mano se agarra el asa y con la otra la hebra de la sutura y, mientras un ayudante sostiene firmemente el extremo del tendón con unas pinzas hemostáticas, se tira de una y de otro en el mismo eje del tendón para ponerlos tensos y después deslizar repetidas veces la hebra de la sutura en sentidos opuestos.
- La tenorrafia se puede hacer también con poliglicólico o nylon 1. Una hebra de este material hebrada en dos pequeñas agujas cortantes se introduce entrecruzada en uno de los extremos del tendón de la misma manera que ha sido descrita en la sutura.
- Terminada la anastomosis se quita el torniquete.

Cierre. El tendón suturado debe disponer de una superficie suave de deslizamiento. Nunca se cierran por sutura las vainas de los flexores de los dedos, porque el edema postoperatorio de las vainas herméticamente cerradas puede causar fibrosis o esfacelo del tendón.

- El término de la cirugía limpia y desinfecta la herida quirúrgica colocando gasas o apósitos etc.
- Para inmovilizar la mano, después de suturar los tendones se pone una férula de yeso, dorsal o palmar, la mano ha de ponerse en extensión con los dedos completamente extendidos.



- Para inmovilizar el pie, después de suturar los tendones o el tendón se coloca una férula de yeso o bota de yeso según la cirugía.
- Después de la operación se mantiene elevada la extremidad. Si el paciente se queja de dolor o latidos intensos, se retira el vendaje, se explora la circulación y pulso; aplicando de nuevo la venda elástica.
- Se desecha el material punzo cortante a su respectivo contenedor
- Entrega el instrumental al personal técnico para que prosiga con el lavado
- Prepara el material para ser enviado a central de esterilización.



6.6.4 LIMPIEZA QX. POR TRAUMAS ÓSEOS

a) DEFINICIÓN:

Perdida de continuidad de un segmento óseo en la que el foco de fractura se comunica con el exterior a través de una herida.

Constituyen una urgencia traumatológica por su alto riesgo de complicaciones, entre la cual la principal es la INFECCIÓN. (Osteomielitis crónica si fue tratada o aún peor una gangrena gaseosa y muerte si no fue tratada). La mayoría se ve en la pierna.

El 90% de las fracturas expuestas son por accidentes de tránsito. El 30% tienen lesiones en otros sistemas.

Hay que considerar que el foco lesionado además de abarcar las partes blandas y hueso, incluye vasos y nervios.



b) FINALIDAD

- Control de la hemorragia
- Conservación de la vida
- Conservación de la extremidads
- Prevenir la infección.



- Conservar la función.

c) **OBJETIVO:**

Garantizar la calidad y atención de la Enfermera en forma efectiva y Humana favoreciendo la pronta recuperación del paciente y disminuyendo los riesgos y costos de la intervención quirúrgica.

d) **DESARROLLO DEL PROCESO**

RECURSOS HUMANOS:

- 01 Anestesiólogo.
- 01 Medico Traumatólogo.
- 01 Medico Traumatólogo ayudante.
- 01 Enfermera Instrumentista.
- 01 Enfermera Circulante.
- 01 Técnica de Enfermería.

e) **PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:**

Tiempo Séptico:

Primer lavado prolijo inicial del foco de la fractura y de la herida se realiza el lavado con yodo povidona espuma.

Tiempo Aséptico:

- Se coloca campos operatorios estériles.
- Colocar la cubeta de limpieza e iniciar el segundo lavado con agua y jabón y suero fisiológico.
- Irrigación con al menos de 10 litros de solución fisiológica por arrastre mecánico.
- Si es necesario ampliar la herida.
- Exploración profunda.
- Reparación vascular.
- Debridamiento resección de todo tejido necrótico.
- Los fragmentos óseos serán resecaados y en lo posible deben quedar cubiertos por partes blandas.
- Resección de la piel y desbridamiento.
- Resección de todos los tejidos desvitalizados.
- Reparación de tendones y nervios.

Tercer tiempo

Reducción de la movilización si es posible con fijador externo sino se colocará o hasta tener a la mano los fijadores externos. Cierre y afrontamiento de la herida si esta lo permite sino se dejará abierta para un cierre posterior para lo cual se cubrirá la herida con gasas furacinadas y un vendaje relativamente compresivo.

f) **CONSIDERACIONES GENERALES:**



Que el profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II 2 Sullana, que unifique criterios y funciones que garanticen una atención de calidad, previniendo complicaciones y disminuyendo costos.

g) CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

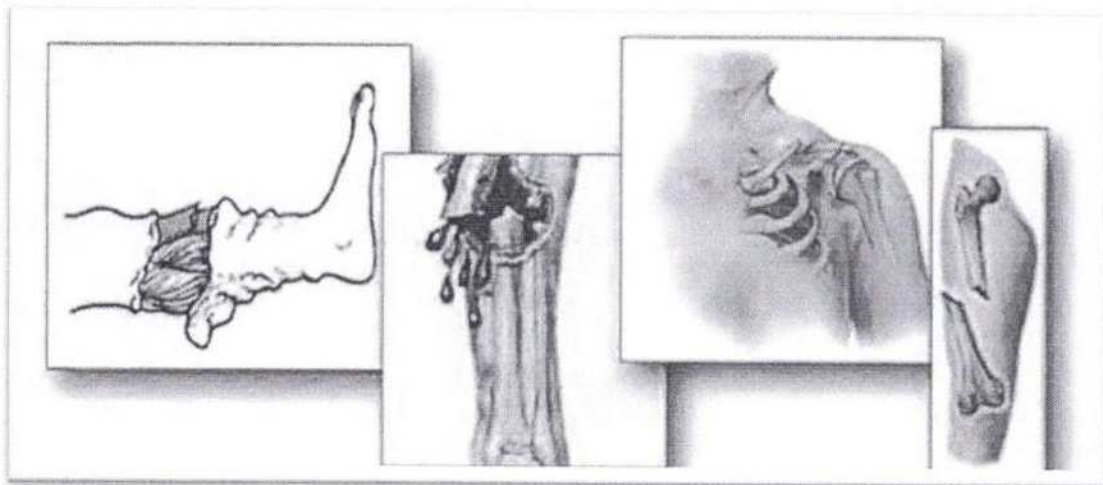


Que el profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II 2 Sullana, adquiera conocimiento y dominio de todos los procedimientos en el ámbito quirúrgico en cuanto a la especialidad se refiere: manejo de instrumental y equipos especiales, técnicos y tiempos operatorios. Identificar y asumir sus responsabilidades en todo el trans operatorio.

h) RECOMENDACIONES:

- Antes de iniciar la cirugía la Enfermera debe comprobar la presencia de todo el material completo y estéril.
- Verificar la operatividad de todo el material y equipo antes y después de la cirugía.
- Es muy importante en la selección del instrumental y equipos Tipo de fractura.
- Lesiones asociadas.
- Estado general.
- Mecanismo de producción de la fractura





CLASIFICACION

Contaminadas.- < de 6hrs de evolución, contaminación por gérmenes del medio ambiente o el agente agresor.

Infectadas.- > de 6 hrs de evolución, reproducción de los gérmenes localmente.

Complicadas.- es la que se acompaña de lesiones en órganos, sistemas o elementos anatómicos vecinos.



6.7 GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES GINECOLÓGICAS

6.7.1 EMBARAZO ECTOPICO

a) DEFINICION:

Un embarazo ectópico es aquel que tiene lugar fuera de la matriz, el sitio más común es en la trompa de Falopio por tanto las posibilidades de que llegue a buen término son muy bajas. Además, existen muchos casos de embarazos ectópicos que no se detectan a tiempo, con el consiguiente riesgo para la salud de la madre, es una afección potencialmente mortal.

La implantación puede ser:

- **Ampular:** ocurre en 85% de los casos. En esta localización puede evolucionar hacia la resolución espontánea por aborto tubárico o permitir el crecimiento del embrión, lo que ocasiona ruptura de la trompa
- **Ístmico:** constituye el 13% de los casos. Por estar localizado en la porción más estrecha de la trompa ocasiona rupturas más tempranas.
- **Intersticial o intramural:** constituye el 2% de los casos. El embarazo ovárico es excepcional. Se discute la ocurrencia del embarazo abdominal primario, pero se acepta la implantación secundaria de un aborto tubárico. El embarazo cervical es la implantación del huevo en el endocérnix.

b) CAUSAS, INCIDENCIAS Y FACTORES DE RIESGO:

Este tipo de embarazo es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las trompas hacia el útero.

La mayoría de los casos son el resultado de una cicatriz en la trompa provocada por una infección, cirugía u otro embarazo ectópico. Hasta un 50% de las mujeres con embarazos ectópicos han padecido inflamación de las trompas. En otras ocasiones pueden deberse a defectos congénitos en las trompas, endometriosis, cicatrización causada por una cirugía previa y en unos pocos casos se desconoce la causa.

Patología del embarazo tubárico

El embarazo tubárico es el más representativo de la implantación ectópica, -pendiendo su curso clínico, en gran parte, de la localización topográfica de la misma. En algunas ocasiones, la interrupción del embarazo es tan precoz, que se resuelve por reabsorción espontánea, sin llegar a dar manifestaciones ni de amenorrea. Lo habitual, sin embargo, es que progrese hasta el segundo o tercer mes el embarazo. Una vez implantado el huevo en la trompa, las vellosidades invaden rápidamente el endosalpinx, alcanzando la pared tubárica y el peritoneo. Esta penetración va acompañada de una proliferación vascular y de un hematoma peritubárico o hematosalpinx, que a menudo afecta la trompa contralateral, y que se propaga hacia el extremo distal de la trompa, entre la pared y la serosa.

A partir de ahí puede evolucionar hacia:



ABORTO TUBÁRICO: El huevo carece de vellosidades suficientes y está plantado en el segmento distal de la trompa. Se atrofia y se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de Douglas formando hematocele. En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal. El aborto tubárico se da con más frecuencia en la implantación ampular y fimbria de la trompa.

ROTURA TUBÁRICA: Las vellosidades son suficientes y enérgicas, pero el aumento de la presión intratubárica llega a dificultar el riego sanguíneo de la trompa, lo que produce necrosis tisular que conduce a la ruptura por corrosión vascular (no por estallido). Esta rotura suele acompañarse de hemorragia intensa, que da lugar al hemoperitoneo y al shock hipovolémico, ya que suele afectar la anastomosis de las arterias tubáricas con la uterina ascendente. La rotura tubárica se da con más frecuencia en la implantación ístmica e intersticial de la trompa. La metrorragiase manifiesta generalmente antes de la rotura, debido a la insuficiencia placentaria (esteroidogénesis reducida), que precede las manifestaciones clínicas. Es generalmente escasa y se acompaña a menudo de una proliferación endometrial atípica, denominada Reacción Arias Stella, constituida por una decidua que carece de vellosidades. En ocasiones (5-10% de casos) esta decidua es expulsada "en molde", lo que simula la expulsión de restos abortivos.

c) CLÍNICA

- **METRORRAGIAS IRREGULARES:** Suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces intermitente, y suelen ir precedidas de un retazo menstrual no superior a 2-3 semanas en el 75-90% de los casos, aunque muchas veces la paciente lo confunde con la menstruación. Puede o no ser acompañado de dolor vago en hipogastrio.
- **DOLOR ABDOMINAL:** Referido como de tipo constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, y en general se localiza en la parte baja del abdomen con predominio en una de las fosas ilíacas. El dolor grave "en puñalada" que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de rotura del ectópico, especialmente si se acompaña de síntomas y signos de shock hipovolémico, que no guarda relación con la metrorragia habida. La implantación ectópica extratubárica, aunque rara, obstaculiza el proceso diagnóstico. Un embarazo ovárico es difícil de distinguir de un quiste hemorrágico de cuerpo lúteo, incluso durante el acto quirúrgico.

d) TRATAMIENTO

Paciente inestable: El tratamiento es siempre quirúrgico. Se procede a la laparotomía urgente, previa estabilización hemodinámica de la paciente. La cirugía suele ser de tipo radical: salpinguectomía, que además sigue siendo la más indicada, en el ectópico recurrente y en la paciente con deseos de procreación satisfechos. La cirugía tubárica conservadora, se puede intentar, en los casos que sea posible (daño tubárico no extenso, aborto tubárico), en mujeres con deseos creación no satisfechos.

Pasos principales para la cirugía:

1. Apertura del abdomen



2. Separación del útero.
3. Ligadura de los vasos ováricos.
4. Movilización del ovario y la trompa.
5. Resección del ovario y la trompa.
6. Reperitonización de la superficie cruenta.
7. Cierre de la herida.

Descripción.

- Se coloca a la paciente en la posición de decúbito dorsal y se efectúa la preparación y la colocación de los campos que corresponde para una incisión abdominal.
- Se ingresa al abdomen a través de una incisión infraumbilical que puede ser paramediana, mediana o Pfannenstiel, según el tamaño de la paciente y del diagnóstico presuntivo que afecta a las trompas y los ovarios. (Si se resecan ambas trompas y ambos ovarios se empleará una incisión mediana infraumbilical).
- En primer lugar, el cirujano examina las trompas y los ovarios para determinar la naturaleza de la enfermedad. El ayudante separa el útero (a menos que haya sido previamente extirpado) con un tenáculo o un elevador uterino. Para comenzar el procedimiento, el cirujano toma la trompa con una o dos pinzas de Babcock. Luego se colocan dos pinzas uterinas o de mayo a través de los vasos ováricos. El tejido se secciona entre pinzas mediante bisturí o tijeras de disección. Luego se emplea una transfixión de Crómico O para ligar el vaso ovárico.
- Este procedimiento se repite a lo largo del borde de los ligamentos ováricos y uterinos hasta que la trompa y el ovario se encuentren unidos sólo al útero propiamente dicho.
- A continuación, se colocan dos pinzas uterinas a través del sitio donde la trompa de Falopio emerge del útero. Se secciona la trompa entre ambas pinzas y se coloca una transfixión a nivel del muñón tubárico.
- Se reperitonizan las superficies cruentas de los ligamentos uterinos causadas por su disección utilizando Crómico O ó 2-0, aguja redonda. Luego, la herida se cierra de la forma habitual.

Técnica Quirúrgica

INCISION: de pfannensteiel o mediante infra umbilical

ANESTESIA. General

INSTRUMENTAL. Instrumental de Laparotomía

- Asepsia y antisepsia del paciente.
- Vestida del paciente.
- Colocación de campos quirúrgicos estériles.
- Se incide piel y tcs con MB 4 h 20.
- Se hace hemostasia con pinza Kelly curva o con electro bisturí catgut simple 2/0 con aguja punta redonda de 25 mm.
- Con separador de farabeuf visualizamos la fascia de los músculos rectos anteriores.
- Se repara la fascia con pinza Kelly y se amplía con tijera de Metzembraum, dejando estos los músculos rectos anteriores los cuales se divulsiones manualmente.
- Se repara el peritoneo parietal con 2 pinzas Kelly curva y se incide con MB 4 h 20 y se continúa la incisión con tijera de Metzembraum hasta llegar a cavidad.



- Se colocan compresas abdominales húmedas y el separador de Deaver o las valvas maleables para rechazar las asas.
- Luego realizamos doble o triple pinzamiento en la trompa con pinza Kelly curva o Rochester curva a cada lado del embarazo ectópico, se secciona con tijera de Metzembraum. Se extrae el segmento de la trompa con el embarazo y se anastomosan los extremos que quedan con catgut cromado 0 – 1 con aguja punta redonda de ½ circulo de 35 mm.

NOTA: en caso que se tenga que hacer una salpingectomia parcial y una fimbriectomia se ingresa al fondo del saco de Douglas, se extrae las fimbrias con pinzas babcock al campo operatorio. Luego se toma el cromado 1, 2/0 con aguja punta redonda de 1/2 circulo de 36.5 mm y se corta con tijera de Metzembraum, se extrae el cabo fimbriado de la trompa, pero antes se liga para proteger los vasos sanguíneos.

- 1) Se lava la cavidad con solución salina, se extraen los coágulos.
- 2) Se aspira, se saca las compresas y los separadores.
- 3) Revisamos cavidad, recuento de instrumental, elementos e insumos.
- 4) Cierre por planos.

ROL DE LA ENFERMERA CIRCULANTE

Dicha enfermera se encarga de:

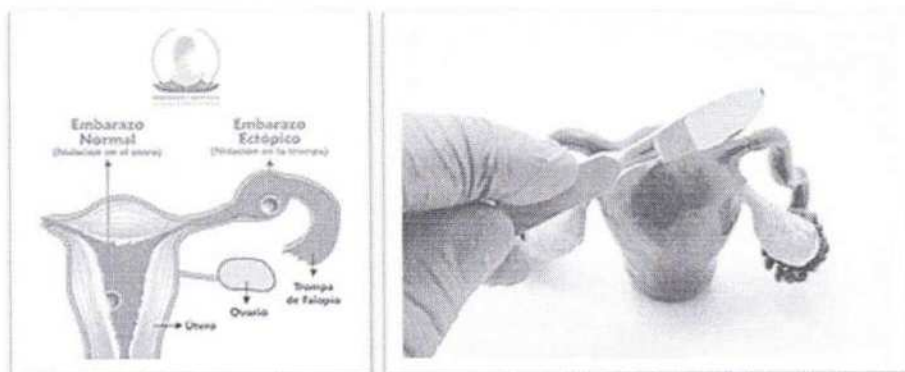
- Verificar que el quirófano esté preparado, comprobando también el correcto funcionamiento de los Equipos a utilizar, tales como por ejemplo la mesa quirúrgica, aspiraciones, lámparas.
- Reunir los elementos necesarios en la intervención.
- Recibir al paciente, comprobar su identificación y reunir la documentación y estudios requeridos.
- Ayudar a colocar al paciente en la mesa.
- Comprobar el aseo e higiene del paciente, así como asegurarse de que no lleve prótesis dental.
- Ayudar a vestirse al personal de quirófano.
- Proporcionar a la Enfermera Instrumentista el material preciso evitando demoras.
- Recoger cualquier irregularidad que se produzca y esté dentro de sus competencias y proponer o ejecutar su corrección.
- Proporcionar ayuda a cualquier miembro del equipo, así como responder ante, situaciones de urgencia según normas establecidas. Velar por que se cumplan las normas de asepsia y desinfección respecto a la limpieza del quirófano y anexos correspondientes.
- Recoger las muestras para el posterior análisis, etiquetándolas y enviándolas al laboratorio.
- Conservar la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante la intervención (función también a realizar por la enf. instrumentista)
- Contabilizar las compresas, gasas pequeñas conjuntamente con la Enfermera Instrumentista.
- car apósitos externos, fija drenajes...
- Colaborar en colocar al paciente en la camilla para el traslado a la zona de Recuperación supervisando dicho traslado, custodiando su historia y refiriendo a las enfermeras que reciben al paciente en la unidad las incidencias más significativas
- Rellenar los datos de la hoja de Enfermería Circulante y preparar el quirófano para posteriores intervenciones.



ROL DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

La enfermera debe:

- Conocer la operación a realizar.
- Preparar el instrumental y material requerido.
- Realizar el lavado quirúrgico de manos, vestirse con ropa estéril y colocarse los guantes.
- Vestir las mesas de instrumentación y colocar los instrumentos en el orden dispuesto.
- Contar el instrumental, agujas, gasas, compresas... antes de empezar la operación
- Ayudar a los cirujanos a ponerse el mandil y guantes.
- Ayudar a la colocación del campo quirúrgico.
- Proporcionar al cirujano durante la intervención, el instrumental y el material estéril requerido.
- Recibir muestras intraoperatorias y se las pasará a la enfermera circulante.
- Realizar el conteo de gasas conjuntamente con la Enfermera Circulante.
- Colaborar en la desinfección final y colocación de apósitos.
- Retirar hojas de bisturí, agujas y demás objetos punzantes y cortantes.
- Colaborar en la colocación del paciente en la camilla.
- Recoger y revisar los instrumentos utilizados para que sean lavados y luego prepararlos para el envío a esterilización.



6.7.2 HISTERECTOMIA ABDOMINAL

a) DEFINICION:

- Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero, a través de una incisión infra umbilical en el abdomen.
- Puede ser Total: Cuando se extirpa tanto el cuerpo como el cérvix
- Sub Total: Cuando solo es el cuerpo con conservación del cérvix
- De Urgencias: Indica en situaciones en las que está amenazada la vida del paciente por una patología que obliga a su realización inmediata, independientemente si la mujer esté o no embarazada.

b) DESARROLLO DEL PROCESO:

RECURSO HUMANO:

- PERSONAL MEDICO: Anestesiólogo, Cirujano
- PERSONAL DE ENFERMERIA: Enfermeras y técnicas en enfermería

INSUMOS Y MATERIALES:

- Equipo de ropa completa, Gasas, compresas (con sus respectivas testigos y cintas radiopacas), guantes estériles
- Solución aséptica (yodopovidona espuma, yodopovidona solución o clorhexidina al 4%, sonda Foley, Bolsa de aspiración, manubrios lápiz mono polar

INSTRUMENTAL QUIRURGICO:

De diéresis, disección, hemostasia, agarre (aprensión), tracción, separación, recolección, aspiraciones

- SUTURAS: catgut crómico N .1 , vicryl n. 1 con aguja CT 1 para ligar ligamentos, pedículos uterinos, Angulo cúpula vaginal, Fascia o aponeurosis seda O o ligadura o para pediculo uterino nylon 3/0 con aguja cortante.

EQUIPOS BIOMEDICOS:

- Equipo de electrocauterio con sistema de corte y coagulación
- Mesa quirúrgica
- Máquina de anestesia., bombas infusoras ... etc.

c) ROL DE LA ENFERMERA

ENFERMERA CIRCULANTE:

- Controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano, conoce los suministros, instrumentos y equipamiento y así ser capaz de obtenerlos riapiadamente y de prevenir los peligros potenciales en su uso y conservación.
- Ser conocedora de la intervención quirúrgica que se va realizar
- Apoya a la enfermera instrumentista en la preparación del material e instrumental necesario para la intervención.
- Junto con el personal técnico revisa la sala que este equipada y el funcionamiento de los aspiradores, mesas quirúrgicas focos de las cialiticas, electrocauterio con sus placas respectivas, prepara a su vez el material necesario para la anestesia comprobando los laringoscopios.
- Coordina con la enfermera de emergencias u hospitalización para el traslado del paciente al quirófano
- Recepciona al paciente en la zona preanestesica realizando identificación de sus datos personales, así mismo verifica la historia clínica con exámenes pre-operatorios realizados: riesgo quirúrgico, informe anestesiológico el consentimiento informado y el tipo de intervención al que se realizara
- Valora el estado emocional y necesidades del paciente
- Apoya en el Traslada al paciente al quirófano, seguidamente a la mesa quirúrgica.
- Ayuda y supervisa al personal técnico realizar la anestesia requerida



- Apoya en la posición del paciente quirúrgico, cuidando que esta sea anatómica y no afecte a vasos o articulaciones
- Posiciona la placa indiferente sobre masa muscular. Para evitar quemaduras.
- Ata las batas al cirujano e instrumentista
- Presta ayuda al médico anestesiólogo en caso de ser necesario
- La enfermera circulante es la responsable del mantenimiento de las normas asépticas en el quirófano, se asegura que toda persona que ingresa debe aplicar las normas de bioseguridad y mantener la distancia de 20 cm. Del campo quirúrgico.
- Realiza el registro de chek- list. Estando presente el equipo completo antes de iniciar la cirugía, así mismo realiza sus anotaciones de enfermería
- Realiza junto con la enfermera instrumentista el conteo de gasas y compresas antes de comenzar o cerrar cavidades y piel
- Rotula la muestra o piezas patológicas con el nombre del paciente que al cual se le extrajo.
- Planifica y comunica a la enfermera de recuperación sobre los cuidados postoperatorio del paciente.
- Al término de la intervención, colabora con el médico anestesiólogo hasta que el paciente esté en condiciones de salir del quirófano.
- Realiza el traslado del paciente al servicio de recuperación junto con el medico anestesiólogo, para hacer entrega del reporte mencionando cirugía realizada, tipo de anestesia medicamentos administrados, drogas etc.
- Verifica el formato de insumos utilizados durante la intervención
- Comunica al personal de limpieza para que prosiga su ejecución
- Prepara para la siguiente intervención y repone al quirófano. Los insumos utilizados

ENFERMERA INSTRUMENTISTA:

- Conocer la situación de la paciente para su preparación (obesa o tiene otras patologías)
- Es muy útil realizar un rápido repaso mental de los tiempos de la intervención con el fin de proveer pequeños detalles.
- Una vez que ha preparado todo lo que necesita y el paciente ya está ingresando al servicio, procede a la apertura del equipo de ropa en la mesa semiluna, seguidamente con los paquetes pequeños como mandiles, gasas, jebes de aspiración, guantes suturas etc. Verificando la integridad del envoltorio de los paquetes
- Luego procede al lavado de mano quirúrgico, para vestirse
- Realiza el conteo de gasas y compresas junto con la enfermera circulante al inicio y antes del cierre de cavidades y piel.
- Verifica el material su esterilidad mediante sus indicadores, luego procede a contar el número de piezas del instrumental
- Proporciona al cirujano y ayudante todo lo necesario durante la intervención controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticipar en las necesidades comunica a la enfermera circulante la recogida de muestra o piezas patológicas.
- Realiza el conteo de gasas, compresas, torundas, y comunica al cirujano si es conforme o no lo es, en cuyo caso el cirujano volverá a revisar cavidad hasta encontrar la gasa o se realizará un control radiológico.
- Prepara el material o instrumental que corresponde para el cierre final



- Al término de la cirugía limpia y desinfecta la herida quirúrgica colocando gasas o apósitos etc.
- Retira y desecha el material punzo cortante a su respectivo contenedor
- Entrega el material al personal técnico para que prosiga con el lavado
- Prepara el material para ser enviado a central de esterilización.

d) TECNICA QUIRURGICA:

- Incisión infra umbilical en la piel y tejido celular subcutáneo con mango de bisturí Nº 4 y hoja Nº: 21, se realiza la hemostasia con pinza Kelly y electrocauterio
- Se pasan los dos separadores de farabeut para separar la grasa y visualizar la fascia, se repara con dos pizas Kelly curvas o allis y se crea un hojal , se amplían con tijera metzembau hacia cada lado ho hacia arriba y abajo
- Quedan expuestos el musculo recto anterior el cual se divulsiona manualmente o se seccionan con tijera de tejido, se llega a cavidad abdominal y el cirujano inspecciona el útero y sus anexos.
- Se pasa el separador abdominal, con el fin de lograr una mejor exposición de la cavidad abdominal en este punto se le da posición trendelenburg a la paciente para luego pasar compresas húmedas enrolladas o dobladas seguidamente la valva ancha con el fin de separar para rechazar la vejiga.
- Se toma el útero con el histeroslabo, de una vez realizando el pinzamiento del ligamento redondo junto con el itsmo de la trompa y el ligamento y el útero con las pinzas heaney o Rochester pean curva , se secciona con tijera metzenbau y se liga con sutura absorbible crómico 1 calibre MR luego se corta con tijera mayo recta
- Luego se pinza la cúpula vaginal por debajo del cuello uterino con pinzas heaney y se secciona con tijera metzembau y con hoja de bisturí N: 7, se recibe el útero en una riñonera o en una compresa y se coloca en el extremo de la mesa.
- Se pasan pinzas Kelly para reparar el orificio de la cúpula vaginal, luego el portaguas para realizar los puntos algunos cirujanos dejan un espacio de medio centímetro para evitar que en caso que haya hematoma de cúpula drene por allí
- Se pasa pinza babcock para reparar el ovario y se realiza el cierre uniendo los remanentes peritoneales del ligamento ancho con puntos continuos con Crómico n:2/0 Mr. Pasando por encima de la cúpula, al unir en este sitio el peritoneo pre vesical con el peritoneo detrás de la cúpula se revisa la hemostasia,
- Continuar con el lavado de cavidad se retiran las valvas se sacan las compresas se realiza el conteo
- realiza el cierre de planos: peritoneo parietal y musculo con Crómico 2 /0 de medio circulo redondo 25mm., la fascia poliglicolico de 2 MR de medio circulo 25 mm

e) CONSIDERACIONES GENERALES:

- Se requiere de un equipo especializado
- En el caso de sangrado y lesión de otros órganos, se dispondrá de equipos necesarios para el uso



f) RECOMENDACIONES:

- En algunos casos que se considere La depilación se realizara en sala de operaciones
- Si la paciente presentara fiebre, tos dolor en pecho resfrió sangrado inesperado deben ser reportado al médico quien valorara si pospone la cirugía
- Paciente en ayuno al menos 8 horas.
- Vendaje de miembros inferiores.
- Es necesario contar con donantes de sangre por cualquier eventualidad

Posiciones de los integrantes:



6.7.3 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN CESAREA

a) DEFINICION:

Técnica quirúrgica mediante el cual el parto se lleva a cabo a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared del útero de la mujer; cuando el parto vaginal no es posible o con lleva algún riesgo para la madre o el feto. Procedimiento se realiza bajo Anestesia regional Epidural con ó sin catéter.

b) FINALIDAD:

Garantizar la extracción segura y rápida del bebé y disminuir el riesgo materno infantil.

c) CAUSAS

- Problemas por la madre: - Tumores previos, Rotura uterina, Cesárea anterior, Herpes genital activa - Infección por VIH, Fracaso de inducción, Pre-eclampsia, Trabajo de parto prolongado, Embarazo múltiples (trillizos o gemelos).
- Problemas de Feto - Macrosotomía fetal, Embarazos gemelares, Presentaciones anómalas Malformaciones congénitas, Sufrimiento fetal agudo, Placenta previa Prolapso de cordón umbilical, Circular de cordón, Desprendimiento prematuro de placenta, Frecuencia cardíaca anormal, Posición del bebé.

d) CATEGORIAS



- ELECTIVA: Programada durante la atención prenatal.
- EMERGENCIA: Se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación, que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible.

e) TECNICAS OPERATORIAS

- MEDIANA INFRAUMBILICAL Incisión mediana de 15 cm de longitud entre el pubis y el ombligo.
- TRANSVERSAL O DE PFANNENSTIEL Incisión en el surco, en dirección transversal arqueada de 10 a 12 cm C.G Básicamente realizada por el SISTEMA DE URGENCIA.

f) RECURSOS HUMANOS:

- Anestesiólogo Cirujanos Obstetras
- Enfermera Instrumentista
- Pediatra Enfermera pediatra

g) RECURSOS MATERIAL, INSUMOS Y EQUIPOS:

- Equipo de ropa estéril paciente, Equipo de ropa estéril para el RN opa adicional campos estériles, Instrumental de Cesárea (apéndice + 02 pinzas kocher) Aspirador, conexión de aspiración, Electro bisturí (monopolar) Dresing o compresas cocidas, Bisturí N 21, Suturas según indicación médica (opcional Crómico 1, para utero, Crómico 0 para peritoneo, TCSC Acido poliglactin 1 para aponeurosis y nylon 2/0 ó 3/0 para piel. Guantes Quirúrgicos, Manubrios estériles para las cialítica, Lavatorio

RECURSOS PARA EL NEO NATO

- Servo Cuna precalentada, Ropa, Insumos y Equipos Recién Nacido - Ropa estéril para recién nacido (campos estériles precalentados) - Instrumental Recién nacido, Aspirador, con conexión, sonda de aspiración Nro.6, bombilla, Clamp Umbilical según el sexo, Gasas chicas para cubrir cordón umbilical, Alcohol puro, Termómetro para tomar la temperatura rectal

h) INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION QUIRURGICA

ENFERMERA CIRCULANTE

- Tendrá instalada y equipada el SERVOCUNA, precalentándose Prepara todo el material necesario Recepciona al paciente de la Enfermera de Servicio externo y realiza la VALORACION PRE- OPERATORIO INMEDIATA / revisión de la HISTORIA CLINICA, REPORTE Con todas las condiciones de seguridad traslada al paciente a sala de operaciones con ayuda del personal Técnico de Enfermería Realiza todo el procedimiento quirúrgico en la atención transoperatoria hasta la salida del paciente de quirófano Registros, horas, documentación etc Colabora en la atención del Neonato junto al personal indicado teniendo preparado todo a la mano - Recepciona la placenta Colabora con la Enfermera de Pediatría para el traslado del Recién Nacido en su cuna respectiva.



ENFERMERA INSTRUMENTISTA:

- Prepara todo el EQUIPO Y MATERIAL necesario para la cirugía con la premura respectiva
- Previa asepsia, prepara sus mesas, viste a los cirujanos y ayuda cubrir al Paciente
- Fija e instala todos los accesorios.

i) PROCEDIMIENTO QUIRURGICO e INSTRUMENTACION

- Una vez ingresada el paciente a sala de operaciones debe estar lista la servocuna para mantener caliente al recién nacido y el equipo de neonatología debe estar preparado para recibirlo y atenderlo en cuanto se extrae del vientre materno. coloca al paciente en la mesa operatoria en decúbito dorsal, puede ponerse un en la mesa del lado derecho del paciente para evitar que el otro grávido prima la arteria aorta y la vena cava, tal compresión puede provocar hipotensión con hipoxia fetal. Se prepara la piel y se coloca los campos rápidamente una vez administrada la anestesia.
- El cirujano o el ginecólogo ingresa en el abdomen a través de una incisión de Pfannenstiel utilizando mango de bisturí nro. 4 con bisturí 21 más dos pinzas de disección quirúrgica luego la incisión se va profundizando utilizando monopolar llegando al tejido celular sub cutáneo separando con separadores farabeu (2) o se van separando con los dedos, luego se profundiza hasta aponeurosis, los vasos sangrantes se van pinzando con pinzas hemostáticas (kelys)
- Llega al peritoneo donde con 2 pinzas hemostáticas mayos o kocher se fraccionan hacia arriba donde el cirujano o ginecólogo hace una pequeña incisión con bisturí de profundidad
- La vejiga debe ser separada del útero maniobra q se realiza con la tijera de metzembau, una vez movilizada la vejiga se coloca un separador hacia abajo .Inmediatamente antes de ingresar al útero La Instrumentista debe colocar en el campo la tubuladura de aspiración sin la cánula , la bombilla a la mano, el cirujano o ginecólogo realiza una pequeña incisión en el útero y profundiza con bisturí
- El ayudante aplica presión sobre el abdomen superior mientras el cirujano o ginecólogo toma la cabeza del bebe y se extrae del útero se aspira secreciones y sangre antes del que BB respire.
- Debe haber la disponibilidad de las gasas grandes el cirujano extrae al recién nacido y lo coloca en el abdomen de la madre. Coloca 2 pinzas de mayo recto en el cordón umbilical y se secciona con una tijera mayo.
- El recién nacido se entrega al equipo de Recién nacido que lo colocaran en la unidad térmica (servocuna) se vuelve a aspirar vías aéreas del recién nacido, secado rápido con compresas precalentadas (tibias), se administra oxígeno, luego es llevado a la unidad donde corresponde
- Luego la instrumentista coloca un recipiente (riñonera) para recibir la placenta que es extraída del útero por el cirujano en forma circular, luego el cirujano procede a tomar los bordes del útero con pinzas aro (foerster) realizando un secado en el interior del útero con gasas grandes y proceden al recuento de gasas para iniciar cierre.
- La incisión uterina se cierra en dos planos con suturas continuas reabsorbibles catgut crómico 1, luego controla cualquier vaso e" sangrante y lo coagula o lo liga , una vez cerrado itero se procede a cerrar peritoneo, se toma los bordes con pinzas hemostáticas se procede a cerrar con catgut crómico 2/0, luego se continúa tejido aponeurótico y se



procede a cerrar de la forma habitual con vicryl 1 llegando a piel, cierre con nylon 3/0 ó tejido celular subcutáneo se limpia y se cubre con gasa estéril.



6.7.4 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE LEGRADO UTERINO

a) DEFINICIÓN

Es la obtención de tejido de cavidad uterina, que puede ser de endometrio o endocervix o extraer restos de contenido uterino.

b) FINALIDAD

Favorecer el bienestar del paciente y evitar infección.

c) OBJETIVO

- Identificar el instrumental y el equipamiento para el procedimiento
- Evitar complicación por sangrado

d) EQUIPAMIENTO

- Mesa quirúrgica de paciente con sus respectivas piñeras
- Instrumental de legrado uterino: 02 pinzas tirabalas punta roma o pinza uterina. 01 pinza boseman, 02 pinza foerster curva. - 02 legras uterinas roma. 02 legras uterina cortante.
- 01 pinza de biopsia Winter, 04 pinzas hemostáticas de crilles curvas. 02 pinzas allis, 01 pinza disección anatómica larga s/u.
- 01 tijera mayo recta, 04 pinzas backhaus.
- 02 valvas vaginales de sims, 01 histerometro. - juego de dilatadores de hegard.
- Paquete ropa vaginal (02 piñeras, 02 campos 90x90, 01 sabana, 01 o un paquete solo de poncho ginecológico.

e) DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Riesgo de Infección R/C Agente biológico



- Dolor agudo R/C presencia de agente biológico
- Ansiedad R/C ingreso a intervención quirúrgica evidenciado por preocupación.

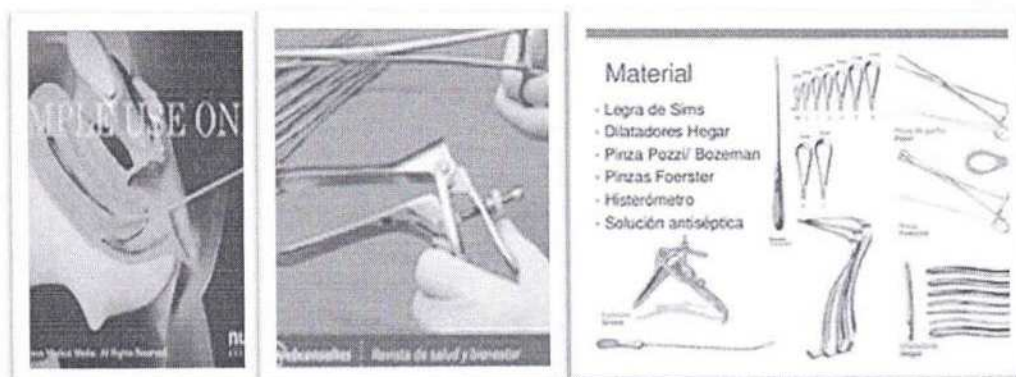
f) DESARROLLO DEL PROCESO

ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA

- Equipa el quirófano con el instrumental indicado y ropa estéril Gasas estériles, guantes quirúrgicos, bolos para recolectar muestra Equipo de higiene y aseptización perineal
- Ayuda a instalar al paciente en posición de litotomía o ginecológica, protegiendo zona de flexibilidad.
- Paciente debidamente monitoreada y con vía permeable.
- Al término de cirugía ayudar a anestesiólogo al traslado a recuperación.

g) CONSIDERACIONES GENERALES

- Evitar infección intra-operatorio
- Monitorear si hay sangrado vaginal, al término de la cirugía



6.8 GUIAS EN ATENCIÓN QUIRURGICA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON RIESGO DE VIDA

a) DEFINICION:

- Son pacientes que han sufrido un traumatismo violento de alta energía con compromiso de más de un Sistema o Aparato orgánico. Generalmente presentan dos o más lesiones graves periféricas o viscerales que repercuten sobre una o varias de sus funciones amenazando su supervivencia.
- Esta agresión traumática puede provocar una serie de lesiones de localización diversa, tanto visceral, intracraneal, torácica o abdominal como esqueléticas que lo convierten en un paciente extremadamente frágil, con alto riesgo de complicaciones; y, a consecuencia de ello, originar secuelas irreversibles o con peligro de perder la vida.

b) CAUSAS

- Accidentes de tránsito y caídas.
- Heridas por con arma de fuego y material punzo cortante • Heridas en trabajos industriales

3.-SINTOMAS Y SIGNOS:

- Signos de shock
- Dolor
- Nauseas, y a veces vómitos.

c) FISIOPATOLOGIA

El mecanismo patogénico fundamental es el órgano comprometido que pone en riesgo de vida al paciente

d) TRATAMIENTO:

El tratamiento es netamente quirúrgico dependiendo del estado del paciente, órgano comprometido y asumiendo tratamientos netamente conservadores

- Inestabilidad hemodinámica. esta fisiológica
- Confirmación de sangrado persistente
- Lesión intra abdominal que requiera cirugía (vejiga, intestino, etc.)
- Reposición de más del 50% del volumen sanguíneo del paciente.

Cirugía definitiva: vendrá determinado por:

- La indicación de la cirugía de control de daños
- El tipo de lesión
- La respuesta fisiológica

CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS

Laparotomía Exploratoria: Esta cirugía se realiza como emergencia y generalmente es ocasionada a causa de traumatismo abdominal.

- Retrasar el estrés quirúrgico adicional en un momento de debilidad fisiológica.
- Disminuye el tiempo operatorio y minimiza la intervención en un paciente sumamente inestable
- Disminuir la hipotermia y la coagulopatía
- Minimizar la activación de la cascada inflamatoria.

Tipos:

- **Traumatismo abierto:** Va de la piel al peritoneo, con o sin compromiso visceral.
- **Traumatismo cerrado:** Afecta algunas vísceras. Este caso es más grave que el primero, por eso su intervención es de Emergencia, ya que puede haber lesión en el bazo-, hígado, vejiga, uréter o riñón. Generalmente se produce hemorragia interna. En este tipo de traumatismo, teniendo en cuenta que tiene que resolverse cualquier problema, la Enfermera Instrumentista debe prepararse convenientemente para ayudar al Cirujano a dar solución a los mismos, como por ejemplo los traumatismos ocasionados por una agresión como un puntapié o un accidente automovilístico con hemorragia o perforación intestinal.

e) DESARROLLO DEL PROCESO

Recurso humano

- Cirujano principal,
- Cirujano de apoyo.
- Residentes e internos de Cirugía
- Médico Anestesiólogo.
- Residentes de Anestesiología.
- Enfermera Instrumentista I.
- Enfermera Circulante (Instrumentista II).
- Técnica de Enfermería.

Equipamiento

- C-MAC (para entubación difícil)
- Bombas infusoras para infusión de Remifentanilo u otras drogas.
- Base Primea para infusión de anestesia general.
- Instrumental de Laparotomía, Cardiovascular, tórax, etc. correspondiente al tipo de emergencia. (Adicional, separador de Balfour, Instrumental de estómago e intestino, 0 lamps Intestinales) quipo de resucitación manual (AMBU)
- Desfibrilador operativo y con sus respectivos accesorios.
- Coche de paro equipado.
- Bombas de Infusión rodantes.

Insumos y Materiales adicionales

- Barreras de protección: (guantes, lentes protectores, máscaras normales y máscaras N95)
- Equipo de limpieza directa (Cubeta de limpieza)
- Plástico estéril
- Drenajes: pen rose, tubular, bolsa de colostomía, bolsa colectora de orina, etc.

- Set de Anestesia general con Anestésicos:
- Propofol de 50 y 10 ml, Ketamina, Remifentanilo y barbitúricos como el pentotal.
- Relajantes Musculares
- Laringoscopio operativo con sus respectivas hojas
- Pinza Magil si fuera necesario
- Mascaras laríngeas
- Equipo de cateterismo vesical y nasogástrico
- Equipos de presión invasiva, vía central
- Equipo de manta térmica operativa y manta.
- Calentador de fluidos con sus respectivas bolsas de bajo flujo.

Recepción del Paciente:

La Enfermera Circulante (Enfermera Instrumentista II):

- Recibe al paciente en la puerta teniendo en cuenta que es un Paciente Poli traumatizado grave con riesgo de muerte proveniente del Servicio de: Trauma Shock, Tópicos o Reposos de Damas, hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, etc.
- Recibe el reporte de parte de la Enfermera que transporta al paciente a Sala de Operaciones. Este reporte es rápido, eficiente y de calidad.
- Recibe la Historia Clínica para su identificación y/o autorización del paciente o familiar si el caso lo requiere. (Muchas veces por la gravedad del paciente, su historia Clínica no viene con todos los datos requeridos, por lo que su llenado es completado después de la Cirugía, por el Medico responsable de la misma).
- Recibe placas e insumos y otros y realiza una valoración rápida para ver:

Vía aérea permeable: Ventilación espontánea o asistida, con T.E.T, mascara de Reservorio, cánula Binasal o Venturi, con balón de oxígeno.

Si existen signos de shock o sangrado externo.

Si hay deterioro del nivel de conciencia o localización neurológica (Escala de coma Glasgow)

Si precisa la actuación o colaboración de Especialistas.

Si porta accesorios y prótesis no fijos. En caso el paciente el porte se deberá retirar los mismos.

Transporta al paciente a la sala donde se realizará el acto Quirúrgico con indicación Medico Anestesiólogo y con ayuda del Técnico de Enfermería u otro equipo de ud. (considerar que por su estado de gravedad, este transporte del paciente en su camilla de ingreso deberá realizarse pasando las ruedas por el paño de limpieza adherida al piso).

Traslada al paciente a la mesa Quirúrgica teniendo mucho cuidado ya que puede presentarse otro tipo de traumatismo, como una lesión a la columna vertebral, por lo se debe movilizar lo menos posible.

- Apoya al Médico Anestesiólogo con la ayuda de la Técnica de Enfermería en lo que a: monitorización, oxigenación y conexión al ventilador si lo requiere, es i viene entubado; o de lo contrario, el Medico Anestesiólogo procede a realizar inducción de la Anestesia General.
- Coloca la placa neutra del electrocauterio en una zona seca y lejos de donde se manipula líquidos



- Realiza los registros correspondientes: Hora de ingreso, inicio de la Cirugía, hora de inicio de la Anestesia, hora de termino, registro del conteo inicial de gasas, llenado de insumos en formatos y pendientes. Así como cualquier otro incidente ocurrido durante la Cirugía.
- Coordina un eficiente y eficaz trabajo en equipo con la Enfermera instrumentista I, Médicos y Anestesiólogos.

Previo al Acto Quirúrgico:

- Luego de que el paciente se encuentra Anestesiado, monitorizado y en la posición correcta la Enfermera instrumentista I:
- Prepara todo el Instrumental y material que va a utilizar de acuerdo a la Emergencia con rapidez, eficiencia y conservando los principios de esterilidad.
- Abre el paquete de ropa en la mesa rectangular, se pasa riñonera, bisturí mandiles, guantes, tubo de aspiración, suturas, lápiz monopolar, bipolar, gasas chicas, gasas cosidas grandes, etc.
- Una vez dispuesto el material necesario para la operación de emergencia, procede a realizar la técnica del lavado de manos.
- Realiza la técnica de vestimenta estéril. (Mandil y guantes)
- Prepara su mesa rectangular de la siguiente manera: de Izquierda a derecha
- Prepara los mandiles con sus respectivos guantes adecuados de acuerdo a los miembros del equipo Quirúrgico.
- Coloca el paquete de ropa en orden, luego las riñoneras compresas o gasas cosidas y gasas chicas, aprovechando para realizar el primer conteo, en coordinación con la Enfermera Circulante o Enfermera Instrumentista II.
- Prepara, previa vestimenta de la mesa de mayo, el Instrumental que va a utilizar.
- Viste estéril al Equipo Quirúrgico, previo secado de manos, continuando con el calzado de guantes.

Seguidamente:

- El Cirujano realiza el lavado de la zona operatoria con el antiséptico de elección.
- La Enfermera Circulante estará atenta para cuando le pasen conexiones de succión y electrocauterio y acerca los baldes recolectores a ambos lados para facilitar el recojo de las gasas utilizadas, evitando de esta manera vaya a dar al suelo.
- La Enfermera Instrumentista pasara los 4 campos uno por uno con sus respectivas pinzas Backhaus para sujetarlos.
- Luego pasa una sábana para arriba y otra para o y finalmente el poncho.
- Fija al poncho el cordón del electrocauterio, jebe de succión, compresas a los lados de donde el Cirujano hará la incisión y acerca la mesa de mayo, lo mismo que la mesa semiluna.
- Desarrollo de la instrumentación o procedimiento quirúrgico

Desarrollo de la instrumentación o procedimiento quirúrgico

Inicio de Acto Quirúrgico:

- Enfermera Instrumentista se colocará frente al cirujano, alcanza el bisturí para el e por planos, teniendo presente que la hoja de bisturí que se utilizó para la de piel debe cambiarse para el abordaje de los planos siguientes. vez abordado el plano del tejido celular

subcutáneo, la enfermera instrumentista al médico. ayudante los separadores de farabeuf para que haga la separación conveniente.

- Luego pasara pinzas hemostáticas para que cojan los vasos que sangran que serán cauterizados con el lápiz monopolar.
- La Instrumentista seguirá atentamente la Intervención para pasar el instrumental y material necesario en el momento preciso. De esta manera será más eficaz su colaboración.
- Al abordar el peritoneo, la Instrumentista pasara dos pinzas hemostáticas para cogerlo: una al Cirujano y otra al ayudante, las que se levantarán un poco antes de hacer la incisión para evitar lesionar el asa intestinal.
- La enfermera Instrumentista observará bien el tipo de traumatismo, para ir pasando todo lo que sea necesario al Cirujano y resolver el problema.
- La enfermera Instrumentista alcanzará compresas húmedas en solución salina con una pinza de disección larga, para introducirlas en la cavidad abdominal y cubrir los bordes tisulares para protegerlos de las ramas del separador autoestático balfour y para facilitar la exploración.

Si el traumatismo fuera vascular:

- La enfermera instrumentista preparará sutura tipo prolene 6/0 en porta aguja vascular, también preparará clamps vasculares, cinta umbilical y mosquitos calzadas y puntos de transfixión.

Si el traumatismo es de hígado, Ruptura hepática o estallamiento hepático:

- El Cirujano evalúa frente a una ruptura de hígado colocando hemostáticos, pero si es una hemorragia masiva e incontrolada la Enfermera Instrumentista deberá estar preparada para esta situación, mantener su mente clara y metódica y permanecer completamente atenta a las necesidades del Cirujano y las circunstancias cambiantes.
- Frente a esta situación el Cirujano decide el empaquetamiento o taponamiento (Packing), método por el cual se procede a llenar la cavidad con gasas o campos humedecidos en solución salina, para absorber los líquidos (sangre en cavidad).
- La Instrumentista estará atenta para saber cuántas gasas se colocaron lo mismo que la Enfermera Circulante para su registro de Enfermería y para su posterior retiro. La Enfermera Circulante sigue el acto Quirúrgico colocándose detrás de la espalda del cirujano, para observar, si fuera necesario, alguna modificación o necesidad. Enfermera Circulante observa constantemente la mesa de la Instrumentista, para si se ha terminado algún material y es necesario más. También va contando las asas y separándolas por paquetes, teniendo en cuenta que las gasas chicas se cuentan de 5 en 5 y las gasas grandes igualmente.; esto facilitara el conteo final.
- La Enfermera Circulante estará alerta para el conteo final de gasas que será realizado en coordinación con la Enfermera Instrumentista. Enfermera Circulante estará atenta para apoyar al médico Anestesiólogo durante la cirugía y en el momento de la extubación u otros requerimientos de urgencia.

En caso de perforación intestinal por arma blanca punzo cortante o PAF con signos de peritonitis, shock inexplicable:



Se realizará resección intestinal y anastomosis sutura de la perforación monoplaneo o star cirugía se realiza como sigue:

Pasos para la Resección intestinal y anastomosis

- Se ingresa al abdomen.
- Identifica y aísla la sección enferma del intestino.
- El intestino se pinza con clamps y se secciona.
- Se realiza una anastomosis término terminal.
- Se cierra la herida

Acto Quirúrgico para la Resección intestinal y anastomosis

- Considerar todos los pasos del acto quirúrgico descrito anteriormente hasta el abordaje por planos.
- Luego el médico coloca el separador de balfour:
- Si hay perforaciones, habrá extravasación de su contenido a cavidad libre. El Cirujano evacuará los contenidos extravasados.
- En ese momento el Cirujano explora la cavidad en busca de la enfermedad. Una vez localizada el área enferma el Cirujano empaqueta las vísceras abdominales con gasas húmedas para retirarlas de sector que debe intervenir. A partir de este momento se inicia el procedimiento específico.

Durante este procedimiento la Instrumentista deberá:

- Mantener el campo libre del Instrumental que no se usa
- Mantener el electrodo del lápiz monopolar libre de restos tisulares
- Reemplazar las gasas sucias por limpias.
- Mantener los elementos sueltos, como agujas, gasas chicas etc. Fuera de la mesa de mayo y solo se colocarán cuando estén montadas adecuadamente en una pinza.
- Proteger el campo de cualquier contaminación
- Anticiparse a las necesidades del Cirujano.

Se inicia la Resección y Anastomosis Intestinal:

- Es la extirpación de un segmento de intestino y los extremos se anastomosan.
- En todo procedimiento que involucran los intestinos se adoptan precauciones especiales para evitar la contaminación del campo Quirúrgico con los contenidos intestinales.
- La Instrumentista debe tener listo y alcanzar al Cirujano, pinzas hemostáticas, tijera o monopolar y ligadura, seda multiempaque 0, 1 o 3/0 de elección del Cirujano (puede ser en pinza o a la mano) Cirujano separa el intestino del epiplón y abre el mesenterio con ayuda de pinzas ostáticas, tijera metzembaud o con electrocauterio y ligadura con seda ltiempaque de elección, lo despliega y sigue separándolo del intestino.
- La Instrumentista debe tener varias pinzas hemostáticas y suturas para ligaduras de preferencia del Cirujano.

Algunas secciones del meso se toman con dos pinzas hemostáticas, se seccionan y se ligan. Los vasos grandes se controlan con puntos por transfixión.

Cirujano completa la liberación de todo el intestino que debe extirpar.

- Muchos cirujanos usan penrose alrededor del intestino para tracción y separación y aislado el intestino, se colocan dos clamps en cada extremo: uno blando en el o del intestino que quedará en cavidad y un clamps duro en el extremo del tino que se extraerá.
 - El Cirujano secciona el intestino entre cada juego de clamps con electrocauterio o con frío y entrega la pieza a la Instrumentista, quien debe tener listo un recipiente para recibirla. En este momento el intestino está abierto y existe la posibilidad de una contaminación con alimentos o secreción fecal
 - Para ayudar a evitarla el Cirujano puede colocar dos gasas alrededor de los muñones intestinales o limpiarlos con solución antiséptica.
 - En la anastomosis, el ayudante aproxima los dos extremos del intestino. Se efectúa el primer plano de puntos separados. En general se usa seda fina 3/0 o poliglicólico 3/0
 - La Instrumentista debe tener cuidado de colocar las agujas que le devuelven en un bolo, ya que son pequeñas y pueden perderse.
 - La primera y la última sutura del plano inicial se dejan largas para poder usarlos como puntos tractores.
 - Después de marcar las incisiones en ambas asas intestinales, el Cirujano confecciona el segundo plano de puntos separados con catgut cromado 3/0 o Poliglicólico 3/0, continua colocando puntos hasta que las dos luces intestinales estén unidas.
 - Se quitan los claps intestinales y se realiza el plano final de refuerzo con puntos separados de seda o poliglicólico.
 - El paso final del procedimiento es el cierre del mesenterio que se realiza con puntos separados con material reabsorbible (seda o poliglicólico).
 - Al terminar la parte intestinal de la técnica, la Instrumentista es responsable de dirigir el recambio de ropa y equipos posiblemente contaminados por estériles.
 - El Cirujano retiran todas las gasas de la herida, la cánula de aspiración y el lápiz del electrocauterio.
 - La Instrumentista se viste y enguanta y luego ayuda al Cirujano a hacerlo. Un campo estéril se coloca encima del contaminado que esta sobre el paciente, nueva cánula de aspiración, y un lápiz de electro bisturí, que se fijan al nuevo campo.
- La Instrumentista coloca gasas un nuevo equipo de cierre de pared que le alcanza la Enfermera circulante, se irriga la herida (esta irrigación se puede realizar antes del cambio de equipos, depende del Cirujano)
- Colocación del drenaje penrose o tubular.
 - Conteo de gasas y pinzas en coordinación con la circulante
 - Cierre por planos, se pasa al Cirujano y ayudante pinzas Kelly curvas para que refieran el peritoneo, luego se pasa al ayudante separadores farabeuf, para que se sienten el extremo por donde empezara la sutura con catgut crómico O, o Poliglicólico 1 o No O go se pasa sutura para aponeurosis con Nylon 2/0 o Poliglicólico 2/0 o O o de referencia del Cirujano.
 - Se pasa suero para lavado de tejido celular subcutáneo, luego sutura con poliglicólico O finalmente se sutura piel y el dren con Nylon 3/0, 4/0, con aguja cortante o oliglicólico 4/0 cortante. (según elección del Cirujano)
- Se pasa antiséptico para la desinfección de la herida, luego se coloca una gasa doblada y un apósito si fuera necesario. retira todas las pinzas, la ropa cuidando que no se vaya ninguna pinza a ería o a la basura y entrega dichas pinzas contadas al personal técnico de enfermería, para su lavado. ara su Instrumental, lo revisa y coloca los indicadores respectivos, lo rotula do tipo de instrumental, número de piezas fecha de inicio de esterilización y fecha de caducidad, nombre y lo envía para su esterilización.



- La Enfermera Circulante tendrá preparado el rotulo y la pieza que la entrega a la técnica de Enfermería, permanece en la sala hasta el final. Estará atenta para ayudar al Médico anesthesiólogo en la extubación del paciente y ayuda en el traslado del paciente de la mesa a la camilla, teniendo cuidado de las vías central o periférica, sonda Foley, sonda naso gástrica, drenajes u otros.
- Pasará con apoyo ventilatorio (Ambu) conectado a balón de O2, con oxímetro si sale entubado.
- Luego lo conduce al Servicio de Recuperación y lo entrega a la Enfermera del servicio, ayudando para su monitoreo, fijación de drenajes, SNG, Sonda Foley etc. haciendo hincapié del tipo de Cirugía y procedimiento Quirúrgico realizado, si solo fue exploración reparación de vasos. sus funciones vitales con las que se ha mantenido durante la Cirugía, drenajes vías, Transfusión sanguínea o de plasma u otro componente como la poligelina drogas administradas, así como algunos acontecimientos o eventos sucedidos y que sean de importancia para la evaluación del paciente.
- Entregará un balance minucioso de los ingresos y egresos durante la Cirugía.
- Verifica que las vías estén permeables.
- Que los formatos, pendientes, hoja de chequeo de Cirugía Segura estén firmadas y selladas
- Que la Historia Clínica este correctamente llenada con los datos del paciente, terapéutica, etc.
- Si su pase es a UCI o Ucin, la Enfermera Circulante habrá coordinado con la Enfermera media hora antes para su pase y para que tenga listo el ventilador y sus respectivos accesorios que son entregados con anterioridad por la Técnica de Sala de Operaciones . Luego con ayuda del Médico Anesthesiólogo transportan al paciente a dichas Unidades, llevando la Historia Clínica completa
- Entrega un reporte minucioso como el ya descrito anteriormente.
- Finalmente ayuda a poner en orden la sala, equipa y repone el material usado.

Se puede finalizar esta cirugía con una Colostomía en asa, que consiste en:

- Una ostomia es un procedimiento en el que una porción del intestino se secciona quirúrgicamente y el extremo se lleva hacia el exterior del cuerpo (se exterioriza) Los bordes del intestino se fijan en el espesor de la pared abdominal. Esta abertura llamada estoma, permite el pasaje hacia el exterior del cuerpo de los contenidos de la luz intestinal. Se usa una bolsa de colostomía para recoger los líquidos intestinales
- El sistema de bolsas tiene un anillo que se adhiere a la piel con una abertura para el estómago y un reservorio que encaja firmemente en el anillo. /paciente vacía el reservorio y cambia el dispositivo según necesidad.
- La bolsa debe fijarse sobre la estoma y seguir los contornos de la pared abdominal del paciente para evitar las pérdidas, los derrames y el olor. La parte remanente del intestino que va hacia el ano, se vuelve no funcionante desde el punto de vista de la digestión, pero se deja intacta. La ostomia del intestino delgado se llama Ileostomía. La ostomia del Intestino grueso se denomina Colostomía.

Técnica de la apertura en:

La enfermera Instrumentista prepara todo el material para este procedimiento
Inicia el abordaje de planos



- Se ingresa en el abdomen a través de una incisión transversal pequeña para mediana superior. El ayudante separa con separadores de Richardson.
- El Cirujano toma un asa del colon con una o más pinzas de babcock y la exterioriza a través de la herida.
- El Cirujano comienza a liberar el intestino de sus adherencias al epiplón, con pinzas hemostáticas y tijera metzembau
- Debe elegirse un área avascular para la movilización, pero si se encuentran vasos la Enfermera debe estar alerta para alcanzar pinzas hemostáticas, tijera metzembau para seccionar el tejido entre las pinzas y luego alcanzara seda multiempaque 3/0 humedecida en solución salina para la ligadura.
- Una vez completa la movilización del asa intestinal se trae fuera del abdomen y se coloca un dren penrose por debajo para evitar que se hunda en el, luego se cierra la herida

Cierre:

- Después de preparar la piel, la Instrumentista alcanza campos y el Cirujano inicia el procedimiento colocando una gasa dentro de la colostomía. Esto evita la contaminación macroscópica de la herida con materia fecal.
 - Luego incide la piel alrededor de los bordes de la colostomía.
 - La incisión se profundiza a través de los planos subcutáneos y aponeuróticos con electrocauterio y pinzas hemostáticas que alcanza la Enfermera instrumentista.
 - Seguidamente alcanza la tijera metzembau para liberar el peritoneo de la colostomía.
 - La Enfermera Instrumentista estará alerta en la conservación de la esterilidad de la mesa quirúrgica. Alcanzara gasas grandes para que el Cirujano envuelva la colostomía y así evitar la contaminación.
 - Luego el cirujano reaviva los bordes de la colostomía.
 - A continuación, la Enfermera Instrumentista prepara las suturas para el cierre de la colostomía.
 - Se realiza el último conteo de gasas e instrumental en coordinación con la Enfermera circulante.
 - Se cierra la colostomía en dos planos: El primer plano la Enfermera Instrumentista alcanza la sutura de elección del cirujano en porta aguja chico con catgut cromado O o Poliglicolico 3/0, se cierra con sutura continua o puntos separados. El segundo se confecciona con puntos separados con seda 3/0 o 4/0 sobre la línea de sutura previa.
 - Cirujano permite que el intestino se deslice dentro de la cavidad peritoneal y se cierra la herida con la técnica habitual.
 - La Enfermera Instrumentista tendrá en cuenta que todo el instrumental y el material que haya estado en contacto con la cara interna del intestino se considera contaminado y no debe usarse durante el cierre de la pared abdominal. Instrumentista tendrá listo guantes e instrumental limpios para el cierre.
- Se coloca la bolsa de colostomía.

h) CONSIDERACIONES GENERALES:

Enfermera debe Coordinara un eficaz y eficiente trabajo con la Enfermera circulante, Equipo de Médicos y Anestesiólogo.

De anticiparse a las necesidades del cirujano.

Lograr en forma eficiente el ingreso del paciente poli traumatizado a Centro Quirúrgico,

- brindar una atención inmediata para disminuir los factores de riesgo
- Debe mantener su atención permanente en el campo quirúrgico.
- Conservar la esterilidad durante toda la Cirugía.
- Debe mantener la seguridad en el campo quirúrgico, controlando la ubicación de los elementos cortantes, movimiento de gasas en el campo y herida

i) **RECOMENDACIONES:**

- Recordar que, si el Cirujano pone una pinza en un vaso, seguido pedirá ligadura, después de cada ligadura pasará al ayudante la tijera de cortar hilos.
- Si el Cirujano pone una pinza hemostática en un vaso y luego al frente otra pinza, pasará una tijera Metzembau, para que corte el vaso, luego ligadura o puntos de transfixión.
- Si el acto quirúrgico es séptico (resección intestinal) La Instrumentista es la que dirige el recambio de ropa, Instrumental de cierre de pared, gasas, mandiles y guantes, lápiz de electrocauterio, aspiración, etc.
- No se debe exponer innecesariamente al paciente, cubrirlo inmediatamente sea revisado
- completamente (no olvidarse la parte posterior, sobre todo en casos de heridas por arma blanca o PAF.)
- Debe ofrecerle apoyo emocional, asegurarle un ambiente confortable, respetando su dignidad y seguridad, usando sabanas para mantenerlo caliente.
- Recordar que todos los pacientes tienen una historia anterior tanto sanitaria como personal que pueden ayudar en los diagnósticos.
- La Enfermera Instrumentista y circulante deben evitar apresuramientos innecesarios, que puedan llevar a cometer errores o a producir lesiones.
- Teniendo en cuenta que en todos los actos Quirúrgicos tiene participación la Enfermera de Quirófano en su función como Enfermera Instrumentista, como Enfermera Circulante (Instrumentista II) o como Enfermera de apoyo del Anestesiólogo, la Enfermera de Quirófano es pieza clave en el acto quirúrgico, pero a veces su labor no es valorada por desconocimiento de su modalidad de trabajo.





6.9 GUIAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN QUIRURGICA EN CIRUGIA TORAXICA Y VASCULAR

6.9.1 CIRUGIA DE TÓRAX.

a) DEFINICION:

Es una especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento quirúrgico de las enfermedades que afectan a la cavidad torácica: pulmones, pleura, mediastino, esófago, diafragma y pared torácica. Siendo las causas más frecuentes neoplasia, traumática y por determinadas enfermedades, como TBC.

b) FINALIDAD:

La finalidad de la Cirugía de tórax es lograr el efecto quirúrgico deseado y la reparación quirúrgica, el reemplazo o la corrección de anomalías anatómicas congénitas (presentes en el momento del nacimiento) o adquiridas de los órganos situados en la cavidad torácica: el corazón, los pulmones, la tráquea, la pleura, el mediastino, la pared torácica, el esófago y el diafragma y el mejoramiento de la función de los aparatos cardiovascular y respiratorio.

c) DESARROLLO DEL PROCESO:

RECURSO HUMANO.

- Cirujano Principal de la especialidad Cardiovascular.
- Cirujano Ayudante
- Medico Anestesiólogo.
- Residentes e internos de cirugía y anestesia.
- Enfermera Instrumentista.
- Enfermera Circulante.
- Técnica de Enfermería.

EQUIPOS BIOMEDICOS

- C-MAC (para entubación difícil)
- Bombas de infusión: Alaris, Tiva, Base Primea para Infusión: Anestesia total
- Máquina de Anestesia operativa: con Monitor, vaporizador, corrugados, canister de cal sodada, etc.
- Desfibrilador operativo, con sus respectivos accesorios y placas internas estériles
- Electrocauterio, con placa indiferente, operativa.
- Mesa de Anestesia: con set de anestesia general.
- Equipo de aspiración para la Cirugía y Anestesia.

d) DESARROLLO DE LA INSTRUMENTACION O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Enfermera Circulante (Instrumentista II)

Revisa la Sala donde se va a realizar el acto Quirúrgico verificando los aparatos de succión, electrocauterio, cialitica, mesa Quirúrgica, equipo de ropa, insumos y materiales, etc.

- Recepciona al paciente a la entrada del Quirófano, teniendo en cuenta el estado general del paciente
- Luego conduce al paciente a la Sala donde se realizará el Procedimiento Quirúrgico, con ayuda de la Técnica de Enfermería y en coordinación del Médico Anestesiólogo y ayuda en el traslado del paciente de la camilla a la mesa de operaciones.
- Se inicia la Inducción de la Anestesia por el médico anestesiólogo con ayuda de la Técnica de Enfermería
- La Enfermera Circulante estará atenta por si es necesaria su ayuda de urgencia a los requerimientos de los diferentes profesionales
- Una vez anestesiado el paciente, se coloca en posición adecuada para el acto Quirúrgico (generalmente es colocado en posición lateral derecha o izquierda, con ayuda de almohadas o sabanas, se le fija con sujetadores o esparadrapo ancho. Entre el accesorio lateral y el paciente se coloca una sábana doblada.
- Coloca la placa neutra del electrocauterio en una zona adecuada y seca.
- Ayuda a poner la Sala en orden y equipa las vitrinas, reponiendo el material que haya usado en el Acto Quirúrgico.

Enfermera Instrumentista I

- Prepara Instrumental y material de acuerdo a la cirugía programada.

TORACOTOMIA EXPLORATORIA:

- La Enfermera Instrumentista pasa al Cirujano el bisturí para el abordaje de piel, después el electrocauterio para el abordaje de los planos siguientes. Entrega al ayudante los separadores de farabeuf y pinzas hemostáticas para que ayude a hacer la hemostasia. Al llegar al plano aponeurótico puede usar campos fijados con pinzas bakhaus o cosidos con seda O cortante.
- Una vez abordado el espacio intercostal y realizado la hemostasia de los bordes, se pasa al Cirujano el separador de Finochetto. Tener preparado la aspiración y las pinzas de disección para que el cirujano se ayude en el decolaje, con ayuda de las pinzas duval y separadores Richardson el ayudante hará una buena exposición. Mientras el Cirujano explora, tener preparado puntos transfixiantes de seda 2/0 con aguja redonda, lo mismo que el hilo en pinza para ligadura húmedos,
- Si al explorar se encuentra un proyectil, una vez que se lo entregue, guárdelo en un sitio seguro. Al finalizar la operación lo pasará a la Enfermera Circulante quien lo entregará al jefe de guardia y generará un cargo que hará firmar. Si fuera necesario suturar bronquio tener preparado las sedas 4/0 con aguja MR 20
- Solucionado cualquier problema como el sangrado de un vaso, ruptura de bronquio y revisada la hemostasia, pasara suero tibio para lavado de la cavidad torácica.
- Colocación de drenes torácicos, exteriorización a piel y se realiza conteo de gasas e Instrumental en coordinación con la Enfermera Circulante. Cierre de planos de la siguiente manera: Al ayudante pasara los separadores de farabeuf para que haga la presentación.



- Aproximar las costillas para cerrar el espacio intercostal, con ayuda del aproximador costal, se anudarán los puntos pericostales con Poliglicólico No 1, separados y referidos con pinza
- Una vez cerrada la cavidad torácica, se conecta el sistema de drenaje no debe estar por encima de la altura del paciente.
- Se cierra el musculo con poliglicólico No 0 o Crómico No 0 dependiendo de la preferencia del Cirujano.
- Limpieza de la zona, con antiséptico, gasa para cubrirla y una gasa fenestrada para colocar alrededor del drenaje o drenes torácicos.
- Retira las pinzas del campo operatorio y recoge todo lo utilizado.
- Retira el material cortante y lo desecha en contenedor punzo cortante.
- Entrega el Instrumental contado a la Técnica de Enfermería para su lavado y secado. Luego lo prepara chequeando su limpieza y operatividad y con sus respectivos indicadores, lo envía para su esterilización.
- La Enfermera Circulante Ayuda en el traslado del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla, teniendo cuidado de los drenajes que el paciente porta. Luego lo conduce al Servicio de Recuperación y lo entrega a la Enfermera de URPA reportando lo signos vitales, tipo de Anestesia, Cirugía realizada, drogas administradas, tipo de drenajes que porta, así como otros eventos sucedidos durante la Cirugía.
- Entregará la Historia clínica completa, reporte Quirúrgico, hojas de Anestesia, hoja del listado del chequeo de Cirugía Segura, hoja del reporte de Enfermería y receta médica, así como placas de Rx, medicinas, etc.
- Ayuda a poner la Sala de operaciones en orden y equipa las vitrinas, reponiendo el material que haya usado en el Acto Quirúrgico.

TECNICA QUIRURGICA DEL DRENAJE DE TORAX SIN TORACOTOMIA

MATERIALES E INSUMOS PARA COLOCACION DE DRENAJE TORAXICO:

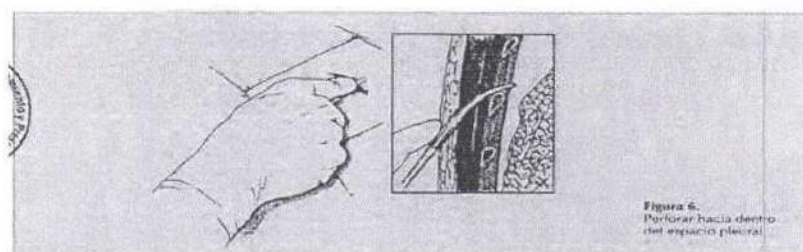
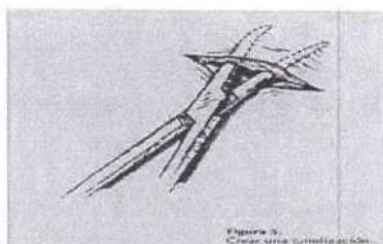
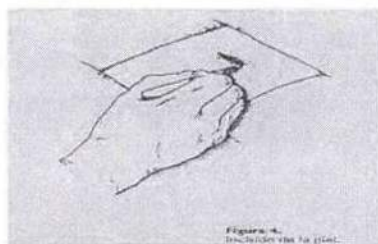
- Anestesia local: frasco de lidocaína al 2% sin epinefrina
- Jeringas de 5cc y 10cc
- Hoja de bisturí
- Equipo de ropa: funda de mesa de mayo, 4 campos.
- Compresas y gasas Instrumental de Drenaje torácico, adicional pinza Rochester pean.
- Equipo de limpieza, solución antiséptica.
- Frasco de Drenaje torácico O Sistema de Drenaje cerrado.
- Guantes (mandil opcional) Sutura: S O, Nylon 3/0 cortante

PROCEDIMIENTO:

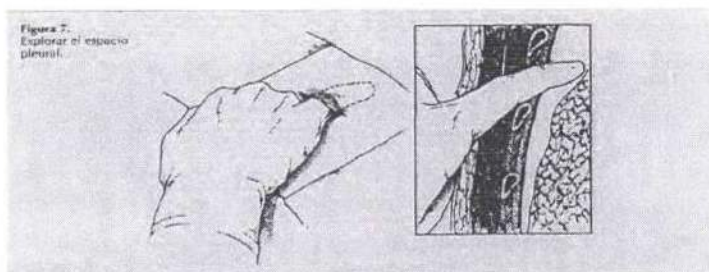
- Lo realiza la Enfermera Instrumentista I o Circulante (Enfermera Instrumentista II) Puede ser una operación de urgencia o emergencia.
- La Enfermera recibe al paciente y lo traslada a la Sala designada donde se realizará el procedimiento Quirúrgico.
- Se Monitoriza al paciente para controlar sus Funciones vitales durante el Procedimiento y se verifica la vía periférica que este permeable.
- Anestesia local y ó sedación
- Preparar y colocar el campo estéril en la mesa de mayo con los insumos y materiales
- Instrument. de DT, gasas, guantes, jeringa, aguja N° 23, bolo, bisturí



- El Cirujano para drenar un neumotórax ó hemotórax introduce el tubo a nivel del 2° espacio intercostal, línea mediovascular, aunque también puede hacerse en el 5° espacio intercostal, línea axilar media para drenar
- Desinfección de la zona.
- Infiltra el anestésico, aspira para confirmar la presencia de un neumotórax, hemotórax o derrame pleural.
- Incisión de la piel y tejido subcutáneo.
- Realiza una incisión de aproximadamente 2 cm por debajo del espacio elegido, que permitirá el paso del dedo índice.



- También puede hacerse con el trocar del tubo de tórax o con dedo índice.
- Exploración del espacio pleural para asegurar el trayecto e inspeccionar la cavidad pleural.
- Colocación del tubo endotorácico Clampa el tubo de tórax en su extremo distal con la pinza de Kocher e introducirlo en la cavidad pleural en dirección apical, para drenar un neumotórax, o posterobasal, para drenar un derrame o un hemotórax.
- En caso de empiema el tubo hay que colocarlo en el centro de éste, guiándose por una radiografía en proyección postero anterior y lateral, o mediante una ecografía torácica.
- Si no tiene dren torácico puede usar una sonda rectal No 20 Fr. Al No 32 Fr.
- Conexión al sistema de drenaje se constata por la obtención de burbujeo o



- Disección de los planos musculo aponeuróticos mediante mosquito o pinza de elly, de los músculos intercostales, creando así una pequeña tunelización. Esta JEcción se

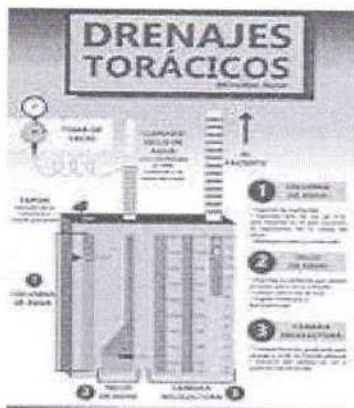
realizará siempre junto al borde superior de la costilla inferior, para evitar la lesión del paquete vasculo-nervioso intercostal.

- **Penetración en el espacio pleural**, con la pinza de Kelly hasta introducir la en la cavidad pleural (saldrá aire o líquido). También puede hacerse con el trocar del tubo de tórax o con dedo índice.
- **Exploración del espacio pleural** para asegurar el trayecto e inspeccionar la cavidad pleural.
- **Colocación del tubo endotorácico** Clampa el tubo de tórax en su extremo distal con la pinza de Kocher e introducirlo en la cavidad pleural en dirección apical, para drenar un neumotórax, o posterobasal, para drenar un derrame o un hemotórax.
- En caso de empiema el tubo hay que colocarlo en el centro de éste, guiándose por una radiografía en proyección postero anterior y lateral, o mediante una ecografía torácica.
- Si no tiene dren torácico puede usar una sonda rectal No 20 Fr. Al No 32 Fr.
- **Conexión al sistema de drenaje** se constata por la obtención de burbujeo o líquido y por la oscilación del sello de agua con la respiración.
- Luego se conecta a un Sistema de Drenaje cerrado con tres compartimentos. Dos de los compartimentos contienen una pequeña cantidad de agua y el tercero se reserva para la recolección
- La aspiración se usa para extraer el aire o los líquidos del tórax. Cada compartimento de la unidad se conecta con otro a través de un tubo, lo cual mantiene la presión negativa.
- Se puede colocar también a un frasco de drenaje que debe estar con líquido estéril que debe cubrir la superficie de la base del tubo largo del tapón del frasco en 2 cm. Luego sellar el tapón del frasco y rotular con la fecha, hora y nivel de líquido.
- No levantar el frasco sin antes pinzar el dren y al bajar el frasco no olvidarse de despinzar el dren.
- **Fijación del tubo de tórax** se procederá a asegurar la posición del tubo con seda N° 0. Dejar dado un punto de colchonero para la retirada del tubo
- **Colocar apósito.**
- - Radiografía de tórax de control

j) Preparación del Sistema Descartable de Drenaje Torácico

- Lavado higiénico de manos.
- Apertura de la unidad estéril y descartable de drenaje torácico.
- Colocación de guantes estériles.
- Retirar la protección de la cámara bajo trampa de agua y rellenar con agua estéril hasta el nivel de 2 cm.
- Retirar la protección de la cámara de control de aspiración y llenarla con agua estéril con la cantidad indicada según la presión negativa deseada; o según el modelo, hasta el nivel determinado por una línea roja.
- En los modelos denominados "secos" tan sólo deberá verificarse que el selector o mando de control de aspiración, esté situado en la posición de presión negativa prescrita que se desee aplicar.
- Dejar preparada la unidad en posición vertical por debajo del nivel del tórax colgada de la cama o bien, apoyada en el suelo habiendo girado previamente la plataforma de soporte.

- Mantener el tubo largo de conexión al paciente protegido y cercano al tórax hasta que el médico haya colocado el tubo o catéter torácico.



RECOMENDACIONES:

- No se debe elevar el frasco de drenaje torácico, por encima del nivel del tórax del paciente porque esto puede hacer que el líquido retorne a la cavidad y colapse los pulmones.
- No se debe desconectar la aspiración hasta inmediatamente antes de trasladar al paciente, dado que la sangre puede acumularse dentro del pericardio y producir taponamiento cardíaco
- Si en el momento del conteo final de gases falta alguna, se avisará al Cirujano para que revise la cavidad.

COMPLICACIONES

- **Hemorragia.** Lesión del paquete vasculonervioso intercostal, o de la arteria amaria interna. Debemos introducir el tubo inmediatamente por encima borde superior de la costilla y alejado de la línea para esternal.
- **Laceración pulmonar.** Secundaria a la inserción brusca del tubo con trocar, produciendo hemotórax o neumotórax iatrogénico. Por este motivo, es preferible realizar la penetración al espacio pleura) mediante el dedo índice o la pinza de disección roma.
- **Colocación intraabdominal.** Con lesión de hígado, bazo, etcétera, por elección de un espacio intercostal demasiado bajo. Por ello, no colocaremos un tubo endotorácico por debajo del 62 espacio intercostal.
- **Colocación subcutánea.** Introducción del tubo entre la fascia endotorácico y la pleura parietal. Observaremos que no oscila. Siempre debemos comprobar con el dedo índice que hemos penetrado en la cavidad pleural.
- **Edema de pulmón ex-vacuo.** Se produce en drenajes importantes evacuados de forma brusca. En estos casos se procederá a drenar lentamente la cavidad pleural mediante pinzamientos sucesivos del tubo de tórax.



- **Obstrucción del tubo.** Generalmente por coágulos o por material de drenaje espeso. En caso de pus o sangre debemos elegir tubos de mayor calibre.
- **Enfisema subcutáneo.** Por fuga de aire, generalmente porque no hemos introducido suficientemente el tubo y alguno de los orificios queda localizado en el tejido subcutáneo. Debemos cerciorarnos de que todos los orificios del tubo han sido introducidos en la cavidad pleural.
- **Celulitis de la piel alrededor del tubo,** sobre todo si lleva muchos días puestos. En gran medida se podrá evitar con una buena asepsia.

6.9.2 GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES DE CIRUGIA VASCULAR

a) DEFINICION:

La Cirugía Vascular es una especialidad que se ocupa del tratamiento de las lesiones o patologías de vasos sanguíneos, (arterias y venas). Excepto las del corazón y arterias intracraneales. Las técnicas Quirúrgicas más usadas son:

- Ligaduras de vasos y suturas vasculares.
- Técnica de oclusión vascular y exceresis.
- Anastomosis Vascular.
- Cirugía Arterial Directa (Embolectomías, Trombo embolectomías, Bypass o derivaciones, injertos arteriales y venosos).

b) FINALIDAD:

Esta Cirugía tiene como finalidad ayudar a corregir los problemas de circulación de la sangre (arterias, venas), como puede ser una obstrucción en la arteria buscando reparar o mitigar el daño producido por afecciones que pueden ser congénitas o adquiridas.

c) OBJETIVOS:

- Garantizar una atención de Enfermería, integral y eficiente, favoreciendo el buen desempeño del acto quirúrgico, así como su recuperación.
- Adquirir conocimientos y dominio de todos los procedimientos vasculares, manejo del Instrumental y equipos especiales, técnicos y tiempos operatorios.
- Conocer los riesgos y complicaciones que se pueda presentar durante el intraoperatorio. asumir responsabilidades durante todo el transoperatorio, desde su ingreso hasta alta.

d) DESARROLLO DEL PROCESO:

RECURSOS HUMANOS:

- Cirujano Cardiovascular principal.
- Cirujano Ayudante.
- Residentes o Internos de Cirugía de apoyo.
- Medico Anestesiólogo.
- Residentes e internos de Anestesia.
- Enfermera Instrumentista I
- Enfermera Circulante (Instrumentista II)

- Técnica de Enfermería.

e) DESAROLLO DE LA INSTRUMENTACION O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Embolectomía (temprana)

La Intervención quirúrgica consiste en la extirpar un trombo o un embolo de la luz de un vaso.

Procedimiento

- La Enfermera Instrumentista II Circulante (Instrumentista II), revisa la Sala donde se va a realizar el acto Quirúrgico, verificando los aparatos de succión, electrocauterio, cialitica, mesa Quirúrgica, equipo de ropa, insumos y materiales, etc.
- Recepciona al paciente a la entrada del Quirófano
- Luego conduce al paciente a la Sala donde se realizara el Procedimiento Quirúrgico
- Se inicia la Inducción de la Anestesia por el médico anestesiólogo con ayuda de la Técnica de Enfermería.
- Una vez anestesiado el paciente, se coloca en posición adecuada para el acto Quirúrgico (generalmente es colocado en posición lateral derecha o izquierda, con ayuda de almohadas o sabanas, se le fija con sujetadores o esparadrapo ancho. Entre el accesorio lateral y el paciente se coloca una sábana doblada.
- Coloca la placa neutra del electrocauterio en una zona adecuada y seca.

Enfermera Instrumentista I

- Prepara Instrumental y material de acuerdo a la Cirugía programada o de o de urgencia o Emergencia y lo lleva a la Sala Designada. La Enfermera Instrumentista acerca la mesa de mayo y la semiluna al campo y comienza el Acto Quirúrgico.
- Pasar al cirujano el bisturí N° 10 para el abordaje por planos, al ayudante se le entregara los separadores de tipo Senn o Cushing o el separador de mastoides.
- Localizado el vaso en que se va a trabajar se le entregara un pinza Heins curva o una mosquito curva, para pasar cinta umbilical o seda N° 2 húmeda de un lado al otro del vaso, con doble pasada; esto servirá para cerrar la luz del vaso cuando así se requiera, los dos hilos quedaran referidos con una pinza Kelly.
- Preparar los catéteres de Fogarty de embolectomía y de irrigación. Pruebe el balón, no retire la jeringa del catéter de embolectomía.
- Pase dos puntos de referencia con material que puede ser seda 4/0, que quedaran referidos con una pinza mosquito a cada lado del vaso.
- Pasar el bisturí con la hoja N° 15 para que haga la incisión entre los dos puntos de referencia, en ese momento el ayudante cierra la luz del vaso traccionando los hilos que pusieron de referencia, también puede pedir clamps bulldog o clamp vasculares pequeños.
- Pase el catéter de fogarty de embolectomía con la jeringa de 3cc con aire. El cirujano lo introduce por el vaso y una vez que pasa el área del embolo, se infla el balón del catéter retirándolo inflado, esto permitirá sacar los coágulos de la luz del vaso, esta maniobra lo realiza 2 ó 3 veces o cuantas veces sea necesario.



- Pase luego el catéter de irrigación con una jeringa de 20 cc con solución heparinizada para que haga la irrigación en la luz del vaso varias veces; esto le permitirá sacar los restos de los coágulos.
- Prepara la porta aguja vascular y el prolene 6/0 para que suture el vaso.
- Preparar gasas húmedas para el secado.
- Revisión de hemostasia.
- Cierre por planos.
- Limpieza de la herida con antiséptico, cubierta gasa y esparadrapo.

BYPASS FEMORO POPLITEO

Reemplazo del trayecto arterial enfermo por vena safena, en caso que no se disponga de safena porque el paciente ya fue intervenido, se recurrirá a un bypass con prótesis de PTFE o dracon. Procedimiento:

- El cirujano pincela la zona operatoria y a continuación realiza la vestimenta estéril al paciente.
 - El cirujano libera la safena.
- Se prueba la safena cerrando uno de los extremos con un mosquito, introduciendo luego solución heparinizada o con sangre en una jeringa con adaptador que le haga a la luz de la safena. Si hubiese escape, el cirujano liga esos puntos de salida con hilo 2/0 húmedo o seda 3/0.
- Paralelamente o a continuación de la disección de la vena diseca la zona femoral hasta ubicar la arteria femoral común que pasa con cinta umbilical, igual hace con la femoral superficial y la femoral profunda. Hay algunas colaterales que se pasan con seda 2/0 o hilo 0, se dejan referidas con pinza Kelly.
- Se hace otra incisión en la parte interna del muslo por encima de la rodilla. Se diseca por planos y coloca separador de Beckman, diseca la arteria poplítea con disección vascular y pinza Lahey o Metzembbaum, se pinza cintas umbilicales proximal y distal a la zona donde se va a realizar el bypass.
- Se crea un túnel entre la zona femoral y la zona poplítea con un tunelizador o con una pinza Forester curva, se deja 2 gasas largas para hemostasia reparadas con pinza Kelly.
- Preferentemente se inicia la anastomosis distal (poplítea) y coloca clamps vasculares proximal y distal a la zona a incidir.
- Apertura del vaso con bisturí N°11, luego ampliación con tijera de Potts Se pasa la sutura vascular con doble aguja en porta agujas vasculares para suturar la vena. Se prepara un mosquito calzado para fijar un extremo de la sutura, cuando acaba la anastomosis prueba la hemostasia y deja el último punto reparado para purgar al final.
- Se retira la gasa y se pasa la vena por el túnel hacia la zona femoral.
- Se clampa los vasos femorales y se siguen los mismos pasos para la anastomosis al igual que en la poplítea.
- Se suelta los clamps femorales, se pinza poplítea, se amarra y se ve funcionamiento.
- Terminando la sutura, procede al lavado de la zona y revisión de hemostasia. Cierre por planos.

CONSIDERACIONES GENERALES:

Revisar la sala donde se realizará el Acto Quirúrgico, verificando operatividad de los quipos, para evitar riesgos que pongan en peligro la vida del paciente.



- Leer la Historia clínica y enterarse de los datos más importantes, como resultados de análisis y Riesgo Quirúrgico, por los cambios fisiológicos y fisiopatológicos que se puedan presentar y prevenir cualquier complicación que se pueda presentar.

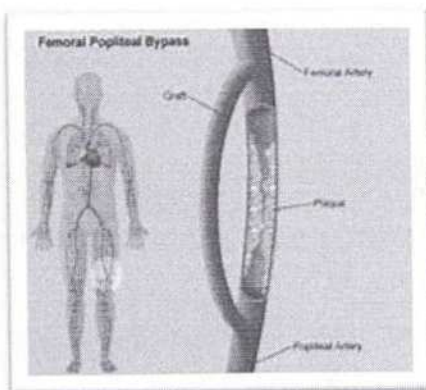
g) CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

- Tener especial cuidado al manipular las suturas vasculares en el campo estéril. Se deben de retirar de su envase con cuidado y estirarse con delicadeza, así como usar una porta aguja de tamaño apropiado para no dañarla.
- Las suturas con doble aguja deben de tener una porta aguja en cada extremo o una aguja en porta aguja y la otra en una pinza hemostática.
- Se debe esperar que el cirujano entregue la porta guja con la aguja porque si se retiran se puede dañar o desgarrar una anastomosis o un vaso y causar hemorragia.
- La Instrumentista seguirá atentamente todos los pasos de la Intervención Quirúrgica con el fin de pasar el Instrumental y material indicado y en el momento preciso.
- La instrumentista debe tener un completo conocimiento del equipo y del instrumental, excelente habilidad de organización y la capacidad de mantenerse alerta por periodos prolongados.

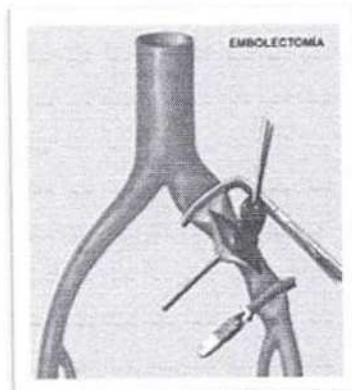
h) RECOMENDACIONES:

- Durante la cirugía vascular el área quirúrgica debe irrigación con solución salina heparinizada, esto evita la formación de trombos en el sitio quirúrgico y reduce el riesgo de embolia.
- La instrumentista prepara la solución de irrigación con heparina en una jeringa de 20cc con una aguja tipo Stoney.
-

BYPASS FEMORO POPLITEO



EMBOLECTOMIA



6.10 GUIA DE MANEJO DE RESIDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS:

a) CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS:

Los residuos anatomopatológicos se clasifican en:

- Tejidos, órganos o partes corporales (incluidos los resultantes de trauma o mutilación).
- Muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico o histológico.
- Productos de la concepción (placenta, membranas)
- Fluidos corporales
- Los reactivos o productos químicos resultantes de su empleo en el procesamiento de muestras anatomopatológicas.

b) GENERACIÓN DE RESIDUOS ANATOMOPATOLOGICOS Y QUIRURGICOS:

Los residuos anatomopatológicos y quirúrgicos se generan en los diversos servicios asistenciales, este último en centro quirúrgico principalmente; estos deben recogerse en el sitio de su generación y envasarse en medios herméticos (frascos) que cumplan con las características de seguridad establecidos en las normas, siempre que no haya sufrido reacciones que modifiquen su naturaleza y lo vuelvan incompatible con el recipiente escogido, debiendo considerarse lo siguiente:

1. Ser recolectados 12 horas máximo después de generados.
2. Evitar la putrefacción, para lo cual se usará el método de refrigeración o formalina comercial diluida al 10 % (una de formol por nueve de agua).

c) ENVASADO DE LOS RESIDUOS:

Los residuos generados deben ser depositados en recipientes rígidos, impermeables y con cierre hermético, que permitan la protección de los manipuladores y de la exposición al público restringiendo al máximo el uso de las bolsas plásticas. Por ninguna razón se deben colocar los desechos en envases que permitan la salida de líquidos. Los recipientes deben tener un tamaño adecuado para contener los desechos y ser lo suficientemente fuertes para prevenir rasgaduras o se revienten.

d) REGISTRO DE LOS RESIDUOS GENERADOS:

SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS: acción o separación de los desechos anatomopatológicos y quirúrgicos debe de inmediatamente después de la generación, de la siguiente manera: islar los desechos peligrosos (Biocontaminados)

Reducir el riesgo de exposición para las personas que están en contacto directo con personal de limpieza, trabajadores, entre otros.



e) ETIQUETADO DE LOS DESECHOS:

Los recipientes que contienen estos deben ser etiquetados con el símbolo universal de biopeligroso y con un letrero adicional que diga "Desecho Anatomopatológico". Las características de las etiquetas serán:

- Deben ser impermeables y con un pegamento de buena calidad que les permita permanecer en su lugar.
- Deben ser conservadas en buen estado.
- Debe indicarse con claridad en el envase:
 - Nombre de la pieza anatómico patológico
 - Establecimiento de Salud
 - Nombre del paciente
 - Cirujano o Médico de la orden
 - Número de Historia Clínica
 - Servicio de procedencia
 - Firma Fecha

f) MANIPULACIÓN DE LOS RESIDUOS ANATOMOPATOLOGICOS Y QUIRURGICOS:

La manipulación de los desechos anatomopatológicos y quirúrgicos se deben realizar de acuerdo a las medidas de bioseguridad con el fin de disminuir el riesgo de infección por exposición, debiendo cumplir con lo siguiente:

- El personal que manipulará estos desechos debe contar con las Vacuna contra las hepatitis B y tétanos.
- Debe usar obligatoriamente los equipos de protección personal como:
 - Mandil descartable y delantal de caucho impermeable al agua (hule), con puños elastizados, que cubra desde el cuello hasta las rodillas.
 - Guantes: colocarse dos pares: el que está en contacto con la piel de la mano debe ser descartable, de látex no estériles y por encima guantes de uso industrial, hasta el codo.
 - Anteojos de seguridad.
 - Mascarillas N 95 o con filtros.

- Zapatos cerrados, impermeables. Las piezas Anatómico patológicas y quirúrgicos serán trasladados al departamento de Patología Clínica, siendo entregados al personal del departamento En el caso de Miembros amputados estos serán almacenados en el mortuario del Hospital hasta, su disposición final. El personal del Dpto. de Patología Clínica que lo recepcione deberá verificar:

Que la pieza anatómica este adecuadamente preparada, es decir colocada en 0 una bolsa debidamente etiquetada con los datos del paciente, el tipo de muestra y con el preservante en cantidad suficiente (formol). Que la Orden de Solicitud del examen anatómico-patológico o del miembro amputado este adecuadamente llenado, con los datos requeridos (Número de Historia clínica, Nombre del paciente, Servicio de procedencia, Diagnóstico clínico, espécimen, etc.), con letra legible y con la firma y sello del médico que LO SELLA.

La solicitud debe ir acompañado del recibo de pago, pendiente de pago o exonerado. Luego de verificar que se cumplen los requisitos anteriormente detallados se procederá a registrarlo en el CUADERNO DE REGISTRO DE PIEZAS ANATOMOPATOLOGICAS Y MIEMBROS AMPUTADOS del área.



- Colocará la Pieza anatómica en el recipiente indicado para almacenar estas piezas. Lo que será verificado por el personal Técnico de Enfermería, diariamente al ingreso a su servicio, reportando cualquier irregularidad a esta Jefatura.
- En el caso de ser un Miembros Amputados, seguirá el mismo procedimiento, con excepción del almacenamiento el que se realizará en el Mortuorio del Hospital, hasta que sea llevado a la Institución designada por el Hospital para la cremación respectiva.
- El personal Técnico de Enfermería del área quirúrgica será el responsable de verificar las Piezas anatómicas y del transporte de las mismas.

g) TRANSPORTE:

La manipulación de materiales de Anatomía Patológica puede ser causa de accidentes graves por transmisión de infecciones para el operador. Por lo tanto, se debe ser extremadamente estricto en el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad elaboradas para tal efecto.

- Para el transporte del material hasta el Laboratorio de Anatomía Patológica, usar guantes de Polietileno descartables y una vez entregado el material descartarlo colocándolo en contenedores de polipropileno resistentes para residuos biocontaminados.
- Para el transporte y estudio del material de Anatomía Patológica, colocar los mismos contenedores de polipropileno con tapa de cierre hermético con rotulo que / indique los datos necesarios para su estudio. Si el paciente padece una enfermedad infectocontagiosa colocar en las mismas un rotulo con la advertencia de "PELIGRO" y el tipo de patología.
- El espacio físico destinado a la manipulación de piezas anatomopatológicos y quirúrgicos debe ser clasificado como zona crítica por ser con frecuencia un almacenamiento de microorganismos (bacterias, virus, hongos), altamente patógenos y productores de enfermedades infecciosas fácilmente contagiables, por ello es imprescindible guardar las medidas de bioseguridad que permita salvaguardar la salud de las personas que se exponen al ingreso de estos espacios.

6.11 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las 2 listas de chequeo son herramientas que sirven para aumentar la seguridad en el área quirúrgica y objetivista los procesos de los profesionales de enfermería.

- Aumentar la calidad asistencial por ítems de seguridad.
- Aumentar la seguridad en el proceso quirúrgico
- Disminuir N° de errores y eventos adversos
- Disponer de una herramienta que permita la explotación de las actividades de enfermería quirúrgica por proceso y por paciente.
- Los procesos de larga duración, compleja y altamente tecnificados, aumentan la posibilidad de aparición de **EVENTOS ADVERSOS** que han de ser controlados por check-list específicamente diseñados para tal fin.
- Realizar check-list quirúrgicos específicos por especialidades y por categorías profesionales supondría el incremento definitivo de la seguridad de los pacientes. - El control estricto que propone la herramienta check-list quirúrgico supone un mayor incremento de la seguridad y

reducción de las complicaciones postoperatorias del paciente, que el alcanzado con el Listado de Verificación General.

- Los profesionales están muy comprometidos en este proyecto porque son partícipes de la puesta en marcha de estas herramientas.
- Utilizar una herramienta de seguridad quirúrgica exclusiva de enfermería garantizará la continuidad de los cuidados enfermos recibidos por los pacientes, ya que todas las unidades y servicios del hospital han de regirse por instrumentos y criterios de seguridad similares.
- OMS. Los datos reflejan que hay un buen grado de cumplimentación y una adecuada adhesión al "check-list" por parte del personal de enfermería, de anestesia en todos los quirófanos.
- Comunicación eficaz en el quirófano es un elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano, facilitar y hacer énfasis en el trabajo en equipo sustituyendo la relación jerárquica por la del liderazgo.
- Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente, inadecuada evaluación del paciente, inadecuada revisión de la historia clínica. Exclusión de algunos de los miembros del equipo quirúrgico del proceso de verificación.
- Problemas relacionados con escritura ilegible, (utilización de abreviaturas Presión por el tiempo (duración de la sesión; cirugía de emergencia).
- Características no habituales en el paciente, como deformidades u obesidad.
- Alteración del orden quirúrgico establecido
- Marcar el área de incisión / intervención para identificarla de forma inequívoca El enfermo desde que es ingresado en el hospital debe tener una identificación (pulsera es importante que exista un protocolo de trazabilidad del paciente:

Recepción <=> Hospitalización ==> Zona prequirúrgica ==> Quirófano ==> Recuperación Postanestésica (URPA) <=> unidad de Cuidados Críticos (UCC) (si procede) ==> Hospitalización ==> Alta).

Seguridad contra incendios.

Prevención de la infección nosocomial

Higiene del equipo quirúrgico

Las normas básicas para mantener la asepsia quirúrgica,



VII. RECOMENDACIONES

Para confeccionar el siguiente Guía de procedimientos en las actividades quirúrgicas se empleó el manual trabajada por el Hospital de Urgencias José Casimiro Ulloa (2016), por tener las características similares a nuestra institución, a que realizamos las mismas actividades y se brinda atención quirúrgica en 17 especialidades, excepto de cirugía de cabeza y cuello.

La implantación del Check-list en nuestro Hospital, inicio en año 2018 y fue regularizado con documento oficial en el año 2019, cumpliendo con los parámetros indicados al 99.5%, sin embargo, se está presentando algunos errores que se debe subsanar con la Guía de procedimientos que se podrán a disposición de todo el equipo quirúrgico.

Así mismo, viene utilizando formatos de enfermería en el área URPA con REGISTRO QUIRÚRGICO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - Registro formatizado único, secuenciado por DOMINIOS DE ENFERMERÍA CON LOS DIAGNÓSTICOS NANDA y falta su implementación en QUIRÓFANO al momento de recibir y salir de esta área el paciente.

Por otro lado, incluye aspectos de seguridad del paciente en el Área Quirúrgica con el uso de formatos: (Check-list), consumo de insumos y falta los cuidados de enfermería.

Por ello que en el medio perioperatorio la seguridad del paciente constituye una competencia elemental para todas las enfermeras, debido a la vulnerabilidad del paciente y a la naturaleza del medio. Se requieren conocimientos anatómicos, fisiológicos, estar familiarizado con el equipo, tener una estrategia planeada, hacer una valoración del paciente y considerar la postura quirúrgica necesaria para así mantener las funciones vitales y la integridad corporal.



I. DESCRIPCION DE LA GUIA DE INTERVENCION

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
Dominio 03: Clase Código 00146 Ansiedad r/c Procedimiento Quirúrgico m/p: Miedo de consecuencias inespecíficas *Nerviosismo *Preoccupation creciente	Autocontrol de la ansiedad	Clase: Fomento de la Comodidad Psicológica (1850 Fomentar el sueño 5610 Enseñanza : Pre Quirúrgica 5820 Disminución de la Ansiedad 7370 Cuidados de Enfermería al ingreso • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. • Explicar los procedimientos incluidos las posibles sensaciones que se han de experimentar durante la intervención quirúrgica . • Escuchar con atención, crear un ambiente que facilite la confianza. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Instruir al paciente sobre el uso técnicas de relajación. • Evaluar la Ansiedad del paciente relacionado con la cirugía.	Alteracion de funciones vitales	II	*Controla la ansiedad *Verbaliza sentimientos

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento										
11: Dominio Seguridad y protección. 6: Clase Termorregulación HIPOTERMIA PERIOPERATORIA: Código 00254 Riesgo de hipotermia F/R..... temperatura ambiental T° <21 °C disponibilidad inadecuada de equipo de calentamiento apropiado área de herida descubierta	Dominio: conocimiento y conducta de salud Clase; control del riesgo Etiqueta de resultado: control del riesgo; hipotermia (1923) Indicador: (192302) identifica signos y síntomas de hipotermia (192308) modifica el entorno vital para favorecer la conservación del calor Escala de medición: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Etiqueta de resultado: tratamiento de la hipotermia (3800) Actividades; • Identificar los factores médicos, ambientales, y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia. • Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiados. • Aplicar recalentamiento pasivo (manta o cobertor y cubrir el cuerpo) Puntuación diana: <table><tr><td>ND</td><td>RD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> puntuación inicio: 2 puntuación diana del resultado mantener a _____ aumentar a _____ puntuación de cambio +2	ND	RD	AD	FD	SD	1	2	3	4	5	-Incrementa la incidencia de infección de las heridas quirúrgicas. – Produce alteraciones en la coagulación y complicaciones cardíacas.	III	*temperatura del paciente y tomar medidas preventivas para evitar a hipotermia. Esto puede incluir el uso de mantas calientes, infusiones intravenosas calentadas y otros métodos para mantener a normotermia durante el procedimiento.
ND	RD	AD	FD	SD											
1	2	3	4	5											



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados de enfermería (NOC)	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
Dominio 11: Seguridad y protección Riesgo de caídas clase 2 Código 00303 Riesgo de caídas en adultos F/R Factores fisiológicos Factores psiconeurológicos Factores ambientales Otros factores	Dominio:..... Clase Etiqueta de resultado: 0909 estado neurológico 1912 estado de seguridad: caídas Indicadores: Escala de medición: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Dominio 2 J. Cuidados perioperatoria Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía. Clase: (PUNTUACION INICIO: 2 PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO MANTENER A 4 AUMENTAR A 5 PUNTUACIÓN DE CAMBIO +2	*Lesiones *Fracturas *Incapacidades funcionales	III	Ausencia de lesión postural



VIII. ANEXOS

FORMATOS DE REGISTROS DE ENFERMERIA Y ANESTESIOLOGIA

- *PASAPORTE QUIRURGICO
- *LISTA DE CHEQUEO
- *LISTA DE CIRUGIA SEGURA
- *EVALUACION PRE ANESTESICA
- *CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA
- *REGISTRO DE ANESTESIA
- *CONSENTIMIENTO PARA FINES DE DOCENCIA





PASAPORTE QUIRÚRGICO DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

PACIENTE: _____ SEXO: _____
HC: _____ N° CTA: _____ EDAD: _____
SIS: _____
Diagnóstico: _____ Procedimiento Quirúrgico: _____

PESO: _____ Talla: _____ Alergias: _____
Grupo sanguíneo: _____ Factor RH: _____
Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN PRE QUIRÚRGICA

N°	LISTA DE CHEQUEO DE INGRESO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	SI	NO	NO PROCEDE	OBSERVACIÓN
1	Identificación del paciente corroborando datos del brazalete				
2	NPO según indicación médica				
3	Consentimiento informado para cirugía (médico / paciente)				
4	Evaluación Pre Anestésica (Riesgo anestésico)				
5	Consentimiento informado firmado para anestesia (médico / paciente)				
6	Consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud				
7	Consentimiento informado del receptor de la transfusión (de ser el caso)				
8	Confirmar la existencia de depósito de sangre				
9	Historia clínica completa				
10	Riesgo quirúrgico (no mayor a 90 días)				
11	Riesgo neumológico (de acuerdo al resultado de la evaluación pre-anestésica)				
12	Exámenes pre quirúrgicos (no mayor a 90 días)				
13	Informes e imágenes de radiología (de ser el caso)				
14	Preparación de la piel: zona operatoria limpia, eliminación de vello, marcado del sitio quirúrgico				
15	Confirmar la existencia del dispositivo médico a usar en el paciente				
16	Colocación y/o verificación de Vendaje Antitrombótico				
17	Confirmar si el paciente no tiene prótesis dental, audífonos y lentes de contacto				
18	Evaluación de vejiga				
19	Preparación Intestinal				
20	Paciente recibió Antibiótico profilaxis				

Marcar si el paciente cuenta con accesos invasivos
Vía periférica: ☐ SI ☐ NO Catéter Venoso Central: ☐ SI ☐ NO Catéter Porth: ☐ SI ☐ NO
SNG: ☐ SI ☐ NO Drenajes: ☐ SI ☐ NO Sonda Foley: ☐ SI ☐ NO

Registrar la información solicitada y marcar las casillas si, no, no procede según cumpla con el requisito

caso no cumplir con los requisitos pre-quirúrgicos el paciente no será recibido en quirófano

Observaciones de enfermería

Firmado por Licenciado(a): _____





PERU

Ministerio
de SaludHOSPITAL DE APOYO
II-2 SULLANA

LISTA DE CHEQUEO PARA:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:	EDAD:
NOMBRE DE LA CIRUGÍA:	FECHA:
CIRUJANO PRINCIPAL:	ANESTESIOLOGO:
PRIMER AYUDANTE:	RESIDENTE ANESTESIA
PEDIATRÍA:	
INSTRUMENTISTA:	CIRCULANTE:

EQUIPOS BIOMÉDICOS Y MÉDICOS OPERATIVOS:

MAQUINA DE ANESTESIA	DESFIBRILADOR
MESA DE OPERACIONES	LARINGOSCOPIO
ELECTROBISTURI	SERVOCUNA
ASPIRADORES DE SECRECIONES	ARCO EN C
TORRE LAPAROSCOPICA	EQUIPO DE RAYOS X
MICROSCOPIO	

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

SET INSTRUMENTAL	
LAVATORIO	SET PARA ANESTESIA RAQUIDEA
RIÑONERA	SET PARA LIMPIEZA
BOLO METALICO	SEPARADORES:

INSUMOS PARA CIRUGIA

CATGUT CROMICO	TUBO DE ASPIRACIÓN
VICRIL	LAPIZ DE ELECTROBISTURI
NYLON	CANULA YANKAUER
SEDA	COMPRESAS DE 48X48
PROLENE	COMPRESAS DE 15X50

KITS PARA QUIRURGICA

KITS QUIRURGICO ESTERIL TELA	PQ PARA RN
KITS QUIRURGICO ESTERIL DESCART.	PIERNERAS

EPP

GORROS	KITS ROPA CIRUJANO
MASCARILLAS	
BOTAS	

SOLUCIONES

AGUA ESTERIL	ALCOHOL
ISODINE ESPUMA	
ISODINE SOLUCIÓN	



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la administración de la anestesia → Antes de la incisión quirúrgica → Antes de que el (la) paciente salga del quirófano

ENTRADA	PAUSA	SALIDA
Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo (a), como mínimo	Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano	Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano
¿Ha confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ SI ☐ NO	☐ Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función	☐ El (la) enfermero(a) confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ SI ☐ NO	☐ Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico	
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? ☐ SI ☐ NO	☐ Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? ☐ SI ☐ NO	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? ☐ SI ☐ NO	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de esta paciente?
¿Tiene el (la) paciente... ...Alergias conocidas? ☐ No ☐ SI	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ☐ ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica: ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?	
...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ☐ No ☐ SI		
...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml / kg, en niños) ☐ No ☐ SI		
En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)? ☐ No ☐ SI	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ SI ☐ NO	

N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del / de la paciente _____ Fecha _____

Firma del/de la coordinador(tra) _____ Firma del/de la cirujano(a) _____ Firma del/de la anestesiólogo(a) _____



FORMATO DE EVALUACIÓN PRE-OPERATORIA ANESTESIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS DE PACIENTE: _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **HC N°:** _____ **SIS:** _____

FECHA: _____ **HORA:** _____ **SERVICIO:** _____ **CAMA:** _____ **RELIGIÓN:** _____

CIRUJANO: _____

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____ **T ESTIMADO:** _____

ANTECEDENTES. NO / SI - TIEMPOS DE EVOLUCIÓN

Tabaquismo: _____	Asma: _____
Alcoholismo: _____	Alergias: _____
Toxicomanías: _____	Diabetes: _____
Hepatopatías: _____	E: Tiroideas: _____
Neumopatías: _____	Hipertensión: _____
Nefropatías: _____	Cáncer: _____
Transfusiones: _____	Artritis: _____
Cardiopatías: _____	Hepatitis: _____
Otros: _____	

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: _____

ANESTESIAS PREVIAS / REACCIÓN: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

EXAMEN FÍSICO:

ESTADO GENERAL: _____

PESO: _____ Kg **TALLA:** _____ Cm **IMC:** _____ **P. ARTERIAL:** _____ mm.Hg. **FC:** _____ lpm **FR:** _____ rpm **T°:** _____ °C

CABEZA Y CUELLO: _____

Ojo: Pupilas: 1) Fotorreactivas 2) Isocóricas 3) Centrales 4) Ceguera: OD / OI

VÍA AEREA: _____

APERTURA ORAL: _____ Cm **DISTANCIA MENTOTIROIDEA:** _____ Cm

OROFARINGE: _____ **MALLAMPATI:** I II III IV

DENTADURA: _____ Completa: _____ Incompleta: _____ Prótesis: _____

MAXILAR INFERIOR MICROGNATIA: _____ **PROGNATISMO:** _____ **NORMAL:** _____ **MACROGLOSSIA:** _____

FOSAS NAALES: Permeables: SI _____ NO _____ Derecho: _____ Izquierdo: _____

CARDIOPULMONAR: _____

Auscultación: _____



Pulsos Periféricos: _____

ABDOMEN: _____

COLUMNA: _____ Cifosis: _____ Lordosis: _____ Escoliosis: _____ Otros: _____

EXTREMIDADES: _____

EXAMEN

NEUROLÓGICO: _____ GLASGOW: _____

OTROS: _____

EXAMENES AUXILIARES:

HB: _____ HTO: _____ TP: _____ TPT: _____ GRUPO Y FACTOR: _____

GLUCOSA: _____ ÚREA: _____ CREATININA: _____ OTROS: _____

EKG: _____

RX DE TORAX: _____

INTERCONSULTA: _____

RIESGO QUIRÚRGICO: _____ I _____ II _____ III _____ IV _____

ASA: _____ I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____ VI _____ E _____

DEPÓSITO DE SANGRE: SI _____ NO _____ UNIDADES: _____

PLAN ANESTÉSICO: _____

INDICACIONES PREANESTÉSICAS:

AYUNO DESDE: _____ A HORAS: _____

RECOMENDACIONES: _____

MÉDICO ANESTESIOLOGO: DR. _____ CMP: _____ RNE: _____

FIRMA Y SELLO /ANESTESIOLOGO





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Nombres y Apellidos: _____

SS: _____ Sexo: _____ Raza: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Técnico anestésico: _____

¿EN QUÉ CONSISTE LA ANESTESIA?

La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor.

Para anestesiarse a Ud. es preciso pinchar una vena por la que se le administrarán los sueros y medicamentos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista. Cuando usted entre en el quirófano se le colocará una serie de cables y aparatos en su cuerpo cuya finalidad es controlar sus funciones básicas. Existen numerosas operaciones donde es conveniente y necesaria la realización de anestesia general y anestesia loco-regional, ambas a la vez (si este fuera sus casos se le informará de ello). El médico anestesiólogo de controlar todo el proceso la anestesia de principio a fin y tratar las complicaciones no quirúrgicas que puedan tener lugar.

RIESGO DE CUALQUIER ANESTESIA.-

La Administración de los "sueros" y de los medicamentos¹ que son imprescindibles durante la anestesia puede producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves.

El riesgo no es el mismo para todos los pacientes. Así, el riesgo de la anestesia aumenta con la edad y depende además del estado psíquico y físico antes de la intervención. También depende mucho de las enfermedades cardíacas, respiratorias, etc. sobre todo si se toman muchos medicamentos para controlarlas. Es también mayor a medida que la intervención es más complicada, más larga o que se realiza sobre órganos más importantes. Finalmente hay riesgo debido a procedimientos anestésicos poco usuales pero necesarios para controlar riesgos debido a procedimientos anestésicos POCO usuales pero necesarios para controlar al paciente durante la intervención quirúrgica y/o estancia en la Unidad de recuperación (cateterismo venoso profundo y/o canulación arterial).

Si tiene dudas sobre su riesgo personal en la visita de anestesia se le pueden explicar en detalle. También puede solicitar esta información en cualquier momento de su estancia en el hospital.

EN CASO DE ANESTESIA GENERAL.-

Excepcionalmente la introducción de tubo hasta la tráquea puede entrañar cierta dificultad y a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente (las personas con dientes grandes, boca en malas condiciones o pequeñas son más propensas a esta complicación). Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar trastornos respiratorios muy importantes. Afortunadamente esa complicación es muy rara (los pacientes diabéticos, obesos con hernia de hiato, son entre otros los más propensos a esta complicación).

Una forma de prevenir esta complicación es GUARDAR AYUNO ABSOLUTO, al menos SEIS HORAS ANTES de la Intervención quirúrgica programada y TOMAR aquella MEDICACIÓN, que con esta finalidad, haya prescrito el anestesiólogo antes de la cirugía





He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Declaro que he sido informado de manera comprensible de la utilidad, naturaleza y los riesgos de los procedimientos mencionados, así como sus alternativas.

EN CASO DE ANESTESIA REGIONAL.-

En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras Nerviosas, produciendo efectos de la anestesia general, que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de tensión arterial, convulsiones, etc.

Generalmente estas complicaciones se solucionan, pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general. En caso que la anestesia loco-regional no sea posible o no se consiga por razones técnicas, pueden surgir molestias tales como dolor de cabeza o de espalda, que desaparecerán en los días posteriores. Es posible, después de este tipo de anestesia que queden molestias en la zona, con la sensación de adormecimiento u hormigueo, generalmente pasajeras.

También he sido informado que para mantener un mejor control de mis funciones vitales, será sometido a procedimientos de monitoreo según sea el caso, no invasivos o invasivos y que el personal está ampliamente capacitado para su uso; su empleo puede generar riesgos adicionales inherentes, sin embargo es necesario que se efectúe el monitoreo, aun el invasivo (PVC, línea arterial, catéter de flotación, etc.) conforme a lo señalado en los actuales protocolos o guías médicas vigentes, de igual forma reconozco la libertad prescriptiva que las asiste al anestesiólogo.

Que existe posibilidad de que por causas propias de la dinámica en el quirófano y/o causas de fuerza mayor, la intervención programada se retrase o se difiera, por lo que queda sujeto a una nueva programación conforme al tiempo que disponga para tal fin.

La realización del procedimiento puede ser filmado o fotografiado con fines científicos o didácticos. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto

Por ello manifiesto que estoy siendo satisfecho(a) con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTO:

Que se me realice tratamiento quirúrgico bajo ANESTESIA _____ con las variantes que el anestesiólogo considere oportuna.

Dado en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

SIGUEN FIRMA

Médico: _____	Paciente: _____
CMP: _____	DNI: _____
RNE: _____	Domicilio: _____
	Teléfono: _____







PERÚ

Ministerio de Salud

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de salud Hospital de Apoyo II-2 Sullana

Señor (a) _____ Buenos, _____, usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las Ciencias de la Salud que a la vez es docente, este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene, solo observarán, tal vez podrán entrevistarle (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, siempre y cuando usted autorice que ellos deben estar presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que realice el profesional docente de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas Usuarias de los servicios de la salud y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, sobre el cual aclaramos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardamos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencia, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento a las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que todas las personas tienen derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada le solicitaremos su CONSENTIMIENTO, si así usted lo considera para que los estudiantes de la ciencia de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para Revocar en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha, _____ de _____ del _____ Hora: _____
Yo, _____ Con DNI N° _____

Historia Clínica N° _____ declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consiento a mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, si (), no (), doy mi consentimiento para que dos estudiantes (2) de la ciencia de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de la salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio, o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia no será identificado (a).

Si consiento que sea grabado: video () audio () o toma de fotografía ().
No consiento que sea grabado: video () audio () o toma de fotografía ().

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N° _____

Firma o sello del profesional de la salud que informa y llena el consentimiento
DNI N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Firma y huella digital del paciente o representante legal
DNI N° _____

Firma o huella del profesional de la salud que recibe la revocación
DNI N° _____
Nota: Cualquier profesional de la salud

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
AV. SANTA ROSA S/N
UNIDAD DE APOYO E INVESTIGACIÓN



Scanned with ACE Scanner



IX. BIBLIOGRAFIA:

- HEJCU (2016). Guía técnica de atención de procedimientos de enfermería. Minsa- Lima. Perú.
- Joanna Kotcher Fuller, Instrumentación Quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos, Editorial Medica Panamericana.
- Carpenito, LJ, Planes de Cuidado y Documentación de Enfermería. Ed, Mc GrawHill. Interamericana de España.
- Herdman TH, editor .NANDA Internacional diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación Barcelona :2014
- Manual. Atención de enfermería en el paciente Quirúrgico <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloquequirurgico>.
- Guía de procedimientos de Enfermería en Centro Quirúrgico del Hospital de Urgencias José Casimiro Ulloa (2019)
- Calvo G. Manual de enfermería en quirófano [en línea]. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2010. [Citado: 2018 enero 15]. Capítulo 7. Enfermera Instrumental. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enf_quirofano.pdf
- Ministerio de Salud del Perú, Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía [sede web]. Gobierno del Perú; 2010-[acceso 13 de enero 2018].Disponible:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_verificacion_seguridad.pdf
- OMS (2009). Manual técnico de referencia para la higiene de las manos, dirigido a los profesionales.

