



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

**“VINCULACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA CON LA
ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ”.**

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
DOCTORES EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

AUTORES:

**CADENA CHUSINO CRUZ MERCEDES
DELGADO GARCIA DIANA DOLORES
NAVARRETE CHINGA SANDY JOKASTA
VELEZ MACIAS JOSE MANUEL**

DIRECTOR

LIC. ARACELY ROMERO ALBAN

PORTOVIEJO ABRIL DE 2009

DEDICATORIA

En este momento quisiera acordarme de todas las personas a las que debo agradecer y dedicar esto pero mi fragil memoria no lo consigue, solo atino a decir que dedico a esto a mis angeles de la guarda en la tierra mi mami y hermana Albi que siempre estuvieron conmigo aún cuando no las veía y que cuidaron mi espiritu procurando que este nunca se quebrante por alguna dificultad mundana.

A mi papi que me enseñó desde pequeña el valor del conocimiento, que solo hoy pude entender, a mi esposo Kelvin que se convirtió en mi escudo y mi espada, que nunca se apartó de mi midiendo cada paso que daba cuidando de que fuera el correcto, a mi hija que es simplemente mi musa, la piedra angular de mi vida sin la que seguramente no existiría.

A mis amigos Luís Ronald, Ani, Marcela, Roni, Karina, Maru, Ale, Ela, uds, siempre seran pieza importante del puzzle de mi vida por que con uds empece esto y a mis amigos Joa, Jims, Vivi, Olgui, Cindy, Nevil, A Beto, Barreto con los que termine, y que me hicieron vivir la amistad de una manera honesta y libre.

A Any y Mario que me hicieron sentir un verdadero espiritu de camaraderia, haciendo cada día que pase con ellos un día divertido aun que era en verdad estuvieramos trabajando y sin saberlo ellos se ganron mi amistad, cariño, aprecio, y respeto.

Cruz Mercedes Cadena

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia por el apoyo incondicional que me ha brindado toda la vida y de manera especial durante mi periodo de estudios universitarios.

A mi hija por que ha sido el aliciente, el motivo y la fuerza de seguir adelante en los momentos de debilidad

A la familia Saldarriaga Zambrano, a mis profesores, compañeros y amigos por confiar en mi y por el apoyo brindado en el transcurso de los años.

Diana Delgado

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis esta dedicado a todos los que me han apoyado en esta jornada de mi vida como estudiante de diversas formas, en especial a Dios y mis padres que son los que nunca me han fallado ni abandonado; a la universidad que me abrio sus puertas para darme la oportunidad de formarme como um profesional idoneo para servir a mi pais.

También la dedico a mis compañeros y mis amigos que han estado a mi lado en cada momento y a mis compañeros con los que he pasado tiempo de alegrías y tristezas.

Sandy Navarrete

DEDICATORIA

No hay cosa que no pueda vencer, la constancia, el continuo cuidado y la voluntad, para subir al rascacielos del éxito se requieren dos elementos básicos, preparación y sentido de voluntad para lograr lo que se quiere ser, fue duró el camino pero al final se obtiene la recompensa.

Y por eso hoy día doy gracia al Divino Creador, sin la fe puesta en él no hubiera podido cumplir con este sueño, guiando mis pasos con la inteligencia fuerza de voluntad necesaria.

Expreso mis sentimientos más profundos a mis padres **JOSÉ Y BLANCA** quienes me permitieron crecer y estudiar para lograr ser una profesional y tener la esperanza de ver cristalizados sus sueños en mí siguiendo sus buenos ejemplos y sanos consejos a quienes ahora rindo mi homenaje por su apoyo incondicional.

A mis hermanos, **KATY, GISELLA, MARÍA, JOSÉ Y BRYAN** por el apoyo moral brindado.

A mis amigos y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a que culminara mi carrera

José Manuel Vélez

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Manabí, a la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los docentes que nos ayudaron a formarnos como profesionales, a los Miembros del Tribunal de Tesis, que nos orientaron en el desarrollo de éste trabajo investigativo, a nuestras familias, que con su apoyo y prestancia, siempre estuvieron a nuestro lado, a Dios ser supremo, por ser creador de vida, y a todas y a cada una aquellas personas que directa e indirectamente nos ayudaron a forjar nuestro carácter y de esa manera contribuyeron a hacer de nosotros las personas que hoy somos, capaces de creer en un poder divino que obra de manera misteriosa, que nos impulso a tomar las decisiones por el camino correcto, que nos trajeron hasta este punto en nuestras vidas, que es solo el comienzo y no el fin de nuestra profesión, queremos decirle a ese ser supremo, que estamos agradecidos por los amigos que nos dió y que nos va a dar en el futuro, los que nos hará recordar que nos ama y que a pesar de los muchos obstáculos nunca nos dejará.

Los Autores

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO: Que la tesis titulada “IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ DE NOVIEMBRE DEL 2008 A MAYO DEL 2009”, bajo la modalidad de Desarrollo Comunitario, correspondiente al Mopro Proyecto “VINCULACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA CON LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ 2008 – 2009”, cuyos autores son Cadena Chusino Cruz Mercedes, Delgado García Diana Dolores, Navarrete Chinga Sandy Jokasta, Vélez Macías José Manuel han concluido la tesis bajo mi dirección y responsabilidad y se han ajustado a lo establecido en el reglamento interno de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Atentamente,

.....
Lic Auria Pinargote Macías.

DIRECTORA DE TESIS

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARERA DE MEDICINA**

**“IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO
PARA CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI DE NOVIEMBRE DEL
2008 A MAYO DEL 2009”**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICOS CIRUJANOS

APROBADA POR:

Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO

.....

Lic. Aracely R. de Zambrano, Mgs.
PRESIDENTA

.....

Lic. Auria Pinargote Macías
DIRECTOR DE TESIS

.....

Dra. Ana Molina Naranjo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

Lic. Julia Espinel García
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

Lic. Elba Cerón Mendoza
ASESORA METODOLÓGICA

.....

DECLARACIÓN

DECLARAMOS QUE:

La tesis fue guiada y orientada con los conocimientos técnicos y científicos de parte de nuestra directora de tesis y miembros del tribunal de revisión y evaluación.

Además afirmamos y aseguramos que las doctrinas, ideas, conclusiones y recomendaciones plasmadas en esta tesis, son de única, total y exclusiva responsabilidad de los autores.

Cadena Chusino Cruz Mercedes

AUTOR

Delgado García Diana Dolores

AUTOR

Navarrete Chinga Sandy Jokasta

AUTOR

Vélez Macías José Manuel

AUTOR

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
PARTE PRINCIPAL	
Localización	1
Fundamentación	2
Justificación	6
Objetivos	8
Marco de teorico	9
Procedimientos en cirugía ambulatoria	9
Definición de cirugía ambulatoria	10
Clasificación de cirugía ambulatoria	11
Ventajas y Desventajas de la cirugía del día	12
Selección del paciente para cirugía del día	14
Requisitos relacionados con exámenes diagnosticos médicos	19
Evaluación prequirurgica	19
Requisitos relacionados con la intervencion quirurgica	20
Condiciones fisica que debe cumplir una unidad movil de cirugía ambulatoria	25
Contraindicaciones en cirugía ambulatoria	27
Cirugias y protocolos que se pueden desarrollar en una unidad movil	28
Lesiones benignas de la piel	29
Circuncisión	30
Hipospadia	31
Fimosis	32

Hernia	33
Pterigium	36
Salpingectomia	37
Polipos cervicales	43
Fisura anal	43
Instrumentos quirúrgicos complementarios para cirugía ambulatoria	46
Instrumentos de la caja quirurgica mayor	47
Partes de un instrumento	48
Clasificación de los instrumentos	49
Instrumental de separación	51
Instrumental de aspiración	52
Instrumental de prehensión	52
Instrumental de síntesis	57
Instrumental de diéresis	58
Beneficiarios	60
Metodología	61
Recursos	68
Presentación y análisis de los resultados obtenidos	69
Conclusiones	71
Recomendaciones	73
Sustentabilidad	74
Sostenibilidad	75
Presupuesto	76

Cronograma Valorado	77
Bibliografía	79
Anexos.	80

RESUMEN

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, es una entidad que forma profesionales de calidad, mediante una preparación académica de alto nivel, que permite el desarrollo integral del estudiante desde el punto de vista profesional y humanístico para vincularlo con la comunidad, creciendo la necesidad de adquirir una Unidad Móvil que requiere de equipos básicos para su funcionamiento, razones por la que los estudiantes se propusieron participar en el presente macro proyecto, para poder brindar un buen servicio en ésta unidad de clínico - quirúrgico ambulatoria, con atención esmerada con calidad, calidez y ética profesional.

Mediante el diagnóstico se pudo determinar los requerimientos prioritarios para brindar un mejor servicio al usuario, estableciendo como Micro proyecto donar una caja quirúrgica con instrumental básico para cirugías mayores ambulatorias.

La metodología para recolectar información se basó en la elaboración de una guía de observación, lo cual en un primer momento se obtuvo datos de la comisión encargada de la Unidad Móvil, quienes nos orientaron para determinar las necesidades elementales, posteriormente, nos permitió ubicarnos en el lugar del quirófano de la unidad móvil, donde se realizan los procedimientos quirúrgicos, donde se detectó problemas, los mismos que fueron analizados en el árbol de problemas, permitiendo llegar a dar una solución a la problemática observada.

SUMMARY

The Ability of Sciences of the Health of the Technical University of Manabí, is an entity that forms professionals of quality, by means of an academic preparation of high level that allows the student's integral development from the professional and humanistic point of view to link it with the community, growing the necessity to acquire a Mobile Unit that requires of basic teams for its operation, reasons for which the students intended to participate macro project presently, to be able to brindar a good service in this unit of clinical - surgical ambulatory, with careful attention with quality, warmth and professional ethics.

By means of the diagnosis you could determine the high-priority requirements for brinadar a better service to the user, settling down as Micro project to donate a surgical box with instrumental basic for ambulatory bigger surgeries.

The methodology to gather information was based on the elaboration of an obsevación guide, that which was obtained data of the commission in charge later on of the Mobile Unit who you/they guided us to determine the elementary necessities, in a first moment, allowed us to locate us in the place of the quirófano of the mobile unit, where they are carried out the surgical procedures, where it was detected problems, the same ones that were analyzed in the tree of problems, allowing to end up giving a solution to the observed problem.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

Macroproyecto

“VINCULACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA CON LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ 2008 – 2009”

Microproyecto

“IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ DE NOVIEMBRE DEL 2008 A MAYO DEL 2009”

LOCALIZACIÓN FÍSICA:

MACRO LOCALIZACIÓN:

País: Ecuador

Provincia: Manabí.

Cantón: Portoviejo

Ciudad: Portoviejo

Universidad Técnica de Manabí

MICRO LOCALIZACIÓN:

Facultad de Ciencias de la Salud

FUNDAMENTACIÓN

La Universidad Técnica de Manabí es una entidad que forma profesionales de calidad en el campo de la salud, mediante una preparación académica de alto nivel, que permita el desarrollo integral del estudiante desde el punto de vista profesional y humanístico, dando oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos teóricamente en las aulas, así como también brinda atención directa al paciente en el área hospitalaria, a través de los distintos programas que ofrece el Ministerio de Salud Pública. La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, tiene dentro de sus objetivos disponer de una unidad Móvil con equipamiento básico para brindar atención gratuita a la comunidad de menos recurso económico, por lo cual está desarrollando conjuntamente con los egresados de las diversas carreras, acciones que determinan y priorizan las necesidades, las que irán en beneficio de la salud de la comunidad, particularmente, autoridades, docente, estudiantes, colaboran para que este proyecto tenga el objetivo esperado, que es crear vínculos con la comunidad, como en el caso de brindar atención gratuita en la Unidad Móvil, con la participación estudiantil en las campañas de atención médica programadas tanto clínica como quirúrgica.

DIAGNOSTICO DE LA UNIDAD MÓVIL

La Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, es una Unidad Académica que forma profesionales idóneos en el área de la salud con carácter humanístico, social con valores ético, brindando a la comunidad una atención esmerada tanto en la zona urbana, como en el área rural.

Es por ésta razón, que las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, han adquirido una unidad móvil, con el fin de atender a las familias de la zonas urbano-marginal de recursos económicos bajos, para brindarle una atención clínica quirurgica a bajo costo, para lo cual, ha sido necesario dotarla de instrumental quirúrgico para su funcionamiento, para realizar las cirugías de mayor complejidad.

La unidad movil es vehiculo tipo furgón con 6 llantas; tiene un ámbito de acción de Ambulancias de transporte terrestre, tipo II (Unidad móvil con cabina y furgón sin separación es decir se puede transitar caminando directamente entre cabina y furgón) y autorizada para transitar a velocidades mayores que las normales.

Observando su funcionamiento, se verificó que cuenta con un equipo de profesionales en todas sus ramas, mismo que podrán brindar sus servicios a las comunidades más alejadas en las zonas rurales y marginales, además, cuenta con infraestructura física mediana, la que carece de muchos instrumentos quirúrgicos, equipos de valoración como estetoscopio, tensiometro, equipo de diagnóstico, lampara de ojo, termometro, martillo neurológico, chairlog; y no cuenta con areas fisicas de servicios como la de espera independiente, recepción de pacientes, de recuperación anestésica inmediata y mediata y de esterilización , a pesar que el servicio que se va a brindar, solo sea ambulario. Por ésta razón, nos propusimos a donar una caja de cirugía mayor, para apoyar a los materiales existentes.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

PROBLEMAS PERCIBIDOS:

Dentro de la problemática social, la autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Manabí, como entes formadores de recurso humano en salud, elaboró un proyecto de creación de un centro de atención médica ambulatoria, la misma que brindará atención a la población de bajos recursos económicos, dentro del área urbana y a través del departamento de vinculación brindará atención comunitaria a la población rural.

En la actualidad la Unidad Móvil de La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, se encuentra ubicada en la Avenida Urbina dentro de los predios universitarios, de la Ciudad de Portoviejo.

Esta unidad, se encuentra limitada en su accionar, por diferentes factores:

- Déficit de infraestructura física y materiales de valoración clínica como. estetoscopio, tensiometro, equipo de diagnóstico, lámpara de ojo, termometro, martillo neurológico, chairlog.
- Limitación de recursos economicos.
- Deficit de instrumental quirurgico.
- Aplicación inadecuada de normas de bioseguridad.
- Inadecuada protocolización del acto quirurgico.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Con los antecedentes que se plantean en la presente investigación modalidad trabajo comunitario, y con la finalidad de brindar atención a bajo costo, con calidad, calidez y ética, a la clase desprotegida, en los sectores de la población tanto rural como urbana, se procedio a priorizar uno de los problemas más significativos que impide el funcionamiento adecuado de esta unidad movil como es el deficit de instrumental quirurgico para cirugia ambulatoria.

JUSTIFICACIÓN

Con el correr del tiempo, a raíz de la alta demanda de pacientes que requieren cirugía de menor complejidad, que no demandan hospitalización, la deducción lógica de los especialistas fue que se podía crear una unidad móvil de atención clínico quirúrgica, que brinde éste tipo de servicios ambulatorios, el modelo demostró ser exitoso, creció y en la actualidad, nuestra Facultad, por medio de la unidad móvil, realiza cirugías a bajo costo, sistematizada, brindando atención a los hogares de la zona urbano marginal.

La Unidad Móvil, busca contribuir a mejorar la calidad de vida y resolver los problemas de salud de la población de menos recursos, brindando una atención, integral en salud bajo estándares de calidad, eficiencia y equidad tiene como finalidad respaldar y garantizar programas de prevención y tratamiento de las principales causa de morbilidad de la población.

Por ello, pensando en la gran problemática social y de salud en la que se encuentra la Provincia, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí desarrolló éste proyecto que beneficiará a la mayoría de las personas de escasos recursos económicos, permitiéndole acceder a una buena atención ambulatoria, que satisfaga las necesidades de la población.

La Universidad Técnica de Manabí esta realizando el Macro Proyecto denominado “Vinculación Académica de la Facultad de ciencias de la Salud con Atención Comunitaria, el estudio tiene en cuenta la problemática social, por esta razón se elaboró y ejecutó la “Dotación de instrumental quirúrgico para cirugía del Día en la unidad móvil de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabi”, para brindar atención clínica – quirúrgica especializada a la población manabita

OBJETIVOS

GENERAL

Disponer de una unidad móvil con equipamiento básico para la atención clínica y/o quirúrgica que sirva para vincular la formación académica y la atención comunitaria.

ESPECÍFICOS

1. Determinar el tipo de cirugías que se pueden realizar en la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí.
2. Protocolizar las intervenciones quirúrgicas más comunes que se realizan en la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí.
3. Implementar la caja quirúrgica mayor para cirugía.

MARCO TEORICO

PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA AMBULATORIA

Hasta hace pocos años, ser intervenido quirúrgicamente significaba permanecer hospitalizado durante un período más o menos largo. Actualmente, para un número muy significativo de intervenciones quirúrgicas, no se considera necesario permanecer en el hospital más allá de unas horas, gracias al empleo de la Cirugía Ambulatoria, Cirugía del Día o Cirugía de Alta Precoz. Este procedimiento ha demostrado ser igual de seguro y efectivo que la cirugía convencional, pero se procura reducir al máximo el traumatismo ocasionado, de forma que el paciente pueda regresar a su casa pocas horas después de la intervención.

Fue así que los avances tecnológicos en el campo de la cirugía y la anestesiología, la influencia de la economía en el campo sanitario, el cambio de actitud de los profesionales y la búsqueda de mayor confort y bienestar para el paciente, fueron modificando la necesidad de hospitalización de determinados procedimientos quirúrgicos mayores y menores a través de la cirugía ambulatoria.

Asimismo, constituye una de las innovaciones más importantes del proceso asistencial, puesto que permite que los pacientes pasen la noche anterior y posterior a la intervención en su domicilio.

La cirugía ambulatoria se ha incrementado durante las dos últimas décadas hasta ocupar actualmente un 60% de la cirugía programada. Con esta tendencia a realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios, la seguridad de una recuperación rápida y sin complicaciones está adquiriendo suma importancia.

DEFINICIÓN DE CIRUGIA AMBULATORIA

La cirugía ambulatoria es un óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria, que permite tratar a pacientes bien seleccionados en forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional y pueden ser dados de alta en un periodo menor de 24 horas laborables

El auge que ha tomado la Cirugía Ambulatoria (CA) en crecimiento constante y dinámico, hace necesario contemplar distintos aspectos.

- La Cirugía Ambulatoria es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico o una forma de oferta asistencial quirúrgica.
- Se denomina CA cuando el paciente es intervenido sin ingresar (internación) y por lo tanto sin pernoctar en el establecimiento, independientemente de que la intervención sea mayor o menor y que la anestesia sea local, regional o general.
- Los términos Cirugía Ambulatoria, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía de Día, Cirugía sin Ingreso y otros, son sinónimos e implican no pasar la noche en el establecimiento.
- Los términos Cirugía de corta estancia, Cirugía de menos de 24 horas y otros son sinónimos e implican la admisión del paciente para efectuar el procedimiento y pasar la noche en el hospital. Estos no serán comprendidos dentro de la Cirugía Ambulatoria.

CLASIFICACIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIAS

Esta cirugía ambulatoria puede ser menor, mediana o mayor, según el tipo de intervención, y puede realizarse con anestesia local, regional o general.

La cirugía menor ambulatoria comprende aquellos procedimientos quirúrgicos menores con anestesia local tras los cuales la persona, sin ningún período de recuperación, vuelve a su domicilio.

La cirugía mayor ambulatoria abarca los procedimientos quirúrgicos realizados con anestesia general, regional o local que requieren de un control postoperatorio y en los que el paciente retorna a su domicilio luego de un período de observación, pero siempre el mismo día de la intervención.

También puede clasificarse como cirugía ambulatoria la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y admiten que el paciente pueda ser enviado a su domicilio pocas horas después del procedimiento.

Ante el dilema semántico de cirugía ambulatoria y cirugía de corta estancia pensamos que ambos conceptos responden a una misma filosofía, pero la cirugía ambulatoria podría considerarse como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria.

El término “Cirugía de alta precoz” utilizado en ocasiones para denominar la cirugía de corta estancia debería ser retirado de la nomenclatura ya que el significado de la palabra “precoz”, puede dar a entender un alta antes de tiempo o antes del momento indicado

En cualquier caso, la premisa fundamental de la cirugía ambulatoria será ofrecer una elevada calidad técnica y asistencial de forma que la seguridad y las tasas de morbi-mortalidad y readmisión sean mejores o al menos equivalentes a las que se obtienen en pacientes con periodos de hospitalización convencionales.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CIRUGIA DEL DÍA

Uno de los pilares básicos de la cirugía ambulatorias que este tipo de cirugías pueden ser llevadas a cabo en una variedad de ámbitos, algunos centros quirúrgicos de este tipo se encuentran dentro de un hospital o en una instalación satelital independiente que puede ser parte de un hospital o puede ser independiente del mismo. Los consultorios de los médicos también pueden servir como ubicaciones para estos procedimientos.

La implantación de la cirugía del día supuso algunos problemas durante los primeros años. Acostumbrados a estancias hospitalarias prolongadas, la vuelta al domicilio tras unas horas de recuperación suponía un cambio muy importante no sólo para los pacientes sino también para los profesionales de la salud.

Algunas de las ventajas que la cirugía del día aporta a la asistencia y que han ayudado al éxito son:

- Mínima alteración del modo de vida del paciente, al abandonar su medio tan sólo por unas horas.

- Atención individualizada estrechando la relación médico-paciente. Disminución de la ansiedad de los enfermos al quitar dramatismo al acto quirúrgico.
Reducción de los costes por proceso en un porcentaje variable pero que puede superar el 30% en muchos casos.
- Menor riesgo de infección hospitalaria, al disminuir el tiempo de estancia en los hospitales.
- Rápida reincorporación al trabajo, no siempre real por la idiosincrasia especial de nuestro país.
- Reducción de las listas de espera, al aumentar la actividad quirúrgica de los hospitales especialmente en aquellas patologías con mayor prevalencia.

La percepción de estas ventajas no sólo ha influido en la buena acogida por parte de los pacientes sino que ha permitido romper con criterios establecidos de antiguo para el resto de los pacientes que precisan ingreso disminuyendo la estancia hospitalaria de un modo muy significativo. Sin embargo, es preciso mencionar algunas desventajas de importancia:

Los pacientes deben participar activamente en el control de su postoperatorio y pueden en algún caso no cumplir las instrucciones precisas que se le dan. Algunos enfermos pueden vivir alejados de un centro hospitalario o carecer de transporte.

Determinados pacientes viven solos y no disponen de ayuda en su domicilio. En algunas ocasiones pueden tener sensación de abandono tras el alta si la información no ha sido correcta.

El éxito de la cirugía del día lleva a un aumento de la demanda quirúrgica inducida.

SELECCIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA DEL DÍA

La mayoría de los pacientes de cirugía ambulatoria deben de cumplir con parámetros de selección de paciente como son:

1. Requisitos que deben cumplir los pacientes.
2. Condiciones psicosociales.
3. Relacionados con exámenes de diagnósticos médicos.
4. Relacionados con la cirugía

Estado físico:

Según ASA (American Society Anesthesiology) puede incluirse como aptos:

- ASA I (paciente sano)
- ASA II (paciente con un proceso sistémico leve)
- ASA III (paciente con un proceso sistémico grave no incapacitante) estables desde el punto de vista médico y que cada vez están siendo incluidos como candidatos para la ca
- ASA IV – V no pueden recibir este tipo de tratamiento.

Todos los pacientes ASAII y ASA III que se programen para Cirugía Mayor Ambulatoria deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía.

Estudios sobre pacientes intervenidos mediante cirugía ambulatoria no ha encontrado aumento en la incidencia de complicaciones perioperatorias en pacientes con enfermedad preexistente. Este hecho se atribuyó a una prudente selección del paciente, que incluía evaluación preoperatoria detallada, y a una estrecha comunicación entre cirujano, anestesiólogo y médico de atención primaria.

Sin embargo, un reciente estudio multicéntrico ha detectado un aumento en el riesgo de complicaciones perioperatorias en pacientes que tenían enfermedades cardiovasculares preexistentes.

Los procedimientos quirúrgicos asociados con excesivo desplazamiento de líquidos así como los que exigen inmovilización prolongada deberían llevarse a cabo con el paciente ingresado.

Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).

El IMC se calcula dividiendo el peso del paciente en kilos sobre la altura en metros elevado al cuadrado. Ejemplo: 60 kg de peso y 1,60 m de estatura $IMC = 60 / (1,60)^2 = 60 / 2,56 = 23,43$.

- Serán incluidos los pacientes con IMC hasta 35.

- En caso de anestesia regional se aceptarán aquellos pacientes que tengan un IMC hasta 40
- Para aquellas cirugías que se realizarán con anestesia local más sedación, se podrán aceptar pacientes con un IMC mayor de 40, previa evaluación y autorización del anesthesiólogo.
- Los pacientes con IMC >35 podrán ser sometidos a CA si el tipo y tiempo de la cirugía permitiera realizarla con anestesia general, regional y/o local con sedación, luego de criteriosa evaluación conjunta entre cirujano y anesthesiólogo

Condiciones psicosociales

Pacientes que antes no eran seleccionados, como niños y ancianos, hoy son posibles candidatos para cirugía ambulatoria. La edad por sí misma no debería considerarse elemento disuasorio en la selección de los pacientes, aun cuando la recuperación de las capacidades motoras finas y de la función cognoscitiva después de la anestesia general o de la anestesia local más sedación es más tardía en los pacientes de mayor edad.

Todo paciente que va a ser intervenido de manera ambulatoria debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante la entrevista de preadmisión, al ingreso, al egreso y en su casa en el periodo postoperatorio durante las primeras 24 horas.

El adulto responsable debe tener las siguientes características:

- Ser mayor de edad y autovalente.
- Saber leer y escribir.

- Ser capaz de comprender y seguir órdenes simples.
- Ser cooperador.
- Acompañar al paciente en la entrevista de preadmisión para ser acreditado por un profesional.

El paciente debe tener teléfono para realizarle el seguimiento postoperatorio.

Debe alojarse en un lugar dentro de la ciudad la primera noche después de la cirugía o máximo a una hora de trayecto de la institución donde se llevó a cabo la misma.

Responsabilidad:

El paciente y/o el adulto responsable deben tener capacidad de comprensión para poder ejecutar correctamente las indicaciones y cuidados postoperatorios en el domicilio

Características del adulto responsable

El adulto responsable debe cumplir con ciertas características que son como:

- Ser mayor de edad y autovalente.
- Saber leer y escribir.

- Ser capaz de comprender y seguir órdenes simples.
- Ser cooperador.
- Acompañar al paciente en la entrevista de preadmisión para ser acreditado por un profesional.

Medio de comunicación

Es necesario que el paciente cuente con un número de teléfono para realizarle el seguimiento postoperatorio respectivo.

Alojamiento

Debe alojarse en un lugar dentro de la ciudad la primera noche después de la cirugía o máximo a una hora de trayecto de la institución donde se llevó a cabo la misma.

Criterios de exclusión en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.

- Edad: menor de 30 días
- Problemas anestésicos previsibles
 - Asmáticos
 - Cuadros respiratorios
 - Trastornos de coagulación
 - Uso de medicamentos que interfieran con la cirugía o anestesia (Aspirina)

- Cuidados inadecuados hogar
- Transporte inadecuado
- Procedimiento quirúrgico complicado o recidivado.

REQUISITOS RELACIONADOS CON EXÁMENES DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

Definición: Es un conjunto de acciones médicas y de enfermería, orientadas a realizar una evaluación completa e integral del paciente, del adulto responsable y de las condiciones del entorno, desde el punto de vista quirúrgico, anestésico y psicosocial.

- a. Exámenes paraclínicos solicitados: los exámenes solicitados para una intervención quirúrgica ambulatoria deben ser los mismos que se solicitan para una cirugía de mayor complejidad los que son: biometría hemática, conteo plaquetario, tiempo de coagulación, tiempo de trombina, tiempo parcial de tromboplastina, grupo sanguíneo y factor RH, determinación sanguínea de glucosa, urea, creatinina, ácido urico, electrocardiograma.
- b. Entregar los contenidos educativos generales y específicos sobre Cirugía Ambulatoria.
- c. Realizar una anamnesis clínica del paciente.
- d. Clasificar al paciente según los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA).
- e. Obtener la información considerada relevante para evaluar al paciente desde un punto de vista integral.

- f. Satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y del adulto responsable, para disminuir el nivel de ansiedad e incertidumbre relacionadas con la proximidad del acto quirúrgico.
- g. Preparar al paciente y al adulto responsable con respecto a los cuidados y condiciones que deben cumplir para el egreso de la clínica y el período post-operatorio en el hogar.
- h. Obtener el consentimiento informado de autorización para la cirugía.
- i. Informar sobre los aspectos generales y específicos del proceso de la cirugía ambulatoria, incluidos los siguientes: circuito del paciente, tiempos estimados de permanencia en cada recinto, importancia del consentimiento informado, indicaciones específicas del preoperatorio, normas generales de la institución, deberes del adulto responsable, preparación para el egreso de la institución y otros.
- j. Entregar las Instrucciones Preoperatorios en forma escrita.
- k. Derivar al paciente, cuando sea necesario, al anestesiólogo o médico clínico tratante.

REQUISITOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Duración del acto quirúrgico:

El tiempo que dure una cirugía dependerá del tipo de intervención que se realice pero se acepta como definición una cirugía que dure 90 minutos o menos.

Ayuno preoperatorio:

Este se realiza con el fin de disminuir el riesgo de aspiración pulmonar mediante el uso técnicas correctas en el manejo de la vía aérea, así como por disminución del volumen y el pH del contenido gástrico.

El volumen gástrico puede reducirse con ayuno y medicación (por ejemplo, metoclopramida, bloqueantes H₂), y el pH mediante administración de antiácidos y antagonistas de los receptores H₂. El uso de metoclopramida con un antagonista H₂ se ha propuesto para reducir la emesis postoperatoria y la neumonitis por aspiración. El citrato sódico (0,3M, 30 ml) y la Bicitra son antiácidos orales no particulados eficaces para elevar el pH.

El ayuno prolongado no garantiza un estómago vacío y es causa de malestar en los pacientes ambulatorios. La ingestión de 150 ml de agua hasta 2 horas antes de la cirugía⁶ disminuyó significativamente la intensidad de la sed sin aumentar el volumen gástrico en los pacientes ambulatorios. Así pues, no parecen estar justificadas las restricciones de ingesta arbitrarias que se prescriben. Lo deseable sería llegar a un equilibrio entre el volumen gástrico y la deshidratación / hipoglucemia, lográndose este objetivo con una duración variable del ayuno, de esta forma se podría indicar el ayuno preoperatorio de la siguiente manera:

- Pacientes Adultos: 8 horas de ayuno de alimentos sólidos y 4 horas de líquidos claros (agua, té, jugos sin pulpa)
- Pacientes pediátricos Recién Nacidos hasta 6 meses: 4 horas de ayuno para la leche, los sólidos y los jugos con pulpa y 2 horas de ayuno mínimo para los líquidos claros: agua, té y jugos sin pulpa.
- Pacientes pediátricos entre 6 meses y 3 años: 6 horas de ayuno para la leche, los sólidos y los jugos con pulpa y 3 horas de ayuno mínimo para los líquidos claros: agua, té y jugos sin pulpa.

- Pacientes pediátricos mayores de 3 años: los mismos requisitos que el adulto.

Requerimientos de reposición de volumen:

Los requerimientos de volumen en este tipo de cirugías deben ser mínimos, o no deben requerir grandes recambios de volumen puesto que son actos quirúrgicos controlados y de bajo riesgo vital.

Manejo del dolor post-operatorio:

El dolor post-operatorio debe ser compatible con el tratamiento ambulatorio mediante el uso de analgésicos comunes y que no requiera de métodos avanzados para su manejo.

Programación:

Debe ser cirugía electiva. No se podrá realizar la cirugía de urgencia, en este último caso, la intervención debe agendarse, considerando la lista de operaciones programada en el Servicio de Cirugía y las necesidades del paciente que concurre al Servicio de Urgencias de 24 horas.

Las Cirugías Ambulatorias deben ser programadas de modo que las mismas finalicen dentro del horario de funcionamiento de la unidad.

Los pacientes programados para Cirugía Ambulatoria con anestesia local sin sedación, pueden arribar a la unidad sólo 1 hora antes del horario programado para la operación. Los pacientes programados con anestesia local y sedación, anestesia regional o anestesia general, deben concurrir 2 horas antes.

Cirugía de Urgencia:

Las Cirugía de Urgencia deben limitarse exclusivamente las siguientes: suturas, reducciones ortopédicas, osteosíntesis de extremidades, fracturas nasales y legrados uterinos que cumplan con los requisitos del protocolo específico.

Intervenciones quirúrgicas que se realicen por primera vez en la Unidad de Cirugía Ambulatoria:

Intervenciones quirúrgicas que se realicen por primera vez en la Unidad de Cirugía Ambulatoria: cualquier cirugía que se incorpore por primera vez al listado de procedimientos (ver etapa 2. Selección de procedimientos) deberá contar con la aprobación del Médico Jefe de la especialidad y del director médico y ser protocolizada

Selección de procedimientos

Todas las especialidades quirúrgicas podrán en distinta medida realizar procedimientos quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios.

La selección de procedimientos que se pueden realizar en la Unidad de Cirugía Ambulatoria depende:

- La premisa fundamental será la adecuada calidad técnica y asistencial.
- Los estándares de seguridad, de morbilidad y de readmisión de pacientes, deberán ser mejores o iguales que las obtenidas con los pacientes internados.
- Los procedimientos aptos para ser realizados en la Unidad de Cirugía Ambulatoria deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - a. Los procedimientos deben tener un riesgo mínimo de hemorragia, considerando así a aquellos en los que no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de sangre.
 - b. La duración no debe superar como norma general los 90 minutos en los casos de anestesia general, plazo este ampliable cuando el procedimiento se realiza con anestesia loco-regional.
 - c. Los procedimientos no deben implicar apertura de cavidades, excepción hecha de procedimientos laparoscópicos, hernias y pequeñas eventraciones.
 - d. Los procedimientos no deben requerir la utilización de drenajes con débitos elevados.
 - e. El dolor deberá ser fácilmente controlado, tras el alta, con analgésicos comunes, sin requerir de la administración de analgésicos parenterales.
 - f. El riesgo de compromiso postoperatorio de la vía aérea debe ser mínimo.
 - g. Rápido retorno a la normal ingesta de líquidos y sólidos.

CONDICIONES FÍSICAS QUE DEBE CUMPLIR UNA UNIDAD MOVIL DE CIRUGÍA AMBULATORIA.

Los términos, **Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA)**, **Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA)** “**Surgycenter**” (SC) son sinónimos y se definen como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

Tipos de unidades de cirugía ambulatoria

Las Unidades de Cirugía Ambulatoria (UCA) pueden ser de cuatro tipos:

1. **Unidad integrada y controlada por el establecimiento de salud con internación:** Utiliza los mismos quirófanos y salas de recuperación que los pacientes internados.

Es una forma de diagramar las cirugías. Forma parte del departamento o servicio de cirugía del establecimiento.

2. **Unidad autónoma controlada por el establecimiento de salud con internación:** Dispone de estructura, personal y circuitos externos propios. Se ve favorecida por su autonomía.

Es una unidad funcional independiente dentro del establecimiento. El paciente ambulatorio es el único objetivo de estas unidades.

3. **Unidad satélite del establecimiento de salud con internación:** Pertenece orgánicamente al establecimiento de salud con internación, está conducida por el mismo, pero alejada físicamente de este.

Es útil para extender el área de influencia de un establecimiento y acercar al paciente, los recursos quirúrgicos de bajo y mediano nivel de resolución del riesgo.

4. **Unidad independiente:** Son aquellos que funcionan en establecimientos de salud sin internación. Depende del organismo privado que la crea.

Las Unidades de tipo independiente o satélite cuentan con las siguientes estructuras

- Área de espera independiente.
- Área recepción de pacientes.
- Vestuarios masculinos-femeninos del personal.
- Vestuarios masculinos-femeninos de pacientes.
- Área de preanestesia.
- Quirófanos (Nº variable)
- Área de recuperación anestésica inmediata
- Área de recuperación anestésica mediata
- Área de esterilización.
- Áreas de servicios (Almacenamiento de instrumental, insumos, ropa limpia, ropa sucia, desechos materiales biológicos y no biológicos)

Las Unidades integradas y controladas por el hospital comparten una o varias de las estructuras y áreas mencionadas.

Las áreas de recepción /admisión y sala de espera, debe tener un fácil acceso, bien señalizado y podrá ser diseñado según conceptos y arquitectura de cada hospital o institución.

Las áreas de preanestesia, quirúrgicas y de recuperación anestésica deberán tener la misma infraestructura, complejidad y seguridad que sus similares para pacientes hospitalizados

CONTRAINDICACIONES EN CIRUGÍA AMBULATORIA

- a. Antecedentes personales o familiares directos de hipertermia maligna.
- b. Enfermedades neuro-musculares, por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna y/o dificultad respiratoria post-operatoria que puede requerir ventilación mecánica en el post-operatorio.
- c. Paciente prematuro con menos de 60 semanas post-gestacionales.
- d. Coagulopatías.
- e. Alteraciones psiquiátricas mayores: depresión grave, esquizofrenia, enfermedad bipolar, etc.
- f. Dermatitis del pañal activa y/o cualquier afección infecciosa de la piel.
- g. Alcoholismo.
- h. Consumo habitual de cocaína, estupefacientes y otras drogas. Obesidad mórbida
- i. Malformaciones de la vía aérea y/o antecedentes de dificultad en la intubación en cirugía previas.

CIRUGÍAS Y PROTOCOLOS QUE SE PUEDEN DESARROLLAR EN LA UNIDAD MÉDICA AMBULATORIA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

Los procedimientos adecuados para la cirugía ambulatoria son aquellos asociados con el cuidado postoperatorio que puede tratarse fácilmente en el hogar, y con bajas tasas de complicaciones postoperatorias que requieran un cuidado intensivo por parte de médicos o enfermeras.

Los listados de procedimientos ambulatorios se desactualizan con rapidez simplemente porque excluyen ciertos procedimientos que en breve pueden volverse rutinarios en ámbitos ambulatorios.

La duración de la cirugía no es un criterio para los procedimientos ambulatorios dado que hay escasa relación entre la duración de la anestesia y la recuperación.

Gracias a las innovaciones tecnológicas en Cirugía Ambulatoria se puede realizar intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas (microabordajes, laparoscopia, histeroscopia, punciones...) mediante anestesia local, general, regional o por sedación y garantizar el rápido retorno a su hogar y la pronta incorporación a sus actividades habituales en determinadas patologías quirúrgicas.

LESIONES BENIGNAS DE LA PIEL.

Las lesiones benignas de la piel están formadas por varios grupos. Las quísticas incluyen los quistes epidérmicos de inclusión, sebáceos y pilonidales así como gangliones. Otro grupo comprende verrugas, queratosis, queloides, hemangiomas, malformaciones arteriovenosas, tumores glómicos y malformaciones capilares. Un tercer grupo incluyen úlceras por decúbito, hidradenitis supurativa y quemaduras. Los nevos de unión, compuesto e intradérmico y los lentigos malignos constituyen otro grupo.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE EXCERESIS DE LESIONES BENIGNAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

1. Para un quiste, practique una incisión elíptica. En una lesión no quística, asegúrese de incluir alrededor de 0.5 cm de tejido más allá de la lesión cuando realice la incisión elíptica.
2. Efectué la incisión a lo largo de las líneas de Langer (de Kraissl) y perpendicular a los músculos subyacentes, y sólo por excepción paralela a las fibras musculares subyacentes.
3. Diseque hasta el tejido subcutáneo pero no la fascia. Si es posible, evite romper el quiste.
4. Manipule el espécimen con cuidado, sin traumatizar la piel ni la lesión.
5. Cierre en dos planos. Diseque bajo la piel según se requiera. Recuerde que la dermis es la capa más fuerte. Para la dermis utilice puntos separados con material absorbible sintético 4-0 o 5-0 (vicryl sin teñir); en la epidermis, haga

una sutura subcuticular continua con vicryl 5-0 y refuércela con steri-strips (vendoteles). Es aceptable utilizar puntos separados de material no absorbible 6-0 muy cerca de los bordes de la piel y entre sí.

Retire los puntos separados en ocho a diez días y refuerce nuevamente con steri-strips, en especial si la herida se localiza cerca de una articulación. En la mayor parte de los casos, puede dejarse una sutura epidérmica continua de nylon durante dos semanas sin ningún problema.

CIRCUNCISIÓN

Es la extirpación del prepucio que cubre al glande. Se recomienda el uso de un anestésico local durante el procedimiento, el cual puede inyectar en la base del pene, en el cuerpo de este o se puede aplicar como crema para reducir el dolor, el prepucio se hala desde la cabeza del pene y se sujeta con un dispositivo de abrazadera de plástico o metal.

Los principales riesgos tenemos:

- Sangrado
- Infección
- Enrojecimiento localizado.
- Lesión en el pene.

El tiempo de cicatrización para recién nacidos generalmente es de alrededor de 1 semana, se recomienda aplicar vaselina, después de los cambios de pañal para proteger la incisión que está cicatrizando.

El periodo de cicatrización para mayores y adolescentes puede ser hasta de 3 semanas y en la mayoría de los casos, al niño se le da el alta el mismo día de la cirugía.

HIPOSPADIAS

Es una cirugía para corregir un defecto de nacimiento en los varones, esta condición se presenta cuando la uretra no presenta la salida apropiada en la punta del pene. Esta condición con frecuencia está asociada con un acortamiento o inclinación del pene hacia abajo, al igual que con una malformación del prepucio. Se realiza cuando el niño está dormido, bajo anestesia general.

Se puede usar un segmento pequeño de prepucio para formar el conducto que aumente la longitud de la uretra y permite la ubicación de la abertura uretral en la punta del pene. No se debe efectuar la circuncisión en niños nacidos con hipospadias, ya que el prepucio puede ser utilizado posteriormente para la reparación.

Está indicado para:

- Para permitir la micción normal.
- Corregir la deformidad del pene.
- Para garantizar un buen funcionamiento sexual normal.

Los riesgos que se presentan son:

- Reacciones a los medicamentos.
- Problemas respiratorios.
- Sangrado.
- Infección.
- Inflamación del pene.

Inmediatamente después de la cirugía, el pene se fija con cinta al abdomen para darle estabilidad.

- Se administra medicamentos para aliviar el dolor.
- Motivar al paciente para que tome líquidos con el fin de mantener el gasto urinario y evitar la presión sobre la uretra.
- Colocar un catéter urinario durante un periodo después de la operación.
- Se evita la actividad vigorosa hasta que se haya sanados las suturas por completo.

FIMOSIS

La dificultad o imposibilidad para la retracción de la piel prepucial, esto es, de la piel que recubre el extremo del pene o glande. No debe confundirse con la presencia de adherencias balanoprepuciales (entre la piel del prepucio y el glande del pene) que son muy frecuentes en niños y que son independientes de la presencia o ausencia de fimosis. En algunos niños estas adherencias se acompañan de una estrechez en la piel del prepucio que produce un intenso dolor al intentar de retraer esta piel y que en ocasiones hace que los niños cuando pretenden miccionar presenten antes de la salida de la orina una "hinchazón" del prepucio. En casos más leves solo presentarán dolor al intentar retirar el prepucio para limpiar el glande.

La ausencia de limpieza del pene provoca el acumulo entre la piel y el glande de una secreción fisiológica que se denomina esmegma y que con frecuencia se sobre infecta dando lugar a las **balanitis**: infecciones locales dolorosas y con frecuencia con presencia de pus.

Las fimosis pueden corregirse quirúrgicamente mediante 2 técnicas: la clásica o **circuncisión** o la más actual o **prepucioplastia de Duhamel**. La elección de una u otra técnica dependerá de las características personales de cada niño aunque, en general, el postoperatorio de la circuncisión es más molesto y el resultado menos estético que cuando realizamos una prepucioplastia; sin embargo en los casos de infecciones locales o infecciones urinarias de repetición es más recomendable la primera.

Esta intervención no está indicada antes del año de edad (para minimizar el riesgo anestésico) salvo en niños con infecciones de repetición o en los casos de indicación por motivos culturales. Dado que la incidencia de balanitis es significativamente mayor a partir de los 3 años, y por el bajo riesgo de las técnicas empleadas, no es conveniente esperar a la aparición de infecciones para solventar la presencia de una fimosis. Generalmente se realiza con anestesia local y sedación para garantizar la colaboración del enfermo. En adolescentes colaboradores puede realizarse con anestesia local únicamente

HERNIA

Una hernia es la salida o "protrusión" de una víscera abdominal a través de una debilidad en la pared del abdomen. Su cubierta externa es como la pared abdominal. La cámara de goma interna es como la capa delgada del interior de su

abdomen (peritoneo). En vez de tener aire en su interior, el abdomen contiene los intestinos y otros órganos vitales. Cuando la capa o cubierta externa se debilita se forma una hernia. Pueden ocurrir en adultos y niños.

Generalmente es fácil el diagnóstico tanto para el paciente como para el médico. Se manifiesta como un bulto o tumor que aparece en la región en que se localiza la hernia, frecuentemente en la ingle. Puede presentarse con molestia o dolor cuando usted levanta objetos pesados, tose o puja para orinar o defecar

En algunos casos la hernia se puede complicar y puede estrangularse un segmento de intestino requiriendo una operación de urgencia, constituyendo una situación grave.

El único tratamiento definitivo es cirugía. El tratamiento conservador con observación, faja o bragueros, no es recomendable debido a que no curan la hernia.

Es recomendable corregir la hernia con una operación antes que se haga de mayor tamaño, y antes de que se complique.

Los tipos de procedimientos quirúrgicos son múltiples e incluyen la tradicional reparación anterior, la técnica preperitoneal, la técnica laparoscópica, con o sin malla para cerrar el defecto herniario. Estas técnicas se pueden realizar con anestesia general, regional, raquídea, o con anestesia local.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE HERNIA UMBILICAL PEQUEÑA

1. Practique una incisión infraumbilical en sentido de las tres a las nueve del reloj.
2. Diseque el saco circunferencialmente a fin de liberarlo del tejido subcutáneo circundante.
3. Corte el saco y extirpe el exceso del mismo hasta el anillo.
4. Cierre el anillo mediante puntos separados con Surgilon 1-0
5. Cierre la piel.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE HERNIA UMBILICAL GRANDE EN ADULTOS.

Las hernia umbilicales en adultos suelen resultar de hernias infantiles grandes, no tratadas, que no cerraron de manera espontánea. Las hernia umbilicales en el adulto no cierran por si mismas.

1. Cuando la piel está degenerada y el paciente es de edad avanzada, no es necesario preservar el ombligo. Sin embargo, en todos los otros casos debe intentarse conservarlo. Si es posible haga una incisión en sentido de las nueve a las tres del reloj, arriba o abajo del ombligo.
2. Separe el saco de la grasa mediante bisturí o tijera y, después de aislarlo y elevarlo en forma satisfactoria, ábralo.
3. Corte el saco hasta el anillo o justo arriba del mismo si debe cerrarse por separado. Ligue todos los puntos con hemorragia. Los autores ligan todas las estructuras tubulares con seda 3-0. Cierre el saco y la lámina posterior de la vaina del recto mediante puntos separados con

catgut crómico 1-0 o dexton 2-0. Prepare la lámina anterior de la vaina del recto en un tramo de 1 a 2 cm alrededor del defecto.

4. Separe con suavidad la lámina posterior de la vaina del recto del peritoneo. Cierre el defecto de forma transversal, con imbricación o sin ella, mediante puntos separados con Surgilon 1-0.
5. Cierre la línea blanca con puntos separados.
6. Cierre la piel con puntos separados. Muchos cirujanos cierran el defecto en sentido longitudinal en la misma forma que una incisión en la línea media. Asimismo, varios cirujanos incorporan el peritoneo y la fascia en un plano.

PTERIGIUM

El pterigium es una enfermedad que afecta la conjuntiva y la cornea. La conjuntiva es una delgada membrana transparente que cubre la esclera (la porción blanca del ojo). Es allí donde se inicia la enfermedad: se produce un crecimiento exagerado de la conjuntiva en las porciones expuestas al sol. Al elevarse la conjuntiva, genera resequedad (ya que la lágrima no puede cubrir esta 'isla' elevada).

La reacción normal de la conjuntiva ante la resequedad es crecer aún más intentando protegerse. De este modo se produce un círculo vicioso donde mayor crecimiento produce mayor resequedad y esta a su vez genera más crecimiento. Finalmente el pterigium crece en forma de una masa carnosa sobre la cornea - la estructura transparente localizada frente al iris (el que da color al ojo)

Los síntomas del pterigium son resequedad y rugosidad del pterigium produce sensación de ardor, rasquiña y resequedad en el ojo afectado. Para muchas personas también es indeseable la apariencia estética del pterigium.

Puede llegar el punto en que el pterigium crece lo suficiente para acercarse al centro de la cornea e impedir el paso de la luz, produciendo una disminución marcada de la visión. En las fases iniciales cuando es ligera la sensación de ardor y resequedad, se puede manejar con lubricantes y vasoconstrictores. En fases avanzadas o cuando es estéticamente molesto para la persona, se requiere cirugía para eliminar el pterigium y reemplazarlo por conjuntiva sana.

SALPINGECTOMÍA

La Salpingectomía es una forma de anticoncepción irreversible. Es una de las mejores técnicas de esterilización. Hay diferentes formas de realizarla pero sin embargo la más usada en nuestro país es la técnica de Pomeroy.

La esterilización femenina previene el embarazo al ocluir o bloquear mecánicamente las trompas de Falopio, usando una de las varias técnicas de oclusión.

Existen diversas técnicas de oclusión: las trompas pueden atarse o "ligarse", bloquearse con dispositivos mecánicos como grapas o anillos, o se pueden cerrar al cicatrizar después de haberseles aplicado corriente eléctrica.

Actualmente en muchas instituciones del país la esterilización quirúrgica se puede realizar por medio de laparoscopia.

Hay diferentes métodos ya sea con cauterio bipolar, unipolar, clamps, anillos de Young o cauterizarla y cortarlas a la vez.

Sin embargo, aunque sea el método más seguro de los demás formas anticonceptivas en la mujer, no es 100% seguro. Existe un mínimo porcentaje en que algunas veces se re canaliza una trompa y puede pasar el espermatozoide a través de ella y fecundar el óvulo.

Lo más importante de los anterior es que si una paciente tiene una prueba de embarazo después de esta cirugía tiene un 33% de posibilidad de desarrollar un embarazo ectópico. Por lo que debe acudir inmediatamente a un centro.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE SALPINGECTOMÍA

1. PREPARACIÓN DE LA PACIENTE

- a) El consentimiento informado para la contracepción quirúrgica que no debe obtenerse cuando la mujer está bajo efectos de sedación o tensión relacionada con el embarazo o parto ni cuando sufra los efectos de una presión post-parto.

- b) La literatura anota practicar sondeo vesical.

- c) Con la paciente en ayunas puede procederse según: Venoclisis: Suero glucosado al 5%, 500 cc. ó 1 litro (aguja 20) + 10 mg. de Diazepán, 650 mg. de Meperidina o Petidina. Aplicar al comienzo generalmente 20 a 30 ml. y enseguida regular para una sedación adecuada, manteniendo siempre contacto verbal con la paciente e indicándole los pasos a seguir para lograr su cooperación y confianza indispensable para el éxito de la operación.
- d) Posición de la Paciente: Litotomía en caso de bloqueo de intervalo o decúbito dorsal en caso de postparto o postaborto.
- e) Después de la desinfección de la zona operatoria aplicar los campos y colocar la mesa operatoria en Trendelenburg a 4° con el objeto de alejar el contenido abdominal de la zona operatoria.

2. TÉCNICA OPERATORIA (TÉCNICA DE POMEROY)

a) PROCEDIMIENTO PREVIO EN EL BLOQUEO TUBARIO:

- Realizar higiene perineal y vaginal.
- Practicar examen ginecológico para descartar patología uterina no detectada previamente, ratificar la posición y movilidad uterina y evaluar el grado de sedación obtenida. (en casos de post parto generalmente este examen no se realiza).
- Colocar el espéculo y hacer asepsia del cervix.

- Colocar el elevador uterino a manera de un histerómetro; a veces será necesario pinzar el labio anterior del cervix con la pinzade Possi, parafijación del mismo.
- Manipular suavemente el elevador para confirmar la movilidad uterina.

b) PRIMER CORTE: Transversal:

- Incluye piel y subdermis, exponiendo el tejido celular subcutáneo (se puede ampliar la incisión a 3.5 6 4 cm. si el caso lo amerita).
- Utilizando los separadores, el ayudante expone el fondo de la incisión.
- No es necesario efectuar hemostasia, generalmente el sangrado se detiene espontaneamente salvo que se interese una arteria que se reconoce y liga,

c) SEGUNDO CORTE: Transversal:

- Sección de la aponeurosis o fascia abdominal anterior identificando la línea media; cortar 0.5 cm. a 1 cm.(aquí el grosor de la pared es mínimo).
- No es necesario diseccionar el músculo (recto anterior) pues causaría sangrado, simplemente se divulsiona: ampliar la incisión introduciendo las tijeras cerradas y abriéndolas dentro del espacio prevesical.
- Con la ayuda de las pinzas de disección se insertan los separadores al orificio de la aponeurosis o fascia.

Nota:

- La dirección de la tracción con los separadores: el suprapúbico en sentido longitudinal a la pared abdominal hacia abajo y el otro en sentido opuesto para lograr la tensión del peritoneo haciendo susceptible la disección y su

perforación (no corte) con la pinza hemostática. (conviene gotear un poco de anestésico).

- Con pinza Cryle incidir sobre el peritoneo para abrirlo (no requiere corte con tijera).
- Al penetrar el peritoneo introducir los separadores en la cavidad abdominal, exponiendo la incisión. Movilizar el útero utilizando el elevador uterino, que se colocó en vagina (en casos de bloqueo en el intervalo) o con el gancho "movilizador de la trompas". A través de la pared localizar la trompa derecha o izquierda indistintamente (en casos de bloqueo post parto o post aborto).
- El útero es orientado hacia la izquierda y se toma la trompa derecha traccionándola hacia la incisión con pinza de Babcock,
- Pinzada la trompa se elige la zona donde se practicará la ligadura (conviene antes, aplicar unas gotas de xilocaína de la jeringa a la serosa de la trompa para evitar el dolor víscera; que despierta su pinzamiento).
- Proceder al bloqueo de la trompa según técnica de Pomeroy, que la recomendamos por su rapidez y facilidad.
- Revisar el sangrado en el lecho operatorio o por desgarramiento del mesosalpinx.
- El mismo procedimiento se efectúa con la otra trompa; si es la izquierda, el útero se orientará hacia la derecha en esta ocasión.
- Conviene indicarle a la paciente que hunda el abdomen y tolere la posible molestia a sentir.
- La sensación de cólico menstrual que percibe la paciente al traccionar la trompa y aplicar la ligadura desaparece en cuanto se termina de cortar el asa ligada.

d. CIERRE DE LA PARED.

- Quitar el Trendelenburg.
- Cerrar el orificio peritoneal con una sutura en jareta con catgut ó ácido poliglicólico 000 pidiendo a la paciente que puje antes de anudar, logrando

con esto que bajo visión directa salga la mayor cantidad de aire intraabdominal lo cual reducirá las molestias post operatorias por irritación del nervio frénico,

- En la mayoría de nuestros casos no se ha suturado el peritoneo por ser un orificio pequeño; directamente el cierre se ha dirigido a la fascia, como aconseja Ellis (5).
- Cierre de la fascia con crómico 00 ó ác. poliglicólico 00 surget continuo.
- Aplicar 2 puntos en la fascia de Scarpa para evitar la formación de un espacio muerto.
- Sutura de la piel con catgut simple o con dos puntos subcuticulares invertidos equidistantes del borde quirúrgico 6 con la sutura subdérmica continua -se logrará estética en la cicatriz y se permitirá la salida de secreciones,
- Pequeña gasa o apósito para cubrir la herida.

3) RECUPERACIÓN:

- Mantener la paciente en reposo hasta el cese de la sedación (1 a 2 hs.) y luego se le da de alta.
- En caso de dolor: analgésico simple; ejemplo acetalgina o aspirina.
- Mantener la herida limpia y seca.
- En casos de post parto más de 48 hs. se prefiere dar antibióticos.
- Actividad física limitada y progresiva.
- Valoración post quirúrgica: control de la paciente a los 4 días (ver signos inflamatorios u otros que requieran tratamiento),

PÓLIPOS CERVICALES

Los pólipos cervicales constituyen una patología frecuente en la consulta ginecológica, sobre todo en mujeres mayores de 20 años que han tenido hijos y son poco comunes antes de la menarquía. En la mayoría de los casos, solamente se presenta un pólipo, aunque en ocasiones se pueden encontrar 2 ó 3. La época más frecuente es al final de su vida reproductiva y después de la menopausia. En las primeras, las lesiones suelen ser más grandes, difíciles de tratar y con frecuencia recidivan.

La causa de los pólipos cervicales aún no se ha comprendido completamente, pero con frecuencia son el resultado de una infección crónica, una respuesta local anormal a los niveles de estrógeno o a una congestión local de los vasos sanguíneos cervicales. Clínicamente se manifiesta con sangrado genital fuera de la menstruación, sobre todo durante la relación sexual. Son benignos, no se malignizan pero deben ser extirpados para controlar la sinusorragia.

FISURA ANAL

La fisura anal es una ulceración de la porción epidérmica del canal anal, que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano.

CLASIFICACIÓN

Las fisuras de ano se clasifican según el tiempo transcurrido desde el principio de la enfermedad y la morfología de la lesión en agudas y crónicas. No existe un tiempo concreto para decidir que una fisura ha pasado de ser aguda a crónica. Por tanto la descripción morfológica de cada una de estas variedades carece de utilidad de cara al tratamiento, puesto que lo importante es el tiempo que el paciente lleva padeciendo la enfermedad.

Por el contrario, sí tiene importancia terapéutica la existencia de las llamadas fístulas retrofisurarias. Estas fístulas se sitúan por debajo del trayecto de la fisura partiendo de la línea pectínea y emergen en la superficie cutánea por fuera del lecho de la fisura.

DIAGNÓSTICO

Clínica. Dolor anal con la defecación de características lacerantes y muy intenso. Este dolor se mantiene un tiempo y va disminuyendo progresivamente, desaparece entre varios minutos y dos o tres horas, frecuentemente el dolor evoluciona en un ritmo de tres tiempos (está ausente o es leve durante la defecación, casi llega a desaparecer durante un período de tiempo que oscila entre cinco minutos y dos horas y luego aumenta de intensidad, pudiendo durar varias horas), en general no persiste durante la noche aunque en ocasiones puede aparecer una proctalgia fugax. Rectorragia de sangre roja, brillante y generalmente de escasa cuantía (suele impregnar el papel higiénico al limpiarse) y no se mezcla con las heces, aparece con los

esfuerzos para defecar o con la defecación. Otros síntomas son prurito y secreción mucosa o muco-purulenta que suelen aparecer en la fase crónica de la lesión.

Inspección. Se debe realizar con mucho cuidado pues dada la hipertonía del canal es muy dolorosa. Se coloca al enfermo en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), se separan los márgenes anales y se pide al paciente que realice una maniobra de Valsalva (muchas veces es necesario aplicar previamente una anestesia tópica o analgésicos orales). El tacto rectal está contraindicado por riesgo de síncope vaso-vagal e incluso parada cardíaca; si se pudiese hacer demostraría una hipertonía del esfínter. La anoscopia y rectoscopia solo son necesarias cuando se sospeche una fisura secundaria.

PROTOCOLO DE ESFINTEROTOMIA INTERNA LATERAL

La cirugía consiste en una pequeña operación que secciona una porción del esfínter anal interno para permitir que la fisura cure al disminuir el dolor y el espasmo que interfiere en la cicatrización. La sección de este esfínter en pocas ocasiones interfiere en el control de las deposiciones y puede realizarse mediante cirugía ambulatoria.

1. El tipo de anestesia depende del cirujano
2. comprobación de la existencia de hipertonía del esfínter
3. La posición del paciente debe ser de pronación
4. Se realiza la Esfinterotomía interna lateral que consiste en la palpación del surco interesfinteriano con el dedo índice del cirujano, y en la porción externa se secciona transversalmente aproximadamente 1 cm. del esfínter externo distal del surco.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO COMPLEMENTARIO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

Todo quirófano debe contar con material quirúrgico complementario básico que se prepara en cajas quirúrgicas dichas cajas son de acero inoxidable y pueden tener tapa o pueden no tenerla, las cuales suelen ser fenestradas.

Existen cajas para distintas especialidades, y según la especialidad es el material que se coloca adentro.

Hay tres cajas que son básicas, ellas son: las de Cirugía Menor, las de Cirugía Mayor y la de Cirugía Mayor Especial.

INSTRUMENTAL DE CAJA QUIRURGICA MAYOR

Los instrumentos que se encuentran en una Caja de cirugía mayor son: 1 valva Maleable, 2 valvas Deaver, 2 valvas ginecológicas o Doyens, 1 valva Frish, 1 separador Balfour con valva, 2 separadores Farabeuf chicos + 1 chico doble, 1 aspirador curvo + 1 tubo de Pool, 2 pinzas de disección con dientes + 2 sin dientes, 4 pinzas Foerster, 2 americanas largas, 2 porta-agujas, 1 pasahilos Lahey, 1 pinza Collins, 2 pinzas Kocher + 2 Foure, Oshner o Miculintz o 1 de c/u, 6 pinzas Allis, 6 americanas Crille, 4 Halsted, 6 Backhaus, 1 tijera de Mayo corta + 1recta + 1 mediana, 1 tijera Metzembraum mediana, 2 mangos n° 4.

La fabricación de instrumentos quirúrgicos puede ser de titanio, tuteno, vitalio, oro, plata, cobre u otros metales, pero la gran mayoría de instrumentos quirúrgicos están hechos de acero inoxidable, las aleaciones que se utilizan deben

tener propiedades específicas para hacerlos resistentes a la corrosión cuando se exponen a sangre y líquidos corporales, soluciones de limpieza, esterilización y a la atmósfera.

Acero inoxidable: es una aleación de hierro, cromo y carbón; también puede contener níquel, manganeso, silicón, molibdeno, azufre y otros elementos con el fin de prevenir la corrosión o añadir fuerza tensil.

Los instrumentos de acero inoxidable son sometidos a un proceso de pasivación que tiene como finalidad proteger su superficie y minimizar la corrosión.

Titanio: es excelente para la fabricación de instrumentos micro quirúrgicos. Se caracteriza por ser inerte y no magnético, además su aleación es más dura, fuerte, ligera en peso y más resistente a la corrosión que el acero inoxidable.

Tuteno: es maleable, liviano, no tan destructible, posee color azul grisáceo.

Vitalio: es la marca registrada de cobalto, cromo y molibdeno. Sus propiedades de fuerza y resistencia son satisfactorias para la fabricación de dispositivos ortopédicos e implantes maxilofaciales.

Es importante recordar que en un ambiente electrolítico como los tejidos corporales, los metales de diferente potencial en contacto unos con otros pueden causar corrosión. Por lo tanto, un implante de una aleación con base de cobalto no es compatible con instrumentos que tengan aleaciones con base de hierro como acero inoxidable y viceversa.

Otros metales: algunos instrumentos pueden ser fabricados de cobre, plata, aluminio. El carburo de tungsteno es un metal excepcionalmente duro que se utiliza para laminar algunas hojas de corte, parte de puntas funcionales o ramas de algún instrumento.

PARTES DE UN INSTRUMENTO:

Un instrumento posee distintas partes que pueden ser identificadas:

1. **Puntas:** componen el extremo de un instrumento. Cuando el instrumento se encuentra cerrado, ellas deben quedar estrechamente aproximadas (excepto algunas pinzas vasculares e intestinales que comprimen parcialmente el tejido).
2. **Mandíbulas:** aseguran la prensión del tejido. La mayoría son aserradas y algunas tienen en su interior una lámina de tungsteno (particularmente en el caso de los porta-agujas).
3. **Caja de traba:** es la articulación en bisagra del instrumento que permite dar movilidad de apertura y cierre durante la manipulación. Para que cumpla bien su función la chaveta que la mantiene unida debe estar nivelada contra el instrumento.
4. **Mango o ramas:** es el área entre la caja de traba y las anillas.
5. **Cremallera:** mantiene al instrumento trabado cuando éste se encuentra cerrado. Deben engranarse suavemente. A menudo deben lubricarse.

6. **Anillas:** elemento que sirve para sujetar el instrumento de manera tal que le permita al cirujano realizar las maniobras quirúrgicas.

CLASIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL

El instrumental quirúrgico se puede clasificar en seis grandes grupos:

1. Instrumental de diéresis.
2. Instrumental de prehensión.
3. Instrumental de separación.
4. Instrumental de clampeo.
5. Instrumental de aspiración.
6. Instrumental de síntesis.

INSTRUMENTAL DE SEPARACIÓN.

La *separación* es la maniobra destinada a la retracción de estructuras (tejidos u órganos) en un sentido tal que se puedan exponer los planos subyacentes y de esta manera dar claridad, calidad, simplicidad y seguridad a todas las maniobras realizadas por el cirujano.

La manera de realizarse la separación establece la clasificación de los separadores: aquellos que necesitan de una mano que traccione de ellos, denominados *separadores manuales o dinámicos* y por oposición, los que se mantienen solos entre los bordes de la herida, denominados *separadores autoestáticos o estáticos*.

- **Separadores manuales**

Para cumplir su cometido deben ser manejados por la mano del ayudante, quien los mueve según los requerimientos del cirujano. Generalmente poseen un mango que varía en longitud y ancho para corresponder con el tamaño y la profundidad de la incisión.

Ejemplos:

Separador de Farabeuf: se utilizan en planos superficiales de las incisiones (piel, tejido celular subcutáneo, muscular). Generalmente son utilizados en todas las cirugías. Pueden ser chicos, grandes o dobles, según como sea la lámina.

Valva Maleable: se fabrica con una aleación especial de acero inoxidable lo que permite al cirujano doblarla y convertirla en una valva Doyen sin mango. Sus bordes son redondeados.

Valva Deaver: también llamada "valva semilunar" por su forma. Posee una lámina ancha, la cual le permite separar en profundidad cuando es necesario utilizar gran fuerza.

Valvas ginecológicas o de Doyen: posee un mango para traccionar de ella y luego la lámina termina en ángulo de 90° con respecto a este. Se utilizan para separar en profundidad (contenido pélvico).

Valva Frish: es una valva de reborde costal

- **Separadores autoestáticos**

Son instrumentos diseñados para conseguir la separación durante, los procedimientos y permitir que los ayudantes tengan sus manos libres para colaborar con los cirujanos en otras tareas.

En general todos los modelos tienen principios de funcionamiento semejantes; se fijan en los bordes de la incisión, previa colocación de compresas adecuadas, el cirujano les da la abertura adecuada y quedan en esa posición sin necesidad de ninguna actividad manual. Esto es lo que les da la característica de autoestáticos.

El mecanismo mediante el cual se mantiene la tensión para la separación puede ser por medio de cremallera o por un sistema de mariposas y tornillos.

Ejemplos:

Separador de Balfour: cuenta con un soporte que trae acoplado dos ramas transversas, de las cuales una se desliza sobre él y la otra está fija; la que se desliza tiene un sistema de mariposas con tornillos la cual se ajusta en la medida que se quiera separar (separa las paredes de abdomen o pelvis). Sobre el soporte también se acopla una valva suprapubiana (valva del Balfour) con la que se consigue separar la vejiga en el caso de incisiones medianas infraumbilicales. Este separador es utilizado, entonces, en cirugías ginecológicas y urológicas.

INSTRUMENTAL DE ASPIRACIÓN

La *aspiración* es la limpieza del campo operatorio, o sea, la remoción de sangre extravasada que por momentos impide la visión de los órganos o estructuras anatómicas. Este secado se efectúa con gasas libres o montadas en pinzas, compresas o mediante aspiración central, para lo cual se utilizan cánulas de aspiración. Algunos ejemplos son:

Tubo de pool sirve para *aspiración* la limpieza del campo operatorio (es un pico de aspiración recto, fenestrado, de acero inoxidable)

INSTRUMENTAL DE PREHENSIÓN.

En este grupo se incluyen los instrumentos que abrazan tejidos entre sus mandíbulas y tienen la función de traccionarlos, sostenerlos o movilizarlos en el campo operatorio, se denominan *pinzas*. Por su diseño pueden interactuar desde el delicado músculo ocular hasta en un resistente hueso.

- **Pinzas de prensión elástica**

También llamadas pinzas de mano izquierda o pinzas de disección., se coincidirán una prolongación de los dedos del cirujano.

Según la forma de sus ramas se distinguen cuatro tipos: rectas, curvas, acodadas y en bayoneta. Y según el largo de sus ramas se distinguen tres tipos: corta, mediana y larga.

Cabe destacar que estas pinzas no cumplen con las partes de los instrumentos destacadas anteriormente, ya que sólo poseen ramas y punta, pero no cremallera, ni anillas, ni caja de traba.

La principal característica que determina el uso que se le va a dar, es la punta; ésta puede ser lisa o con dientes.

Ejemplos:

Disección sin dientes: son llamadas también pinzas torpes, son escalonadas y con estrías (muescas) en la punta, pero no tienen dientes.

Disección con dientes: en vez de tener estrías, tienen un solo diente en un lado que encaja en los dientes del lado contrario o una línea de muchos dientes en la punta. Estas pinzas proporcionan un firme sostén en los tejidos duros y en la piel.

- **Pinzas de presión continua**

También llamadas pinzas de presión con cremallera.

Están destinadas a la presión y movilización de tejidos blandos que, por contar con un mecanismo a cremallera entre sus mangos, no necesitan de la fuerza de la mano para permanecer colocadas en su sitio.

Existen muchos modelos de estas pinzas, pero todas poseen las partes del instrumental descritas anteriormente; mandíbulas, caja de traba, ramas o mangos, cremallera y anillas.

Las pinzas de presión continua se pueden clasificar de acuerdo a si poseen dientes o no en fuertes y delicadas.

A su vez dentro del grupo de pinzas de presión continua hallamos un sub-grupo denominado "Instrumental de Hemostasia o pinzas americanas". Es el instrumental más numeroso de las cajas de cirugía y gozan de la mayor anarquía en cuanto a su denominación y especificaciones. Tienen 2 partes prensiles en las mandíbulas con estrías opuestas, que se estabilizan por un engranaje oculto y se controlan por los anillos; al cerrarse los mangos se mantienen cerrados por la cremallera. Se usan para ocluir vasos sanguíneos. Existen muchas variaciones de pinzas hemostáticas. Las mandíbulas pueden ser rectas, curvas o en ángulo; las estrías pueden ser horizontales, diagonales o longitudinales y las puntas pueden ser puntiaguda, redondeada o tener un diente. La longitud de las mandíbulas y de los mangos puede variar.

Las características del instrumento determinan su uso; las puntas finas se utilizan para vasos y estructuras pequeñas. Las ramas más largas y fuertes en vasos grandes, estructuras densas y tejido grueso; los mangos largos permiten alcanzar estructuras profundas en cavidades corporales.

Pinzas de prehensión continua delicada

Son aquellas que no poseen dientes, lo cual las convierte en atraumáticas por excelencia.

Ejemplos:

Pinza Foerster: también denominada "pinza de aro". Es una pinza larga, que puede ser curva o recta. Su larga cremallera permite graduar a voluntad su presión en la punta. Cada mandíbula termina en forma de aro, los cuales no poseen estrías pero sí fenestras que permiten una excelente toma de vísceras huecas, sin dañarlas. También se suele utilizar para la asepsia de piel, junto a una gasa doblada.

Pinza Crille: es una pinza hemostática o americana, nunca tiene dientes sino estrías, es más robusta que la Halsted y sus ramas son más largas. Es curva, corta. Se utilizan por ejemplo en fístulas arterio-venosas, cirugía de cuello y bocio.

Pinza Kelly: también es una pinza hemostática o americana, son rectas. Se utilizan en vasos de calibres medianos.

Pinza Allis: posee ramas ligeramente curvas, con una línea de "dientecillos" al final que permite sostener el tejido suave pero seguro. A moderada tensión su punta es atraumática por lo que se la emplea en la toma de los bordes de intestino o cualquier otra víscera fácilmente desgarrable.

Pinzas de prensión continua fuerte: son aquellas que poseen dientes, lo cual las convierten en pinzas totalmente traumáticas. Ejemplos:

Pinza Kocher: es una pinza corta, recta, su punta posee dientes y el resto de la mandíbula presenta estrías transversas que se complementan con las de la otra mandíbula. Ambas ramas suelen ser finas. Es la más clásica de las pinzas Hemostáticas con dientes. Se utiliza por ejemplo para cirugía de cuello y Bocio.

Pinza Oshner: el formato de esta pinza es similar a la Kocher, ya que su única diferencia con ella, es que es larga. O sea que también es recta, posee mandíbulas finas, dientes en las puntas y estriación en sus ramas. Se utiliza en cirugías de abordaje profundo como: esplenectomía, hepatectomía, pancreatectomía, etc.

Pinza Miculintz: es una pinza larga, con mandíbulas finas, curva, posee dientes que van hasta la caja de traba o sea que sus ramas son dentadas por completo. También se utiliza en cirugías de abordaje profundo como: esplenectomía, hepatectomía, pancreatectomía, etc.

Pinza Foure: es una pinza larga, curva, de mandíbulas cortas y gruesas, sólo posee dientes en la formación curva (es decir que sus dientes no van hasta la caja de traba). Se puede usar en esplenectomía, pancreatectomía, hepatectomía, pero también

se puede usar a nivel de la vía alta y de la vía baja. Es mayormente usada como accesorio de ginecología; por Ej.: en cesárea.

Pinza Backhaus: también denominada "pinza de campo". Poseen dos dientes. Suelen utilizarse para añadir los campos estériles que delimitan la región anatómica.

INSTRUMENTAL DE SINTESIS

La *síntesis* es el tiempo de la intervención destinado a la aproximación de los tejidos que fueron escindidos en la diéresis, con la finalidad de acelerar el proceso de cicatrización. Para lograr este cometido se utilizan suturas quirúrgicas (material de origen natural o sintético que se utiliza para unir los tejidos en forma de costura o para ligar vasos sangrantes) que vienen ensambladas en agujas que pueden ser traumáticas o atrumáticas (Poseen Ojo (parte que se destina a tomar al hebra del material de sutura), cuerpo (Porción entre el ojo y la punta) y punta (Puede ser redonda o cónica, triangular o lanceolada, roma o chata).

En este tiempo además de las agujas y las suturas, se utilizan otro tipo de instrumental como lo son los porta-agujas y los pasahilos.

- **Porta-agujas** Es el instrumento destinado al manejo de las agujas quirúrgicas para la colocación de puntos de sutura.

Ejemplos:

Mayo-Hegar: posee punta recta, en el interior de sus extremos posee una lámina de tungsteno. Puede ser largo o corto dependiendo de la profundidad en la que se trabaje. Es un instrumento fuerte.

Gillies: no posee cremallera, tiene un mango más corto que el otro, el cual está curvado hacia fuera y posee una anilla más grande. Su punta es recta y también posee una lámina de tungsteno en su interior. Se utiliza en cirugía plástica.

- **Pasahilos** Es el instrumento destinado a tomar el material de sutura cuando tiene que ser enhebrado en la aguja.

Ejemplos:

Lahey: posee cremallera, realiza una toma fuerte

INSTRUMENTAL DE DIÉRESIS.

Se denomina diéresis a la sección de los tejidos. Existen varias formas de realizarla y se la puede clasificar (según las características del instrumento utilizado y los efectos que estos producen en los tejidos) en diéresis aguda y diéresis roma. La diéresis aguda se caracteriza por requerir instrumentos con filo que permitan cortar, separar o extirpar el tejido. La diéresis roma se caracteriza por requerir instrumentos que seccionen el tejido por atricción (función de disecar), entre dos filos.

Instrumentos de corte: es cualquier instrumento que posea una superficie cortante ya sea una hoja o una punta. El instrumento de corte tiene bordes filosos, los que se protegen durante la limpieza, esterilización y almacenamiento en las cajas de

instrumental, guardándolos separados de otros (envoltura tipo sobre de papel Kraft) y con un manejo cuidadoso en la manipulación.

Este grupo incluye a las tijeras quirúrgicas, bisturís, costótomos, curetas, gubias sacabocados, sierras, alicates, desperiostizador, etc.

Tijeras: varían según su objetivo. Las mandíbulas pueden ser rectas, en ángulo o curvas. Las puntas pueden ser romas o agudas. El mango puede ser recto, incurvado o acodado. La dimensión del instrumento en sí puede ser corta, mediana o larga. No poseen Caja de traba.

Ejemplos:

Tijera de Mayo: sus mandíbulas pueden ser rectas o curvas, es una tijera fuerte (posee punta aguda). Se caracteriza por su articulación fija y muy resistente. Puede ser corta, mediana o larga. Con ella se puede cortar las suturas, sondas, etc., además de poder seccionar tejidos que no se pueden seccionar con las delicadas.

Tijera Metzemaum: sus mandíbulas pueden ser rectas o curvas. Puede ser corta, mediana o larga. Es una tijera delicada (posee punta roma). En el extremo de sus ramas posee filo.

BENEFICIARIOS

DIRECTOS:

- La ciudadanía manabita, que acudirá a la atención médica gratuita, en las áreas comunitarias.
- Los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, porque podrán brindar atención a las personas de escasos recursos económicos.

INDIRECTOS:

- Los autores del proyecto porque llevarán la satisfacción del deber cumplido y haber aportado con la implementación del material quirúrgica ayudando a las personas de recursos económicos bajos.
- La Facultad de Ciencias de la Salud, por que por medio de ella brindará ayuda a los más desprotegidos, del área urbano - marginal, mejorando sus condiciones de salud.
- Los docentes, por que a través de éste medio, verán cristalizados sus técnicas de enseñanza - aprendizaje, en el desenvolvimiento profesional de sus estudiantes.

METODOLOGÍA

El presente microproyecto permitió la implementación de los instrumentos y manuales de protocolos de cirugías ambulatorias más comunes en la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud, en base a las propuestas que se realizaron por parte del grupo de investigadores involucrando a médicos, enfermeras, estudiantes, autoridades y comunidad.

Se tomo como punto de partida el diagnóstico situacional tanto físico, estructural y funcional de la unidad, utilizando la técnica de la observación , la entrevista y en la plicación de las encuestas, para realizar la caracterización general de los usuarios.

Además, por medio del marco lógico, se hará conocer cada una de las fases que componen esta investigación, como se detalla a continuación, en donde se elaboró la matriz de involucrados, matriz de marco lógico, el árbol de problemas, el árbol de objetivos y el árbol de alternativas, los mismos que nos ayudaron a resolver las múltiples necesidades de la unidad móvil, basándonos en las necesidades de la comunidad.

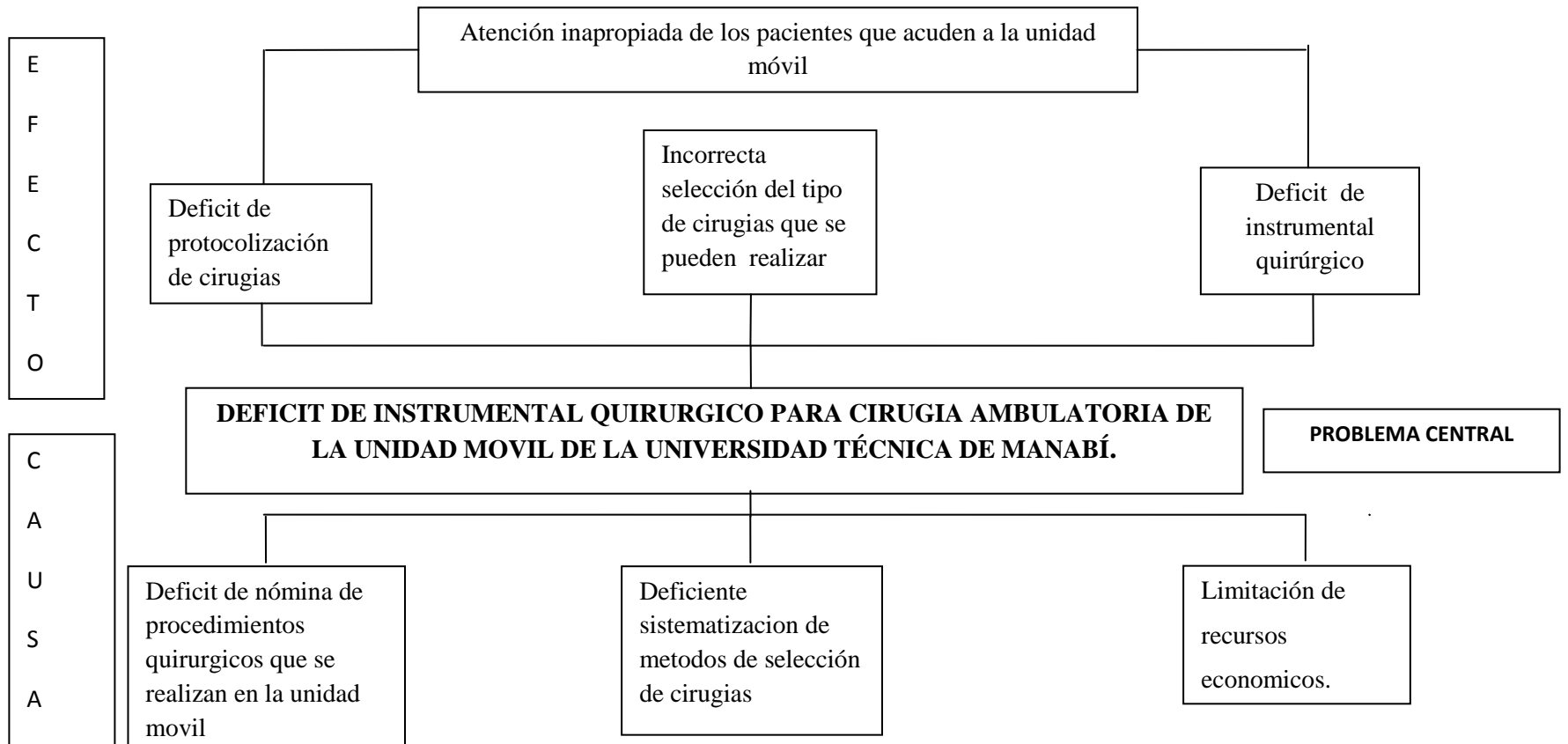
1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS	INTERÉS EN EL PROYECTO	CONFLICTO POTENCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atención a la comunidad. • Trabajo organizado del equipo de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa difusión. • falta de instrumental quirúrgico. • Falta de manual de procedimientos quirúrgicos. • Inadecuada selección pre del quirúrgica del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad Móvil • Recursos humanos • Instrumental quirúrgico complementario 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las condiciones de vida de las comunidades • Fomentar medidas preventivas a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Paralizaciones • -Mal estado de las carreteras • -Déficit presupuestario
ESTUDIANTES DE LAS DIFERENTES CARRERAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir experiencia de aprendizaje de los estudiantes • vinculación con la comunidad • Aplicación práctica de conocimientos recibidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente material para valoración del paciente. • Escasa vinculación con la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar activamente de los ejecutores del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserción al equipo de salud que participa en brigadas medicas • Lograr una atención con calidez, calidad y principios éticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de mala calidad • Ausentismo • Poco interés del usuario.
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarles un acceso a atención medica de calidad y a bajo costo económico 	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad y problemas de salud de la comunidad. • Incredulidad y desconfianza por parte de los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos de la Facultad de Ciencias de la Salud, de los estudiantes y comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un aprendizaje integra con la comunidad. • Aplicación de normas de atención en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación para convocatoria

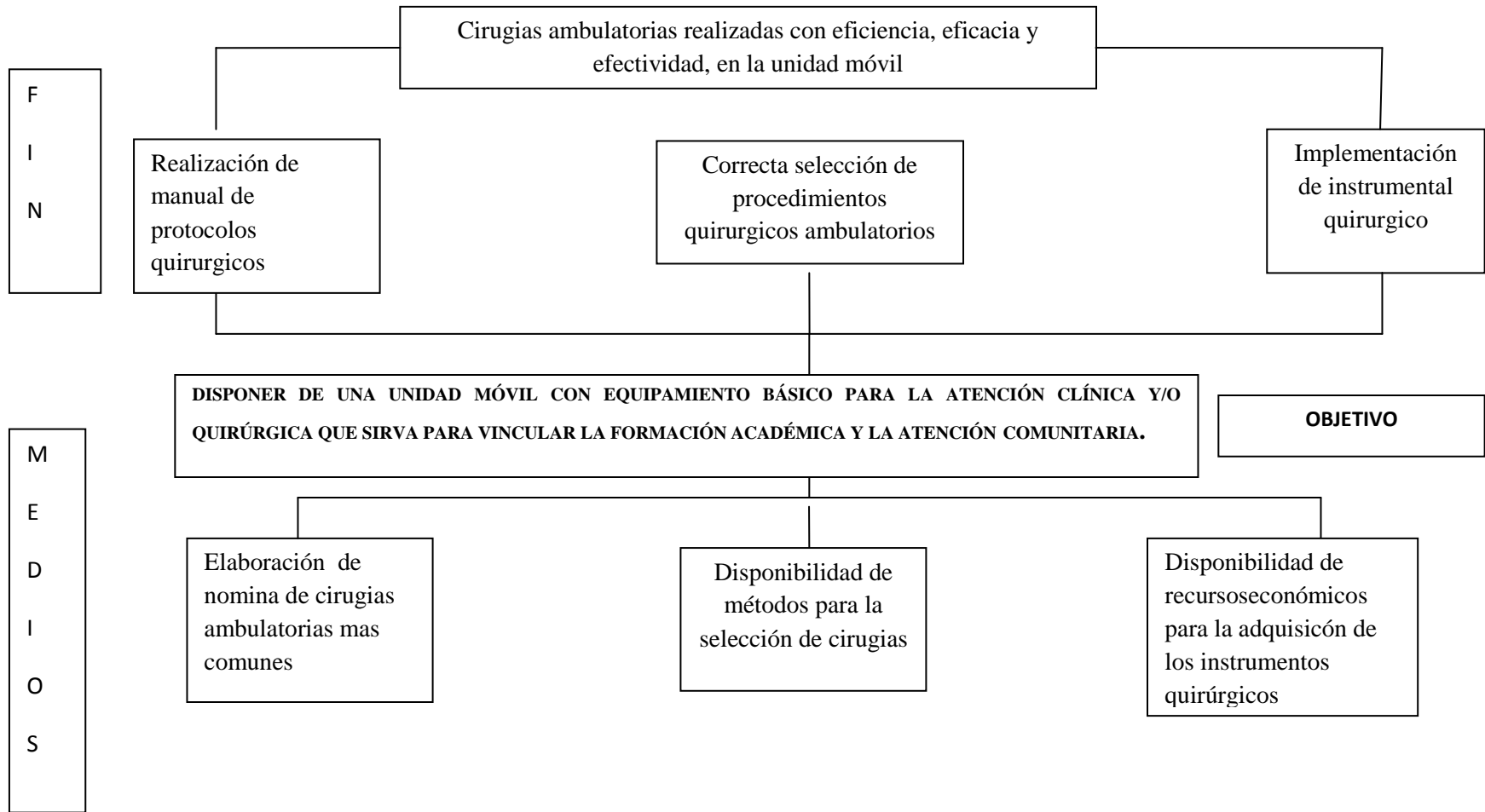
OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p align="center">FIN</p> <p>Disponer de una unidad móvil con equipamiento básico para la atención clínica y/o quirúrgica que sirva para poner en práctica los conocimientos adquiridos de acuerdo a la formación académica y vincularla con la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El 85% de los pacientes que acudan a la Unidad Móvil tendrán atención quirúrgica ambulatoria a bajos costos para finales del año 2009 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parte diario ➤ Registros cirugías <p align="center">de</p>	<p>Se logrará aumentar el número de cirugías ambulatorias de mayor complejidad a las personas más necesitadas</p>
<p align="center">PROPÓSITO</p> <p>Implementar material quirurgico complementario para cirugía ambulatoria en la unidad móvil de la facultad de ciencias de la salud. de noviembre del 2008 a abril del 2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El 100% del material quirúrgico implementado ayudará mejorar la calidad de atención de las personas que se realizan las cirugías ambulatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observación ➤ Fotografías 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médicos cirujanos tendrán un mejor desenvolvimiento en el acto quirurgico
<p align="center">PRODUCTO</p> <p>1.-Determinar el tipo de cirugías a realizarseas. 2.- Elaborar protocolos de cirugías más comunes a realizarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para el año 2010 el presupuesto de la FCS, considerara recursos para brindar atención a los usuarios mediante la práctica de cirugías ambulatorias con el material quirúrgico donado y con los protocolos realizados en un 80%. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fotografías ➤ Inventario ➤ Normas ➤ Presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las cirugías ambulatorias tendrán una mayor cobertura con la implementación del material quirúrgico.
<p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Realizar promoción de la unidad movil con la comunidad mediante las consultas a menor precio</p>	<p align="center">COSTOS USD</p> <p align="center">\$ 7489.30</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copia de Inventario ➤ Facturas ➤ Notas de venta ➤ Fotos 	

<p>2. Promocionar el trabajo que se realiza en la Facultad de Ciencias de la Salud, a través del departamento de Vinculación de la Universidad Técnica de Manabí</p> <p>3.- Implementar un sistema de selección de intervenciones ambulatorias a realizarse en el día .</p> <p>3.1 Protocolizar las cirugías ambulatorias más comunes a realizar en la unidad móvil</p> <p>3.2. Realizar el listado y respaldo en CD.</p> <p>3.3. Elaborar un documento en el cual se certifique el material quirúrgico que se va a entregar</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Video ➤ Copia Certificado entrega materiales 	<p>de de de</p> <p>Buena Acogida de las personas que se benefician de la Clínica Móvil</p>
--	--	---	--

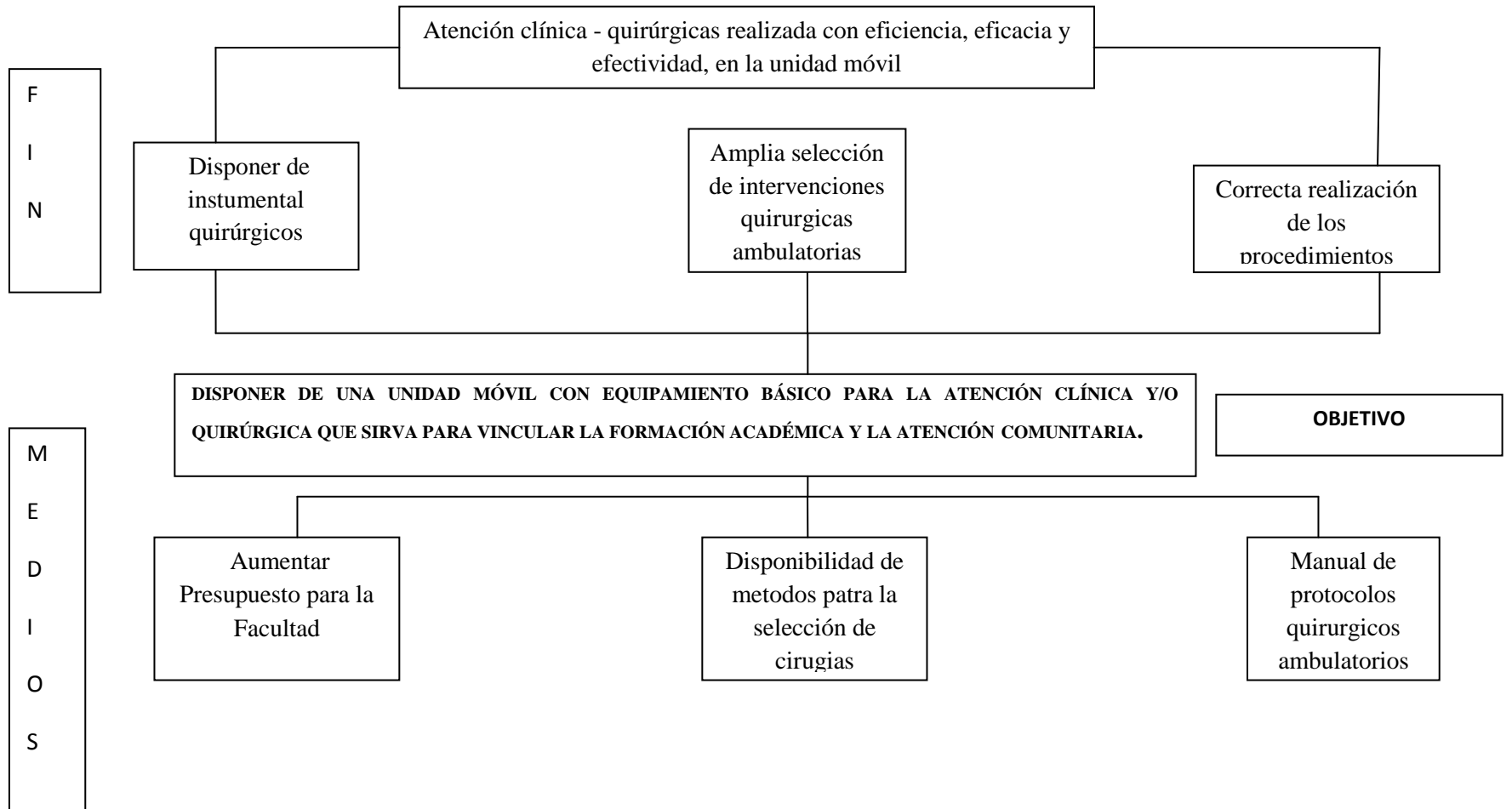
ARBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



ÁRBOL DE ALTERNATIVAS



RECURSOS

HUMANOS:

- Autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud
- Autores de Proyecto
- Estudiantes de la F.C.S.
- Directora de tesis
- Miembros del Tribunal de Tesis

INSTITUCIONALES:

- Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud

MATERIALES:

- Papel bond
- Computadoras
- Equipos de multimedia
- Grabadoras
- Fotos
- Cuadernos
- Hojas
- Lápices, bolígrafos, marcadores
- Carpetas
- Cámara Fotográfica

RECURSOS FINANCIEROS

El costo del presente proyecto es de \$ **6640,00**, financiado por los propios investigadores

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se inició con la elaboración del diagnóstico realizando recolección de datos en las diferentes carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, entrevistas a las autoridades, visita a la unidad móvil en la cual se observó su estructura, en donde se encontró problemas, en la que se priorizó entre ellos: la deficiencia de instrumental quirúrgico, la deficiente sistematización de selección de procedimientos quirúrgicos y ausencia de protocolos quirúrgicos de las cirugías más comunes realizadas en la Unidad Móvil.

Al ver el problema que presentaba la Facultad de Ciencias de la Salud con la Unidad y viendo que esta no podía brindar a la comunidad en general atención clínica/ quirúrgica adecuada y de mayor calidad a pesar de contar con el equipo médico especializado procedimos a la donación de una caja de cirugía mayor para complementar el instrumental para cirugía ambulatoria

Se realizó la determinación del tipo de cirugías que se podía realizar, en este caso se concluyó que se podía realizar cirugías ambulatorias menores programadas, teniendo en cuenta que esta unidad puede en caso fortuito prestar servicios de emergencia atendiendo solo emergencias ambulatorias menores; por ello se formuló un manual de protocolos de las cirugías más comunes que se realizan en la Unidad Móvil para que sirva como material de consulta de técnicas quirúrgicas para los estudiantes.

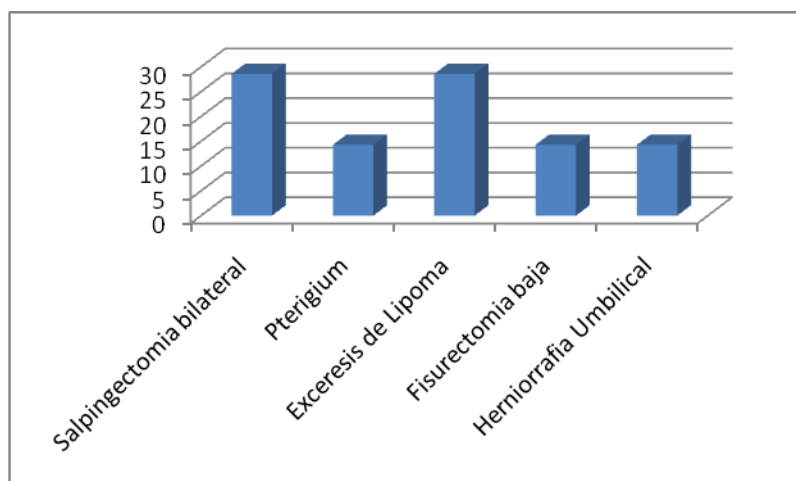
De esta manera se logró solucionar el problema de la Facultad de Ciencias de la Salud, quedando mucha satisfacción de parte de las autoridades y de los autores de este proyecto ya que va a beneficiar a muchas personas de escasos recursos económicos.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGIAS AMBULATORIAS MÁS COMUNES
REALIZADAS EN LA UNIDAD MÓVIL EN EL 2008**

<i>Cirugías realizadas en la Clínica Móvil</i>	
Tipos de cirugías	%
<i>Salpingectomia bilateral</i>	28,57
<i>Pterigium</i>	14,28
<i>Exceresis de Lipoma</i>	28,57
<i>Fisurectomia baja</i>	14,28
<i>Herniorrafia Umbilical</i>	14,28
Total	100

FUENTE: Encuestas realizadas de la FCS.

ELABORADO POR: Cadena Cruz, Navarrete Sandy, Delgado Diana, Vélez José Manuel



Interpretación: Como podemos observar en el gráfico las salpingectomía y las exceresis de lipoma son las cirugias más comunes realizadas, seguidas del pterigium, fisurectomía baja y herniorrafia umbilical.

CONCLUSIONES

Al darnos cuenta de la problemática social, las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Manabí, como entes formadores de recurso humano en salud, elaboró éste proyecto de creación como es crear un centro de atención médica ambulatoria, la misma que irá en beneficio de la población de bajos recursos económicos, dentro del área urbana y a través del departamento de vinculación se brindará atención clínica-quirúrgica, a la población rural.

Como todo proyecto que se inicia para brindar atención gratuita, se encuentra limitada en su accionar, por diferentes factores que han llevado a elaborar éste macroproyecto, para equipar e implementar a la misma y brindar un mejor servicio, los mismos que irán mejorando desde su infraestructura física y materiales de valoración clínico – quirúrgico

Es por ésta razón que se ha llegado a la conclusión de que la unidad móvil tiene que cumplir con los parámetros que detallamos a continuación para que su funcionamiento tenga el éxito esperado.

Gracias a este Macroproyecto ejecutados por los Egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud la Unidad Movil contara con equipamiento básico para la atención clínica y/o quirúrgica que servira para vincular la formación académica y la atención comunitaria.

Al concluir nuestra tesis hemos constatado que las principales intervenciones quirurgicas realizadas en la Unidad Móvil son : salpingectomía y las exceresis de lipoma son las cirugias más comunes realizadas, seguidas del pterigium, fisurectomía baja y herniorrafia umbilical.

Como parte del macroproyecto hemos implementado instrumental quirurgico mayor para la caja de cirugia mayor de la unidad movil para que se siga ayudando a las personas de mas bajos recursos economicos.

RECOMENDACIONES

Una vez concluido el presente trabajo creemos necesario hacer las siguientes recomendaciones:

- Que los docentes que pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud, sigan prestando su colaboración para que este proyecto siga adelante, beneficiando a la comunidad manabita.
- Que los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud realicen pasantías en la Unidad Móvil, para que estos pongan en práctica sus conocimientos, y brinden una atención esmerada con eficiencia, eficacia y efectividad .
- Que los materiales que se manejen en la unidad móvil (caja quirúrgica mayor y otros) tenga el cuidado de conservación y que se nombre un costodio de los bienes existentes, para que siga brindando la ayuda a los más necesitados y de ésta manera evitar el hurto y el deterioro de los mismos.
- Que el material donado sea utilizado solo en la unidad móvil y que sirva solo para realizar cirugías gratuitas a la comunidad urbano – marginal.

SUSTENTABILIDAD

Nuestro proyecto es sustentable ya que al implementar en la unidad móvil una caja de cirugía mayor, se está ayudando a promover una buena atención a las personas que acuden a ésta unidad médica de salud, teniendo en cuenta que en el futuro se podrán realizar cirugías de mayor complejidad.

SOSTENIBILIDAD

Este proyecto es sostenible, porque a pesar de no estar presentes, en las campañas de atención que brinda la unidad móvil, se podrá efectuar cirugías más complejas a la colectividad en general y gracias a la implementación donada se aplicarán estas con procedimientos quirúrgicos más eficaces con estándares de calidad, aplicando la ética y la responsabilidad a seguir.

PRESUPUESTO			
RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Autores del proyecto	4 personas	\$ 1.873	\$ 7.489
RECURSOS MATERIALES			
Internet	60 horas	\$ 1	\$ 60
Paquete de hojas Rema	4	\$ 5	\$ 20
Plumas	4	\$ 0,80	\$ 3,20
Transporte		\$ 5	\$ 50
Camara fotografarica	1	\$ 25	\$ 25
VARIOS			
Caja de cirugía mayor	1		\$ 6 600

CRONOGRAMA VALORADO

ASPECTO	TIEMPO EN MESES																				COSTOS													
	Octub.				Novie.				Dicie.				Enero				Febr.					Marzo				Abril				Mayo				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
FASE I Inserción en la zona de acción Diagnóstico de la zona de trabajo. Presentación y Aprobación del Proyecto	X	X	X	X																													83,00	
FASE II Reuniones con director y tribunal de tesis					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					20,80	
FASE III Aprobación de la tesis																													X	X			15,00	
FASE IV Adquisición y Entrega de material quirúrgico Y manual de protocolos																																	X	6800,00

FASE V Elaboración de Tesis.																																									X		520,00			
FASE VI Sustentación de tesis																																												X		50,50
TOTAL																																									7489,30					

BIBLIOGRAFÍA

- Draft Guideline for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities (pg. 177). Centers for Disease Control and Prevention Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2001.
- Torrens, Ll., Argerich, M.J., Vidal, T., Sendra, M., Ariza, J. Control de la calidad de la limpieza en un hospital de III nivel. Elaboración de estándares. Póster. X Congreso Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Sevilla 2002.
- APIC: Asociación de Profesionales de Control de Infecciones y Epidemiología (EE. UU.) <http://www.apic.org>
- APSI: Asociación de Control de Infecciones (Italia) <http://www.apsi.it>
- SFHH: Sociedad Francesa de Higiene Hospitalaria (Francia). <http://www.sfhf.univ-lyon1.fr/>
- SHEA: Sociedad de Epidemiología de la Atención de Salud de los Estados Unidos de América (USA)
- <http://www.shea-online.org>
- WWW.SALUD.COM
- WWW.MEDICINACUBA.COM
- <http://www.enfermeriaperu.net/enferquiro/instruciruconven>.
- <http://www.faico.com.ar/index.html>
- <http://www.monografias.com/>
- <http://habitat.aq.upm.es/>
- <http://www.ivi.es/tratamientos/ambulatoria.htm#top>
- http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple22_2.html
- <http://www.tsa.org/index.html>
- <http://www.sambahq.org/patient-info/espanol-informacion.html>
- <http://www.cmpdh.com/cirugia-ambulatoria>
- http://www.clinicaarquero.com/11_eleccion.htm
- <http://www.hcu-lblesa.es/mem99/trasplan.htm>
- <http://www.fisterra.com/Salud/index.asp>
- <http://www.fisterra.com/Salud/index.asp>
- <http://www.paideianet.com.ar/index.htm>
- <http://www.uca.com.ve/index.html>
- http://www.aac.org.ar/comunes/guia_amb.doc
- <http://www.angelfire.com/md3/ciramb/cirambulatoria.html>
- <http://www.medynet.com/elmedico/informes/index.htm>

ANEXOS





GUIA DE OBSERVACIÓN

RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES

Existe equipo de salud si___ no ___

De que tipo_____ Especialistas si___ no___

Cirujano digestivo___	Ginecólogo___	Ginecologo/obstetra___
Gastroenterologo clinico___	Traumatologo___	Medico general___
Medico internista___	Epidemiologo___	Cirujano plastico___
Neurocirujano___	Emergenciólogo___	Patologo___
Nutricionista___	Oncologo___	Patologo
Pediatra neonatologo___	Pediatra___	Cirujano pediatra___
Neurologo___	Oftalmologo___	Cardiologo___
Dermatologo___	Neumologo___	Anestesiologo
Otorrinolaringologo___	Lic. Enfermeria___	

INFRAESTRUCTURA

Existe una unidad medica a disposición del publico si___ no___ De que tipo_____
Área de espera independiente_____ Área recepción de pacientes _____
Vestuarios masculinos-femeninos del personal ___ Vestuarios masculinos-
femeninos de pacientes_____ Área de preanestesia_____
Quirófanos___ N°___ Área de recuperación anestésica inmediata _____ Área de
recuperación anestésica mediata_____ Área de esterilización_____ Áreas de
servicios si___ no___ Almacenamiento de instrumental___ Insumos___ Ropa
limpia___ Ropa sucia___ Desechos___ Materiales biológicos y no biológicos__

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

La selección del paciente es realizada por: Medico cirujano___ Medico
Anestesiologo___ Estudiantes de los ultimos años___ Egresados___

Se selecciona pcte mayor de edad___ menor de edad___ Sabe leer___ sabe
escribir___ autovalente___ sigue órdenes simples___

Clasificación de los pctes según riesgo de complicaciones: ASA I___ ASA
II___ ASA III___ ASA IV___ ASA V___ IMC hasta 35___ IMC
hasta 40___ IMC mayor de 40___

Quien es el responsable de la coordinación para la solicitud de los exámenes paraclínicos.

Medico _____ enfermera _____ Egresados _____

exámenes paraclínicos prequirurgicos solicitados: BHC__ Conteo de Plaquetas__
TP__ TPT__ Tiempo de sangria__ Glicemia en ayunas__ Urea__
Creatinina__ A. urico__ TGO__ TGP__ Tipificación sanguínea y factor
RH__ P.VIH__ P. Hepatitis B__ Electrcardiograma__

Quien coordina la selección de procedimientos quirurgicos

Medico _____ Enfermera _____ Egresados _____ Equipo
multidisciplinario _____

Que tipo de cirugias se realizan

Cirugia mayor ambulatoria programada____ Cirugía menor ambulatoria
programada____ emergencias ambulatorias_____

Los Parametros utilizados de selección de procedimientos son:

Riesgo mínimo de hemorragias Si No

Duración de tiempo quirúrgico – 90 min. Si No

Procedimientos implican apertura de cavidad Si No

El dolor post quirúrgico puede ser tratado con

Analgésicos orales Si No

Rápido retorno a la ingesta de alimentos y

Líquidos Si No

PATOLOGIAS TRATADAS QUIRURGICAMENTE EN LA UNIDAD

Salpoinsectomia si __ no_____

Pterigium si__ no_____

Hernia si__ no__

Circuncisión si_____ no_____

Hidrocele si ___ no__

Varicocele si__ no__

Quistes de epidídimo si_____ no_____

Criptorquidia si__ no__

Cistocele si__ no__

Ureterocele si__ no__

Tumoraciones vesicales si_____ no _____

Enfermedad de La Peyronie si_____ no _____

Hipospadias si__ no__

Estenosis uretrales si_____ no_____

Biopsia prostática ecodirigida si_____ no _____

Legraos si__ no__

Biopsia de cuello uterino si__ no _____

Circuncisión si__ no_____

Existe Manual de protocolos quirurgicos Si No

De que cirugias

INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMPLEMENTARIO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Existe instrumental complementario de cirugia en la unidad de cirugia ambulatoria si____ no____

Pertenece a la unidad de cirugia movil_____ no pertenece a la unidad de cirugia movil_____

En que estado se encuentra: buen estado____ mal estado_____

Tiene la unidad móvil cajas quirurgicas:si____ no____

Tiene Caja quirúrgica mayor si____ no____

completa_____ incompleta_____

valva Maleable si____ no ____ cuantos____ en buen estado____ en mal estado_____

valvas Deaver si____ no ____ cuantos ____ en buen estado____ en mal estado____

valvas ginecológicas o Doyens si____ no____ cuantos____ en buen estado____ en mal estado ____

valva Frish si ____ no____ cuantos____ en buen estado ____ en mal estado ____

separador Balfour con valva si____ no____ cuantos en buen estado____

separadores Farabeuf chicos + 1 chico doble si____ no____ cuantos____ en buen estado ____ en mal estado_____

aspirador curvo + 1 tubo de Pool si____ no____ cuantas____ en buen estado ____ en mal estado_____

pinzas de disección con dientes + 2 sin dientes si____ no____ cuantos____ en buen estado____ en mal estado____

pinzas Foerster si____ no____ cuantos ____ en buen estado____ en mal estado_____

americanas largas si ____ no__ cuantas____ en buen estado____ en mal estado_____

porta-agujas si___ no___ cuantas___ en buen estado___ en mal estado___

pasahilos Lahey si___ no___ cuantas___ en buen estado___ en mal estado___

pinza Collins si___ no___ cuantas___ en buen estado___ en mal estado___

pinzas Kocher

Foure, Oshner o Miculintz si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

pinzas Allis si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

americanas Crille si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

Halsted si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

Backhaus si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

tijera de Mayo corta si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

tijera Mayo recta si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

tijera mayo mediana si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

tijera Metzembraum mediana si___ no___ cuantas___ en buen estado___ en mal estado___

mangos n° 4 si___ no___ cuantos___ en buen estado___ en mal estado___

MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO

ACTIVIDADES	INSUMOS		FECHAS DE EJECUCIÓN		FUENTES DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS			
	MATERIALES	HUMANOS	PREVISTA	LIMITES		CUANTITATIVO Y CUALITATIVO			
						25 %	50 %	75 %	100 %
						R	B	MB	E
<p>FASE I</p> <p>1.- Inserción en la zona de acción.</p> <p>1.2 Realizar el primer contacto con los involucrados</p> <p>1.3 Recopilar Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de notas • Cámara Fotográfica • Bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades 	1-09--2008	13- 09-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de la Facultad • Entrevista • Fotos 			X	
<p>FASE II</p> <p>2.- Diagnóstico de la zona de trabajo.</p> <p>2.1 Elaborar el diagnóstico de la Unidad Móvil Facultad de ciencias de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cámara Fotográfica • Registros de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades 	16-09-2008	30-09- 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Diagnóstico 			X	
<p>FASE III</p> <p>3.- Planificación del Proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bolígrafos • Hojas • Computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades encargadas de la unidad 	8-11-2008	13-11-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Proyecto 				X

3.1 Realizar Reunión de Trabajo con los encargados de la unidad móvil.		móvil							
3.3 Elaborar el Proyecto									
FASE IV	<ul style="list-style-type: none"> • Especies valoradas • Hojas • Bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Director de Tesis • Autoridades de la FCS • Autores 	04 -10-2007	19-10-2007	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de certificado de aprobación del proyecto • Proyecto Aprobado 				X
4.- Presentación y Aprobación del Proyecto									
4.1 Presentación de Oficio a las autoridades de la Facultad.									
4.2 Reuniones con el director de tesis.									
4.2. 1 Reuniones con el tribunal de tesis.			21-11-2008	15-04-2008					X
FASE V	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Bolígrafos • Computadora • Cámara Fotográfica • Filmadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores 			<ul style="list-style-type: none"> • Copia de Inventario • Facturas • Fotos • Video • Notas de ventas • Manual de protocolos 				X
5- Elaboración de la nomina de procedimientos quirurgicos más comunes que se realizan en la Unidad Móvil									
5.1 Adquisición de caja quirúrgica mayor.									
5.2 Elaboración de inventario del instrumental donado									
5.3 Elaboración de manual de protocolos quirurgicos más comunes.									
5. Entrega de manual									

Portoviejo, 07 de mayo del 2009

Sr. Dr. Bosco Barberán Mera

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

De nuestras consideraciones.-

Por medio del presente, ponemos a consideración suya o por su intermedio a quién corresponda nuestro trabajo comunitario titulado: “IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ DE NOVIEMBRE DEL 2008 A MAYO DEL 2009”, para su aprobación previo a la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO

Por la atención que le de al presente, quedamos eternamente agradecidos:

.....

Cadena Chusino Cruz Mercedes

.....

Delgado García Diana Dolores

.....

Navarrete Chinga Sandy Jokasta

.....

Vélez Macías José Manuel

Portoviejo, 07 de mayo del 2009

Lcda. Araceli Romero de Zambrano

SUBDECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ciudad

Quienes conformamos el grupo de egresados del trabajo comunitario titulado: “IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ DE NOVIEMBRE DEL 2008 A MAYO DEL 2009”, previa a la obtención del título de médico cirujano hacemos la formal entrega de las citaciones y actas correspondientes a las reuniones realizadas para la aprobación de la tesis antes mencionadas. Para los fines legales pertinentes

Por la atención y colaboración que le de al presente, quedamos muy agradecidos:

Atentamente

.....

Cadena Chusino Cruz Mercedes

.....

Delgado García Diana Dolores

.....

Navarrete Chinga Sandy Jokasta

.....

Vélez Macías José Manuel

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

**“MANUAL DE PROTOCOLOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA DE
LA UNIDAD MÓVIL DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ”**

AUTORES:

CADENA CHUSINO CRUZ MERCEDES

DELGADO GARCIA DIANA DOLORES

NAVARRETE CHINGA SANDY JOKASTA

VELEZ MACIAS JOSE MANUEL

DIRECTORA

LIC. ARACELY ROMERO ALBAN MGS

PORTOVIEJO ABRIL DE 2009

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
Introducción	1
Objetivos	2
Manual general de atención del paciente en la Unidad de Cirugía Ambulatoria	3
Ingreso y control prequirurgico	3
Control administrativo	4
Control clínico	4
Control intraoperatorio	5
Recuperación postoperatoria inmediata	8
Normas generales de control y vigilancia de los pacientes	9
Protocolo de evaluación postoperatorio	11
Criterios clínicos de alta del área de recuperación postoperatorio inmediata	12
Normas específicas del funcionamiento del área de recuperación postoperatoria inmediata	13
Recuperación postoperatoria mediata	14
Requisitos de ingreso al área de recuperación postoperatoria mediata	15
Control de egreso protocolizado	16
Seguimiento domiciliario	18
Manual de protocolos de cirugías ambulatoria	19
Fisura anal	19
Protocolo de esfinterotomía interna lateral	21

Salpingectomía	22
Protocolo quirúrgico de salpingectomía	23
Hernia	28
Hernia umbilical	29
Protocolo quirúrgico de hernia umbilical pequeña	30
Protocolo quirúrgico de hernia umbilical grande en adultos	31
Lesiones benignas en la piel	32
Protocolo quirúrgico de excresis de lesiones benignas de la piel y partes blandas	32
Bibliografía	34

INTRODUCCIÓN

Con el correr del tiempo y con los avances en el campo de la medicina, gran número de los procedimientos quirúrgicos que se realizaban en los quirófanos convencionales pasaron a formar parte de una nueva modalidad de atención llamada cirugía ambulatoria o del día, estos procedimientos deben estar debidamente protocolizados de manera que permita la correcta ejecución del acto quirúrgico, para evitar las posibles complicaciones postoperatorias.

Los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud. Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.

En otras palabras los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

Estos documentos son de utilidad para mejorar los procesos de atención, se encuentran agrupados en el documento de gestión sanitaria denominado: "Manual de Procedimientos para el Diagnóstico y Tratamiento

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar las normas para la realización de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias más comunes que se realizan en la Unidad Móvil de la Universidad Técnica de Manabí

ESPECIFICOS

Identificar los principales procedimientos quirúrgicos ambulatorios que se realizan en la Unidad Móvil de la Universidad Técnica de Manabí

Normatizar el proceso de atención del paciente en la Unidad de Cirugía Ambulatoria.

Protocolizar las intervenciones quirúrgicas más comunes que se realizan en la Unidad Móvil de la Universidad Técnica de Manabí

MANUAL GENERAL DE ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA

INGRESO Y CONTROL PREQUIRÚRGICO

El paciente se presentará, en el día y horario establecido y confirmado previamente por el cirujano, para su cirugía habiendo cumplido con las indicaciones médicas prequirúrgicas generales y específicas.

Generales:

- a. Ayuno adecuado según indicación del medico.
- b. Higiene adecuada: baño o ducha previa a la cirugía en su domicilio, preferentemente con jabón de iodopovidona; higiene dental.
- c. Vacuna antitetánica actualizada.
- d. Ropa adecuada: cómoda, práctica y adecuada a la temperatura estacional, evitar alhajas y objetos de valor.
- e. Adulto responsable presente.
- f. Documentación personal en regla.
- g. Autorizaciones de la obra social y/o prepaga en orden, cuando sea necesario.
- h. Análisis y evaluación prequirúrgica en orden.

Específicas:

- a. Serán otorgadas por cada cirujano en particular según la especialidad y tipo de cirugía a realizar.
- b. Dado el carácter específico de la cirugía, estas indicaciones **no** son responsabilidad de la UCA, y deben ser proporcionadas por el cirujano con la debida anticipación para su cumplimiento.

CONTROL ADMINISTRATIVO:

El paciente es invitado a llenar sus datos de identificación personal, los cuales serán controlados por personal administrativo a cargo del área.

CONTROL CLÍNICO:

El paciente será controlado por el médico anestesiólogo y el personal de enfermería que se ocupará de:

- a. Completar la hoja de la historia clínica ambulatoria o protocolo ambulatorio, interrogatorio y anamnesis. (cirujano y anestesiólogo)
- b. Control y registro de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y pulso. (enfermería).
- c. Control de los análisis y de la evaluación prequirúrgica. (anestesiólogo).
- d. Control y registro del tipo de ASA., (anestesiólogo).
- e. Control y registro del tipo de cirugía y anestesia, (cirujano y anestesiólogo).

- f. Control y registro de los puntos establecidos en la selección de pacientes, medio social, distancia domiciliaria, contención familiar, indicaciones y contraindicaciones relativas. (cirujano y anestesiólogo).
- g. Control y registro del familiar y del adulto responsable presente. (enfermería).
- h. Control del cumplimiento de las indicaciones prequirúrgicas generales y específicas si las hubiera. (enfermería).
- i. Control y registro del consentimiento informado. (cirujano y anestesiólogo).
- j. Aclarar las dudas que tenga el paciente de manera clara y precisa. (enfermería).
- k. Indicar el cambio de la ropa y la entrega de la ropa específica para la cirugía, (enfermería).
- l. Colocación de la venopuntura con suero, si fuera necesario. (enfermería).

Todos estos datos serán registrados en la historia clínica ambulatoria y sus protocolos deberán ser revisados y refrendados por el cirujano y el anestesiólogo a cargo.

CONTROL INTRAOPERATORIO

Durante esta etapa se completarán los protocolos específicos a cada especialidad.

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA:

Debe ser completado por personal capacitado del quirófano y consiste en registrar el nombre del equipo quirúrgico, del equipo anestesiológico, de los auxiliares de enfermería y

anestesia, los suministros, las suturas, los exámenes solicitados durante la cirugía, el instrumental empleado, el tipo de esterilización, los horarios de inicio y finalización de cada cirugía y el consumo.

PROTOCOLO DE ANESTESIA:

Debe ser completado por el anesestesiólogo a cargo. Comprende un registro detallado del tipo de anestesia, drogas utilizadas, dosis, formas y vías de administración, monitoreo de los signos vitales durante la anestesia, oximetría y capnografía

.

PROTOCOLO DE CIRUGÍA:

Debe ser completado por el cirujano a cargo, comprende:

Diagnóstico preoperatorio.

Diagnóstico postoperatorio. la

Técnica utilizada.

Descripción de la cirugía.

Registro de las biopsias y estudios especiales, solicitados durante la cirugía.

Registro de suspensiones:

Por causas del paciente, médicas o institucionales.

Registro de atrasos:

Se deberán registrar las causas y las frecuencias de atrasos por parte de los distintos equipos de enfermería, quirúrgicos y anestésicos, para implementar soluciones.

Registro de complicaciones:

Se debe llevar un registro de las complicaciones médicas y no médicas. Se dará prioridad a la resolución de las urgencias emanadas de dichas complicaciones. Debe haber salidas de emergencias para poder realizar traslados hacia otras áreas del hospital o convenios para derivaciones a otros centros con mayor complejidad, si fuera necesario.

RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA INMEDIATA

DEFINICIÓN:

Es el período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el pasaje del paciente al área de recuperación mediata.

El cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora. Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialmente entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar.

Requisitos de Ingreso (al área de recuperación postoperatoria inmediata)

- a. El anesestesiólogo responsable debe conducir y entregar el paciente en el área de recuperación anestésica inmediata.
- b. El anesestesiólogo debe entregar el protocolo de anestesia completo.
- c. Las indicaciones médicas deben estar escritas en el formulario correspondiente.
- d. El personal de enfermería recibirá y cuidará del paciente mientras permanezca en el área de recuperación anestésica inmediata.

NORMAS GENERALES DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS PCTES

Los estándares y la secuencia en la que debe ser atendido el paciente, se rige por los criterios establecidos para la reanimación cardio-pulmonar-cerebral:

- A. Vía aérea
- B. Ventilación efectiva
- C. Hemodinámica
- D. Drogas a administrar, control de drenajes y otros.
- E. Estado de la piel, temperatura corporal, confort del paciente y otros.

Acciones tipo “A”, deben realizarse controles de:

- a. Vía aérea permeable.
- b. Oxigenoterapia.
- c. Oximetría de pulso.

Acciones tipo “B”, deben realizarse controles de:

- a. Frecuencia ventilatoria
- b. Tipo de ventilación
- c. Saturación de oxígeno

Acciones tipo “C”, deben realizarse controles de:

- a. Frecuencia cardíaca.
- b. Tensión arterial.
- c. Lleno capilar.
- d. Permeabilidad de la vía venosa.
- e. Circulación distal.

Acciones tipo “D”, deben realizarse controles de:

- a. Administración de drogas.
- b. Drenajes.
- c. Herida operatoria.
- d. Posición del paciente.
- e. Accesorios postoperatorios.

Acciones tipo “E”, debe realizarse controles de:

- a. Estado de la piel.
- b. Higiene del paciente.
- c. Confort del paciente.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN POSTOPERATORIA

Controles de signos vitales que deben repetirse:

- a. Presión arterial.
- b. Frecuencia cardíaca.
- c. Frecuencia ventilatoria.
- d. Saturación de oxígeno.

Frecuencias consecutivas en los controles:

- a. Primeros 15 minutos: controles cada 5 minutos.
- b. Siguiendo hora: controles cada 15 minutos.
- c. Luego controles cada 30 minutos hasta el momento del alta del sector.

Otros controles:

- a. Temperatura corporal al ingreso.
- b. Debe aplicarse una escala que evalúe las condiciones para el alta (Ej. Aldrete), y utilizarla a los 15 minutos del ingreso del paciente a la recuperación. Los criterios de alta deben incluir el valor alcanzado con la escala de recuperación seleccionada. Los pacientes con bloqueos regionales deben ser evaluados de acuerdo a criterios clínicos/anestesiológicos.

c. Debe aplicarse la ESCALA VISUAL ANÁLOGA para evaluar y tratar el dolor postoperatorio. Es recomendable dar el alta con los valores mínimos de esta escala. Se deben controlar y consignar otros eventos como:

- Náuseas y vómitos.
- Diuresis.
- Condiciones de la herida quirúrgica.
- Drenajes.
- Sangrado.

CRITERIOS CLÍNICOS DE ALTA DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA INMEDIATA

DEFINICIÓN:

Criterios necesarios para autorizar el pasaje del paciente del área de recuperación postoperatoria inmediata hacia el área de recuperación postoperatoria mediata.

Debe ser indicada por el médico responsable del área de recuperación postoperatoria inmediata cumpliendo con las siguientes condiciones:

- Signos vitales estables y en valores normales en los últimos 30 minutos.
- No tener náuseas y/o vómitos en los últimos 15 minutos.
- No haber recibido opiáceos durante los últimos 30 minutos.
- Saturación de oxígeno mayor a 95 %, con aire ambiental durante 15 minutos.
- Recuperada la conciencia y estar orientado en tiempo y espacio.
- Recuperación de la fuerza muscular y movilidad de los miembros inferiores cuando se realizó anestesia regional de los mismos. En la anestesia regional de los miembros superiores no es necesaria la recuperación total del bloqueo motor.
- Herida quirúrgica en condiciones y sin sangrado.
- Escala de evaluación con puntaje óptimo. (Ej. Aldrete)
- Dolor controlado con AINE y puntuación menor a 4 en la Escala Visual Análoga.
- No tener sonda vesical.

NORMAS ESPECÍFICAS DE FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA INMEDIATA

El personal profesional de enfermería deberá cumplir con los requisitos mínimos que acrediten su capacidad y formación, para desempeñarse en ésta unidad. Es aconsejable tener al menos dos años de experiencia en unidades de cuidados críticos.

Es recomendable que la institución realice cursos de capacitación con una frecuencia mínima de uno por año, en los que se incluyan temas como recuperación cardiopulmonar en pacientes adultos y pediátricos, manejo de la vía aérea, manejo de accesos venosos, preparación y administración de medicamentos utilizados, actualización y medidas de control y actualización de infecciones intra-hospitalarias y revisión de norma y protocolos clínico/quirúrgicos.

RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA MEDIATA

DEFINICIÓN:

Etapa de cuidados con posterioridad al alta del área de recuperación postoperatoria inmediata. Periodo comprendido entre el área de recuperación inmediata y el alta de la UCA.

Lugares de estadía postoperatoria mediata:

- a. Habitación individual.
- b. Habitación compartida.
- c. Recinto habilitado con varios sillones reclinables, de funcionamiento diurno, que constituyen una alternativa a las habitaciones.
- d.

REQUISITOS DE INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA MEDIATA.

- El paciente debe ingresar a esta área por orden escrita del médico responsable.
- El paciente debe ingresar con los protocolos anteriores en regla, completos, firmados y con la autorización del médico responsable.
- El paciente debe ingresar con las indicaciones médicas escritas.
- El paciente debe ser recibido por el personal de enfermería permanente.

- El paciente debe ingresar lúcido, despierto, orientado en tiempo y espacio y con total control de sus sentidos y de su cuerpo.
- El paciente debe ingresar pudiendo deambular o comenzando a mover sus miembros en el caso de bloqueos.
- El uso de oxímetro y capnógrafo es opcional.
- El paciente debe ingresar con signos vitales normales y estables.
- Se debe completar un protocolo específico para esta área, registrando los signos vitales cada 30 minutos.
- Se puede retirar la vía de suero si el médico lo autoriza.
- Toda alteración de los signos vitales debe ser informada al médico del área responsable.
- El paciente debe entrar en contacto con el familiar responsable, el cual debe estar presente en ese momento.
- El paciente puede comenzar a deambular bajo el cuidado de la enfermería y del familiar.
- El paciente puede iniciar la ingesta de líquidos si el médico lo autoriza.
- El personal de enfermería hará un registro en el protocolo, de todo cambio o indicación médica.

CONTROL DE EGRESO PROTOCOLIZADO

- Profesional responsable: Médico, cirujano y/o anestesiólogo
- Requisitos:
 - b. Ambiente apropiado para dialogar con el paciente y su acompañante.
 - c. Ficha médica de egreso firmada por el médico responsable del área.
 - d. Registrar y controlar los signos vitales en el momento del egreso.
 - e. Acciones a realizar:

- f. Verificar la comprensión por parte del paciente y su acompañante responsable, de todas y cada una de las indicaciones médicas y/o de enfermería.
- g. Verificar la comprensión del sistema de seguimiento post-operatorio telefónico y la forma de resolver consultas y/o dudas que se le presenten en el domicilio.
- h. Entregar las indicaciones, pautas y recomendaciones escritas, formulario de egreso y teléfonos de consultas legibles para el paciente y el adulto responsable.
- i. Firma del recibo conforme del formulario “Ficha Médica de Egreso”, donde se consigne claramente la documentación y las indicaciones que son entregadas en ese momento, al paciente y al adulto responsable.
- j. Obtener la autorización administrativa de salida.
- k. Constatar la posibilidad de una movilización adecuada para el traslado al hogar.
- l. Indicar al personal del servicio, el traslado del paciente desde la unidad al medio de transporte.

- El egreso de la unidad será indicado por el médico responsable.
- Personal de enfermería se ocupará de registrar los signos vitales normales y estables durante la permanencia del paciente en la última área.
- Debe haber una diuresis normal.
- Debe haber ausencia de náuseas y vómitos.
- El dolor debe estar controlado con analgésicos comunes.
- El paciente debe estar orientado, lúcido, con capacidad de responder a las indicaciones y deambulando.
- El familiar/adulto responsable debe estar presente.
- Se entregarán las indicaciones e instrucciones de alta en forma oral y escrita y se registrará.
- Se informará telefónicamente para entrar en contacto con el médico o la institución en caso de complicaciones.
- Se constatará el medio adecuado para el traslado del paciente al domicilio.
- Se entregarán las indicaciones al paciente o a la persona responsable:
-

Usted debe llamar al teléfono indicado en caso de:

- a. Vómitos en más de tres oportunidades.
- b. Dolor que no cede al tratamiento indicado.
- c. Salida de sangre roja de la herida operatoria.
- d. Aumento de volumen, temperatura o cambios de coloración alrededor de la zona operada.
- e. Cualquier duda con respecto al tratamiento que debe seguir en su casa.
- f. Cualquier duda con respecto al cuidado de la herida operatoria.
- g. Fiebre

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

DEFINICIÓN:

Conjunto de acciones protocolizadas, realizadas por el personal especialmente entrenado para tal fin, tendientes a evaluar y controlar la evolución de los pacientes operados en la UCA.

- El seguimiento será telefónico y/o domiciliario en algunos casos, según la envergadura de la cirugía realizada, quedando esto último a criterio del cirujano.
- La UCA dispondrá de un teléfono destinado a tal fin.

- Dentro de las 24 horas siguientes al acto operatorio, los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria serán llamados telefónicamente por el personal de la unidad con el objetivo de evaluar:
 - b. Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas.
 - c. Ausencia de náuseas y vómitos.
 - d. Tolerancia digestiva.
 - e. Ausencia de dolor o dolor que calma con analgésicos comunes.
 - f. Ausencia de sangrado.
 - g. Ausencia de temperatura.
 - h. Diuresis normal
 - i. Sensación de evolución postoperatoria favorable.
 - j. Deambulación adecuada para el postoperatorio
 - k. Estado de conciencia y lucidez normal.
 - l. Se interrogará sobre otras dudas.

- Ante manifestaciones positivas o dudas se informará al cirujano y/o se indicará que concurra a la guardia o consultorio para su control antes de lo indicado, de acuerdo con la gravedad del cuadro.
- Los datos recogidos telefónicamente, serán registrados en el protocolo de seguimiento con hora, fecha y nombre del paciente o familiar responsable que contestó el interrogatorio telefónico
- Se registrarán las llamadas y preguntas realizadas por los pacientes o familiares.

MANUAL DE PROTOCOLOS DE CIRUGÍAS AMBULATORIAS

FISURA ANAL

DEFINICIÓN

La fisura anal es una ulceración de la porción epidérmica del canal anal, que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano.

CLASIFICACIÓN

Las fisuras de ano se clasifican según el tiempo transcurrido desde el principio de la enfermedad y la morfología de la lesión en agudas y crónicas. No existe un tiempo concreto para decidir que una fisura ha pasado de ser aguda a crónica. Por tanto la descripción morfológica de cada una de estas variedades carece de utilidad de cara al tratamiento, puesto que lo importante es el tiempo que el paciente lleva padeciendo la enfermedad.

Por el contrario, sí tiene importancia terapéutica la existencia de las llamadas fístulas retrofisurarias. Estas fístulas se sitúan por debajo del trayecto de la fisura partiendo de la línea pectínea y emergen en la superficie cutánea por fuera del lecho de la fisura.

DIAGNÓSTICO

Clínica. Dolor anal con la defecación de características lacerantes y muy intenso. Este dolor se mantiene un tiempo y va disminuyendo progresivamente, desaparece entre varios minutos y dos o tres horas, frecuentemente el dolor evoluciona en un ritmo de tres tiempos (está ausente o es leve durante la defecación, casi llega a desaparecer durante un período de tiempo que oscila entre cinco minutos y dos horas y luego aumenta de intensidad, pudiendo durar varias horas), en general no persiste durante la noche aunque en ocasiones puede aparecer una proctalgia fugax. Rectorragia de sangre roja, brillante y generalmente de escasa cuantía (suele impregnar el papel higiénico al limpiarse) y no se mezcla con las heces, aparece con los esfuerzos para defecar o con la defecación. Otros síntomas son prurito y secreción mucosa o muco-purulenta que suelen aparecer en la fase crónica de la lesión.

Inspección. Se debe realizar con mucho cuidado pues dada la hipertonía del canal es muy dolorosa. Se coloca al enfermo en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), se separan los márgenes anales y se pide al paciente que realice una maniobra de Valsalva (muchas veces es necesario aplicar previamente una anestesia tópica o analgésicos orales). El tacto rectal está contraindicado por riesgo de síncope vaso-vagal e incluso parada cardíaca; si se pudiese hacer demostraría una hipertonía del esfínter. La anoscopia y rectoscopia solo son necesarias cuando se sospeche una fisura secundaria.

PROTOCOLO DE ESFINTEROTOMIA INTERNA LATERAL

La cirugía consiste en una pequeña operación que secciona una porción del esfínter anal interno para permitir que la fisura cure al disminuir el dolor y el espasmo que interfiere en la cicatrización. La sección de este esfínter en pocas ocasiones interfiere en el control de las deposiciones y puede realizarse mediante cirugía ambulatoria.

1. El tipo de anestesia depende del cirujano
2. comprobación de la existencia de hipertonia del esfinter
3. La posición del paciente debe ser de pronación
4. Se realiza la Esfinterotomía interna lateral que consiste en la palpación del surco interesfinteriano con el dedo índice del cirujano, y en la porción externa se secciona transversalmente aproximadamente 1 cm. del esfínter exterterno distal del surco.

SALPINGECTOMIA

La ligadura y la resección (retiro) Tubal de una porción de la trompa de Falopio es el método más frecuente de bloquear las trompas. Esto implica atar un segmento del tubo y cortarlo. Hay muchas variaciones de esta técnica. El procedimiento de la ligadura tubal descrito hace un siglo por el Dr. Ralph Pomeroy se utiliza muy comúnmente hoy por hoy. Con el método de Pomeroy de ligadura tubal, una parte de la trompa se eleva para crear un lazo o un nudillo (cuadro superior). Una liga absorbible se ata alrededor de la base del segmento elevado, y se corta ese segmento tubal (cuadro medio).

En los siguientes días, el peritoneo (tejido fino que cubre los órganos de la cavidad abdominal) crece encima y cubre los extremos de las trompas cortadas y la ligadura con que se ataron las trompas se disuelve. La cubierta y la separación peritoneales de los segmentos restantes de la trompa evitan que se reaten el uno al otro.

A los doctores les gusta el procedimiento de Pomeroy porque es simple y eficaz. La ligadura tubal de Pomeroy es realizada muy frecuentemente después de una cesárea.

Normalmente los dos segmentos de la trompa después de una ligadura Pomeroy quedan sanos y pueden ser unidos nuevamente a través de una cirugía de reversión de ligadura de trompas. El tamaño removido de la trompa se puede determinar con base en los expedientes de la cirugía de ligación y el reporte de patología respectivo. Si usted le solicita a su doctor o al hospital donde le realizaron el procedimiento que nos envíe esos expedientes, el Dr. Berger los revisará y le dejara saber cual es son sus posibilidades de quedar embarazada después de la cirugía de reversión de la ligadura de trompas.

Las variaciones de la técnica tubal de la ligadura de Pomeroy incluyen la longitud y la localización de la atadura y el corte del segmento, el número y el tipo de ligaduras colocadas alrededor de la trompa, y si los extremos del corte del tubo también fueron machacados o coagulados. Estas variaciones del procedimiento de Pomeroy determinan las longitudes de los segmentos restantes de la trompa que pueden ser reparados. Es conveniente usar el método de Pomeroy de ligadura tubal si usted está considerando la cirugía de reversión posterior. Aproximadamente dos tercios de las mujeres con una ligadura tubal de Pomeroy quedan en embarazo después de la reversión de la ligadura de trompas.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE SALPINGECTOMÍA

1. PREPARACIÓN DE LA PACIENTE

- f) El consentimiento informado para la contracepción quirúrgica que no debe obtenerse cuando la mujer está bajo efectos de sedación o tensión relacionada con el embarazo o parto ni cuando sufra los efectos de una presión post-parto.

- g) La literatura anota practicar sondeo vesical.

- h) Con la paciente en ayunas puede procederse según: Venoclisis: Suero glucosado al 5%, 500 cc. ó 1 litro (aguja 20) + 10 mg. de Diazepán, 650 mg. de Meperidina o Petidina. Aplicar al comienzo generalmente 20 a 30 ml. y enseguida regular para una sedación adecuada, manteniendo siempre contacto verbal con la paciente e indicándole los pasos a seguir para lograr su cooperación y confianza indispensable para el éxito de la operación.

- i) Posición de la Paciente: Litotomía en caso de bloqueo de intervalo o decúbito dorsal en caso de postparto o postaborto.

- j) Después de la desinfección de la zona operatoria aplicar los campos y colocar la mesa operatoria en Tredelenburg a 4° con el objeto de alejar el contenido abdominal de la zona operatoria.

2. TÉCNICA OPERATORIA (TÉCNICA DE POMEROY)

b) PROCEDIMIENTO PREVIO EN EL BLOQUEO TUBARIO:

- Realizar higiene perineal y vaginal.
- Practicar examen ginecológico para descartar patología uterina no detectada previamente, ratificar la posición y movilidad uterina y evaluar el grado de sedación obtenida. (en casos de post parto generalmente este examen no se realiza).
- Colocar el espéculo y hacer asepsia del cervix.
- Colocar el elevador uterino a manera de un histerómetro; a veces será necesario pinzar el labio anterior del cervix con la pinzade Possi, parafijación del mismo.
- Manipular suavemente el elevador para confirmar la movilidad uterina.

b) PRIMER CORTE: Transversal:

- Incluye piel y subdermis, exponiendo el tejido celular subcutáneo (se puede ampliar la incisión a 3.5 6 4 cm. si el caso lo amerita).
- Utilizando los separadores, el ayudante expone el fondo de la incisión.
- No es necesario efectuar hemostasia, generalmente el sangrado se detiene espontaneamente salvo que se interese una arteria que se reconoce y liga,

c) SEGUNDO CORTE: Transversal:

- Sección de la aponeurosis o fascia abdominal anterior identificando la línea media; cortar 0.5 cm. a 1 cm.(aquí el grosor de la pared es mínimo).
- No es necesario disecar el músculo (recto anterior) pues causaría sangrado, simplemente se divulsiona: ampliar la incisión introduciendo las tijeras cerradas y abriéndolas dentro del espacio prevesical.
- Con la ayuda de las pinzas de disección se insertan los separadores al orificio de la aponeurosis o fascia.

Nota:

- La dirección de la tracción con los separadores: el suprapúbico en sentido longitudinal a la pared abdominal hacia abajo y el otro en sentido opuesto para lograr la tensión del peritoneo haciendo susceptible la disección y su perforación (no corte) con la pinza hemostática. (conviene gotear un poco de anestésico).
- Con pinza Cryle incidir sobre el peritoneo para abrirlo (no requiere corte con tijera).
- Al penetrar el peritoneo introducir los separadores en la cavidad abdominal, exponiendo la incisión. Movilizar el útero utilizando el elevador uterino, que se colocó en vagina (en casos de bloqueo en el intervalo) o con el gancho "movilizador de la trompas". A través de la pared localizar la trompa derecha o izquierda indistintamente (en casos de bloqueo post parto o post aborto).
- El útero es orientado hacia la izquierda y se toma la trompa derecha traccionándola hacia la incisión con pinza de Babcock,

- Pinzada la trompa se elige la zona donde se practicará la ligadura (conviene antes, aplicar unas gotas de xilocaína de la jeringa a la serosa de la trompa para evitar el dolor víscera; que despierta su pinzamiento).
- Proceder al bloqueo de la trompa según técnica de Pomeroy, que la recomendamos por su rapidez y facilidad.
- Revisar el sangrado en el lecho operatorio o por desgarro del mesosalpinx.
- El mismo procedimiento se efectúa con la otra trompa; si es la izquierda, el útero se orientará hacia la derecha en esta ocasión.
- Conviene indicara la paciente que hunda el abdomen y tolere la posible molestia a sentir.
- La sensación de cólico menstrual que percibe la paciente al traccionar la trompa y aplicar la ligadura desaparece en cuanto se termina de cortar el asa ligada.

d. CIERRE DE LA PARED.

- Quitar el Trendelemburg.
- Cerrar el orificio peritoneal con una sutura en jareta con catgut ó ácido poliglicólico 000 pidiendo a la paciente que puje antes de anudar, logrando con esto que bajo visión directa salga la mayor cantidad de aire intraabdominal lo cual reducirá las molestias post operatorias por irritación del nervio frénico,
- En la mayoría de nuestros casos no se ha suturado el peritoneo por ser un orificio pequeño; directamente el cierre se ha dirigido a la fascia, como aconseja Ellis (5).
- Cierre de la fascia con crómico 00 ó ác. poliglicólico 00 surget continuo.
- Aplicar 2 puntos en la fascia de Scarpa para evitar la formación de un espacio muerto.
- Sutura de la piel con catgut simple o con dos puntos subcuticulares invertidos equidistantes del borde quirúrgico 6 con la sutura subdérmica continua -se logrará estética en la cicatriz y se permitirá la salida de secreciones,

- Pequeña gasa o apósito para cubrir la herida.

3) RECUPERACIÓN:

- Mantener la paciente en reposo hasta el cese de la sedación (1 a 2 hs.) y luego se le da de alta.
- En caso de dolor: analgésico simple; ejemplo acetalgina o aspirina.
- Mantener la herida limpia y seca.
- En casos de post parto más de 48 hs. se prefiere dar antibióticos.
- Actividad física limitada y progresiva.
- Valoración post quirúrgica: control de la paciente a los 4 días (ver signos inflamatorios u otros que requieran tratamiento),

HERNIA

Una hernia es la salida o "protrusión" de una víscera abdominal a través de una debilidad en la pared del abdomen. Su cubierta externa es como la pared abdominal. La cámara de goma interna es como la capa delgada del interior de su abdomen (peritoneo). En vez de tener aire en su interior, el abdomen contiene los intestinos y otros órganos vitales. Cuando la capa o cubierta externa se debilita se forma una hernia. Pueden ocurrir en adultos y niños.

Generalmente es fácil el diagnóstico tanto para el paciente como para el médico. Se manifiesta como un bulto o tumor que aparece en la región en que se localiza la hernia,

frecuentemente en la ingle. Puede presentarse con molestia o dolor cuando usted levanta objetos pesados, tose o puja para orinar o defecar.

En algunos casos la hernia se puede complicar y puede estrangularse un segmento de intestino requiriendo una operación de urgencia, constituyendo una situación grave.

El único tratamiento definitivo es CIRUGÍA. El tratamiento conservador con observación, faja o bragueros, no es recomendable debido a que no curan la hernia.

Es recomendable corregir la hernia con una operación antes que se haga de mayor tamaño, y antes de que se complique.

Los tipos de procedimientos quirúrgicos son múltiples e incluyen la tradicional reparación anterior, la técnica preperitoneal, la técnica laparoscópica, con o sin malla para cerrar el defecto herniario. Estas técnicas se pueden realizar con anestesia general, regional, raquídea, o con anestesia local.

HERNIA UMBILICAL

Son aquellas que hacen protrusión a través del anillo umbilical no obliterado en la vida embrionaria, que serían las hernias congénitas, o bien a través de un anillo umbilical abierto después del nacimiento, que serían las hernias adquiridas del niño y del adulto.

El anillo fibroso que queda después de la caída del cordón umbilical está cubierta por una fascia que va de lado a lado, fascia de Richet, a este anillo llegan desde abajo: los restos fibrosos de las venas umbilicales y el cordón fibroso del uraco, llegando desde arriba el cordón de la vena umbilical.

Causas predisponentes

Obesidad, embarazos, partos repetidos, disminución brusca de peso en los obesos, tumores intrabdominales, esfuerzos en pacientes con estreñimiento, prostáticos y tosedores, además las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen hacen tracción sobre las vainas de los rectos separándolos. En los niños las causas predisponentes pueden ser, la tos, estreñimiento, el llanto, estornudos, flatulencia, traumatismo.

Las hernias umbilicales congénitas, sería el onfalocele o hernia amniótica, que debe ser tratada como una afección quirúrgica de urgencia, no se trata de una hernia estrangulada, ni de una hernia, desde el punto de vista embriológico es una falta de coalescencia en la pared abdominal, es la protrusión de vísceras que no se han introducido en el abdomen a través de la base del cordón umbilical.

El saco herniario está constituido por el saco amniótico y el peritoneo, puede a veces ser muy pequeño y ser confundido por un cordón umbilical normal. Cuando son grandes hay una gran desproporción entre la cavidad abdominal y las vísceras que protruyen, hay que tratar de cerrar el saco y cubrirlo con piel.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE HERNIA UMBILICAL PEQUEÑA

6. Practique una incisión infraumbilical en sentido de las tres a las nueve del reloj.
7. Diseque el saco circunferencialmente a fin de liberarlo del tejido subcutáneo circundante.
8. Corte el saco y extirpe el exceso del mismo hasta el anillo.
9. Cierre el anillo mediante puntos separados con Surgilon 1-0
10. Cierre la piel.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE HERNIA UMBILICAL GRANDE EN ADULTOS.

Las hernia umbilicales en adultos suelen resultar de hernias infantiles grandes, no tratadas, que no cerraron de manera espontánea. Las hernia umbilicales en el adulto no cierran por si mismas.

7. Cuando la piel está degenerada y el paciente es de edad avanzada, no es necesario preservar el ombligo. Sin embargo, en todos los otros casos debe intentarse conservarlo. Si es posible haga una incisión en sentido de las nueve a las tres del reloj, arriba o abajo del ombligo.
8. Separe el saco de la grasa mediante bisturí o tijera y, después de aislarlo y elevarlo en forma satisfactoria, ábralo.
9. Corte el saco hasta el anillo o justo arriba del mismo si debe cerrarse por separado. Ligue todos los puntos con hemorragia. Los autores ligan todas las estructuras tubulares con seda 3-0. Cierre el saco y la lámina posterior de la vaina del recto mediante puntos separados con catgut crómico 1-0 o dexion

- 2-0. Prepare la lámina anterior de la vaina del recto en un tramo de 1 a 2 cm alrededor del defecto.
10. Separe con suavidad la lámina posterior de la vaina del recto del peritoneo. Cierre el defecto de forma transversal, con imbricación o sin ella, mediante puntos separados con Surgilon 1-0.
11. Cierre la línea blanca con puntos separados.
12. Cierre la piel con puntos separados. Muchos cirujanos cierran el defecto en sentido longitudinal en la misma forma que una incisión en la línea media. Asimismo, varios cirujanos incorporan el peritoneo y la fascia en un plano.

LESIONES BENIGNAS DE LA PIEL.

Las lesiones benignas de la piel están formadas por varios grupos. Las quísticas incluyen los quistes epidérmicos de inclusión, sebáceos y pilonidales así como gangliones. Otro grupo comprende verrugas, queratosis, queloides, hemangiomas, malformaciones arteriovenosas, tumores glómicos y malformaciones capilares. Un tercer grupo incluyen úlceras por decúbito, hidradenitis supurativa y quemaduras. Los nevos de unión, compuesto e intradérmico y los lentigos malignos constituyen otro grupo.

PROTOCOLO QUIRURGICO DE EXCERESIS DE LESIONES BENIGNAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

1. Para un quiste, practique una incisión elíptica. En una lesión no quística, asegúrese de incluir alrededor de 0.5 cm de tejido más allá de la lesión cuando realice la incisión elíptica.

2. Efectué la incisión a lo largo de las líneas de Langer (de Kraissl) y perpendicular a los músculos subyacentes, y sólo por excepción paralela a las fibras musculares subyacentes.
3. Diseque hasta el tejido subcutáneo pero no la fascia. Si es posible, evite romper el quiste.
4. Manipule el espécimen con cuidado, sin traumatizar la piel ni la lesión.
5. Cierre en dos planos. Diseque bajo la piel según se requiera. Recuerde que la dermis es la capa más fuerte. Para la dermis utilice puntos separados con material absorbible sintético 4-0 o 5-0 (vicryl sin teñir); en la epidermis, haga una sutura subcuticular continua con vicryl 5-0 y refuércela con steri-strips (vendoteles). Es aceptable utilizar puntos separados de material no absorbible 6-0 muy cerca de los bordes de la piel y entre sí.
6. Retire los puntos separados en ocho a diez días y refuerce nuevamente con steri-strips, en especial si la herida se localiza cerca de una articulación. En la mayor parte de los casos, puede dejarse una sutura epidérmica continua de nylon durante dos semanas sin ningún problema.

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.monografias.com>

<http://mingaonline.uach.com>

<http://www.medicinapreventiva.com.ve>

<http://www.salud.com>

<http://www.medicinacuba.com>

<http://www.shea-online.org>