

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA DE

SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

**PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍAS
LAPAROSCÓPICAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

ALUMNA:

SANDRA VILLEGAS ORNELAS

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----------|
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1 Antecedentes de la cirugía laparoscópica..... | 1 |
| 1.2 Quirófano..... | 3 |
| 1.2.1 Conciencia y ética quirúrgica..... | 5 |
| 1.2.2 Organización de quirófano | 6 |
| 1.2.3 Características de quirófano..... | 7 |
| 1.2.4 <i>Instalaciones eléctricas</i> | 8 |
| 1.2.5 Climatización | 9 |
| 1.3 La enfermera quirúrgica | 9 |
| 1.3.1 Atención de enfermería | 10 |
| 1.3.2 Actividades de enfermería circulante e instrumentista | 13 |
| 1.3.4 Preparación general del quirófano | 13 |
| 1.3.5 Enfermera instrumentista..... | 15 |
| 1.4 Normas de instrumentación | 15 |
| 1.5 Código de ética del profesional de enfermería..... | 17 |

| | |
|--|----|
| 1.6 Equipo quirúrgico | 19 |
| 1.6.1 El anestesiólogo | 19 |
| 1.6.2 La enfermera diplomada certificada como anestesista | 20 |
| 1.7 Preparación del campo quirúrgico..... | 21 |
| 1.7.1 Lavado de manos..... | 21 |
| 1.7.2 Campo quirúrgico | 22 |
| 1.7.3 Instrumental | 23 |
| 1.7.4 Limpieza del campo quirúrgico | 24 |
| 1.8 Descripción de los tipos de intervenciones según grados de asepsia | 25 |
| 1.9 Normativa aplicada al personal | 26 |
| 1.10 Esterilización | 29 |
| 1.10.1 Normativa aplicada al material..... | 30 |
| 1.10.2 Instrumental y material estéril..... | 30 |
| 1.10.3 Higiene, Asepsia y Esterilización..... | 31 |
| 1.11 Mesa de instrumental y clasificación | 32 |
| 1.11.1 Tiempos quirúrgicos..... | 34 |
| 1.12 Metas internacionales de seguridad del paciente | 35 |
| 1.13 Cirugía laparoscópica..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 1.13.1 Riesgos..... | 37 |
| 1.14 Cuidados de enfermería en el periodo post operatorio inmediato..... | 38 |
| 1.15 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.. | 40 |
| CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 42 |
| 2.1 Justificación | 42 |
| 2.2 Objetivo general..... | 45 |
| 2.3 Objetivos específicos | 45 |
| 2.4 Hipótesis | 45 |
| CAPITULO III ESTRATEGIAS METODÓLOGICAS | 46 |
| 3.1 Método hipotético deductivo | 47 |
| CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 51 |
| CONCLUSIONES | |
| GLOSARIO | |
| FUENTES DE CONSULTA | |
| ANEXOS | |

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a tí Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mí asesor de tesis por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DEDICATORIAS

Esta tesis se la dedico a Dios que supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no darme por vencida en los problemas que se me presentaron enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres:

Que privilegio tenerlos como padres que gran regalo crecer sin olvidar, que agradable compañía, tanto esfuerzo y sacrificio a veces incomprendidos, solo se le entregan a alguien muy querido, por darme tanto de todo y por darme todo de ustedes. Hoy que mis estudios profesionales han sido concluidos les digo que algo me llena de orgullo está dentro de ustedes. Este triunfo vale la pena compartirlo y con quien mejor que mis padres, mis amigos de toda la vida. Gracias.

A mis hermanos:

Aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de esta tesis, sino por todos los bonitos momentos que pasamos en el proceso.

INTRODUCCIÓN

Cuidar es un complejo concepto con diferentes acepciones, que van desde la raíz latina cogitare, cuyo significado se relaciona con «pensar», «discurrir» o «prestar atención», Los primeros antecedentes relacionados con la práctica de la cirugía aparecen en la prehistoria, puesto que se han encontrado restos de cráneos humanos pertenecientes a los primeros homínidos que poblaron el planeta.

En la actualidad, el profesional enfermero trabaja dentro del área quirúrgica asumiendo diferentes competencias. No obstante, se están produciendo una serie de cambios que van a afectar significativamente, no solo a la enfermería quirúrgica, sino a la totalidad de la profesión; cambios que residen principalmente en la formación teórica

Las funciones que desempeñan el personal de enfermería en el quirófano son muy importantes ya que tienden a seguir normas asépticas por consecuencia mantener la seguridad del paciente en esta tesis se hablara sobre la preparación del campo quirúrgico en cirugías laparoscópicas que es un plus mas que se agrego debido a la cirugía tan innovadora que es y que es mínimamente invasiva.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la cirugía laparoscópica

En este capítulo se muestran los antecedentes de la cirugía laparoscópica así como el gran desarrollo que ha tenido y su evolución a través del tiempo, cabe remarcar que cada día la tecnología va más a la vanguardia y esto hace que la preparación del campo quirúrgico sea el adecuado.

La cirugía laparoscópica o “mínimamente invasiva” es una técnica especializada para realizar cirugía. Es una técnica que permite la visión de la cavidad pélvica abdominal con la ayuda de una lente óptica, a través de una fibra óptica. Este método permite intervenciones quirúrgicas.

Heinz Kalk, en el año 1929 publica las primeras 100 exploraciones laparoscópicas completadas en el año 1951 con una cifra de más de 2000 estudios con cero mortalidad. En el año 1982 realiza la primera apendicetomía laparoscópica, siendo el maestro que enseña sus técnicas en Europa y Estados Unidos. El Prof. Semm asistió y participó activamente en el Primer Congreso de la Sociedad Española de Cirugía laparoscópica celebrado en Marbella en el año 2001.

Jacobeus en 1909, realizó la primer laparoscopia y toracoscopia en humanos. En 1918 fue reconocida la importancia del neumoperitoneo lo que le permitió a Goetze introducir su aguja de inflación. La primera adherensiolisis

abdominal laparoscópica fue hecha por Fervers en 1933 y en 1936 Boesch, médico sueco quien hizo la primera esterilización tubárica.

Durante la segunda guerra mundial se desarrolló un avance importante en cuestión de presión intra abdominal, óptica y fuente de luz. En 1944, Palmer reconoció que la presión intra abdominal no debería exceder de 25 mmHg. En 1952, Fourestier introdujo una fuente de luz de fibra de vidrio de luz fría, que producía luz intensa a bajas temperaturas. En 1953, Hopkins, británico, introdujo un sistema de lentes en barra, que proporcionó imágenes de mayor claridad, brillo y color.

Durante el surgimiento ha tenido gran impacto ya que ha sido un beneficio y ha traído el bienestar y las consecuencias han sido mínimas. Por lo tanto es la mejor opción de elección para aquellas personas que son candidatas a esta cirugía. Durante años se han ido innovando los procedimientos quirúrgicos que todo el equipo debe saber.

Con este se logró un gran impulso en Europa de esta técnica en la década del 80, desatancándose Mouret, que hizo su primera colecistectomía laparoscópica (1987) y, Perissat (1989) que ensaya la litotricia previa de los cálculos de la vesícula, para hacer más fácil su extirpación por laparoscopia.

En tal sentido, se considera que tanto en el siglo XX como en el transcurso del XXI, la laparoscopia sigue siendo una técnica de elección por los cirujanos para la colecistectomía. La creación y perfeccionamiento de los instrumentos laparoscópicos, permite la instauración de técnicas quirúrgicas menos invasivas, por ejemplo: técnicas percutáneas sobre vía biliar principal y retrógradas endoscópicas.

Una enfermera circulante efectiva, se asegura de que el equipo estéril dispone de cada uno de los artículos necesarios para desempeñar el procedimiento quirúrgico de una forma eficaz. Esta debe conocer todos los suministros, instrumentos y equipamiento, ser capaz de obtenerlos rápidamente y de prevenir peligros potenciales en su uso y conservación. Conocerá la intervención quirúrgica.

En el presente capítulo se elaboró la descripción de la cirugía laparoscópicas en donde se describe las funciones que desempeñan los diferentes integrantes del equipo. Menciona sobre cuál es la función que realiza cada integrante y todos los procedimientos quirúrgicos que se hacen. Y los grandes avances que han ido surgiendo a través del tiempo con la finalidad de favorecer su pronta recuperación.

En este capítulo abarca diversos conceptos así como las funciones que realiza todo el equipo quirúrgico. Remarcando la importancia que tiene la enfermera durante el tras operatorio, enfocándose principalmente en el campo quirúrgico, las acciones que desempeña para que una cirugía se considere segura.

1.2 Quirófano

Se llama quirófano aquella sala o habitación que se halla en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden. Asimismo, en el quirófano, se pueden desplegar otras actividades relacionadas, tales como: el suministro de anestesia, una acción de reanimación, entre otras, para llevar a buen puerto la mencionada intervención quirúrgica.

El objetivo básico que se propone un quirófano es el de estar a la altura cualquiera sea la circunstancia, es decir, debe ofrecer a médicos y pacientes un contexto apto y preparado tanto para el desarrollo de operaciones programadas como para aquellos casos de urgencias en los cuales no hay tiempo para preparar nada. El quirófano debe ocupar un lugar central debido a una evidente necesidad de estar cerca de algunas estructuras de acogida o de hospitalización, así como los servicios médico-técnicos, y esto debe guiar su construcción en un nuevo hospital.

En el caso de reestructuración o creación de un nuevo quirófano en una estructura arquitectónica antigua, será necesario entonces referirse a dificultades arquitectónicas vinculadas a la existencia de estos edificios, en particular para el tratamiento del aire y la circulación del material y las personas.

Área no restringida. El personal puede vestir ropa de calle, y equipo portátil que aún no ha sido desinfectado debe permanecer en el área no restringida. Se trata de un área controlada en donde se detiene a las personas que van llegando al área quirúrgica.

Área de transición. En esta zona, las personas se prepara para ingresar a las áreas semi restringidas o restringidas; se cambia la ropa de calle por la de quirófano, y es necesaria también una autorización de ingreso. Los vestidores; se debe mantener la pulcritud y la meticulosidad, para evitar la entrada de polvo y la generación de áreas para la colonización de las bacterias. Los alimentos y las bebidas deben mantenerse lejos de estas áreas.

Área semi restringida. Aquí sólo se puede tener acceso con ropa quirúrgica, es decir, pijama quirúrgico. Los corredores entre los distintos cuartos del departamento las áreas de procesamiento del instrumental y los implementos, las áreas de almacenamiento o clósets son áreas semirestringidas.

Área restringida. Las áreas restringidas son las más limpias del quirófano e incluyen las salas de operaciones, las salas de procedimientos menores y los corredores estériles, donde están los esterilizadores rápidos y donde se deja el material estéril. Estas áreas están estrictamente controladas y las puertas deben permanecer cerradas. Sólo el personal vestido adecuadamente podrá tener acceso.

1.2.1 Conciencia y ética quirúrgica

La conciencia quirúrgica y la conducta ética afectan al paciente en el quirófano en dos modos diferentes: Físicamente y mentalmente. Una conducta que pone el bienestar del paciente por sobre todas las cosas. Miembro del equipo escoge: Medidas que favorecen la seguridad del paciente aunque estas puedan ser difíciles. El miembro del equipo de salud cuya conciencia quirúrgica determina la forma de actuar, favoreciendo la seguridad del usuario. Protección física del Paciente. Vigilancia constante, durante los periodos, preoperatorio, trans operatorio, y post operatorio.

La Conciencia Quirúrgica persuade que evalúe el peligro para el paciente, solucione o comunique inmediatamente la situación que afecte al paciente ejemplo. Cuando se contamine algún material, durante la cirugía, o por la técnica aséptica Jamás la instrumentista debe tomar una actitud negativa de no responsabilidad. Todos los miembros que conforman el equipo de quirófano son responsables del paciente.

La práctica de una técnica aséptica es responsabilidad individual de cada miembro del equipo. Todo el personal debe cumplir con el protocolo estricto con respecto al manejo de materiales quirúrgicos, muestras patológicas y

equipamiento médico, higiene personal de forma escrupulosa, y cumplimiento riguroso de los métodos de limpieza y descontaminación, requieren una firme conciencia quirúrgica.

Ética quirúrgica. En la sala de operaciones es inseparable de la conciencia quirúrgica. Ella requiere un alto nivel de conciencia moral junto a un sano criterio y Honestidad profesional. El paciente tiene derecho ético y legal a la privacidad. Su afección no debe ser discutida fuera del contexto de la cirugía.

Se describan los hechos, incidentes que requieren un informe, a continuación se citan algunos de ellos: Cálculo inexacto de apósitos, agujas o instrumentos, cuando el cálculo no está resuelto para el cierre de la cirugía, apósitos, agujas o instrumentos dejados en el paciente. Cualquier acción negligente o inadvertida por parte de cualquier miembro del plantel.

1.2.2 Organización de quirófano

El quirófano es una estructura donde se llevan a cabo actuaciones de marcada tecnicidad, donde la prevención de las infecciones debe resultar la principal preocupación de todas las personas que trabajan en él. Es también el centro de actividad de la mayoría de estructuras hospitalarias, no sólo por el volumen de personal asignado sino también por el coste financiero que comporta su funcionamiento.

Su construcción debe someterse a consideraciones de tipo arquitectónico y ambiental. Su funcionamiento diario se basa en el respeto y la aplicación de un reglamento de funcionamiento propio, que debe redactar y controlar una comisión de quirófano. En la actualidad no existe documentación en la que basarse para

crear de una pieza un quirófano ideal, pero su construcción, mantenimiento y organización están regulados por un conjunto de reglamentaciones y recomendaciones que es necesario conocer.

Debido a la presión económica cada vez más intensa y habida cuenta del importante coste de funcionamiento que tienen estas estructuras, han aparecido nuevos conceptos de rentabilidad, productividad y optimización en el vocabulario de las autoridades sanitarias y hospitalarias. Aunque la calidad de la actuación técnica y la seguridad que la rodee deben seguir siendo las principales preocupaciones de los cirujanos, se pone hoy de manifiesto que es necesario apropiarse de estas nuevas ideas, con el fin de disponer de una visión global palabras clave: Organización del quirófano, Optimización del quirófano, Rentabilidad, Reglamentación del quirófano.

1.2.3 Características de quirófano

Superficies todas ellas serán lisas, continuas, de fácil lavado y resistentes a productos de limpieza y desinfección, los suelos serán antideslizantes. La iluminación de ambiente: regulable de 0 a 1.000 lux, en continuo o en no menos de 4 escalones, de campo: exenta de sombras con nivel de 100.000 lux.

Mantenimiento. Se mantendrá a disposición del Servicio de Salud, la documentación acreditativa de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones en materia de disciplina y control del mantenimiento.

Gases por quirófano. Se dispondrá de canalizaciones fijas, de suministro de gases de uso médico, desde el almacenamiento exterior al bloque, y tendrán en cada quirófano las siguientes cantidades mínimas de puntos de suministro:

- Dos tomas de oxígeno.
- Dos tomas de vacío con diferenciación de alto y bajo flujo.
- Dos tomas de protóxido de nitrógeno.
- Aire medicinal.
- Todas las tomas estarán perfectamente identificadas mediante señalización universal.

Equipamiento básico

- Lámpara quirúrgica.
- Mesa de quirófano.
- Equipo de anestesia automático con monitorización de gases.
- Monitor de parámetros hemodinámicas.
- Aspirador.
- Reloj.
- Mobiliario adecuado (taburete, banquetas, mesas de mayo, mesas de instrumental.
- Monitor desfibrilador (su número será función de la distribución o posición física de las salas de quirófano).

1.2.4 Instalaciones eléctricas

Es de suma importancia destacar la importancia del uso adecuad de electricidad dentro de quirófano debido a que se usan diferentes tipos y a diferentes potencias.

La electricidad estática es peligrosa en zonas donde se usan anestésicos inflamables, como en el interior de un quirófano, donde se puede originar por diversas causas: rozamiento del personal con el pavimento, movimiento de aparatos, carros, frotamiento de textiles aplicados al paciente, etc., siendo

necesario tomar medidas contra la misma. Es conveniente suprimir el uso de textiles fabricados con fibras sintéticas.

Las luminarias empleadas para la instalación de alumbrado de los quirófanos, serán del tipo RADIUM, que son especialmente diseñadas para locales de ambiente aséptico o con control de polución. Son totalmente herméticas al polvo y al agua. Estas luminarias están preparadas para incorporar dos tubos fluorescentes de 58 W cada tubo.

1.2.5 Climatización

Se efectuarán entre 15 y 20 renovaciones por hora, con aportación del 100% de aire exterior.

- Control de temperatura de entre 18 y 22 grados.
- Filtros absolutos tipo HEPA (U.E. = 4.).
- Presión positiva.
- Extracción localizada de gases anestésicos.

1.3 La enfermera quirúrgica

La enfermería quirúrgica comprende lo que es el estudio y aplicación de técnicas y procedimientos quirúrgicos. Caracterizado por su gran nivel ético y la capacidad de trabajar en equipo, realiza cuidados al paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

Rol de la Enfermera Quirúrgica Instrumentista: Debe conocer la intervención a realizar, técnica quirúrgica y suturas a utilizar (si no lo conoce ver protocolos o hablar con el cirujano). Es conveniente que conozca la situación del paciente para su preparación, por ejemplo: si eso, es un niño, o tiene otras patologías concurrentes.

Una vez realizado esto, teniendo preparado todo lo que se necesita y según el protocolo establecido, antes de realizar el lavado quirúrgico, abre los paquetes y cajas estériles, verificando los testigos químicos y la integridad de los paquetes (rotura, humedad).

- a) Realiza el lavado quirúrgico.
- b) Colocar mesas quirúrgicas.
- c) Proporciona al cirujano y ayudante, todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticiparse a las necesidades.
- d) Comprueba el instrumental y el material antes de entregarlo.
- e) Vigila la esterilidad del campo operatorio y del material:
- f) No dar nunca la espalda al campo operatorio.
- g) No hacer maniobras que comprometan la esterilidad del campo.

1.3.1 Atención de enfermería

La comunicación verbal entre los proveedores de cuidados sanitarios y el paciente no constituye una prueba legal ante un tribunal de justicia. Sólo los registros médicos del paciente pueden citarse como prueba legal de los cuidados recibidos u omitidos.

Los datos escritos por los profesionales de enfermería y médicos en los registros proporcionan una historia del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento.

La función del profesional de enfermería perioperatorio es la información y valoración preoperatoria del paciente y la evaluación postoperatoria de los cuidados suministrados intraoperatoriamente, así como el refuerzo de la información preoperatoria. Todos los datos registrados deben:

- I. Estar escritos legiblemente.
- II. Ser objetivos.
- III. Escribirse con palabras completas, sin abreviaturas.
- IV. Debe contener la fecha.
- V. Firmarse con firma legal completa.

Para evitar problemas legales no deben contener tachones ni correctores fluidos, como el typex por ejemplo. En caso de error hay que especificarlo.

Los cuidados específicos administrados en quirófano deben escribirse en la hoja denominada «Plan de cuidados estandarizados pacientes quirúrgicos», hoja doble común para Hospitalización, UCSI, Quirófano y URPA, donde queda registrado todo el proceso quirúrgico de enfermería, no solamente por razones legales, sino para beneficio de la unidad de cuidados post anestésicos y de los profesionales de enfermería de la unidad que administra los cuidados postoperatorios.

La mayoría de los quirófanos usan formularios pre-impresos con un plan normalizado de cuidados, el nuestro es el arriba indicado.

En el Área Quirúrgica comenzamos a registrar desde el momento en que el paciente llega al ante quirófano.

Se registra el número de quirófano, hora de llegada del paciente, colocación de catéter venoso, tipo, profilaxis antibiótica y hora de entrada del paciente al quirófano.

Además hay unas líneas de texto libre para observaciones en este periodo pre quirúrgico. Cuando el paciente es pasado al quirófano se registra:

- a) Posición del paciente en la mesa quirúrgica.
- b) Tipo de intervención.
- c) Tipo de anestesia.
- d) Hora de incisión.
- e) Colocación de sondas, tipo.
- f) Catéteres venosos, cantidad, tipos.
- g) Transfusiones sanguíneas. Isquemia / duración.
- h) Muestras que se enviarán a los distintos laboratorios.
- i) Drenajes, taponamientos.
- j) Prótesis colocadas.
- k) Glucemia.
- l) Recuento de gasas, compresas y torundas.
- m) Hora de cierre.
- n) Hora de salida del paciente de la sala operatoria.

Así mismo, existen unas líneas de texto libre para anotar todas las incidencias y observaciones que se produzcan durante el acto operatorio, y observaciones a tener en cuenta para los cuidados postoperatorios

1.3.2 Actividades de enfermería circulante e instrumentista

Las funciones que desempeñan el personal de enfermería en el quirófano son muy importantes tienden a seguir normas asépticas por consecuencia mantener la seguridad del paciente.

El proceso quirúrgico se lleva a cabo desde que el paciente se encuentra en hospitalizado para ser intervenido y hasta el paciente recobra el conocimiento después de la cirugía. Debe de existir un registro de lo que va aconteciendo por lo que se debe de anotar:

Registro pre-quirúrgico: Realizado por el personal de enfermería antes de la intervención quirúrgica.

Registro trans-quirúrgico: Realizado por el personal de enfermería durante la intervención quirúrgica.

Registro post-quirúrgico: Realizado por el personal de enfermería después de la intervención quirúrgica.

1.3 Preparación general del quirófano.

Generalmente la preparación del paciente es llevada a cabo por la enfermera circulante y el quirófano es preparado por la enfermera instrumentista y la auxiliar de enfermería.

Es vigilar que el quirófano reúna las condiciones adecuadas antes de la llegada del paciente, verificar el respirador para la anestesia y que los monitores funciones correctamente, conseguir más anestesia si procede, verificar el sistema de aspiración y todo el equipo al igual el mobiliario que vaya a ocuparse durante la intervención.

Verificar el carrito con los medicamentos que serán utilizados además con los que comúnmente se deben tener aquí, tener ya preparados los medicamentos que serán utilizados ya sea en bombas de perfusión, sondajes u otras vías.

Tener ya listo una Intubación Oro traqueal (IOT), de tal forma que si existen complicaciones se pueda actuar de forma eficaz evitando equivocaciones.

Ayudar a la enfermera instrumentista con el material que será utilizado durante la cirugía ya programada o imprevista.

Observar que el paciente se encuentre en las condiciones idóneas para proseguir con la cirugía, vigilar la estancia del paciente para preservar su estabilidad y trasladar al paciente de forma segura hasta el área de reanimación posteriormente a la intervención.

Acomodar y preparar la mesa quirúrgica. Estar presente en la transferencia del paciente de la camilla a la mesa de operaciones.

Prestar ayuda en la colocación correcta del paciente fomentando seguridad y evitar lesiones nerviosas y musculares.

En el acto quirúrgico. Preparar para su uso la solución antiséptica, participar en la preparación del material estéril a utilizar. Asistir de forma oportuna a la instrumentista, al cirujano y los colaboradores para vestirse. Debe participar en el quirófano continuamente y avisar sobre su retiro constante.

Hacer que se mantengan en pie las condiciones de asepsia de igual forma revisar que el personal aquí dentro este vestido correctamente y circule sólo lo necesario.

Recibir materiales de tipo no estériles como cables, electro bisturíes entre otros que serán conectados a otros campos no estériles, enfocar las lámparas de quirófano cada que sea pertinente y se solicite, abrir y presentar todo el material estéril que sea requerido.

1.3.5 Enfermera instrumentista

- ✚ Proporcionar todo el material necesario para la intervención quirúrgica.
- ✚ Seguir las normas asépticas correctamente durante la cirugía.
- ✚ Estar un paso adelante en las necesidades durante de la intervención.

Previo al acto quirúrgico: Para tener éxito en la intervención debe estar relacionada con el procedimiento que se llevará a cabo durante el acto quirúrgico, pues actuará de forma participativa dejando lo mecánico a un lado y verificar la programación quirúrgica, siendo preferible la del día anterior.

1.4 Normas de instrumentación

Hay que pasar los instrumentos con decisión y firmeza. Cuando el cirujano extiende su mano, el instrumento ha de dejarse firmemente en su palma, en la posición adecuada para su utilización. Por lo general, cuando se pasa un

instrumento curvo, la curva del instrumento debe estar alineada con la curva de la mano del cirujano.

Atención especial debe darse a los bisturíes y material punzante, cuya zona de corte debe vigilarse al montarlos, desmontarlos y sobre todo al entregarlos al cirujano y cuando este los devuelve. Siempre desechar este material en los contenedores empleados para ese fin. Los bisturíes se entregan con el filo hacia abajo y la punta hacia la instrumentista.

Para el control del material punzante, no dar ninguna sutura nueva sin recuperar la aguja de la sutura anterior. Existe un nuevo método preventivo de trabajo, llamado zona neutra de instrumental, que consiste en tener una localización específica donde los instrumentos cortantes se dejan y se recogen, eliminando así el pase de mano a mano.

La zona neutra se puede conseguir colocando una batea, un paño o designando una zona especial en la mesa de instrumental, el objetivo de este método es evitar los accidentes que se dan con los instrumentos cortantes y punzantes; para ello cirujano e instrumentista han de pactar este método de trabajo ya que es importante se sientan cómodos y la zona neutra resulte satisfactoria y de fácil acceso.

Las pinzas de disección se cogerán de la parte superior y se entregarán metiéndolas en la mano del cirujano. Las tijeras y pinzas curvas, como ya hemos mencionado anteriormente, con la punta hacia la herida, a excepción de las tijeras de hilos que se dan con la punta hacia arriba. Los disectores, si se emplean como tales, con la punta hacia abajo y si se emplean como portahilos, con la punta hacia arriba, aunque algunos cirujanos los siguen utilizando con la punta hacia abajo. Los separadores se entregarán cerrados.

1.5 Código de ética del profesional de enfermería

El Código de Ética impone a los miembros de la profesión de enfermería, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los estándares establecidos, el deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad.

Las enfermeras y enfermeros colegiados, como miembros de una profesión cuyas metas es lograr el cumplimiento de los cánones de ética, deben tener en consideración lo siguiente:

Que el Código de Ética adquiere fuerza de ley, pues se desarrolla sobre la Base de lo establecido en el Reglamento y por la facultad que le confiere al Colegio, la Ley # 82 del 1ero. De junio de 1973, según enmendada con la Ley # 306, del 15 de septiembre de 2004.

Que como profesión estamos reglamentados por la Ley Núm. 9 del 11 de octubre de 1987. Esta Ley en su artículo 9 establece las medidas disciplinarias; y en el artículo 12 establece las penalidades. Por consiguiente, cualquier violación a estos artículos constituye razón suficiente para aplicar el Código de Ética.

Que el Código de Ética de los Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico posee un cuerpo de enunciados conocido como estándares, que dan las guías para una práctica de enfermería de la mejor calidad. El incumplimiento de los mismos constituye una violación al Código de Ética.

Que el colegiado debe cumplir con los requisitos de educación continuada, pues es una de las tantas formas de actualizar y atemperar su conocimiento en lo relacionado a los cambios y avances en la prestación de servicios de salud,

educación, investigación, administración y cualquier otro campo de acción y su incumplimiento.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor

intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión.

Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

1.6 Equipo quirúrgico

Cuando un paciente se somete a cirugía, un equipo de personal médico asiste al cirujano en el procedimiento. El número de miembros del equipo varía, según sea el tipo de cirugía que se realice. Entre otros, la mayoría de los equipos incluyen los siguientes:

El cirujano:

Un cirujano ha completado cuatro años en la escuela de medicina y ha recibido adiestramiento especializado adicional después de finalizar la escuela de medicina.

1.6.1 El anesthesiólogo:

Un anesthesiólogo ha completado cuatro años de entrenamiento en anestesia, además de los cuatro años requeridos en la escuela de medicina. Los anesthesiólogos usualmente se especializan más en ciertas especialidades quirúrgicas tales como la anestesia microquirúrgica.

1.6.2 La enfermera diplomada certificada como anestesista.

La enfermera, o enfermero anestesista cuida del paciente, antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos u obstétricos. La enfermera monitoriza constantemente cada función importante del cuerpo del paciente y puede modificarle la anestesia para asegurarle la máxima seguridad y comodidad. Una enfermera anestesista ha obtenido su diploma de licenciatura en enfermería, seguido por capacitación especializada en anestesia.

La enfermera de sala de operaciones / enfermera circular:

Las enfermeras diplomadas, están registradas y autorizadas por el estado para el cuidado de los pacientes. Algunas enfermeras se dedican a áreas especializadas como la cirugía. La enfermera de sala de operaciones, ayuda al cirujano durante la operación. Las enfermeras de las salas de operaciones tienen certificaciones en varias áreas quirúrgicas.

1.7 Preparación del campo quirúrgico

La preparación correcta del campo quirúrgico, del paciente y del profesional, antes de la realización de cualquier tipo de cirugía, disminuye la incidencia de complicaciones postoperatorias y ayuda a obtener resultados satisfactorios. Actualmente muchas de las medidas de asepsia utilizadas carecen de evidencia científica que demuestren la eficacia de su uso, como en el caso del rasurado o las mascarillas. Este trabajo presenta los métodos habituales en la preparación del campo quirúrgico, indicando cuales han demostrado evidencia científica.

1.7.1 Lavado de manos

Es el procedimiento de reducir el mayor número de microorganismos patógenos de manos a tercio inferior de brazo, por medio de movimientos mecánicos y desinfección con productos químicos antes de practicar una intervención quirúrgica.

Material:

- Agua corriente (lavabo acondicionado con cierre para rodilla, codo o piel)
- Jabón antiséptico (yodo o clorhexidina)
- Limpiador de uñas (palillo de naranjo)

- Cepillo de cerdas blando estéril o esponja desechable de poliuretano impregnada de jabón.
- Gasas o toallas estériles.

1.7.2 Campo quirúrgico

El proceso de la colocación de ropa estéril (campos y sábanas), consiste en el acomodo sistemático de los mismos con la finalidad de establecer un campo estéril que sirva de barrera de protección contra la contaminación y la humedad de la herida quirúrgica.

Colocación paño en la mesa:

Material:

Paquete con un paño estéril.

Equipo estéril (gasas, recipiente estéril, líquido antiséptico, pinzas.)

Colocar lo más cercano en el tiempo a la intervención. Todo campo estéril debe ser controlado y cuanto más tiempo esté el campo creado, mayor será el riesgo de que contacte con algún objeto no estéril y por tanto que se contamine.

Se coloca sobre una superficie limpia y húmeda, ya que si la mesa está mojada el campo estará contaminado. Hay barreras estériles impermeables que solucionan el problema.

Se abre el paquete que contiene la envoltura. Con una mano, sujetar la esquina del paño y sacar el paño de su envoltorio, abriéndolo sin que toque ningún

objeto. Con la otra mano sujetar la otra esquina del paño y mantenerlo lejos de nuestro cuerpo (evitar que contacte con cualquier superficie, ya que se consideraría contaminado).

1.7.3 Instrumental

Confirmar esterilidad del paquete: verificar fechas y estado del envoltorio. El material es esterilizado por calor húmedo, seco o por métodos químicos. La esterilización tiene una fecha de caducidad, pasada esa fecha el material no se considera estéril. Siempre que se vaya a utilizar material, deberemos comprobar la fecha, que el material no esté roto, sucio o húmedo, lo que indicaría contaminación.

Sostener el paquete unos 15 cm. por encima del campo y dejar que caiga el contenido sobre la mesa. Recordar que 2.5 cm. alrededor de la mesa se consideran contaminados.

Para añadir líquido en un recipiente estéril, hay que tener en cuenta que el exterior de la botella no se considera estéril, excepto si se encuentra en un paquete estéril. Se vierten a unos 10-15 cm. por encima del recipiente y a un lado del campo estéril para que la botella no pase por encima del campo. Verterlo con suavidad, para evitar mojar el paño de la mesa perdiendo la esterilidad y el contacto accidental con una superficie no estéril causando una contaminación. Al abrir la botella, el tapón hay que ponerlo hacia arriba antes de apoyarlo en una superficie no estéril, para que el interior no se contamine.

Laparoscopio 10 mm, 0 grados

Laparoscopio 10 mm, 30-45 grados

Aguja de Verres

Grasper de 5 mm con cremallera

Grasper de 5mm sin cremallera

Pinza de Maryland de 5mm

Tijera descartable de 5mm

Pinza extractora de vesícula de 5mm

Electrodo de gancho 5mm monopolar

Electrodo de bola 5mm monopolar

Cable monopolar

Pinza de coagulación bipolar

Cable bipolar

Aplicador de clips de titanio de 10mm

Portagujas de 5mm

Empujanudos de 5mm

Aspirador irrigador de 5mm

Reductor de metal de 10 a 5mm.

2 Trócares de 5mm.

2 Trócares de 10mm.

1 Trócar de Hasson.

1.7.4 Limpieza del campo quirúrgico

La Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene recomienda la higiene del paciente el mismo día de la intervención con solución de clorhexidina al 4% en base detergente, así como preparar el campo quirúrgico con: solución de clorhexidina al 5% o con solución de polivinilpirrolidona yodada (PVP) al 10%. Sin embargo, un estudio prospectivo de Bibbo y cols.

Concluye tras comparar un grupo sometido a lavado del campo quirúrgico con povidona yodada al 7,5% y posterior pincelado con povidona yodada al 10%, frente otro lavado con gluconato de clorhexidina al 4% y posterior pincelado con isopropanol al 70%, que el uso de la clorhexidina era superior en la reducción de la carga bacteriana. Realizan los lavados de manera estándar de 7 minutos de duración (se recomiendan de 5 a 10 minutos).

1.8 Descripción de los tipos de intervenciones según grados de asepsia

Herida limpia-contaminada: Herida no traumática con penetración en el tracto respiratorio, gastrointestinal o genitourinario y sin difusión significativa del contenido (apendicetomía, colecistectomía, en ausencia de inflamación aguda o infección, resección del intestino delgado o grueso, sin inflamación o infección, intervenciones de la oro faringe, intervenciones del útero, sin inflamación, parto vaginal normal, episiotomía, etc.).

Herida contaminada: Herida traumática reciente, de una fuente relativamente limpia o una herida operatoria en la que existe contaminación del tracto gastrointestinal o del tracto urinario o biliar, en presencia de bilis o de orina contaminadas. Se incluye la herida de incisión quirúrgica en la que se encuentra inflamación aguda no purulenta.

Herida sucia o infectada: Herida traumática de una fuente contaminada, con contaminación fecal, con cuerpo extraño o con tejido retenido desvitalizado, herida traumática producida hace más de cuatro horas, herida quirúrgica en la que se

haya penetrado en cualquier zona inflamada o en absceso bacteriano o cuando el tejido sano ha sido traspasado para acceder al absceso purulento (p.ej. herida quirúrgica sobre órgano infectado, perforación de víscera hueca, intervenciones cólicas, etc.).

1.9 Normativa aplicada al personal

Al ser el Área Quirúrgica de acceso restringido y necesitar unas condiciones óptimas de asepsia se requiere una normativa específica en cuanto a la vestimenta.

La ropa utilizada durante las intervenciones quirúrgicas se retirará a: Q Ropa verde en las bolsas verdes Q Ropa azul de poliéster en las bolsas amarillas

Siempre se introducirá la ropa dentro de las bolsas destinadas para ello y para su envío a la lavandería.

a) Pijamas: Son verdes, han de ser anchos, cómodos y de algodón; debe cambiarse a diario o en caso de necesidad.

b) Gorro: Q Cubrirá el pelo totalmente (incluido los flequillos), lo ideal es que sean transpirables. Q Es aconsejable que las personas con barba o pelo largo utilicen gorro tipo escafandra. Q El gorro deberá colocarse en el vestuario antes de entrar en el Área Quirúrgica propiamente dicha y no quitárselo en ningún momento hasta volver a salir al vestuario.

Nadie debe salir del Área Quirúrgica con pijama verde. Si por una emergencia el personal del Área sale con el mismo, deberá cambiarse al volver a entrar en quirófano.

Higiene, Asepsia y Esterilización

c) Mascarilla:

La mascarilla ha de tener las condiciones necesarias de garantía de asepsia como son: grosor, filtro idóneo (95% de filtración) y elemento moldeable. El equipo quirúrgico, anestesiólogo, cirujano y personal de enfermería quirúrgicas utilizarán mascarillas de alta filtración. Q Se colocarán con la mínima manipulación posible, tapando nariz y boca y adaptando el elemento moldeable a la pirámide nasal. Ha de estar bien adaptada a la cara sin que queden huecos laterales. Q Se llevará colocada siempre dentro del quirófano. Los criterios de la AORN (ASOCIATION PER OPERATIVA REGISTERED NURSES) recomiendan que las mascarillas se utilicen durante todo el tiempo en el Área Restringida del quirófano incluyendo las áreas donde se localiza la zona de lavado. Siempre se debe usar mascarilla en el interior del quirófano, se esté operando o no. Q Las mascarillas se llevarán puestas o bien se desecharán. No deben aprovecharse ni guardarse colgando del cuello, ni en el bolsillo, para usarlas posteriormente. Q Como norma, las mascarillas han de cambiarse cada 4 horas y siempre que estén sucias o mojadas. Q Existen otros tipos de mascarillas específicas:

A) Mascarilla con pantalla. Igual que las anteriores o incluso con una capacidad de filtración mayor con pantalla transparente, que cubre y protege de salpicaduras la zona ocular. B) Mascarillas para láser. Mascarillas especiales para vaporizaciones con láser. C) Mascarillas de alta filtración para tuberculosis activa, con correcto ajuste facial y ausencia de válvula espiratoria.

Colocación gorro-mascarilla incorrecto

Colocación gorro-mascarilla correcto

d) Zuecos: Los ideales han de ser de goma por su fácil limpieza y secado, preferiblemente con una cinta detrás para sujetar bien el pie. Q Uso exclusivo de la zona quirúrgica. Q No deben tener roturas para evitar acumulación de gérmenes. Q Estarán siempre limpios. Q Si por una emergencia, el personal sale

del quirófano con los zuecos, al volver se colocará unas calzas sobre los zuecos hasta que estos puedan lavarse. Q Los zuecos se podrán echar a lavar a diario.

Este tipo de zuecos son resistentes al calor, antiestáticos, antideslizantes y con plantilla anatómica activa.

e) Calzas: Q Las adecuadas son impermeables y antideslizantes. Q Cubrirán totalmente el calzado. Q No deben utilizarse nunca para deambular fuera del quirófano. Q Deben cambiarse cuando estén mojadas o cuando se abandone la zona quirúrgica.

f) Indumentaria de protección: El personal debe conocer y concienciarse sobre los riesgos potenciales o no que existen en el Área Quirúrgica y protegerse frente a los mismos. Q Delantales plomados: Ante la exposición contra radiaciones ionizantes. Q Protectores de tiroides y gafas plomadas: Cuando la exposición a las radiaciones es muy cercana (se recomienda a 1 m.). Q Gafas: Para protección de salpicaduras (ver mascarillas) en el campo quirúrgico o durante el lavado del instrumental. Gafas para láser: Para proteger los ojos de las fuentes de láser.

Guantes: Se deben utilizar guantes no estériles de látex o vinilo para manipular o limpiar cualquier material o instrumento contaminado y sólo deben llevarse durante ese período y no de forma continuada. Así mismo, se usarán para la canalización de vías y otras maniobras en las que pueda existir contaminación por fluídos.

Los objetos limpios y equipos estériles, no deben manipularse con guantes contaminados.

Gafas de protección ocular.

Higiene, Asepsia y Esterilización

Los guantes estériles deben ser utilizados por el equipo estéril en cualquier procedimiento invasivo. h Guantes de protección anti corte: de fibra de spectra, que solo protegen de cortes por bisturí, no de los pinchazos. h Guantes anti pinchazo: (en zona de dedos) de menos sensibilidad y dudosa eficacia. Aunque se sabe que a mayor número de capas que atraviese la aguja disminuye el riesgo de contaminación. Guantes de plomo: Para protegerse de la radiación. Q Batas: Son recomendables las batas de tejido hidrófugo para repeler y aislarnos de los fluidos, desechables (de tejido sin tejer por ejemplo SONTARA, o poliéster trilaminar) o reutilizables de poliéster. h Estériles para el campo quirúrgico y maniobras anestésicas. No estériles para protegernos de salpicaduras (limpieza de materiales...). En general, las batas han de ser resistentes a la penetración de líquidos y sangre, ser cómodas y no producir un calor excesivo.

La zona de la espalda no se considera estéril, así como la región por debajo del nivel de la mesa una vez puesta la bata y por encima del codo. Aun así, se recomiendan usar batas estériles que se crucen sobre la espalda

1.10 Esterilización

Esterilización: eliminación o muerte de todos los microorganismos que contiene un objeto o sustancia, y que se encuentran acondicionados de tal forma que no pueden contaminarse nuevamente.

Sanitizante: agente que disminuye la carga microbiana total a un nivel el cual es seguro para la salud de la población. Sólo es aplicable sobre objetos inanimados.

Desinfectante: agente que elimina la carga microbiana total en superficies inanimadas tales como habitaciones.

Antiséptico: agente que controla y reduce la presencia de microorganismos potencialmente patógenos sobre piel y/o mucosas (sólo pueden aplicarse externamente sobre seres vivos.)

1.10.1 Normativa aplicada al material

Como norma general todo el material o instrumental que llega de la Central de Esterilización se encuentra ubicado en almacenes de limpio. En las zonas intermedias de los quirófanos y por especialidades existe un pequeño stock de paquetes de pequeño instrumental. Algunas especialidades por sus características disponen de almacenes propios donde también se ubica material protésico.

1.10.2 Instrumental y material estéril

El material estéril que llega en el montacargas, se recogerá con sumo cuidado para que, tanto el instrumental como sus embalajes, no se deterioren.

En el momento en que se detecte cualquier rotura o anomalía en los embalajes o cajas de material, se devolverán, previo aviso, a la Central de Esterilización para su nuevo procesamiento.

Las cajas de mayor peso se colocarán, en la balda correspondiente a su especialidad, a la altura aproximada del tronco de la persona. Nunca por encima

de la altura de los hombros o por debajo de la cintura, con ello se evita sobrecargar la espalda y realizar movimientos inadecuados para la salud.

La circulación de materiales debe hacerse de zona limpia a zona sucia y nunca al revés.

1.10.3 Higiene, Asepsia y Esterilización

El instrumental específico de las zonas intermedias o de los almacenes de especialidades, marcado previamente con el número del quirófano al que pertenece, se llevará a la zona intermedia correspondiente.

Tanto el material como el instrumental se almacenarán teniendo en cuenta su fecha de caducidad y/o esterilización.

Las fechas de caducidad se revisarán regularmente para evitar encontrar material no disponible para su uso. Existe un calendario de revisión de las mismas en base al tiempo de seguridad recomendado: Q Contenedores metálicos con filtro: c/ 3 meses Q Paquetes con doble papel crepé verde: c/ 2 meses Q Paquete papel mixto: c/ 6 meses Q Paquete papel mixto doble: c/ 12 meses

El instrumental que se saca a la mesa de la enfermera instrumentista ha de contarse al comienzo de la intervención, al comenzar el cierre de la herida quirúrgica y al final de la intervención.

Durante la intervención, el instrumental se mantendrá lo más limpio posible .

El instrumental se sacará al finalizar la intervención en un cestillo, abriendo aquellas pinzas que tengan articulación para su correcta limpieza. El instrumental delicado no irá mezclado con el resto.

Antes de sacar el instrumental, se retirará todo el material cortante y punzante a los contenedores que existen a tal efecto.

1.11 Mesa de instrumental y clasificación

La mesa del instrumental es uno de los elementos mobiliarios que se encuentra dentro de la sala de operaciones. Generalmente es de acero inoxidable; de superficie lisa; posee cuatro patas, cada una de ellas terminando en rueditas para poder desplazarse. La elección del tipo de mesa y la posición que esta adquiera dentro de la sala depende del tipo de intervención a realizar. En la mayoría de las intervenciones se ubica a la derecha ya que de ese mismo lado estará el cirujano y por consiguiente la instrumentista.

La ubicación de la mesa con respecto al instrumentista es muy importante, ya que no debe impedirle a esta una visión dificultosa o nula del campo operatorio porque no podría seguir el desarrollo de la intervención, prever los tiempos y por ende no anticiparse a los requerimientos del equipo, lo que enlentecería la intervención.

Luego de que el instrumentista verifica que la sala esté amoblada adecuadamente y que todo lo que esta posee funciona (cialíticas, aspiración central, carro de anestesia, mesa del instrumental, mesa de mayo, mesa de antisépticos, mesa para los paquetes de ropa, soportes de suero, baldes con bolsas para los residuos, receptal, tarimas, bisturí eléctrico, posiciones, accesorios y freno de la mesa de operaciones, negatoscopio) se pone el tapabocas y el gorro, se realiza el lavado quirúrgico y vuelve hacia la sala de operaciones para vestirse.

Es así que procede a abrir el "paquete chico o paquete del instrumentista" (colocado sobre la parte de arriba de su correspondiente mesa), se abre la envoltura estéril de este (la primer envoltura ya fue abierta por el circulante o por el instrumentista antes de ir a lavarse), y sacar de allí la sobre túnica, se colocan los guantes (los cuales tienen sólo la envoltura estéril, la otra es sacada por el circulante o por la misma instrumentista antes de ir a lavarse) y de esta forma está

en condiciones de comenzar a vestir la mesa del instrumental y luego la mesa de Mayo si es que la cirugía a realizar lo amerita. Junto a las dos sobre túnicas, en el paquete de la instrumentista vienen cuatro campos nº 3, dos de ellos doblados como sábanas y los otros dos doblados en forma cuadrada.

Para tender la mesa del instrumental el instrumentista va a utilizar los dos campos nº 3 que vienen doblados como sábanas, primero colocará uno y luego el otro.

El instrumentista toma el primer campo y se dirige hacia la mesa, se para frente a ella y tomando una distancia considerable con la misma, procede a apoyar el campo, se fija que al abrir ambos dobleces el bolsillo que queda entre ellos este mirando hacia el, esto le permite que al comenzar a desplegarlo pueda cubrir primero la parte de la mesa que da hacia el, y así proteger la esterilidad en su plano anterior. Con el segundo campo adopta la misma conducta. De esta manera la mesa está pronta como para empezar a poner en ella los distintos tiempos de instrumental, material blanco, material de sutura, bols, riñones, etc.

Para cubrir la mesa de Mayo va a utilizar los dos campos nº 3 doblados en forma cuadrada, primero toma uno y lo despliega cerca de la mesa pero teniendo cuidado de no rozarla y cubre la parte de la mesa, con el otro campo va a proceder a cubrir el pie de la misma.

La mesa de Mayo generalmente de acero inoxidable, de menores dimensiones que la mesa del instrumental, posee un solo pie que termina en rueditas para poder desplazarse, se coloca sobre el paciente pero no en contacto con él, y se utiliza para colocar aquellos instrumentos que el instrumentista utilizará en los primeros tiempos (Ej.: bisturís, tijeras, pinzas de presión elástica,

un amplio surtido de americanas, el bols con suero) y a medida que la intervención progresa podrán agregarse otros instrumentos provenientes de la mesa del instrumental, o sea que es una superficie estéril adicional para el armado.

Durante la intervención el instrumentista debe ser muy cuidadoso con el manejo del suero, o cualquier otro líquido sobre la mesa porque si los campos que la cubren se mojan, ya se pierde la esterilidad de la misma.

Luego de vestir la mesa del instrumental y la mesa de Mayo, el instrumentista procede a ir colocando sobre la mesa los distintos instrumentos quirúrgicos de acuerdo con los tiempos que se irán manejando durante la intervención.

El Instrumental quirúrgico es la herramienta que emplea el cirujano en la intervención quirúrgica. Se diseña de forma tal que le permita al cirujano realizar las maniobras quirúrgicas necesarias, ya que el tamaño, el peso y la precisión del instrumental utilizado pueden afectar los resultados de la cirugía.

1.11.1 Tiempos quirúrgicos

Son las etapas en las que se divide la cirugía que son diéresis, exeresis y síntesis.

Diéresis.-Es el tiempo que se utiliza en todas las cirugías, consiste en seccionar o cortar el tejido para crear una vía que nos ayude a acceder al cuerpo en la parte que ha sido determinada puede realizarse en forma aguda y forma roma, la primera utiliza el corte como se ha mencionado y el otro también es conocido como divulsión, aquí como ya fue mencionado se crea un acceso sin lastimar los tejidos que se encuentran alrededor.

Dissección consiste en la división y separación metódica de los diferentes planos tisulares. La dissección se efectúa tanto en tejidos blandos como en tejidos duros, utilizando un instrumental apropiado

Exéresis. Es el proceso que presenta ciertos puntos que se derivan del mismo, que son aplicables a todas las cirugías, por medio de este proceso se retira una sección o parte del organismo.

1.12 Metas internacionales de seguridad del paciente

Identificar correctamente a los pacientes. Todos los pacientes serán identificados de manera precisa. Al identificar al paciente debe ser tomarse en cuenta al menos dos identificadores como el nombre y el número de afiliación del paciente. La identificación del paciente debe ser constante en toda la estancia del paciente en el hospital.

Mejorar la comunicación efectiva. La comunicación entre el equipo de salud debe ser efectiva de tanto verbal como escrita debe ser a tiempo, sin malinterpretaciones y ser analizada y entendida por quien la está recibiendo.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Todos los medicamentos considerados de alto riesgo serán clasificados e identificados de forma correcta en los distintos servicios que serán ocupados. En medicamentos donde el envase pueda confundirse será responsable el Hospital de diferenciarlos. Los pacientes no deberán tener posibilidad alguna de entrar en contacto con estos medicamentos.

Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

- a) Antes de proceder a una intervención quirúrgica se necesita verificar:
- b) La identificación del paciente debe coincidir con el expediente clínico del paciente.
- c) El procedimiento que ha sido programado y el área en el que se intervendrá.
- d) Contar con todo lo necesario para la intervención (material y equipo).

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. -Sin excepción el personal debe saber el proceso de lavado de manos, así como técnicas asépticas.

El personal debe de llevar una capacitación o en dado caso estar preparado para el manejo correcto de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI). Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas. Desde el ingreso de los pacientes se hará una valoración sobre la caída de los mismos.

Se debe comunicar a los pacientes y a sus familiares sobre la serie de acciones que pueden efectuar para evitar alguna caída.

Preparar el equipo en participación con la enfermera circulante siendo material, sueros, medicamentos entre otros, para la cirugía.

1.13 Cirugía laparoscópica

La cirugía laparoscópica o “mínimamente invasiva” es una técnica especializada para realizar cirugía. Anteriormente, esta técnica se usaba por lo general para cirugía ginecológica y de vesícula biliar.

Principios:

- I. Preparar al paciente
- II. Distender el abdomen
- III. Acceder a la cavidad.
- IV. Visualizar la cavidad.
- V. Operar.

1.13.1 Riesgos

Aunque las técnicas quirúrgicas de mínima invasión en la actualidad se realizan con riesgo mínimo y excelentes resultados, todo procedimiento en medicina conlleva algo de riesgo. Cuando ofrecemos un procedimiento quirúrgico es porque hemos puesto en una balanza de riesgo beneficio a la cirugía y a la enfermedad. Si toleramos la posibilidad de estos riesgos es porque la enfermedad representa un riesgo mucho mayor y el tratamiento un beneficio mucho mayor con un riesgo mucho menor.

La mayoría de los procedimientos laparoscópicos complejos requieren anestesia general para permitir una relajación suficiente de los músculos abdominales de manera que el espacio de trabajo en el interior de la cavidad

abdominal sea suficiente. La anestesia moderna es muy segura y los anesthesiólogos que le atenderán tienen una gran experiencia, son especialistas en el área.

1.14 Cuidados de enfermería en el periodo post operatorio inmediato

1.-Preparar la unidad de recuperación del paciente. Es disponer de recursos físicos y humanos que existan en el hospital, ya que esto aumenta los estándares de calidad en la atención al paciente recién egresado de la cirugía.

2.-Recibir al paciente con el expediente clínico correcto. La realización del equipo de salud influye en el paciente, el tener los conocimientos físicos sobre el estado en el que es recibido el paciente (técnica, duración, fármacos administrados, anestesia utilizada. cuenta con drenaje, apósito etc) contribuye a la realización de plan de cuidados para el paciente posquirúrgico. La valoración se enfoca en las vías respiratorias, la circulación, el metabolismo, la anestesia y en general el aspecto físico que presenta el paciente.

3.-Colocar y proteger al paciente en la posición indicada o requerida. La posición del paciente se determina a partir de dos factores los cuales son anestesia inducida y el tipo de cirugía que fue realizado, así que el cambio de posición favorece la respiración y la circulación de la sangre en el cuerpo.

4.-Mantener vías respiratorias permeables. El reflejo faríngeo como laríngeo al ser recuperados fomenta el control de la lengua, tos y deglución. El que

el paciente participe en un a oxigenación adecuad ayuda a que mantenga un buen intercambio gaseoso y genera la aceleración de la expulsión del anestésico.

5.-Conectar y mantener el funcionamiento de los equipos de drenaje, succión etc. El mantener la instalación de aparatos en el paciente genera un buen control y cubrimiento de las necesidades fisiológicas del mismo.

6.-Control y registro de los signos vitales. La anestesia y la pérdida de los líquidos en el paciente contribuyen en la alteración de los signos vitales. La movilización, estimulación tusígena y respiratoria esta última favorece el buen intercambio gaseoso, reducen el nivel de dolor y por consecuencia la disminución de las complicaciones posoperatorias.

7.-Participar en la administración de líquidos parenterales y terapéuticos de restitución. La restitución la pérdida hidroelectrolítica se basa en estado clínico, peso, el equilibrio hidroelectrolítico, hematocrito y química sanguínea primordialmente. La mayoría de los pacientes requiere de soluciones isotónicas para la satisfacción de necesidades hidroelectrolíticas, un equilibrio electrolítico adecuado resulta de los correctos registros ingeridos y eliminados, así como el peso corporal.

1.15 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CAPÍTULO II : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este capítulo se va desarrollar la pregunta de investigación con la finalidad de saber cuáles son las funciones específicas que debe de desarrollar la enfermera dentro de un quirófano durante una cirugía, con esto se obtendrá, también que tanto éxito se obtiene en este tipo de cirugías.

2.1 Justificación

En la actualidad la tecnología ha avanzado de tal manera que es sorprendente el cómo a beneficiado la tecnología relacionado a la salud, es por ello y debido a esto que a crecido la necesidad de implementar día con día las tecnología ya que las múltiples patologías que han surgido y los múltiples casos que son demandantes de una cirugía.

Es de suma importancia asegurar la preparación del paciente así como verificar que el quirófano se encuentre en óptimas condiciones antes de la llegada del paciente en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el año 2015 a 2016 para realizar un procedimiento seguro.

Esta cirugía laparoscópica beneficiara a los pacientes y familiares en diferentes maneras como su pronta recuperación así como la importancia que debe tener el que una cirugía sea segura con la cual se pretende elaborar todos los procedimientos seguros.

Se han creado diversos aparatos en su caso con el fin de ser mínimamente invasiva para el organismo. Dentro de este contexto la enfermera tiene como

finalidad brindar los cuidados adecuados durante este periodo, enfocándose mayormente durante la cirugía ya que es uno de los momentos más críticos del paciente.

Durante la cirugía laparoscópica cada parte del team es importante y cada cual realización de una tarea que contribuye a su bienestar y que consta del cirujano, ayudante, instrumentista y circulante en un aproximado de ocho integrantes dentro del equipo.

La cirugía ha sido de elección por todos los beneficios que tiene y la pronta adaptación de la persona nuevamente a su vida cotidiana, ya que en la actualidad es la cirugía a la que más personas se someten y los riesgos son mínimos. El promover que las personas esa educación de ejercer poder sobre su salud y someterse a este tipo de cirujas cuando sea necesario.

Potenciar la seguridad del paciente así como responderle a las dudas que plantee o transmitírselas al cirujano, para que se las aclaren transmitiendo confianza y seguridad, y entregar de forma aséptica todo el material que se vaya a utilizar, mantener una estricta asepsia durante el procedimiento.

Cada miembro participativo debe estar familiarizado con el procedimiento quirúrgico que se va efectuar para poder actuar de forma eficiente, ya que la actuación de la instrumentista es ante todo participativa y no mecánica.

La enfermera debe tener conocimientos generales de técnicas de quirófano y de gestión tanto en el aspecto teórico como práctico. La Supervisora debe poseer capacidad de liderazgo para supervisar y dirigir los cuidados de enfermería de los pacientes que proporciona el personal a su cargo, según los principios y estándares de la enfermería. Abarca funciones de dirección como la planificación, organización, contratación, dirección y control, junto con los procesos de resolución de problemas, toma de decisiones, coordinación y comunicación.

La pregunta principal de esta investigación es:

¿Cuáles son las funciones que debe desempeñar el equipo quirúrgico dentro de quirófano en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia Michoacán durante el setiembre 2015 a mayo 2016?

La cirugía laparoscópica ha sido de suma elección hoy en día y en base a esto pueden tener múltiples beneficios tanto para el cirujano como para los pacientes debido a que la cirugía es mínimamente invasiva y no ocurren grandes daños y la recuperación es más rápida. Cabe remarcar, que esta cirugía no se puede realizar a todos los pacientes porque como toda cirugía tiene sus requisitos para no poner en riesgo a los pacientes y su vida no corra riesgo.

Esta cirugía ha renovado el mundo actual ya que debido a que es mínimamente invasiva y el riesgo de hemorragias o daños internos son mínimos. No es recomendable para personas que no cumplan con todos requisitos o padezcan alguna enfermedad que ponga en riesgo su salud durante el procedimiento quirúrgico que se va efectuar.

Por tanto la cirugía no solo se va enfocar en los avances y a las múltiples cirugías que se pueden hacer sino también en el que la enfermera instrumentista desarrolle bien sus funciones con ayuda de la enfermera circulante con la finalidad de lograr una cirugía segura.

Los miembros del equipo deben comunicarse entre sí y tener una distribución solapada de todos los cometidos, para desempeñar las tareas especificadas como una única entidad. El fracaso de cualquiera de los miembros para desempeñar su papel puede incidir negativamente en el éxito de todo el equipo. Cada una de las acciones individuales es importante.

La enfermera debe saber todas las funciones que debe realizar junto con el equipo quirúrgico basado en normas que respaldan una cirugía segura, esto con la finalidad de evitar daños que pongan en riesgo la integridad del paciente. La formación específica del equipo es fundamental para desarrollar, con éxito la actividad profesional.

Esto principalmente va enfocado durante el trans operatorio delimitando únicamente las funciones que debe cumplir todo el equipo quirúrgico.

2.2 OBJETIVO GENERAL

Brindar información sobre la relevancia del campo quirúrgico estéril para reducir el riesgo de una cirugía contaminada.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Enseñar la importancia sobre la cirugía segura

Realizar un traslado seguro del paciente hasta quirófano.

2.4 Hipótesis

Las funciones que realiza el equipo quirúrgico dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud es el adecuado para los pacientes que se someten a una cirugía laparoscópica.

Con la finalidad de saber si se maneja un área estéril dentro del campo, ya que debido a las múltiples funciones que cada una desarrolla contribuye a que el equipo trabaje más. Así como tener en cuenta que cada función es primordial que se realice dentro y fuera del quirófano.

Se evaluara la calidad de la comunicación para el buen manejo y que se lleve una cirugía segura, debido a esto es un plus para que se lleve una buena preparación del campo quirúrgico.

Variables independientes

A mejor funciones del equipo quirúrgico.

A menor riesgo de contaminación.

Variables dependientes

Mayor éxito en las cirugías.

Mayor efectividad.

CAPITULO III : ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se mencionaran las estrategias metodológicas que se utilizaran, que describe el tipo de investigación que se va implementar, remarcando el porqué de ello y de los medios que se van utilizar en el que se beneficiará a la investigación con la ayuda de la estrategia metodológica.

Investigación descriptiva

Se elaborara mediante la investigación descriptiva, en el que se pretende determinar la importancia sobre el buen uso de reducir al máximo la contaminación del campo estéril describiendo los pasos que se van a seguir y obtener una cirugía segura, con la finalidad de recoger datos que sean importantes y de ayuda para saber el buen preparamiento del campo quirúrgico. Esto va a traer como resultado el informar a los médicos y enfermeras sobre las acciones que se realizan con mayor frecuencia y que hacen que una cirugía sea contaminada.

3.1 Método hipotético deductivo

El método hipotético deductivo es una descripción del método científico, el método hipotético-deductivo es un proceso iterativo, es decir, que se repite constantemente, durante el cual se examinan hipótesis a la luz de los datos que van arrojando los experimentos. Si la teoría no se ajusta a los datos, se ha de cambiar la hipótesis, o modificarla, a partir de inducciones.

Se entiende como estrategia metodológica la forma de lograr los objetivos que han sido plantados para que sean cumplidos en un plazo más corto y de tal manera que los resultados sean verídicos, por lo que se usara la estrategia cualitativa en la que se pretende ver al sujeto o sujetos desde una perspectiva holística el cual indica una amplia gama de enfoques por lo que busca comprender y conocer los diferentes puntos de vista.

Por tanto se utilizará la entrevista o un test en la cuál se intenta arrojar resultados que sean favorables y que ayuden cuál es el principal problema de la mal preparación del campo quirúrgico, mediante el cuestionamiento al personal especializado. Se describirán los indicadores para obtener el mayor éxito posible y el riesgo de contaminación sea el mínimo.

Se mencionará sobre el cómo obtener el mayor éxito posible, planteada ya la hipótesis se arrojaran resultados que ayudaran en gran parte para la buena preparación del campo quirúrgico. Con ayuda de una investigación cualitativa la cual menciona que, La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

Una de las variables para realizar la investigación es mejorar el funcionamiento del equipo quirúrgico, para obtener mayor éxito en las cirugías dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el año 2015 a marzo

2016 con la finalidad de disminuir el riesgo de una cirugía contaminada, con el objetivo de incrementar el mayor logro de cirugías seguras. Por tanto se realizara una investigación detallada sobre la preparación de campo quirúrgico, y observando las acciones que se realizan dentro del quirófano para detectar los errores que se comenten.

A menor riesgo de contaminación mayor efectividad en la cirugías en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el año 2015 a marzo 2016 que tiene como finalidad la buena preparación de todo el equipo quirúrgico para reducir el riesgo de una cirugía contaminada cuyo objetivo principal es dar a conocer las acciones que son ejecutadas de manera incorrecta que dan al paciente, en la cual se debe incrementar la formación y la mejor preparación de todos los que participaran en la cirugía.

Por ello con la entrevista que se realizará a una Lic. En Enfermería dentro del área de quirófano se obtendrán las respuestas para saber cómo es posible reducir el menor riesgo posible e incrementar una mayor efectividad en las cirugías y cada pregunta va de acuerdo a las variables debido a que las preguntas fueron diseñadas con la finalidad de saber el riesgo, efectividad y funciones que la enfermera debe desempeñar, y con el guion de entrevista que va enfocada e médicos y enfermeras se obtendrá resultados de ambos para saber con certeza cuales son las fallas,

Evaluación.La evaluación surge como una herramienta de control consiste en la operación que se realiza dentro de la actividad educativa que tiene como objetivo alcanzar el mejoramiento continuo de un grupo, se aplicara un grupo de

enfermeras con la finalidad de saber el conocimiento que tienen y su nivel de experiencia. Dentro de esta evaluación se entrevistara preferentemente a las enfermeras debido a que son las más cercanas al paciente dentro del procedimiento y se podrán obtener un resultado positivo, y como segunda opción a un médico cirujano que confirmé lo dicho dado el caso que se requiera.

CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se desglosaran los resultados obtenidos en la entrevistas realizadas, en el que se describirán cual tuvo la mayor incidencia en la variables y dar a conocerlos, con lo que se busca que de un resultado favorable en cuanto a la hipótesis planteada.

Con ayuda de una investigación cualitativa se menciona que, la metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado un mayor parte se encuentra en un determinado acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

El método hipotético deductivo es una descripción del método científico, el método hipotético-deductivo es un proceso iterativo, es decir, que se repite constantemente, durante el cual se examinan hipótesis a la luz de los datos que van arrojando los experimentos.

A continuación se describe cada porcentaje obtenido y que darán un porcentaje que ayudara a darnos cuenta cuales son las fallas. Se consultaron 3 enfermeras tituladas que son las encargadas de una área quirúrgica con el objetivo de saber el riesgo de contaminación de una cirugía o de lo contrario el éxito que se tenga para que una cirugía sea segura

Cuadro 1 Mejorar el funcionamiento del equipo quirúrgico, para obtener mayor éxito en las cirugías dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud .

| No. | Pregunta | SI | NO |
|-----|--|-------|-------|
| 1.1 | ¿Se cuenta con todo el material necesario en caso de una emergencia dentro de una cirugía? | 66.6% | 33.3% |
| 1.2 | ¿Cree que está capacitado ante una emergencia | 66.6% | 33.3% |
| 1.3 | Cree usted que quirófano cuenta con los aparatos necesarios para ofrecer una atención de calidad | 33.3% | 66.6% |
| 1.4 | ¿Sabe usted la responsabilidad que tiene con el paciente? | 100% | 0% |

Se cuestiono a las enfermeras sobre si en una sala de quirófano se cuenta con el material necesario en caso de una emergencia acertando de 5 entrevistados 4 aproximadamente que contesto que si quedando con un porcentaje de 66.6 %obteniendo el porcentaje mayor.

En la pregunta 1.2 nos menciona que el personal de enfermería que fueron entrevistados 3 cuenta con el conocimiento suficiente para actuar ante una situación de urgencia quedando con un porcentaje de 66.6%.

Cabe mencionar que quirófano se encuentra muy acondicionado en cuanto aparatos que se puedan utilizar, es decir, cuentan con la tecnología y el material suficiente para dar una atención de calidad quedando con un porcentaje de 66.6% lo cual muestra un resultado positivo.

Se le cuestiono al personal médico si sabía cuál era su importancia y la gran responsabilidad que tenía cada uno dando como resultado final de un 100% lo que demuestra que todo el personal hace sus funciones de acuerdo a su cargo..

Dentro de esta variable con la cual se diseñaron las preguntas se observo que aunque las preguntas fueron contestadas en ocasiones se querían omitían por lo que se tuvo que hacer modificación e indagar mas a profundidad o plantearlas de diferente forma.

VARIABLE 2. A menor contaminación mayor efectividad en la cirugías en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud

| No. | Pregunta | SI | NO |
|-----|---|--------|--------|
| 1.5 | ¿Conoce a que se refiere cirugía contaminada? | 100% | 0% |
| 1.5 | Considera que el impartir capacitación ayudará a incrementar una cirugía segura | 33.33% | 66.66% |
| 1.7 | ¿Conoce cuáles son los pasos | 100% | 0% |

| | | | |
|-----|---|--------|-------|
| | adecuados para abrir un campo estéril | | |
| 1.8 | ¿Hay cirugía contaminadas por parte del equipo de enfermería? | 33.33% | 66.6% |

En esta interrogante todo el personal que se encuentra dentro una sala de quirófano conoce a que se refiere una cirugía contaminada por lo que se trata de tenerlas.

La siguiente interrogante que se hizo muestra un resultado bastante interesante ya que un 66.6% dice que no es necesario una capacitación en especial si no que a través del tiempo de va adquiriendo la experiencia dando un resultado de un 66.6% que no están de acuerdo.

El 100% de los integrantes conoce la forma y principios para abrir un campo estéril confirmado que el riesgo de una cirugía contaminada es bajo dando como un resultado 100%.

En esta interrogante el personal que se encuentra dentro una sala de quirófano conoce a que se refiere una cirugía contaminada por lo que se trata de tenerlas.

La siguiente interrogante que se hizo muestra un resultado bastante interesante ya que un 66.6% contestó que no es necesario una capacitación en especial si no que a través del tiempo de va adquiriendo la experiencia dando un resultado de un 33.3% que no están de acuerdo.

El 100% de los integrantes conoce la forma y principios para abrir un campo estéril confirmado que el riesgo de una cirugía contaminada es bajo dando como un resultado un 100%.

Una de las últimas preguntas fue si era muy frecuente que las cirugías se contaminaran por un mal manejo de un campo estéril por parte del personal de enfermería y el resultado confirmo que solo un 33.3% existe la posibilidad que se cometa algún error por parte de la enfermera.

Por último se cuestiono ¿Cuál es su acción dentro de una cirugía? Y la respuesta fue circular y estar de encargada dentro en una cirugía debido a que tiene una gran responsabilidad por mínima que sea la invasión, también se comento que las principales fallas que existen son el material en mal estado o ropa en mal estado, medicamentos muy reservados y no existen muchos, son de las fallas que pueden ser mas, relevantes ya que las otra son independientes de el material son cosas que no se tienen planeadas. A continuación se va a redactar el próximo instrumento que se le aplico al personal médico y enfermeras.

En esta variable la finalidad fue sabe el riesgo de contaminación de una cirugía obteniendo resultados favorables, debido a que hubo mayores aportaciones por parte del equipo entrevistado.

Cuestionario aplicado a enfermeras

Variable 1 Mejorar el funcionamiento del equipo quirúrgico, para obtener mayor éxito en las cirugías dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

| No. | Pregunta | Si | No |
|-----|--|------|-----|
| 1.1 | ¿Conoce a que se refiere los nuevos formatos de cirugía segura? | 100% | 0% |
| 1.2 | ¿Cree usted que su desempeño dentro de una cirugía es el adecuado? | 50% | 50% |
| 1.3 | ¿Sabe usted los riesgos que implica esta cirugía? | 100% | 0% |
| 1.3 | ¿Recomendaría esta cirugía? | 100% | 0% |

Posteriormente se pregunto si se conocían los formatos para llevar una cirugía segura teniendo un resultado positivo con un 100%.

En la siguiente pregunta se menciona que el 66% que realiza su labor de manera adecuada y el otro 33.3% cree que no siempre dando un resultado de un 100% que sería el máximo porcentaje un 100%.

En la siguiente pregunta se menciona que todos saben los riesgos que esta cirugía posiblemente podría tener quedando con un 100%.

Se cuestiono sobre si en lo personal recomienda esta cirugía obteniendo un resultado positivo de un 100% que si o recomiendan por el riesgo bajo de complicaciones.

Variable 2 A menor riesgo de contaminación mayor efectividad en la cirugías en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

| No. | Pregunta | Si | No |
|-----|---|------|-----|
| 1.4 | ¿Conoce las normas que rigen a la enfermera instrumentista? | 50% | 50% |
| 1.5 | ¿Considera que dentro de una cirugía laparoscopia el equipo quirúrgico tiene como un máximo de 9 integrantes? | 50% | 50% |
| 1.6 | ¿Conoce los correctos de enfermería ante un evento próximo quirúrgico? | 100% | 0% |
| 1.7 | ¿Sabe usted los riesgos que trae para el equipo quirúrgico el contaminar una cirugía? | 100% | 0% |

Se pregunto si conocían cuales son las normas que rigen a la enfermera dentro de un quirófano dando un resultado no muy favorable con 50% afirmativo y un 50% negativo.

Dentro de una de las interrogantes que se planteo un 50% está de acuerdo que los integrantes máximos dentro de una cirugía deben ser 9 como máximo por lo que se podría decir que el resultado no fue muy variable.

Existen correctos que se manejan dentro de enfermería por los cuales se les pregunto obteniendo un resultado de un 100% que si conocen y aplican los correctos con el paciente.

Un de las interrogantes que se manejaron fue que si conocían los riesgos en dado caso que una cirugía se contaminara dando como resultado un 100% por lo que muestra que el personal tiene la capacitación suficiente para manejar esta cirugías.

Dentro de este cuestionario aplicado se presentaron varios conflictos como que el personal no estuviera en la disponibilidad, ya que el tiempo fue limitado para conseguir hablar con un médico encargado de cirugía debido a que se presentaban solo a la cirugías y el tiempo fue un contratiempo, entre otros el no presentarse el día que fueron citados o la falta de respuesta en cada uno de los instrumentos se prestaron estas limitantes con el personal médico fue con los que existió mayor problema en aplicar este instrumento.

La pregunta que fue planteada se contesto correctamente con ayuda de la investigación que realizo y los instrumentos que fueron aplicados, en la que la pregunta establecida fue. ¿Cuáles son las funciones que debe desempeñar el equipo quirúrgico dentro de quirófano en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia Michoacán durante el setiembre 2015 a mayo 2016?

La hipótesis planteada fue saber si se maneja un área estéril dentro del campo, ya que debido a las múltiples funciones que cada una desarrolla

contribuye a que el equipo trabaje más. Y como un plus si existe una buena comunicación con la finalidad de ver el desempeño de cada integrante que conforma el team quirúrgico.

Cada variable que se diseño ayudaron a formular una estrategia para realizar un instrumento con lo cual se obtuvieron resultados favorables, se conoció resultados bastantes interesantes que se pretende que se tomen en cuenta dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, debido a los resultados favorables que se obtuvieron en un periodo determino en el cual se llevo la investigación y se indagado con los especialistas.

Durante esta investigación que se hizo se logro resolver cuales son las funciones en especificas de cada integrante del equipo quirúrgico así como los riesgos que existen para que un cirugía se considere contaminada.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscopia tiene un menor riesgo de mortalidad es una ventaja que tiene debido a que se considera que es de mínima invasión y por lo tanto se considera una cirugía segura, que como toda cirugía corre riesgos, esta tesis se conceptualiza en la preparación del campo quirúrgico por lo que se llega a un resultado positivo dando como resultado con grandes porcentajes que la preparación de un campo estéril y sin contaminación de algún material que se vaya a utilizar depende de la enfermera circulante e instrumentista esto quiere decir que a mayor eficacia menor riesgo de contaminación.

Con un índice de complicaciones intraoperatorias y un tiempo quirúrgico general, similares a otra cirugía que implicaría mayor riesgo debido a la gravedad del paciente. Esta investigación fue realizada con la finalidad de saber si existe un riesgo de contaminación y la eficacia de la misma arrojando resultados favorables teniendo afectividad en la hipótesis que fue planteada, el cual llevo un trabajo de instigación de meses, para su debida comprobación.

La función intraoperatoria desempeña un papel preponderante en la propuesta de mejorar la comunicación de conducta para la aplicación de los procedimientos mínimamente invasivos a lo que esta tesis hace alusión a la preparación del campo quirúrgico.

GLOSARIO

Anestesia general: estado de pérdida del conocimiento producido por agentes anestésicos.

Asepsia. Es la ausencia total de microorganismos patógenos y no patógenos.

El manómetro (del gr. *μανός*, ligero y *μέτρον*, medida) es un instrumento de medición para la presión de fluidos contenidos en recipientes cerrados.

Esterilización: Es la destrucción o eliminación total de microorganismos, incluyendo las esporas, de las superficies de objetos inanimados.

Fístula: trayecto anormal consecutivo generalmente a un proceso de ulceración, que comunica de ordinario una superficie cutánea o mucosa con un órgano hueco interno y por el que sale pus o un líquido normal, desviado de su camino ordinario.

Laparoscopía (o laparoscopia, como indica la Real Academia Española) es una técnica de exploración visual que permite observar la cavidad pélvica-abdominal con un instrumento conocido como laparoscopio.

Quirófano es aquella sala o habitación que se halla en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas.

RCP significa reanimación cardiopulmonar. Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar.

Shock Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente.

Trocar es un instrumento en forma de lápiz con una punta afilada en un extremo triangular, utilizados típicamente dentro de un tubo hueco,

Adherencias Son bandas de tejido similar al tejido cicatricial que se forman entre dos superficies dentro del organismo y hacen que éstas se peguen.

Una autoclave es un recipiente de presión metálico de paredes gruesas con un cierre hermético que permite trabajar a alta presión para realizar una reacción industrial, una cocción o una esterilización con vapor de agua.

Vesícula vejiga pequeña en la epidermis, llena generalmente de líquido seroso.

FUENTES DE CONSULTA

Buisson .Organizacion de quirófano. (2000).Tecnica quirúrgicas.
http://www.em_consulte.com/es/article/213045/organizacion-del-quiroyfano 18
Diciembre 2015 09:00.

Conciencia quirúrgica (2007). Aspectos legales de la cirugía.
<http://www.slideboom.com/presentations/815526/ETICA-QUIRURGICA> 01 de
octubre 2015 23:00

EcuRed. Conocimientos con todos y para todos (Diciembre, 2012)
características generales de quirófano. Slide Share. Recuperado por:
http://www.ecured.cu/index.php/Quir%C3%B3fano#Caracter.C3.ADsticas_general
[es_del_quir.C3.B3fano.](http://www.ecured.cu/index.php/Quir%C3%B3fano#Caracter.C3.ADsticas_general) 15 De octubre 2015 18:00

Ética en enfermería <http://cpepr.org/images/PDF/CODIGO%20ETICA.pdf>
10 de octubre 2015.

Calzada Sáez, Sara. (Junio 2009). **Instalación eléctrica de quirófanos y paritorios de un hospital**. Coordinador de Proyectos. Instalación eléctrica de quirófanos. (pp 29-50). Madrid.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, **especialidades de Enfermería**.
Boletín oficial del Estado, de 6 de mayo de 2005, p. 108. Madrid.

Jhonsson Miriam (2002). **Analisis de las funciones de enfermería**. España
p. 56 a 66.

Manual de normas para el control de la infección nosocomial, Comisión INOZ año 1.997. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

Dugas Beberly (2004). **Tratado de enfermería practica.** Acciones del personal de salud. 3era Edición, editorial interamericana. p.200 a 220.

Flores, A. (1999). *La reorganización de la biblioteca del Hospital Mocel.* Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México

ANEXOS



Anexo I: Jefatura de Enfermería



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Séptimo Semestre

Seminario de Tesis

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Jefatura de Enfermería

Cuestionario

Objetivo: Incrementar el mayor logro de cirugías seguras. Por tanto se realizara una investigación detallada sobre la preparación de campo quirúrgico.

Instrucciones: Lea con atención **y** conteste el siguiente cuestionario de acuerdo su conocimiento y experiencia.

Datos de identificación

Nombre: _____

Cargo: _____

Edad: _____

Nombre de la institución:

1. ¿Sabe cuáles son los pasos elementales para el buen funcionamiento de una cirugía?
¿Conoce a que se refiere los nuevos formatos de cirugía segura?
¿Cree usted que su desempeño dentro de una cirugía es el adecuado?

- ¿Conoce las normas que rigen a la enfermera instrumentista?
- ¿Considera que dentro de una cirugía laparoscópica el equipo quirúrgico tiene que como un máximo de 9 integrantes?
- ¿Qué papel juega la enfermera instrumentista con el paciente?
- ¿Conoce los correctos de enfermería ante un evento próximo quirúrgico?
- ¿Sabe usted los riesgos que trae para el equipo quirúrgico el contaminar una cirugía?

- ¿Sabe usted los posibles riesgos que implica ésta cirugía?

- ¿Recomendaría ésta cirugía?

"Gracias por su colaboración"

Nombre del aplicador: _____

Lugar y fecha: _____



Anexo II: Estudiantes de enfermería



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Séptimo Semestre

Seminario de Tesis

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Estudiantes de Enfermería

Cuestionario

Objetivo: Dar a conocer las acciones que son ejecutadas de manera incorrecta que dan al paciente.

Instrucciones: Conteste el siguiente cuestionario sí o no a lo que más describa en su quehacer diario si la pregunta lo requiere.

Datos de identificación

Nombre: _____

Cargo: _____

Edad: _____

Nombre de la institución:

- 1) Conoce a que se refiere cirugía contaminada?
SI NO

- 2 ¿Considera que el impartir capacitación ayudará a incrementar una cirugía segura? SI NO
- 3 ¿Se cuenta con todo el material necesario en caso de una emergencia dentro de una cirugía? SI NO
- 4 ¿Conoce cuáles son los pasos adecuados para abrir un campo estéril? SI NO
- 5 ¿Con que frecuencia hay cirugía contaminadas por parte del equipo de enfermería?
- 6 ¿Cree que está capacitado ante una emergencia? SI NO
- 7 ¿Cree usted que quirófano cuenta con los aparatos necesarios para ofrecer una atención de calidad? SI NO
- 8 ¿Sabe usted la responsabilidad que tiene con el paciente? SI NO
- 9 ¿Cuál es su acción dentro de una cirugía?
- 10 Mencione las principales fallas para el buen funcionamiento del equipo quirúrgico?

Gracias por su colaboración

Nombre del aplicador: _____

Lugar y fecha: _____

| Acción | Actividades | Fuentes de información | Fecha hora | Responsable | Observaciones |
|---|----------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|
| Mejorar el funcionamiento del equipo quirúrgico | Aplicación de cuestionario | Médico | Febrero 10/2016 10:00 | Sandra Villegas Órnelas | |
| | | Lic. En Enfermería | Marzo 12 2016 16:00 | | |
| Disminuir el riesgo de contaminación | Entrevista. | Lic. En Enfermería | Marzo 09/2016 17:00 | Sandra Villegas Órnelas | |