



**Nombre de alumnos: Paola Del
Carmen Zarquiz Aguilar**

**Nombre del profesor: María Cecilia
Zamorano Rodríguez**

**Nombre del trabajo: Actividades y
Practica**

**Materia: Enfermería Médico
quirúrgica II**

Grado: 6°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de Julio de 2023.

La vista

Es el que nos permite percibir sensaciones luminosas y captar el tamaño, la forma, el color de los objetos y la distancia a lo que se encuentran.

El recién nacido es capaz de distinguir lo claro de lo oscuro, su agudeza visual es muy pobre (no puede distinguir formas y colores) pero evolucionará rápidamente durante los primeros 3 meses.

- casi dos meses
- Blanco y negro, rojo.

ACT 1

¿Qué sentido es el primero en desarrollarse el niño/a?

El tacto.

¿Cuál es el sentido que más utilizas?

La vista.

y el segundo el oído.

¿Cuál es el que más te gusta? ¿Por qué?

El oído

Porque me gusta escuchar música, sonidos de la naturaleza, el sonido de la brisa cuando pasa en las hojas de los árboles. Me encanta cada melodía suave.

Sentido de la vista. **ACT 2**

Estructuras que protegen el ojo

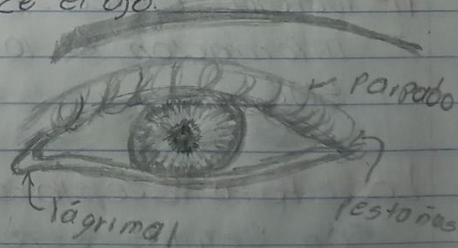
▶ El ojo está protegido por 3 estructuras

- I- párpados: pliegue de la piel que cubre el ojo
- II- Pestañas: protege al ojo del ingreso de cuerpos extraños.
- III- Lagrimal: Lubrica y humedece el ojo.

Anatomía del Globo

Ocular

- 1- Córnea: membrana transparente ubicada en la zona anterior del ojo.
- 2- Esclerótica: es la membrana externa del ojo que da el color blanco
- 3- Conjuntiva: Delgada membrana que cubre y lubrica la esclerótica.
- 4- Humor acuoso: es un líquido transparente que le da presión al ojo ocular.



Bastones

Se estimulan con la luz tenue (oscuridad) y NO diferencian colores

Conos

Se estimulan con la luz; permiten una visión más nítida y a colores

Visión a Colores

Luz anaranjada: Estimula los conos rojos en un 99%, los conos verde en un 42% y los conos azules en un 0%. De esta forma el SN interpreta el color anaranjado.

Procesamiento visual

20-Julio-23

Los señales que envían las células fotorreceptoras estimuladas por la luz son transmitidos por las células horizontales luego por las bipolares que hacen sinapsis con las amacrias para converger en las células ganglionares y de ahí a nervio óptico.

Patologías

ORTALMOLOGICAS.

ACT 3

Quiasma Óptico

El 50% de las fibras nerviosas de un ojo pasa al lado opuesto. Así la mitad de las fibras

del ojo derecho pasan al lado izquierdo y viceversa.

- A la corteza del hemisferio derecho llega la información del campo temporal del ojo derecho y del campo nasal del ojo izquierdo.
- A la corteza del hemisferio izquierdo llega la información del campo temporal del ojo izquierdo y del campo nasal del ojo derecho.

Anomalias visuales

Globo ocular más alargado, lo que provoca que la imagen visual se enfoque al frente de la retina.

Lente biconcava.

Globo ocular achatado o nivel de la retina lo que provoca que la imagen se enfoque detrás de la retina.

Lente biconvexa

miopia · Hipermetría

Presbicia y Astigmatismo

Pérdida de la elasticidad del cristalino
Lentes bifocales o multifocales.

Deformación de la córnea, lo que provoca imágenes superpuestas
Lentes superpuestas

Patologías oftalmológicas más frecuentes.

ACT 4

Glaucoma

Es el término empleado para definir el aumento de presión intraocular (PIO) de etiología muy diversa, que cursa con alteración en el nervio óptico (neuropatía óptica), que queda reflejada en el estudio campimétrico.

- Existen numerosas clasificaciones, pero a efectos prácticos distinguiremos
 - Glaucoma crónico, simple o Glaucoma de ángulo abierto
 - Glaucoma agudo o de ángulo cerrado
 - Glaucomas mixtos
 - Glaucomas secundarios

Queratoconjuntivitis sicca

Se define el ojo seco como una alteración en la película lagrimal que motivaría el daño en la superficie interpalpebral ocular suficiente para producir molestias y discomfort ocular.

Enfermedades Alérgicas Oculares

Son uno de los problemas oftalmológicos más frecuentes en todo el mundo y **abarcan** desde reacciones leves o moderadas como conjuntivitis alérgica estacional o perenne hasta secreciones mucosas de la queratoconjuntivitis.

Primo **vero!** a los problemas corneales con afectación de la visión en la queratoconjuntivitis atópica.

Infecciones Oculares

La mayoría de infecciones oculares son producidas por bacterias y con menor frecuencia por virus. Por el contrario, las infecciones por hongos son raras y en la mayoría de los casos son debidas a gérmenes oportunistas, dentro del ámbito capítulo de las infecciones oculares incluiremos las externas y anteriores, internas y posteriores, perioculares y orbitarias.

Conjuntivitis

Originada por tanto por microorganismos infecciosos como por causas inflamatorias (alérgicas, toxinas, traumática, enfermedades sistémicas, etc).

• La conjuntivitis bacteriana aguda (catarral) pueden tener diferente etiología siendo los gérmenes más frecuentes *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*.

Por último, *Moraxella lacunata* es la causa más frecuente de blefarconjuntivitis angular en adolescentes.

Queratitis

La queratitis bacteriana es la invasión microbiana de la córnea que conduce, según su virulencia y patogenicidad, a la formación de un absceso estromal asociado a signos y síntomas inflamatorios.

Uveítis anterior

25-Julio-23

Se clasifican en anteriores y posteriores

La anterior se refiere a inflamación del iris y el cuerpo ciliar (iridociclitis). La posterior es una inflamación de la coroides retina (retinitis), ambas (coriorretinitis y retinocoroiditis) e incluso del humor vítreo (vitritis).

El virus herpes simple tipo 1 es el principal causante de la uveítis anterior.

Generalmente se acompaña de queratitis dendrítica.

La tuberculosis también puede causar una iridociclitis de tipo granulomatosa.

Entre los hongos, *C. trichosporium* es un patógeno oportunista que en sujetos inmunodeprimidos, puede causar uveítis anterior.

ACT 5

Alteraciones oftalmológicas que requieren cirugía.

Ambliopía

Es la reducción uni o bilateral de la AV a pesar de una corrección óptica apropiada. Aunque en algunas ocasiones puede producirse en ambos ojos, generalmente sólo se presenta en uno.

Ambliopía estrábica.

Caracterizada por la pérdida unilateral de la visión, como resultado de una fijación exclusiva con el ojo dominante de modo prolongado y apresión de las imágenes en el ojo desviado.

Ambliopía por anisometropía
(refracción desigual), que ocurre en pacientes con miopía unilateral intensa o con astigmatismo grave como resultado de recibir constantemente imagen borrosa de un objeto.

Ambliopía por privación de estímulo
Que ocurre en un lactante que nace con una opacidad macular congénita, ptosis unilateral completa, cicatriz corneal, o catarata, que impiden que la imagen visual adecuada del alcance la retina.

Estrabismo

Es la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular.

El estrabismo plantea diferentes problemas:

- La pérdida de la función binocular
- La reducción de la visión del ojo desviado
- La ambliopía o ojo vago) y el aspecto estético desfavorable.

También se produce una alteración en la visión en relieve y en la visión.

Laceraciones conjuntivales.

Las heridas que afectan a la conjuntiva ocular producen dolor, ojo rojo y sensación de cuerpo extraño tras un traumatismo ocular.

A la exploración podemos observar una herida que deja ver la esclera blanca subyacente y que tiñe con fluoresceína.

Las laceraciones conjuntivales deben ser exploradas extensamente para descartar la presencia asociada de una ruptura escleral y un cuerpo extraño intraocular. Los trataremos con pomada.

Blefaritis.

Es la inflamación / infección de los bordes palpebrales.

- Blefaritis seborreica: Existe clínicamente un enrojecimiento del borde de los párpados que presentan una descamación de las pestañas causada por un exceso de la secreción grasa de las glándulas sebáceas. Su tratamiento consiste en una higiene palpebral, con suero o champú suave y un bastoncillo dos veces al día.

Blefaritis estafilocócica

Se sospecha que el origen es estafilocócico cuando las escamas

Orzuelo

Infección aguda de las glándulas sebáceas palpebrales. Se presenta como un nódulo doloroso con punto de pus amarillento centrado por una pestaña.

Su tratamiento incluye calor local (3 veces al día durante 5 minutos) y antibióticos tópicos. Eritromicina pomada 3 veces al día, 1 semana.

Su cronicación (tumoraación palpebral indolora, sin signos inflamatorios) se denomina chalazión, cuyo tratamiento más habitual es la extirpación quirúrgica.

Dacrioadenitis

Infección de la glándula lagrimal principalmente. Se asocia a parotiditis, mononucleosis u otras enfermedades víricas. Clínicamente presentan una tumoraación inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del párpado superior y edema de la zona

Supero-temporal del mismo que provoca una pseudoptosis. (Caida del parpado). Pueden acompañarse de adenopatía preauricular y fiebre.

Su etiología puede ser bacteriana o vírica. Si se sospecha una infección bacteriana debemos tratar con antibióticos orales como amoxicilina-clavulánico. La forma vírica suelen ceder espontáneamente.

Cataratas congénitas.

Se denomina catarata cualquier opacidad en el cristalino que puede originar un descenso de la AV. Pese a los avances en el tratamiento de las cataratas congénitas, estas siguen siendo la causa principal de disminución de visión y ceguera en los niños y de ambliopía irreversible a pesar de la cirugía.

Retinoblastoma.

La edad de presentación es alrededor de los 18 meses, siendo raro su descubrimiento más allá de los 7 años. El 6% es hereditario.

Se sospecha por leucocoria en 50-60%, estrabismo en 20% o signos imitativos en el segmento anterior por invasión de la cámara anterior.

ACT 6

Anatomía fisiología de la nariz, oído y garganta.

El oído

El oído humano se divide en oído externo, oído medio y oído interno

Estas estructuras tienen un origen embriológico distinto, ya que el oído externo y el oído medio derivan del aparato bronquial primitivo, mientras que el oído interno deriva del ectoderma.

PRACTICA DE ÁREA QUIRÚRGICA

Nombre del alumno: Paola del Carmen Zarquiz Aguilar.

Fecha: 29/07/2023

Docente a cargo María Cecilia Zamorano Rodríguez

INTRODUCCIÓN

En virtud a lo que se argumentara daremos un enfoque específico en el área quirúrgica, que es un sitio altamente especializado dividido por secciones o áreas de restricción, conociendo a su paso el uso adecuado de la mesa, realizar la técnica de instrumentación y esterilización correctamente, como la aplicación de vendajes ante diferentes aspectos de un traumatismo o la provocación de una fractura.

OBJETIVO GENERAL

Evitar la mayor posibilidad de contaminación en el área y la realización correcta de los procedimientos tanto en el acto quirúrgico, instrumentación, como la inmovilización correcta de una extremidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ La utilización correcta del área quirúrgica como la instrumentación.
- ✚ La aplicación adecuada de esterilización.
- ✚ La realización de un vendaje con un buen funcionamiento.

JUSTIFICACIÓN

Durante un proceso de quirófano como personal de enfermería tener que tener en cuenta la importancia de los cuidados fundamentales de enfermería, como la importación de la disminución del riesgo, logra el bienestar y recuperación del paciente, con ello la aceptación de posibles secuelas que pueden a ver del procedimiento quirúrgico, por eso hay que tener los conocimientos adecuados para evitar el daño posible al paciente.

ÁREA QUIRÚRGICA

Es una área específica del hospital en la que se integran a un conjunto de servicios auxiliares de diagnósticos y de tratamientos para realizar intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Es realizar actos quirúrgicos con un mínimo esfuerzo, un mayor rendimiento y eficiencia.

Su ubicación varía en cada institución y por lo general se basa en el aislamiento microbiológico y la accesibilidad a los demás servicios.

Características:

- ✚ Iluminación mediante instalaciones eléctricas y contactos de todo tipo aprueba de explosión.
- ✚ Aire acondiciona con sistema para mantener una atmosfera limpia y carente de polvo.
- ✚ Temperatura ambiental de 22 a 25 °C.
- ✚ Humedad constante entre 50 y 60%.
- ✚ Orientación al sur de preferencia.
- ✚ Capacidad suficiente de acuerdo al numero y tipo de intervenciones quirúrgicas.

- ✚ Colores claros que reflejen la luz, sin que originen fatiga visual (blanco, marfil, crema, amarillo, gris o verde claro).
- ✚ Paredes de material impermeable, lavable y resistente a sustancias, humedad y calor.
- ✚ Pisos lavables, impermeables y buenos conductores de electricidad.
- ✚ Puertas de doble acción, automáticas, con mirillas y protegidas con hule en los extremos laterales.
- ✚ Puertas corredizas.
- ✚ Se recomienda un medida de 400 metros cuadrados y una sala de procedimientos especiales de 600 metros cuadrados.

MOBILIARIO Y EQUIPO

Movilidad y equipo de la unidad quirúrgica se relacionan con la especialidad de la institución sanitario-asistencial y desde el punto de vista de movilización o traslado, esta conformado por equipo fijo, semifijo y móvil.

EQUIPO FIJO:

- ✚ Incluye lámparas cenitales
- ✚ Instalaciones eléctricas
- ✚ Toma de oxígeno
- ✚ Aspirador empotrado
- ✚ Negatoscopio
- ✚ Anaqueles de acero inoxidable.

EQUIPO SEMIFIJO:

- ✚ Mesa de operaciones.
- ✚ Anaqueles de acero inoxidable con entrepaños para guardar equipo.

EQUIPO MÓVIL:

- ✚ Reanimador
- ✚ Mesad de instrumental
- ✚ Mesas accesorias (mesa de Pasteur)
- ✚ Bancos giratorios
- ✚ Bancos de altura.
- ✚ Cubetas
- ✚ Trípodes
- ✚ Carro camillas.

ÁREAS DE LA UNADAD QUIRÚRGICAS

Con el propósito de reducir al mínimo la posibilidad de infección, la unidad quirúrgica, desde el punto de vista de la asepsia, se divide en áreas importantes y estrictas limitaciones en que respecta a la circulación del personal y a los equipos.

Área blanca

En esta área se encuentra las salas de operaciones quirúrgicas, de tal manera que ofrezca seguridad desde el punto de vista aséptico y comodidad para personal y el paciente.

Área gris

En esta área se encuentran:

- ✚ Central de enfermería
- ✚ Sala de cuidados preoperatorios.
- ✚ Vestidor de médicos y enfermeras
- ✚ Subcentral de esterilización.
- ✚ Anestesiología
- ✚ Lavabos quirúrgicos
- ✚ Banco de sangre.

- + Cuarto de utilería
- + Sala de recuperaciones
- + Arsenal quirúrgico
- + Pasillos de circulación interna.

Área negra

Esta área cuenta con:

- + Oficinas administrativas
- + Cuartos séptico o de utilería.
- + Pasillos de circulación externa.

USO DE MESA

Las mesas forman parte del campo estéril.

- + Mesa de riñón

Es utilizada para colocar todo el instrumental y equipo necesario en acto quirúrgico.

Preparación de la mesa

- + En el centro de la mesa primeramente se colocará el bulto de ropa estéril.
- + Se quita la primera envoltura con las manos, la segunda que es la sábana de riñón se desdobra con una pinza de traslado para que cubra completamente la mesa 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.
- + Se quita 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, suturas, etc.).

Material y equipo necesario

- ✚ Después del lavado quirúrgico de las manos, el instrumentista toma del bulto de ropa la toalla de fricción para secarse 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 riñón 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.
- ✚ Finalmente, la mesa de riñón queda dividida de la siguiente manera: en el extremo izquierdo del instrumentista, en el centro tenemos recipientes con solución, sutura, 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 al equipo humano y paciente queda preparado para el campo de retorno).

Mesa de mayo

Esta mesa es utilizada para colocar el instrumental según los tiempos del acto quirúrgico, iniciando por el instrumental para el abordaje:

- ✚ Corte: 2 bisturís, una tijera de metzembaum.
- ✚ Dirección: una pinza de disección sin dientes corta y una pinza de disección con dientes corta.
- ✚ Hemostasia: 4 pinzas de Kell o Crille.
- ✚ Separación: 2 separadores de Farabeuf, 4 gasas con trama.

INSTRUMENTACIÓN QX POR TIEMPO

Objetivo

- ✚ Conocer los recursos técnicos o instrumentos de trabajo existentes.

- + Conocer el programa del día.
- + Tomar nota del tiempo de operación, horario y anestesia que se requiera.
- + Revisar que el mobiliario y equipo de la sala de operaciones este limpio y en buenas condiciones de uso.

Clasificación del instrumental según su uso

+ Corte y disección

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

-Bisturíes: mango reutilizable con hoja desechable, los mangos son de cobre.

-Cuchillos: tijeras, cortadores de hueso, disectores.

-Cortantes: pinzas de biopsia, punzones, legas, cordones metálicos, disectores romo.

+ Pinzado y oclusión o hemostasia

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

+ Hemostasia

+ Exposición y retracción o separación

Los tejidos blandos, músculos y otras estructuras deben retraerse 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 la profundidad de las incisiones; la hoja curva o en ángulo puede ser sólida o dentada como rastrillo y mayoría son romas.

-Separadores maleables: tienen una alteración de acero inoxidable con carbón bajo, plata o cobre blindado con plata que puede doblarse al ángulo y profundidad que se desea.

-Ganchos: son utilizados para retraer estructuras finas.

-Separadores automáticos: son dispositivos de sostén con dos o mas hojas, pueden insertarse para abrir los 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 lesionarlos para que el cirujano pueda realizar la maniobra que desee, como disecar o suturar sin dañar los tejidos de alrededor.

✚ Fijación.

PRINCIPIOS DE LA TÉCNICA ESTÉRIL

La esterilización consiste en la destrucción o eliminación de cualquier tipo de vida microbiana de los objetos inanimados, incluye las formas esporulas de hongos y bacterias.

Preparación de la piel

Con la preparación de la piel se intenta conseguir que el sitio quirúrgico este del todo libre de microorganismos pasajeros y resistentes, 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 región 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 hace en dos pasos:

- ✚ 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

- ✚ Realizar el procedimiento de lo más limpio a lo más sucio, con movimientos rotatorios, del centro a la periférica.
- ✚ Recordar que una zona limpia se contamina al tener contacto con una zona sucia.
- ✚ Tomar en cuenta que una zona limpia y seca se contamina al tener contacto con la humedad.
- ✚ Recordar que los líquidos fluyen en dirección de la fuerza de gravedad.

EQUIPO

Primer tiempo

- ✚ Recipiente estéril (riñón).
- ✚ Gasas simples estériles.
- ✚ Guantes estériles.
- ✚ Solución antiséptica absorbente.
- ✚ Dos compresas absorbentes.
- ✚ Una mesa Pasteur.

Segundo tiempo

- ✚ (Equipo que proporciona el instrumentista al cirujano)
- ✚ Vaso de acero inoxidable estéril con 6 gasas dobladas y cubiertas con solución aséptica.

- ✚ Pinzas de anillo para cirujano.
- ✚ Pinzas de anillo para el ayudante.

PROCEDIMIENTO

Primer tiempo

- ✚ Se descubre la zona para exponer la piel que se va a desinfectar.
- ✚ Coloque una compresa absorbente a los lados del paciente, con la finalidad de absorber la humedad.
- ✚ Se coloca el recipiente en la mesa Pasteur, se quita la primera envoltura y la segunda se abre con pinza de traslado.
- ✚ Se colocan las gasas retirando la primera envoltura.
- ✚ Se vierte solución antiséptica en el recipiente
- ✚ Se calzan los guantes con técnica abierta.
- ✚ Se inicia el procedimiento tomando una gasa empapada de solución antiséptica colocándola en el lugar aproximado de la incisión con movimientos rotatorios (5 veces).
- ✚ Se retira las compresas absorbentes.

Segundo tiempo

- ✚ El instrumentista dobla 6 gasas simples y las coloca en un vaso de acero inoxidable, pide al personal circulante que vierta solución antiséptica.
- ✚ El instrumentista proporciona al cirujano el vaso con el material ya preparado y una pinza de anillos.
- ✚ Ambos integrantes del equipo estéril delimitan el área operatoria, tomando en cuenta los principios de la antisepsia.
- ✚ El cirujano el instrumentista y el ayudante regresan al circulante el instrumental utilizado.
- ✚ Prosiguen vistiendo al paciente, dando paso a la formación del campo estéril.

VENDAJES

Los vendajes o la acción de vendar consisten en la aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo con fines preventivos o terapéuticos y tiene como propósito:

- ✚ **Compresión:** para detener una hemorragia, fomentar la absorción de líquidos tisulares y prevenir la pérdida de líquidos.
- ✚ **Contención:** para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en caso de luxaciones, esguinces o fracturas, sujetar material de curación y proporcionar calor y protección.
- ✚ **Corrección:** para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir deformidades.

Clasificación de los vendajes

- ✚ **Uso clínico:** contención, corrección, compresión
- ✚ **Método de aplicación:** circulares y recurrentes, cabos múltiples, triangulares, llenos o charpas.
- ✚ **Región en que se aplica:** de cabeza, de extremidades superiores, de tórax, de abdomen, de extremidades inferiores.

Vendajes según método de aplicación

- ✚ Circulares; superpuestas.
- ✚ En espiral e imbricadas.
- ✚ En espiral continua.
- ✚ En espiral rampante.
- ✚ Oblicuas.
- ✚ Con inversos.
- ✚ Oblicuas y cruzadas en "8".
- ✚ Recurrentes.
- ✚ Con vendas de cabos múltiples.
- ✚ Llenos o charpas.

ANEXOS



VENDAJES

Aplicación de vendaje circulante en brazo derecho. Vueltas circulares.



Aplicación de vendaje en forma de 8 en codo derecho. Vueltas oblicuas ascendentes y descendentes.



Aplicación de vendaje en espiral. Vueltas circulares, ascendentes o descendentes, que cubren la mitad o dos terceras partes del ancho de la venda.



Aplicación vendaje en clavícula. Cueltas oblicuas ascendentes y descendentes.



Aplicación de vendaje de cabeza:
capelina. Vueltas circulares
circulares.



vista de posterior.

Aplicación de vendaje de abdomen en forma de "M"





Aplicación de
vendaje en
abdomen en forma
de "N"

PRACTICA DEL ÁREA QUIRURGICA

The image shows a medical chart from 'SALUD' with the following details:

- FECHA:** 20/06/23
- HOMBRE:** Juan P. Rodríguez
- FECHA NACIMIENTO:** 15/01/1988
- FECHA ACTUAL:** 20/06/23
- CLINICA:** Clínica de Obstetricia y Ginecología
- PROCESO:** Cesárea Electiva

The chart includes a grid for recording vital signs (T, P, F, R, S, G) and other clinical data over time. The patient's condition is noted as 'Cesárea Electiva'.

Hoja de enfermería registro de toma de signos al paciente con un caso clínico de realización de cesaria.

The image shows a handwritten nursing care plan for a patient named Juan P. Rodríguez. The plan is organized into three main sections:

- PREOPERATORIO:**
 - Objetivo:** Reducir el riesgo de infección.
 - Intervenciones:**
 - 1.1.1. Higiene de manos.
 - 1.1.2. Uso de guantes estériles.
 - 1.1.3. Uso de mascarilla y gorro.
 - 1.1.4. Uso de ropa estéril.
 - 1.1.5. Uso de antiséptico.
 - Observaciones:**
 - 1.1.1. Limpieza de manos.
 - 1.1.2. Uso de guantes estériles.
 - 1.1.3. Uso de mascarilla y gorro.
 - 1.1.4. Uso de ropa estéril.
 - 1.1.5. Uso de antiséptico.
- INTRAOPERATORIO:**
 - Objetivo:** Mantener la temperatura corporal.
 - Intervenciones:**
 - 2.1.1. Uso de mantas térmicas.
 - 2.1.2. Uso de calentadores de agua.
 - 2.1.3. Uso de bombas de calor.
 - 2.1.4. Uso de almohadillas térmicas.
 - 2.1.5. Uso de mantas eléctricas.
 - Observaciones:**
 - 2.1.1. Uso de mantas térmicas.
 - 2.1.2. Uso de calentadores de agua.
 - 2.1.3. Uso de bombas de calor.
 - 2.1.4. Uso de almohadillas térmicas.
 - 2.1.5. Uso de mantas eléctricas.
- POSTOPERATORIO:**
 - Objetivo:** Reducir el riesgo de infección.
 - Intervenciones:**
 - 3.1.1. Higiene de manos.
 - 3.1.2. Uso de guantes estériles.
 - 3.1.3. Uso de mascarilla y gorro.
 - 3.1.4. Uso de ropa estéril.
 - 3.1.5. Uso de antiséptico.
 - Observaciones:**
 - 3.1.1. Limpieza de manos.
 - 3.1.2. Uso de guantes estériles.
 - 3.1.3. Uso de mascarilla y gorro.
 - 3.1.4. Uso de ropa estéril.
 - 3.1.5. Uso de antiséptico.

Cuidados de enfermería preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios.



Toma de signos vitales, junto a entrevista y firma de aprobaciones de la cirugía.



Colocacion de venocclisis, colocacion correcta en la cama de cirugia, colocacion de gorro y bata al paciente.



Mesa de mayo ya prerada.



Mesa ya ordena y preprada para la cirigia



Preparacion de instrimentista completa, prepracion de cirujano, paciente ya listo para la cirugia.



Ayudante ya preprado, preparación de sabana endida para la cirugía.



Preparación de campos absorbentes de posible drenajes en la cirugía.



Entrega de bisturi por parte del instrumentista a ayudante del cirujano, para la incisión.



Realización de la cirugía. Cuidados transoperatorios.



Finalización de la cirugía, aplicación de cuidados postoperatorios.

SUGERENCIAS

Solo una, la realización de practicas separadas de los equipos, 1 y 2 en una seccion y los restantes 3 y 4 en el tiempo que resta. Hay una mayor comodidad.

CONCLUSIÓN

De este modo podemos dar por finalizado dicha practica, se puede comprender que el ser ya sea circulante o instrumentista es una tarea compleja e importante, al ser que ambos tiene que verificar que todo tanto el equipo, material y proceso quirurgico se haya realizado correctamente para así logra una recuperación segura para el paciente.