



Nombre del alumno:

Jesús Filiberto Solís Galindo

Nombre del profesor:

L.E. Rubén Eduardo Domínguez

Profesionalización:

En Enfermería

Materia:

Enfermería Quirúrgica

Nombre del trabajo:

Ensayo:

“Enfermería Quirúrgica”

INTRODUCCION

Que tan importante es la participación de enfermería en el área quirúrgica talvez podría ser una pregunta que se preguntan muchos ya que quien opera es el médico especialista dígase ginecólogo, traumatólogo o un cirujano pero a la par de ellos estamos los enfermeros tanto instrumentistas como el circulante, desde que se desarrolla la anestesia y la antisepsia efectiva los cuales se dan a finales del siglo XIX, el área de enfermería a preparado los instrumentos para las diferentes cirugías, siendo estados unidos quien realiza el primer examen de certificación el cual se realizó en 1970, y las enfermeras que aprobaron el examen se les dio el título de instrumentadora quirúrgica certificada, la enfermería quirúrgica es de suma importancia dentro de los quirófanos ya que son el primer contacto con el paciente quien lo prepara para entrar a quirófano, pedir el material en el área de la CEYE, la papelería del paciente y los cuidados después de la cirugía, entonces que tan importante es el personal de enfermería en el área quirúrgica.

Técnicas De Enfermería Quirúrgica

Como se ha comentado en la introducción de este ensayo la importancia que tiene el personal de enfermería dentro del área de quirófano es fundamental, siendo un trabajo en equipo en conjunto con el anestesiólogo, y cirujano o quien realice las diferentes intervenciones quirúrgicas teniendo en cuenta las diferentes técnicas que se debe llevar a cabo fuera y dentro del área de quirófano por mencionar la técnica de lavado y secado de manos ya que evitando la proliferación de las bacteria cutáneas que viven en la piel evitamos la contaminación de la indumentaria personal estéril esto manteniendo las técnicas apropiadas asépticas, el personal de enfermería es quien pide el material necesario para el tipo de cirugía que se realizara en el área de la CEYE donde se llevaba a cabo la esterilización y empaquetado de material necesario para los procedimientos, teniendo ya el material necesario para la cirugía la enfermera debe realizar un protocolo de vestimenta con material estéril entre la instrumentación quirúrgica se encuentran los instrumentos de separación, aprehensión, retención y corte, también las diferentes suturas a utilizar dependiendo la intervención quirúrgica, se siguen una serie de pasos con los cuales se previenen infecciones intrahospitalarias desde la técnica de lavado de mano, el secado de mano, la colocación de los guantes, la bata, las botas el asistir a los médicos para vestirlos con el material estéril, la intervención del área de enfermería es desde que ingresa el paciente ya que se debe generar confianza de parte de paciente, tratar de explicar el procedimiento ya que muchos desconocen esos temas, tanto como la enfermera instrumentista y la circulante deben tener la preparación suficiente para sobre llevar alguna complicación dentro de quirófano, dependiendo del tipo de cirugía se pide el material para realizarlo, como material de quirófano, checando iluminación, instalación eléctrica, ventilación, los instrumentos quirúrgicos como bisturí, tijeras, porta agujas, las diferentes pinzas, separadores, la técnicas de lavado de mano es un procedimiento que se realiza antes de la operación lavando manos, brazos, antebrazos, esto dura entre tres y cinco minutos, con material antiséptico y acción mecánica este acción la debe realizar todos los que participan en una cirugía, la preparación de la mesa de mayo es de suma importancia ya que es donde se colocara todo el material necesario para la cirugía programada, esto se hace cubriendo con una sábana la mesa de riñón, se divide en tres porciones en la derecha se colocan textiles del equipo quirúrgico, del paciente, compresas, campos y guantes en medio van el instrumental anterior y posterior, a la izquierda las gasas, suturas, hojas de bisturí, sondas, equipo de venoclisis teniendo en cuenta como ya lo he mencionado antes se debe tomar en cuenta que cirugía se realizara para pedir el material la función principal de la mesa es mantener el instrumental que se va a utilizar inmediatamente.

Anatomía Y Fisiopatología Quirúrgica

Apendicitis

Siendo este tipo de cirugía más común en estos últimos tiempos claro con sus propias complicaciones, la cual se registra los primeros padecimientos en la época medieval quienes las describen como una tumoración grande la cual secreta pus y en esa época la llamaron Fosa Iliaca está cambiando antes del siglo XX que la Fosa Iliaca se daba por la inflamación del ciego y no de la apéndice, es hasta el año 1886 que el patólogo Reginald Fitz propone el termino apendicitis, y en el próximo año 1887 se realiza la primer apendicetomía la cual resulto un éxito, en 1889 Charles McBurney describe el punto doloroso y se realiza una operación exploratoria esto con examinar y extraer la apéndice antes de que esta se perforara.

El apéndice representa la parte inferior del ciego primitivo teniendo la forma de un pequeño tubo cilíndrico flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego, por debajo del Angulo ileocecal su tamaño es variante en mi parecer por que cada ser humano es diferente, puede tener 2.5 hasta 23 cm, su anchura de 6 a 8 cm. En el exterior es liso de color gris rosado en el interior hay una cavidad central terminando en el saco y en el otro extremo se continua con el ciego. Su posición normal es en fosa iliaca derecha, pero otras veces se puede encontrar en la región lumbar derecha del riñón o por debajo del hígado esto se le llama posición alta, y la posición baja es cuando la cual es muy rara en la fosa iliaca izquierda llamada posición ectópica.

Para situar la posición del apéndice están las siguientes posiciones 1.- la posición descendente la cual es la más común con el 44%, la segunda es la posición externa con 26% la tercera la posición interna ascendente con el 17% y cuarta y última la retrocecal con el 13%.

El apéndice se encuentra fijado en su base el ciego y a la porción terminal del íleon por el mesoapéndice, algunas veces formar un meso cuyo borde se fija al peritoneo de la fosa iliaca y otras veces no existe el meso y el peritoneo lo tapiza aplicándolo contra el plano subyacente (apéndice subseroso) el apéndice se constituye por cuatro tunicas:

Una serosa la cual recubre a toda la superficie que es que constituye a la meso del apéndice y el borde libre discurre la arteria apendicular.

La túnica muscular dispone de dos capas de fibras musculares; las longitudinales y circulares.

La submucosa y la mucosa presentan un epitelio cilíndrico un estroma reticular, una muscular mucosa y glándulas tubulares.

Los del apéndice proceden, como los del ciego, plexo solar, por medio del plexo mesenterio superior.

La obstrucción de la luz apendicular se considera como el inicio de la apendicitis aguda, luz reducida en comparación con longitud predispone a obstrucción de asa cerrada, puede ser generada por múltiples factores como: el aumento de los linfáticos locales, hiperplasia linfoide puede obstruir el apéndice y caudas apendicitis, espesamiento fecal, parásitos o un neoplasma. Los cuerpos extraños, acodamientos o bridas en el apéndice pueden producir obstrucción de la luz así mismo la tuberculosis peritoneal, así como el tumor carcinoide, linfomas estos ocasionalmente pueden causar obstrucción intestinal.

La apendicitis es un proceso evolutivo secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas como:

Apendicitis congestiva o catarral, apendicitis flemonosa o supurativa, apendicitis gangrenosa o necrótica, apendicitis perforada.

Los síntomas son el dolor abdominal el cual inicia en la zona inferior del epigastrio o peri umbilical, los impulsos dolorosos desde la pared del apéndice distendido son llevados por las fibras simpáticas aferentes viscerales por mediación del ganglio celiaco, el paciente refiere dolor en la fosa iliaca derecha, presentando la cronología apendicular de Murphy, los signos clínicos puede ser desde levemente sospechosos hasta un estado muy florido de signos abdominales, las facies, la posición, el pulso y la temperatura se ven alterados.

Existen muchas complicaciones después de una apendicetomía como hemorragia, evisceración por mala técnica, fistula estercoracea, infección de la herida operatoria entre otras.

Anatomía quirúrgica de la vesícula biliar

Localizada en la fosa vesicular, en la cara inferior del hígado, entre los lóbulos derechos y cuadrado, mide aproximadamente entre 7 y 10 cm de largo por 3 cm transverso, es periforme con el fondo hacia adelante llegando hasta el borde hepático, se continua con el cuerpo que termina en la ampolla y luego continua con el conducto cístico que se une al hepático común en ángulo agudo para formar el colédoco; el conducto cístico tiene en su interior una válvula espiral llamada de Heister que dificulta su cateterización, la vesícula biliar no está catalogado

como un órgano vital, puede ser extirpada sin producir mayores molestias, sirve como reservorio de la bilis secretada por el hígado la cual se concentra hasta la décima parte mediante la absorción de agua, la historia clínica es la base del diagnóstico en la patología vesicular con los exámenes de laboratorio permite detectar hiperbilirrubinemia en los casos en los que presenta ictericia y presencia de elementos biliares en la orina.

Colecistitis crónica es asociada con litiasis o sin cálculos, la patología más frecuente por la que se practican intervenciones quirúrgicas de la vesícula y vías biliares.

Colecistitis aguda es una de las entidades patológicas más comunes entre los casos de abdomen quirúrgico son las infecciones, el reflujo del jugo pancreático a la vesícula, bridas y neoplastias. La patología de la colecistitis aguda está relacionada generalmente con la obstrucción del flujo biliar, causada por un cálculo enclavado en el cuello o en el cístico el cual desencadena el cuadro inflamatorio agudo con distensión vesicular, edema y compromiso de irrigación a lo que se agrega proliferación bacteriana.

Configuración Interna De Un Departamento Quirúrgico

El departamento quirúrgico se define como el área donde se le da el servicio de las diferentes cirugías que existen, teniendo lugar adecuado el material, el personal capacitado y actualizado y eficiente, en lo físico para que el quirófano sea más funcional lo sugerido es que debe estar en la planta baja, con comunicación a las de áreas de urgencias, terapia intensiva, toco cirugía, y la CEYE, y los laboratorios de análisis clínicos y rayos X. Un quirófano es aceptable por cada 50 camas otros dicen que por 100 camas quirúrgicas deben tener tres salas de operaciones.

Diseño del departamento de cirugía en este punto no existe un modelo en particular se tendría que valorar las condiciones del hospital como los recursos económicos con los que cuentan o quieren invertir.

La distribución del área de quirófanos se toma en cuenta la circulación de personal y condiciones de asepsia requeridas, esto con el evitar infecciones las cuales se clasifican en:

Área Negra son aquellas en las que se puede circular libremente pacientes y personal del hospital las cuales se componen por el cuarto séptico, cuarto de ropa sucia, área de descanso y pasillos no externos. Los transfer son destinados para la recepción de material y equipo, vestidores de personal, transferencia de pacientes en camilla, baños del personal.

Área Grises lugar donde el personal debe estar vestido con uniforme quirúrgico y se encuentra el material limpio, donde puede estar localizados la oficina de anestesiología, sala de pre

anestesia, zona de calzado de botas quirúrgicas, lavados quirúrgicos, zona de lavado y preparación de instrumental y guardado de material.

Área de blancos son los destinados exclusivamente a las salas de operaciones cuyo acceso únicamente está permitido al personal que participa directamente en el acto quirúrgico donde deben portar el uniforme quirúrgico, gorro, cubrebocas, bata quirúrgica y guantes estériles.

Sala de operaciones requieren de instalaciones de iluminación, sistema de aire acondicionado, instalación de oxígeno y gases anestésicos, instalación eléctrica, las medidas de construcción deben medir aproximadamente de 30 m² de superficie y 2.75 metros de altura, para cirugías generales, cirugías de ortopedia, neurocirugía y cardiovasculares se recomienda que se de 36 m², en forma rectangular, garantizar la prevención de infecciones y accidentes, brindando seguridad tanto a personal de salud como al mismo paciente.

Tanto las paredes como el piso deben de ser de material liso, fácil de lavar el piso debe ser antiderrapante, el techo debe ser de una sola pieza con esquinas para evitar la acumulación de polvo, partículas y la suciedad.

En la iluminación debe ser artificial con luz fluorescente, las lámparas debe ser móviles con luz incandescente.

Las instalaciones eléctricas los tomas corrientes deber ser de 220 voltios, conectados a la generadora de luz con detector de fugas eléctricas y estar conectado al sistema de tierra, también deben ser trifásicas.

El aire acondicionado debe ofrecer una buena ventilación, teniendo una temperatura promedio de 20 °C, regulable entre 18 a 24 °C y una humedad de 55% y alrededor de 15 cambios de aire por hora.

El personal que interviene en un quirófano son: el cirujano, anesthesiólogo, ayudante de cirujano, enfermera circulante e instrumentista, el equipo quirúrgico que se utilizara según la intervención.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones quirúrgicas como vimos en este ensayo no es solo entrar a un quirófano y realizarla, todo esto es posible con todos los componentes de deben de tener, los quirófanos tanto de personal humano como material necesario para cada una de las cirugías existentes y qué papel desempeña el personal de enfermería desde la preparación del paciente en físico y psicológicamente, esterilizando material quirúrgico, o ayudar a vestir a los médicos, el conteo de material que se utilizó en la cirugía, los requerimientos normativos que se pide para poder realizar las cirugías y con esto satisfacer las necesidades del usuario, ayudando a sobre pasar la enfermedad, y enfermería esta hasta el día de su alta valorando y dando cuidados propios de enfermería.