

Nombre del alumno:

Delbi Yuridia Santizo García

Nombre del profesor:

Mtro. Eduardo García.

Licenciatura.

Enfermería

Materia:

Enfermería Quirúrgica

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

“Introducción a la Enfermería Quirúrgica”

ENSAYO.

Técnicas de Enfermería Quirúrgica.

En primer lugar, hay que señalar que las Enfermeras de Quirófano, desarrollamos nuestra práctica asistencial en un entorno altamente técnico, donde los cuidados que prestamos van ligados a la tecnología y a la necesidad de tener que saber utilizar y emplear, numerosos dispositivos y equipos; necesarios para garantizar que los pacientes quirúrgicos sean sometidos a la cirugía con calidad, seguridad y sin complicaciones.

Este hecho, puede provocar que, en ocasiones desde fuera, se tenga la visión que los cuidados que prestamos se reducen al empleo de sólo técnica, dejando de lado que la esencia de nuestra profesión es el cuidado y que el centro de nuestra actuación es el paciente, al igual que lo es para el resto de las compañeras que prestan sus cuidados en otras áreas.

El análisis y punto de vista personal va destinado a tratar de visibilizar las actitudes, habilidades y conocimientos de las enfermeras que trabajamos en un medio tan desconocido, hermético y a veces temido, como puede ser el quirófano; cuyo entorno marca nuestra actuación y donde nuestra finalidad principal como enfermeras será garantizar la seguridad del paciente y prestar una atención integral.

No podemos negar, que el avance de las técnicas quirúrgicas y los nuevos retos tecnológicos, provocan que las enfermeras de quirófano tengamos que mantenernos en continuo proceso de aprendizaje y formación, adaptando la práctica diaria para poder incorporar los beneficios que suponen. Este proceso de adaptación siempre debe tener por finalidad, garantizar la seguridad del paciente; las nuevas tecnologías no siempre son fáciles de utilizar y los errores humanos en su uso, pueden afectar a la seguridad del mismo. Enfermería juega un papel fundamental en garantizar que sean utilizadas conociendo las mejores evidencias disponibles por todos los miembros del equipo, adaptando los nuevos procedimientos y teniendo una aptitud continua hacia el reciclaje de la práctica diaria para evitar complicaciones y prestar unos cuidados de calidad. Del mismo modo, una buena aptitud hacia el reciclaje continuo evitará a la enfermera el estrés que suponen nuevas herramientas de trabajo y favorecerá el desarrollo de nuevas habilidades técnicas y tecnológicas.

Como miembro del equipo quirúrgico, la enfermera de quirófano trabaja «codo con codo» con el resto de los compañeros, proporcionando cuidados enfermeros

independientes y cuidados de colaboración. El trabajo en equipo es fundamental para garantizar una atención segura y de calidad, donde hay que tener claro que cada integrante desarrolla un rol y competencias específicas, pero compartiendo objetivos comunes. Como enfermeras de quirófano tenemos que conocer nuestras competencias y entender las de los demás; teniendo una actitud positiva hacia los miembros del equipo, de aprendizaje, comprendiendo los diferentes roles y teniendo capacidad para ayudar. La colaboración ayuda a la eficacia, a la fluidez del trabajo en equipo dentro de quirófano y a disfrutar de un ambiente ameno, además de construir una relación profesional.

La enfermera de quirófano coordina el equipo quirúrgico, garantizando los cuidados apropiados en cada momento y favoreciendo la comodidad del paciente y su seguridad. Para lograr este fin, se hace necesario que se adelante a cualquier imprevisto, gestionando los servicios y recursos (humanos y materiales) necesarios para cada intervención, evitando que se ocasionen eventos adversos que pudieran afectar al paciente en su paso por el quirófano. La enfermera desarrolla, por tanto, una función de gestión y coordinación muy importante dentro del bloque quirúrgico, destinada a garantizar que cada intervención quirúrgica se realice con la máxima eficacia, eficiencia y seguridad.

La comunicación se convierte en la base fundamental para alcanzar el concepto de trabajo en equipo y una correcta coordinación, donde seamos miembros de un equipo y no personas que trabajan en el mismo grupo. Propiciar una comunicación asertiva dentro del equipo requiere la participación de todos, para obtener reciprocidad y sintonía en la información, asegurando una comunicación efectiva que evite riesgos durante las intervenciones quirúrgicas.

Los Cuidados Enfermeros tendrán siempre en mente al paciente, utilizando la metodología enfermera para realizar una valoración integral, que nos permita adecuarlos a las necesidades reales en todo momento, garantizar su seguridad y dignidad. Proporcionarán el bienestar del paciente, su integración en un medio como es el quirófano y promoverán un entorno seguro que tengan como resultado facilitar su recuperación.

El afrontar una intervención quirúrgica, genera en el paciente grandes dosis de miedo, ansiedad y angustia; generados por la falta de información sobre la propia enfermedad, la intervención quirúrgica, el propio quirófano, el pronóstico y el sentimiento de vulnerabilidad que presenta, ante la pérdida de control sobre su salud y la situación que vive. Las

enfermeras de quirófano tenemos que ser conscientes de ello, y a través de la acogida, crear una relación cálida y de confianza, donde los cuidados emocionales cobren un gran protagonismo.

Una adecuada comunicación tanto verbal, como no verbal (una mirada, un contacto físico, un gesto afectuoso, el poder de una sonrisa) con los pacientes, va a ayudar a disminuir su ansiedad, aportando bienestar, tranquilidad y confianza. Teniendo siempre presente que nos adaptaremos a sus necesidades reales de información, explicando los cuidados que vamos a realizarle de forma comprensible y sabiendo realizar una escucha activa que permita que el paciente asimile la información y nos siga mostrando sus preocupaciones. La finalidad será conseguir un trato individualizado, donde el paciente se sienta protagonista de este.

La función de las enfermeras de quirófano ha ido evolucionando a lo largo del tiempo; pasando de una enfermera puramente técnica que ayuda a un cirujano, a una enfermera con competencias propias a su disciplina

Las Enfermeras de Quirófano, tenemos claro que no atendemos intervenciones quirúrgicas, sino personas que se someten a una intervención quirúrgica. Donde lo más importante es el cuidado a una persona que se siente vulnerable ante un entorno tan desconocido y hostil como es el quirófano.

Anatomía y Fisiopatología (apéndice y vesícula)

En su anatomía 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 ileocecal, 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.

Las enfermedades del apéndice son una causa frecuente de ingreso a urgencias en los hospitales y la apendicectomía es uno de los procedimientos de urgencia más frecuentes realizados en medicina contemporánea. A pesar de la función preponderante de este órgano en la atención a la salud hoy día, el apéndice humano no se identificó hasta el año de 1492.

Se da el crédito a Jean Fernel en ser el primero en describir la apendicitis en un estudio publicado en 1544. Informó sobre una niña de siete años cuya diarrea trató con dosis de membrillo, una fruta parecida a la manzana utilizada en remedios folclóricos. La niña presentó dolor abdominal y falleció. En la necropsia, se observó que el membrillo había obstruido la luz del apéndice, causado necrosis y perforación.

La primera apendicectomía conocida fue realizada en 1736 por Claudius Amyand en Londres. Operó a un niño de 11 años con hernia escrotal y una fístula fecal. Dentro del saco de la hernia, Amyand describió un apéndice perforado rodeado por epiplón. Se efectuó amputación del apéndice y epiplón. El paciente fue dado de alta un mes después en buen estado.

Fue hasta un siglo después que la apendicitis se reconoció ampliamente como una causa frecuente de dolor en la fosa iliaca derecha y se recomendó la apendicectomía como tratamiento en una etapa temprana. Durante todo este periodo, hubo un debate extenso sobre la tiflitis y la peri-tiflitis como las causas frecuentes de dolor en la fosa iliaca derecha. identificar en una etapa temprana a los pacientes que tenían la forma progresiva y a menudo letal de la enfermedad.⁶ Con el tiempo, la apendicectomía temprana se convirtió en el patrón de tratamiento aceptado con amplias indicaciones a fin de evitar la perforación. Este cambio en el procedimiento dio por resultado un enorme incremento en el número de apendicectomías realizadas durante las primeras décadas del siglo XX.

La vesícula biliar es una víscera hueca pequeña situada en la superficie inferior del hígado, con forma de ovoide o pera, que tiene un tamaño aproximado de entre 5 y 7 cm de diámetro mayor. Se constituye por 4 regiones conocidas como cuerpo, fondo, cabeza y cuello. Se une a la vía biliar a través del conducto cístico, continuando junto con el conducto hepático

en el colédoco y desembocando en el duodeno a través de la ampolla de Vater, que funciona a modo de esfínter.

La arteria cística, rama de la arteria hepática propia, irriga la vesícula biliar y el conducto cístico. Acompaña al conducto cístico en su entrada a la vesícula.

A la hora de la disección de la vesícula, es fundamental definir el triángulo de Culot para realizar una disección segura y evitar una lesión de la vía biliar. El límite superior del triángulo es la arteria cística, el límite inferior es el conducto cístico y la cara medial está formada por el conducto hepático.

La función de la vesícula biliar es acumular la bilis producida por el hígado hasta el momento de la digestión, donde se verterá el contenido de la vesícula en el tubo digestivo. La bilis es un líquido de color verde oscuro que tiene la función de emulsionar las grasas, facilitando así su digestión y absorción, y de favorecer los movimientos intestinales. 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 bilis secretada por el hígado llega a la vesícula a través del conducto hepático y cístico, hasta que el estímulo de la digestión hace que se contraiga la pared muscular de la vesícula y expulse la bilis. La secreción de la bilis está estimulada por la ingesta de alimentos, sobre todo carne o grasas. La vesícula puede almacenar hasta 50 ml de bilis que libera al duodeno en el momento de la digestión. La vesícula biliar puede provocar enfermedades, normalmente en las situaciones en las que se retrasa o se obstruye el flujo de la bilis. La patología biliar más común es la colelitiasis, que consiste en la producción de cálculos de sales biliares que pueden obstruir la salida de bilis a la vía biliar. El grado de obstrucción condicionará el tipo de patología. Una obstrucción intermitente puede derivar en cólicos hepáticos, con dolores intermitentes después de las comidas sin asociar otros síntomas. Cuando la obstrucción además suponga una inflamación de las paredes de la vesícula, estaremos ante una colecistitis, que supone generalmente un dolor continuo asociado a náuseas, vómitos y fiebre. En otros casos, las vías biliares además de obstruirse pueden ser asiento de tumores. En la mayor parte de los casos, la patología biliar ha de ser tratada quirúrgicamente mediante la extirpación de la vesícula biliar.

Partes del quirófano.

Zona negra: Se trata de la primera área del quirófano la cual está restringida y funciona como una zona amortiguadora de protección. Es en este lugar en donde se revisan todas las condiciones de presentación y de preparación de los pacientes.

Del mismo modo es el área en el cual se llevan a cabo todos los trabajos administrativos, por ello suele contener oficinas de doble frente, que tienen una ventanilla dirigida a la zona negra y la otra que da a la zona gris. La zona gris es el área que le sigue a la zona negra.

En esta zona también se encuentran los sanitarios, los baños, la recepción de pacientes y los vestidores. Del mismo modo integra todos los materiales y los recursos humanos que deben de constituir la sala de operaciones.

Funciona como frontera entre cada una de las instalaciones del hospital, por tanto, se presenta como la zona amortiguadora de protección y de acceso en donde se supervisan todas las condiciones que presentan los pacientes ingresados.

Aquí todo el personal debe de cumplir con un trabajo logístico y administrativo que está vinculado directamente con la cirugía.

Zona blanca: Corresponde al área estéril en la cual se ubica la sala de operaciones. Esta zona se distingue por su forma cuadrangular, siendo esta la más versátil y cómoda de todas. Tanto el techo como sus paredes deben tener un acabado liso, mate, fácil de lavar y que absorba el sonido.

El piso en esta parte del quirófano debe ser de material resistente al agua y a la humedad, y a la vez debe ser conductor, siendo ideal los pisos de vinilos, los cuales logran bloquear las cargas estáticas.

Como iluminarias se exige el uso de luces de neón y de plafones que posean difusores de prisma. La zona donde se ubica el cirujano siempre hace uso de haces convergentes de luz que tienen una intensidad de 200 a 300 bujías, que salen de unas campanas que pueden moverse y que están montadas a rieles o están sujetas al techo.

Las puertas de este lugar deben ser de vaivén, para que el personal pueda entrar y salir del lugar con rapidez y facilidad. A su vez posee una ventana y tiene un ancho apropiado que permite el fácil traslado de camillas, específicamente es de 1.5 metros.

Esta sala tiene varios enchufes tipo trifásico y doméstico con conexiones a tierra, y también disponen de tomas de aire a presión, las cuales llegan a accionar la toma de oxígeno.

Zona gris: También se le conoce como zona limpia, tiene como anexo la sala de inducción anestésica, central de esterilización y equipos, laboratorio, el central de anestesia, los lavabos de cirugía, campo de sangre y los rayos x.

Este lugar posee puntos de circulación muy amplios por el cual es transportado el material de uso en la sala de operaciones. Del mismo modo en esta área se almacena y preparan materiales para uso quirúrgico, anestésico y de apoyo.

Integra la sala de recuperación, en la cual el paciente es estabilizado. Aquí todo el personal debe estar vestido con una camisa sin cuello y mangas que forme parte del uniforme quirúrgico, y por un pantalón de algodón ancho y con abertura lateral. Del mismo modo el personal debe de cubrir su cabello con un gorro de tela y se ha de cubrir la boca y la nariz con una mascarilla. En cuanto al calzado debe de ser de suela de cuero y de un material que no transmita electricidad.

Área sin limitaciones del acceso: Se encuentra justo en la entrada y separada del pasillo de intercambio a través de una puerta.

Zona de intercambio: Es el lugar en donde están las salas y los vestuarios del personal médico y del resto del personal.

Zona de acceso semi-limitado: Se trata del área donde se exige que todo el personal lleve un uniforme quirúrgico conformado por dos piezas, que use un gorro para cubrir su cabello, calzado especial para quirófano y cubierto con botas de lona, y un cubre bocas.

Sala de operaciones para pacientes ambulatorios

Esta zona es proyectada con la finalidad de atender a esos pacientes que no requieren un prolongado cuidado de hospitalización, quienes después de ser operados pueden retirarse a sus domicilios.

Entre sus partes se encuentran:

- Área de recepción.
- Vestidor.
- Sala de preparación de los pacientes.
- Sala de espera para los familiares.

Área de cirugía para pacientes hospitalizados: Corresponde a las instalaciones en la cual se realizan las operaciones a aquellos pacientes que presentan condiciones pre o postoperatorios, quienes deben de durar mínimo una noche hospitalizado. Esta zona es mucho más compleja, ya que busca cubrir con todas las necesidades que puede generarse en los enfermos hospitalizados.

Zona de restricción: Se trata de zonas especiales dirigido al control bacteriológico, en las cuales se tratan a aquellos pacientes con enfermedades altamente contagiosas por lo cual deben estar en protección y restricción continua.

Referencias, créditos & citaciones APA:

Portal educativo Partesdel.com. Equipo de redacción profesional. (2018, 06). Partes de un quirófano. Escrito por: Equipo de Redacción PartesDel.com. Obtenido en fecha 06, 2020, desde el sitio web: <https://www.partesdel.com/quiropano.html>.

Bibliografía:

- (1) Saletnik, Laurie. Technology in the Perioperative Environment. AORN Journal, 108 , 5 , (488-490) , (2018) . Disponible en: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aorn.12414>
- (2) Casinello Plaza, Fernando. The importance of teamwork in the operating rooms. revista Colombiana de Anestesiología. Vol.43 No.1 Bogotá Jan. / Mar. 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472015000100001
- (3) Salazar Maya, Ángela María. Cirugía: un contexto diferente de cuidado. Avances en Enfermería. 2011 ene-jun, 29(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/291/055066.php>