

UDS

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA

TEMA: REPORTE DE PRÁCTICA

PROFESOR/A: DRA. MARIA CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

GRADO: 6TO. CUATRIMESTRE

GRUPO: (A) ESCOLARIZADO

ALUMNA: BETHSAIDA VAZQUEZ HERNANDEZ.

INTRODUCCION

PRECURSORES DE LA TECNICA ESTERIL

Hipócrates (460-377 a.C.) presagio la asepsia cuando recomendó irrigar las heridas con vino o agua hervida.

Galeno (131-200 d.C.) hacia hervir los instrumentos que usaba para atender a los gladiadores heridos.

IGNAS SEMMELWEIS (1818-1865) apoyo el valor de la práctica de lavarse las manos. Louis Pasteur (1822-1895) demostró su teoría de gérmenes.

Con la aportación de estos dos últimos, los médicos empezaron a estudiar las causas de las infecciones para encontrar el medio para combatirlas.

Robert Koch. Responsable del aislamiento del bacilo de la Tuberculosis, fue quien apoyo el uso de Bicloruro de mercurio como antiséptico. Así se desencadena el interés por la Antisepsia.

A mediados del siglo XIX Florencia Nightingale (1820.1910) recomendó el uso de aire y agua puros, drenaje eficiente, limpieza y luz para lograr salud. Su experiencia de Enfermería durante la guerra de Crimea probó la eficacia de estas practicas. Ella creía que el ambiente tenía una relación directa con la prevención de enfermedades.

Joseph Lester (1827-1912) cirujano inglés, prosiguió con el trabajo de Pasteur. Realizo investigaciones en busca de agentes químicos para combatir bacterias e infecciones quirúrgicas. Uso una solución de Fenol en apósitos que cubrirían las heridas y redujo el índice de mortalidad. Pensó que las infecciones se originaban en el aire y su PRINCIPIO DE ANTISPSIA consistió en destruirlas tanto en las heridas como en el aire circulante.

Más tarde inicio el uso de atomización de Fenol en el quirófano, lo aplico a las heridas los artículos en contacto con la herida y las manos del personal quirúrgicos. Con esto obtuvo una notable disminución de la tasa de mortalidad; sin embargo el Fenol causaba necrosis en la herida e irritación en la piel de paciente y cirujanos.

En 1879, en la reunión medica de Ámsterdam, la profesión médica acepto en verdad el principio antiséptico de Lester en las intervenciones quirúrgicas y por esto hasta nuestros días se le considera PADRE DE LA CIRUGIA MODERNA.

JUSTIFICACION

La manera en que se realizó esta práctica es a través de prácticas en el Quirófano, con el uso correcto de la vestimenta, por ejemplo; la bata, gorro, cubre bocas, botas quirúrgicas estériles y guantes estériles de la forma en que uno se la debe calzar correctamente sin llegar a contaminar el área de cirugía o instrumentos y materiales que contengan el área. También aprendiendo a instrumentar en el área de cirugía, acomodo de mesas, instrumentos, materiales, posición correcta de cada integrante del área en distintas ocupaciones, así como el cirujano, el ayudante, instrumentista, enfermero anestesista y el circulante.

OBJETIVOS

General:

.Proporcionar herramientas que permitan al cirujano realizar una maniobra quirúrgica básica, llevar a cabo efectos deseados durante la cirugía.

Específicos:

.Dar instrumento correcto al cirujano sin contaminarlo (estéril).

.Mantenerse en el área correcta para ayudar durante la realización de la cirugía.

ÁREA QUIRÚRGICA

Área que alberga las salas de operaciones, recuperación, pasillos, vestidores, zonas de lavado y esterilización. Se diseña y estructura para brindar un entorno seguro y eficiente para los pacientes y el personal.

Exposición y retracción o separación

Los tejidos blandos, músculos y otras estructuras deben retirarse hacia un lado para la exposición del sitio quirúrgico.

RETRACTOR MANUAL: Casi todos los separadores tienen una hoja en el mango, estas varían en longitud y ancho para corresponder con el tamaño y profundidad de la incisión; la hoja curva o en Angulo puede ser solida o dentada como rastrillo y la mayoría son romas.

SEPARADORES MALEABLES: Tienen una aleación de acero inoxidable con carbón bajo, plata o cobre blindado con plata que puede doblarse al Angulo y profundidad que se desea.

GANCHOS: son usados para retraer estructuras finas.

SEPARADORES AUTOMATICOS: son dispositivos de sostén con dos o más hojas, pueden insertarse para abrir bordes de la incisión y mantenerlos separados.



Separación

Toma y sostén o fijación

A menudo estas pinzas se utilizan en pares y son usadas para tomar y sostener los tejidos y no lesionar para que el cirujano pueda realizar la maniobra que desee, como disecar o suturar sin dañar los tejidos de alrededor.



Fijación

USO DE MESAS

Las mesas forman parte del campo estéril.

Mesa de riñón: es utilizada para colocar todo el instrumental y equipo necesario en un acto quirúrgico.

PREPARACION DE LA MESA

.En el centro de la mesa primeramente se coloca el bulto de ropa estéril.

-ROPA

.Se quita la primera envoltura con las manos, la segunda que es la sabana de riñón se desdobra con una pinza de traslado para que cubra completamente la mesa de riñón.

-SABANA DE RIÑÓN

.Se toma los guantes del instrumentista, se les retira la primera envoltura y se dejan caer en el extremo derecho de la mesa.

-GUANTES DEL INSTRUMENTISTA

.Se quitan las primeras envolturas de los demás paquetes y bultos y se colocan en el extremo izquierdo de la mesa (gasas, hojas de bisturí, bulto de tijeras, hule flexible para el aspirador).

-MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO, GUANTES DEL 1

.Después del lavado quirúrgico de las manos, el instrumentista toma del bulto de ropa la toalla de fricción para secar las manos, se viste la bata quirúrgica y se calza los guantes que están en el extremo derecho de la mesa con técnica cerrada.

.El instrumentista ya vestido con ropa estéril divide mentalmente la mesa de ron en 3 partes para ordenar de la siguiente manera: toma la ropa del centro y la coloca en el extremo derecho de la mesa procurando que no ocupe mucho espacio.

-LADO IZQUIERDO, CENTRO, LADO DERECHO.

.Finalmente, la mesa de riñón queda dividida de la siguiente manera: en el extremo izquierdo se encuentra el instrumental, en el centro tenemos el recipiente con solución, suturas, material e instrumental seleccionado y en el extremo derecho encontramos la ropa y los guantes del cirujano y del ayudante (este lugar después de utilizada la ropa para vestir el equipo humano el paciente queda preparado para el campo de retorno).

-INSTRUMENTAL LIMPIO, SOLUCION, SUTURAS, MAT. DE CANAL, PINZAS, SOLUCIONES Y MATERIALES, CAMPO DE RETORNO, BOLSA DE DESECHO.

MESA DE MAYO

.Esta mesa es utilizada para colocar el instrumental según los tiempos del acto quirúrgico, iniciando por el instrumental para el abordaje; 1=corte (dos bisturís, una tijera de mayo recta y una tijera de metzembraum), 2=disección (una pinza de disección sin dientes corta y una pinza de disección con dientes corta), 3=hemostasia (cuatro pinzas de Kelly o crille), 4=separación (dos separadores de farabeuf), cuatro gasas con trama.

-GASAS

LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

Es la destrucción del mayor número de microorganismos de manos y brazos, por medio del arrastre mecánico y del uso de sustancias químicas. Se realiza 3n 3 tiempos con una duración total de 8 a 10 minutos.

EQUIPO

.Lavabo para lavado quirúrgico de manos.

.Agua corriente

.Cepillo para lavado quirúrgico de manos

.Solución antiséptica

MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTES DE REALIZAR EL LAVADO QUIRURGICO DE MANOS:

.Cerciorarse de tener el gorro y cubre bocas correctamente puestos, retirar todo objeto puesto, levantar la manga de la filipina, no tener lesiones en la piel de manos y antebrazos.

INSTRUMENTACION

Hacia 1900 el desarrollo del acero inoxidable intensifico el arte y la destreza para hacer instrumentos quirúrgicos de precisión, sobre todo. Artesanos de Alemania, Suiza, Francia, Inglaterra.

HIPOCRATES escribió “es menester que todos los instrumentos sean para el propósito que se persigue, esto con respecto a su tamaño, peso y precisión”. En consecuencia, las modificaciones en los instrumentos varían según la fuerza necesaria para el trabajo en el hueso, la longitud necesaria para alcanzar la profundidad en cavidades corporales o la precisión que se requiere para manejar estructuras aún por debajo del microscopio.

CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL SEGÚN SU USO

1 .corte

2 .disección

Los instrumentos de corte tienen bordes filosos, se utilizan para cortar o separar o extirpa tejidos.

BISTURIES. Mango reutilizable con hojas desechables. Los mangos son de cobre

CUCHILLOS, TIJERAS, CORTADORES DE HUESO, DISECTORES, CORTANTES, PINZAS DE BIOPSIA, PUNZONES, LEGRAS, CORDONES METALICOS, DISECTORES ROMOS.

.Pinzado y oclusión o hemostasia

Casi todas las pinzas para ocluir vasos sanguíneos tienen dos partes prensiles en las ramas o mandíbulas con estrías opuestas, estas pinzas pueden ser rectas, curvas o en ángulo.



PRINCIPIOS DE LA TECNICA ESTERIL

PREPARACION DE LA PIEL

Con la preparación de la piel se intenta conseguir que el sitio quirúrgico este del todo libre de microorganismos pasajeros y residentes, de suciedad y de grasa dérmica, de tal manera que la incisión puede hacerse a lo largo de la piel con peligro mínimo de infección.

ASEPSIA DE LA REGION OPERATORIA

Después que el paciente ha sido anestesiado y colocado en la mesa de operaciones, la piel del sitio quirúrgico y una zona circundante extensa se limpia en forma mecánica con un agente antiséptico, poco antes de colocar la ropa quirúrgica

Este procedimiento se realiza en dos tiempos:

El primero lo lleva a cabo normalmente el personal no estéril (circulante)

El segundo tiempo lo realiza el personal estéril (cirujano y ayudante)

PRINCIPIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE LA ANTISEPSIA

- 1 .Realizar el procedimiento de lo más limpio a lo más sucio, con movimientos rotatorios, del centro a la periferia.
- 2 .Recordar que un área limpia se contamina al tener contacto con un área sucia
- 3 .Tomar en cuenta que un área limpia y seca se contamina al tener contacto con la humedad.
- 4 .Recordar que los líquidos fluyen en dirección de la fuerza de gravedad

EQUIPO:

Primer tiempo

- 1 .Recipiente estéril (riñón de acero inoxidable)
- 2 .Gasas simples estériles
- 3 .Guantes estériles
- 4 .Solución antiséptica
- 5 .Dos compresas absorbentes
- 6 .Una mesa Pasteur.

SEGUNDO TIEMPO

NOTA: equipo que proporciona el instrumentista al cirujano para delimitar el área operatoria.

PROCEDIMIENTO.

Primer tiempo

.Se descubre la zona para exponer la piel que se va a desinfectar, para ello se dobla la bata del paciente hasta 5 cm. Más allá de los límites de la zona de preparación.

.Coloque una compresa absorbente a los lados del paciente, con la finalidad de absorber la humedad, las cuales se retiran al terminar el procedimiento.

.Colocarse la bata y guantes alejados de la mesa de instrumental, teniendo precaución de no mojar la mesa al coger la bata. Realizar un buen secado de manos sin friccionar antes de ponerse la bata.

.Todo lo que cae debajo de la mesa está contaminado.

CONCLUSION

Podemos concluir que la practica sobre la instrumentación Quirúrgica nos ayuda para aprender a instrumentar o acomodar los materiales e instrumentos correctamente y proporcionar una herramienta que permita al cirujano a que el realice una cirugía en buen función para que el paciente sea bien atendido sin riesgos para su salud. También aprendimos la importancia de mantener la esterilidad de los instrumentos y vestimenta que se ocupa para poder ingresar en una sala de cirugía, para evitar infecciones en la sala o con los materiales que se utilizaran.

SUGERENCIAS

Que en la práctica pueda haber pacientes para poder hacer la práctica con ellos, los maniquís no nos ayuda mucho para poder realizar nuestra practica como debería ser, que pueda haber materiales necesarios en clínica, también es necesario el agua para poder hacer nuestras prácticas con nuestro lavado de manos y poder aprender más de ello.

Bibliografía

(reporte de practica Quirurgica)