

Nombre del alumno:

Sandy Daomey Camposeco Ross

Nombre del profesor:

Lic. Rubén Eduardo Domínguez

Licenciatura:

Enfermería

Materia:

Enfermería quirúrgica

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

“técnicas de enfermería quirúrgica, anatomía y fisiopatología del apéndice y configuración interna de un quirófano”

INTRODUCCION

Desde finales del siglo XIX, con el desarrollo de la anestesia y la antisepsia el papel de la enfermería quirúrgica ha sido fácil de definir, a finales del siglo XIX la enfermera preparaba los instrumentos para la cirugía y al comienzo XX ya asistía a las intervenciones quirúrgicas. La necesidad de personal asistente en cirugía no surgió hasta la segunda guerra mundial donde nació una nueva profesión que el ejército llamo instrumentadores quirúrgicos

La actuación de la enfermera es cada día más complejo debido al avance y la mejora de las técnicas quirúrgicas que obligan a actualizar constantemente los procedimientos y técnicas que se han de seguir, es por eso que en el presente ensayo se abordaran algunas técnicas de la enfermería quirúrgica, la anatomía y fisiopatología del apéndice y la vesícula, así como también la configuración interna de un quirófano.

DESARROLLO

Comenzaré por el primer tema que es la configuración interna de un departamento quirúrgico el cual es muy importante ya que es un área fundamental del hospital, la cual integra las salas de operaciones y los servicios anexos como preanestesia, recuperación posanestésica, la central de equipos y esterilización (CEYE), el almacén de material de consumo, las oficinas administrativas y los vestidores.

De acuerdo a la protección contra factores de contaminación, el área de la Unidad Quirúrgica se estructura en:

- Área aséptica o verde. Comprende las salas de operaciones, se arribará a esta área a través del pasillo interior de circulación. En ésta se observa estricta asepsia y circula exclusivamente personal que va a intervenir en la cirugía, debidamente uniformado: con camisola, pantalón, botas quirúrgicas, gorro o turbante y mascarilla que cubre boca y nariz; así como bata y guantes estériles. Las puertas de acceso a dicha área deberán permanecer cerradas en todo momento.
- Área azul. Zona controlada con medidas higiénicas o sanitarias previas al ingreso al área blanca y son: pasillo de circulación interior en donde están ubicadas las zonas de lavado quirúrgico, la zona de acceso al vestidor, la zona de relevo de camillas, el cuarto de dictado de médicos y el lugar para equipo de rayos "X". En esta área circulará el personal con uniforme quirúrgico completo.

- Área séptica o roja. Comprende la zona de acceso a los quirófanos e incluye la oficina de control, la oficina de la Jefatura, el vestíbulo, el pasillo externo, los vestidores, la sala de descanso y los cuartos sépticos interiores, área de recepción de derechohabiente o usuarios, zona exterior de cambio de camillas. El personal que circule por estas áreas deberá vestir uniforme clínico institucional.

- Sala de operaciones: Área blanca o restringida es el área de mayor restricción; comprende la sala de operaciones propiamente dicha, en donde se lleva a cabo la

intervención quirúrgica. Se requiere portar uniforme quirúrgico completo

Estos son algunos de los componentes de un quirófano aunque hay muchos componentes más e igual de importantes como lo son el clima, las superficies y la iluminación así como también el material y equipo que se utilizan siendo los más generales los siguientes:

Lámpara quirúrgica.

Mesa de quirófano.

Equipo de anestesia automático con monitorización de gases y respirador.

Monitor de parámetros hemodinámicas, (E.C.G. y presión arterial no invasiva).

Aspirador.

Reloj.

Mobiliario adecuado (taburete, banquetas, mesas de mayo, mesas de instrumental, etc.).

Monitor desfibrilador (su número será función de la distribución o posición física de las salas de quirófano).

El bloque quirúrgico que por su actividad lo precise, contará con un aparato de radiodiagnóstico médico dotado de intensificador de imagen. Un negatoscopio por quirófano

El siguiente tema a tratar son las técnicas quirúrgicas de enfermería quirúrgica y en este presente ensayo abordaremos las más importantes.

Técnicas quirúrgicas de enfermería

Lavado quirúrgico y secado de manos

Es el procedimiento que se realiza en cinco tiempos, utilizando agua, jabón, cepillo y agentes químicos antisépticos, a fin de erradicar en lo posible, los microorganismos de las manos y brazos, necesario para realizar un acto quirúrgico en las mejores condiciones para el paciente.

Objetivos Eliminar la flora bacteriana transitoria habitual. Reducir las posibilidades de infección durante el acto quirúrgico.

Principios Las sustancias químicas emulsionan las grasas y actúan como bactericidas. Los microorganismos patógenos de la piel se inhiben al contacto con las sustancias químicas empleadas.

Material y Equipo

Cepillos estériles.

Lavabo o tarja exclusiva para el lavado quirúrgico.

Jabonera con solución antiséptica o jabón quirúrgico.

Toalla

Técnica

Primer Tiempo

Retirarse el reloj, anillos y pulseras.

Presione el botón de salida del agua de la tarja.

Introduzca las manos al agua, verter y extienda jabón sobre las manos y brazos hasta 5 cm. por arriba del codo.

Tome el cepillo estéril con la mano contraria con la que se va a realizar el lavado de manos. Impregne con jabón líquido e iniciar el cepillado durante 3 minutos con movimientos rotatorios, iniciando en las uñas, espacios interdigitales, palma, dorso de las manos, la muñeca, antebrazo y tercio inferior del brazo.

Enjuague el cepillo y tómelo con la mano contraria dando tiempo al efecto antiséptico.

Repita el procedimiento de igual forma en el otro brazo.

Enjuague el cepillo, manos y brazos en el chorro de agua, teniendo cuidado de que el agua escurra de las manos hacia los codos.

Segundo Tiempo

Vierta jabón o yodopovidona sobre el cepillo, levantando el brazo a la altura de la cara para que éste escurra sobre el mismo.

Inicie otro cepillado, comenzando transversalmente en los espacios subungueales, dando unas diez cepilladas en cada área.

Continúe cepillando por los espacios interdigitales, comenzando entre el dedo pulgar y el índice, lavando perfectamente las caras laterales de cada dedo; continuar con la cara externa del meñique, por donde se pasa hacia la palma de la mano, la cual se lava con movimientos circulares.

Continúe por la cara externa del pulgar hacia el dorso de la mano con movimientos circulares.

Continúe el cepillado en forma rotatoria por la muñeca y hasta 5 cm. por arriba del codo, haciendo hincapié en los pliegues del mismo, verificando que no quede alguna área del antebrazo sin cepillar.

Cambie el cepillo de mano y realice el mismo procedimiento en la mano y el brazo contrario. x Enjuague el brazo que se cepilló primero, el cual sostiene el cepillo, manteniendo en todo momento el brazo hacia arriba, lo que permite que el agua corra de la mano hacia el codo y nunca en sentido contrario.

Enjuague en seguida el otro brazo.

Tercer Tiempo Se realiza igual al procedimiento anterior, sólo que el cepillado es hasta el tercio superior del antebrazo.

Cuarto Tiempo

Se realiza igual al procedimiento anterior, sólo que en este tiempo, el cepillado es hasta la muñeca de ambas manos.

Quinto Tiempo

El cepillado se lleva a cabo en forma transversal, pero sólo en los espacios subungueales. Al terminar este tiempo, ambos brazos se enjuagan, se deja caer el cepillo, se mantienen los brazos en alto a la altura de la cara para dejar escurrir el exceso de agua y así evitar que regrese hacia los dedos.

SECADO DE MANOS

Una vez realizado el lavado quirúrgico se procede a tomar la toalla del paquete estéril, haciéndolo del centro y teniendo la precaución de no tocar alguna otra prenda.

El secado (o toalla) se dobla por la mitad y con la mano derecha se toma por el centro para proceder a secar la mano izquierda, iniciando con los dedos y luego las manos y los brazos.

Cuando termina de secar el brazo izquierdo se procede a voltear la toalla, por lo cual queda hacia adentro la parte que ya se utilizó.

Posteriormente se seca la mano contraria en la misma forma que se hizo el paso anterior.

Vestido de Bata y Calzado de Guantes con Técnica Asistida

Una vez vestida la enfermera instrumentista con bata y guantes estériles, procederá a tomar una bata del bulto de ropa estéril.

Extiende suavemente con el marsupial viendo hacia ella.

Introduce las manos a nivel de la costura de los hombros de la bata procurando que queden bien cubiertas con un dobléz y enseguida procede a presentarla al cirujano con los orificios de la bata viendo hacia él.

El cirujano cuidadosamente deberá introducir sus manos y brazos; una vez que la enfermera instrumentista le coloca la bata hasta el nivel de los hombros, esta deberá proceder a deslizar sus manos hacia el exterior del dobléz que las protege para sacarlas, procurando no tocar el cuerpo del médico para no contaminarse.

La enfermera circulante deberá tirar por la parte posterior de la bata para terminar de colocársela al cirujano y anudar las cintas de la espalda, acomodándole cuidadosamente el resto de la bata.

El cirujano le proporciona a la enfermera circulante el extremo distal de la parte anexa de la bata, gira medio círculo para que le sea regresado el extremo de la bata y pueda anudarlo con la cinta que tiene su bata al nivel del marsupial.

De acuerdo con el número de guantes solicitado por el cirujano, la enfermera quirúrgica tomará el guante izquierdo, lo extenderá y verificará que no tenga algún orificio, auxiliándose del aire que tiene en su interior y apretándolo ligeramente.

Toma el guante realizando un doblez, con las dos manos lo abre y lo presenta al cirujano con la palma del guante dirigida hacia él y con los dedos viendo hacia abajo.

El cirujano introduce la mano firmemente dirigiendo los dedos directamente a los dedos del guante, al mismo tiempo que la enfermera quirúrgica lo desliza hacia arriba cubriendo los puños de la bata del cirujano.

Procediendo de igual forma con la mano contraria.

Medidas de Control y Seguridad

Conservar siempre las manos enguantadas al nivel de la cintura.

Mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.

En caso de contaminación de algún área realizar de inmediato la corrección necesaria.

Las manos estériles no deben de tocar superficies no estériles.

ANATOMÍA DEL APÉNDICE

El apéndice cecal o vermicular morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo. Tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo iliocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones varían desde 2,5 cm hasta 23 cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano, la cual a veces (en niños) se continúa con la extremidad del ciego, sin línea de demarcación bien precisa.

Exteriormente es liso de color gris rosado. Interiormente comprende una cavidad central que en su extremidad libre termina en fondo de saco y en el otro extremo se continúa con el ciego, en el que algunas veces se encuentra un repliegue valvular, llamado válvula de Gerlach, la cual se aplica sobre el orificio cuando el ciego se distiende, impidiendo así hasta cierto punto que las heces penetren en la cavidad apendicular. Aparentemente no desempeña ningún papel en la patogenia de la apendicitis.

Posición. El apéndice, por estar ligado al ciego, sigue a este órgano en sus diversas posiciones. De acuerdo a esto el apéndice puede adquirir una posición normal en fosa ilíaca derecha, pero otras veces puede encontrarse en la región lumbar derecha delante del riñón o debajo del hígado (posición alta), otras veces puede localizarse en la cavidad pelviana (posición baja) y muy raras veces en la fosa ilíaca izquierda (posición ectópica). Sin embargo, independientemente de la posición del ciego, el apéndice en relación al mismo ciego presenta una situación que varía mucho según los casos. Sin embargo, hay un punto de este órgano que ocupa con todo una situación poco menos que fija, aquél en que aboca la ampolla cecal (base del apéndice). Si a nivel de ese punto trazamos una línea horizontal y otra vertical, podemos catalogar a la situación del apéndice en: ascendente, descendente interna o externa, anterior o posterior (retrocecal) o cualquier otra variedad que adquiera según la posición con respecto a estas líneas.

Según esto la posición descendente interna es la más frecuente: 44%, le sigue la posición externa 26%, la posición interna ascendente 17% y después la retrocecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones que adquiere el apéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis aguda.

Fijación.- El apéndice se encuentra fijado en su base al ciego y a la porción terminal del ileón por el mesoapéndice, sin embargo en algunas oportunidades puede formar un meso cuyo borde se fija al peritoneo de la fosa ilíaca y en otras no existe meso y el peritoneo lo tapiza aplicándolo contra el plano subyacente (apéndice subseroso). El apéndice está constituido por cuatro túnicas, una serosa, una muscular, la submucosa y mucosa.

La túnica serosa que recubre a toda la superficie es lo que va a constituir el meso del apéndice y en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular, que es una de las cuatro ramas de la arteria mesentérica superior y que desciende por detrás del ángulo iliocecal, cruza la cara posterior del ileón y se introduce en el mesoapéndice. La túnica muscular sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares.

Fisiopatología

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semilla; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema.

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica.

Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular extrapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice

¿QUÉ ES LA LITIASIS BILIAR?

La bilis se fabrica en el hígado, se almacena en la vesícula biliar y es expulsada hacia el intestino delgado a través de unos conductos biliares, el principal de los cuales se llama colédoco, para participar en la digestión de los alimentos. Llamamos litiasis biliar a la presencia de cálculos o “piedras” en la vesícula biliar o en los conductos biliares. La mayoría de las personas que tienen esta enfermedad tienen los cálculos dentro de la vesícula biliar, y así la enfermedad se llama colelitiasis (del griego, *cholé*: bilis y *lythos*: piedra). Menos frecuentemente se encuentran en el colédoco (coledocolitiasis). Los cálculos son formaciones cristalinas (como pequeñas “piedras”) constituidas por los diversos componentes de la bilis. Hay 3 tipos de cálculos: colesterol, mixtos y pigmentarios. Los dos primeros son los más frecuentes en todo el mundo occidental. Es una enfermedad muy frecuente en todos los países

y su frecuencia aumenta con la edad. En nuestro país aproximadamente el 10% de los hombres y el 15% de las mujeres adultas tienen cálculos en la vesícula.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

Los cálculos de colesterol (los más frecuentes) se producen por un aumento del colesterol en la bilis, que forma grumos en la vesícula. Algunos factores predisponen a la formación de cálculos: mal vaciamiento de la vesícula, obesidad, sexo femenino, edad avanzada, embarazo, algunas enfermedades hepáticas, rápida pérdida de peso, dietas ricas en grasas y calorías, etc... Los cálculos del colédoco generalmente son consecuencia de la emigración de “piedras” de la vesícula hacia la vía biliar

Patología de la vesícula

La vesícula biliar es más conocida por los potenciales problemas que puede ocasionar, ya que es el lugar de asiento de los cálculos de sales biliares (piedras pequeñas) que obstruyen la vía biliar y generan patologías inflamatorias que, en algunos casos, pueden eliminarse con medicamentos, y en muchos otros deben tratarse quirúrgicamente. A la inflamación de la vesícula biliar se le llama colecistitis y a la presencia de cálculos en dichas vías colelitiasis. Las vías biliares además de obstruirse, pueden ser asiento de tumores.

La hipersensibilidad de la vesícula cursa con un dolor muy característico que se localiza en el **punto cístico de Murphy**. Al hacer presión con los dedos sobre el lado derecho del abdomen, a unos dos o tres centímetros debajo del reborde de las costillas y al mismo tiempo inspirar profundamente, llega la persona al punto en que justo después de comenzar a tomar aire, siente un dolor agudo en el momento en que la vesícula inflamada roza con la presión causada por los dedos, obligándole a que cese la inspiración bruscamente. Se conoce como signo de Murphy positivo, si tal reacción ocurre durante la inspección puede ser indicio de una colecistitis.

Función

La función de la vesícula es almacenar y concentrar la bilis secretada por el hígado y que alcanza la vesícula a través de los conductos hepático y cístico, hasta ser requerida por el proceso de la digestión. Almacena la secreción biliar hasta que un estímulo adecuado causa su liberación por la contracción de su pared muscular. La secreción de la bilis por la vesícula es estimulada por la ingesta de alimentos, sobre todo cuando contiene carne o grasas, en este

momento se contrae y expulsa la bilis concentrada hacia el duodeno. La bilis es un líquido de color pardo verdusco que tiene la función de emulsionar las grasas, produciendo microesferas y facilitando así su digestión y absorción, además de favorecer los movimientos intestinales, evitando así la putrefacción. Las situaciones que retrasan u obstruyen el flujo de la bilis provocan enfermedades de la vesícula biliar.

Función de la bilis

La función principal de la bilis consiste en facilitar la digestión y absorción de las grasas. Además a través de la bilis se excretan el exceso de colesterol y productos de desecho del metabolismo de la hemoglobina, como la bilirrubina, además de algunos medicamentos

La vesícula biliar es un órgano en forma de pera ubicado en el cuadrante superior derecho del abdomen. Mide aproximadamente 7 cm a 10 cm de largo y 4 cm de ancho. Aunque el órgano es pequeño, es una causa común de dolor abdominal debido a los cálculos biliares, que a menudo requieren la extirpación quirúrgica del órgano. Anatómicamente, la vesícula biliar se localiza anteriormente en la superficie inferior de los segmentos IV y V del hígado. Hay muchas variantes de la anatomía del sistema biliar que hace que el conocimiento exacto de estas posibilidades anatómicas sea crucial cuando se realiza la cirugía de vesícula biliar y biliar. La vesícula biliar tiene una superficie peritoneal inferior y una superficie superior del hígado. No tiene cápsula, sin embargo, algunos autores describen una extensión de la cápsula hepática (cápsula de Glisson) que cubre la superficie expuesta del cuerpo de la vesícula biliar. El fondo de la vesícula biliar es ancho y, a medida que continúa en el cuerpo principal, se estrecha de diámetro. El cuerpo de la vesícula biliar se estrecha hacia el infundíbulo, que luego se conecta al cuello y al conducto cístico. En la porción distal de la vesícula biliar y en el conducto cístico hay válvulas en espiral de Heister. Estas válvulas pueden ser responsables de ayudar a vaciar la vesícula biliar con estimulación neuronal y hormonal. En la mayoría de las personas, hay una evacuación inferior del infundíbulo o cuello de la vesícula biliar llamada bolsa de Hartmann. Ocasionalmente hay una escasez localizada en la parte superior del fondo de la vesícula biliar. Esto se llama gorro frigio y no tiene importancia patológica o quirúrgica.

CONCLUSION.

En este trabajo podemos concluir que la enfermería quirúrgica es una rama de la medicina muy importante y la protección para el personal de esta área es igual de importante para poder resolver los problemas de salud y su tratamiento quirúrgico de las patologías que requieran de esta intervención.