



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**“IMPLEMENTACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA UNIDAD
MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
SEPTIEMBRE DEL 2007 A FEBRERO DEL 2008”**

AUTORES:

CALDERÓN DELGADO ESTELA

DUEÑAS CEDEÑO JORGE

DIRECTORA:

MG. Igp. AUDELYTH JARAMILLO

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2008

CERTIFICACIÓN

La Mg. Igp. Audelyth Jaramillo, tiene a bien certificar que la tesis titulada “IMPLEMENTACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SEPTIEMBRE DEL 2007 A FEBRERO DEL 2008”, cuyos autores son Calderón Delgado Estela, Dueñas Cedeño Jorge, han concluido la tesis en la modalidad de trabajo comunitario bajo mi dirección y responsabilidad y se han ajustado a lo establecido en el reglamento interno de la Facultad.

Atentamente,

Mag. Igp. Audelyth Jaramillo.

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**“IMPLEMENTACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA UNIDAD
MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
SEPTIEMBRE DEL 2007 A FEBRERO DEL 2008”**

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:

LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Dr. Bosco Barberán

DECANO

.....

Mag. Aracely R. de Zambrano

PRESIDENTA

.....

Mag. Igp. Audelyth Jaramillo

DIRECTOR DE TESIS

.....

Mag. Miriam Barreto

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

Lic. Victoria Santana

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

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.

.....
CALDERÓN DELGADO ESTELA

AUTOR

.....
DUEÑAS CEDEÑO JORGE

AUTOR

DEDICATORIA

Una vez culminados los estudios superiores, quiero dejar constancia de mi esfuerzo y dedicación a DIOS que fue mi amigo fiel, en este arduo camino, ya que me brindó la fortaleza necesaria en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis padres JOSÉ Y FLÉRIDA que son fuente de admiración y respeto, siempre supieron guiar por el camino del bien, encaminándome a superar los obstáculos que se me presentaron.

A mis hermanos JAVIER, FABIÁN, TYRONE, que me ayudaron con sus sabios consejos, para que siga luchando en las metas que deseara conseguir.

A mi querida sobrina GÉNESIS, que con su ternura e inteligencia, sea una inspiración para que siga adelante.

A mis amigos y compañeros que compartieron los momentos más difíciles y felices de mi vida, en cada instancia de la vida estudiantil.

ESTELA CALDERÓN DELGADO

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a DIOS quien ha guiado mis pasos y a iluminado mi camino en los momentos más difíciles, quien me ha dado la fuerza para seguir adelante y no desmayar.

JORGE DUEÑAS CEDEÑO

AGRADECIMIENTO

Primeramente le queremos agradecer a DIOS, quien nos ha permitido alcanzar nuestra meta y adquirir la fortaleza para este arduo trabajo.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, por habernos abierto sus puertas, permitiéndonos adquirir y desarrollar nuevos conocimientos técnicos y científicos en su alma mater.

A la Presidenta del Tribunal Lcda. Aracely Romero, Directora de tesis Lcda. Audelyth Jaramillo, y a cada uno de los demás Miembros quienes nos guiaron y permitieron terminar con éxito nuestra tesis.

A los Docentes, quienes nos brindaron sus conocimientos, permitiéndonos aumentar así nuestras destrezas y abrirnos nuevos surcos para la vida profesional.

A nuestros compañeros, que con su apoyo y amistad nos dieron aliento en los momentos mas difíciles de nuestra vida estudiantil.

A todas las personas que colaboraron desinteresadamente para la culminación del presente proyecto.

Gracias

LOS AUTORES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	1
Summary	2
Localización	3
Fundamentación	3
Justificación	5
Objetivos	6
Marco de referencia	
Capítulo 1	
Facultad de Ciencias de la Salud	
1.1 – Reseña histórica de la Facultad de Ciencias de la Salud	7
1.2 – Unidad móvil	8
Capítulo 2	
2.1 Asepsia y antisepsia	
2.1.1 Desinfección, concepto y métodos	12
2.1.2 Esterilización	13
2.1.3 Medidas de asepsia y antisepsia en pacientes quirúrgicos	14
2.2 Quirófanos	15
2.2.1 Higiene de los espacios físicos	16
2.2.2 Limpieza de áreas críticas.	17
2.3 Función del personal de enfermería	18
Capítulo 3	
3.1 Instrumentos quirúrgicos	
3.1.1 Clasificación de los instrumentos	20
Capítulo 4	
4.1 Patologías quirúrgicas ambulatorias	
4.1.1. Circuncisión	22
4.1.2 Hipospadias	22
4.1.3 Fimosis	24
4.1.4 Hernia	25
4.1.5 Pterigium	26

4.1.6 Salpingectomía	26
4.1.7 Parto	27
4.2 Cirugías de emergencias	
4.2.1 Quemaduras	30
4.2.2 Heridas	31
4.2.3 Fracturas	32
4.2.4 Cuerpos extraños	34
Beneficiarios	38
Metodología	39
Recursos:	
Humanos	41
Institucionales	41
Materiales	41
Financieros	42
Presentación y análisis de los resultados obtenidos en la solución del problema	
Informe	49
Conclusiones	56
Recomendaciones	58
Sustentabilidad	59
Sostenibilidad	60
Presupuesto	61
Cronograma	66
Bibliografía	68
Anexos.	69
Índice de gráficos y cuadros de docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud	
Grafico #1 y cuadro #1	50
Grafico #2 y cuadro # 2	55
Grafico # 3 y cuadro # 3	56
Grafico # 4 y cuadro # 4	57
Grafico # 5 y cuadro # 5	54 – 55

RESUMEN

En la provincia de Manabí que por su ubicación geográfica, muchas veces se hace imposible que las personas se puedan realizar un chequeo medico, mucho menos realizarse una intervención de tipo quirúrgico y mas aún cuando existe hospitales y subcentros que no cuentan con los materiales necesarios para una óptima y adecuada atención y así tener una población mucho mas sana y productiva.

Por este motivo, como egresados de la Universidad Técnica de Manabí decidimos aportar con nuestros conocimientos en la solución de estos problemas presentes en la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud, beneficiando así a la mayoría de las personas de escasos recursos económicos, permitiéndole acceder a una buena atención ambulatoria quirúrgica que satisfaga las necesidades a bajos costos.

A la unidad móvil, se la conoce en su lugar de remodelación, manteniendo contacto con las personas involucradas para el efecto. Se dona lencería y material quirúrgico, para realizar todo tipo de cirugías menor.

El marco de referencia contiene una breve reseña histórica de la Universidad Técnica de Manabí, definiciones del área, instrumental y lencería a utilizar, los tipos de cirugías a realizarse.

La metodología utilizada fue la del marco lógico, participativa consiguiendo así la aceptación de la implementación, observándose óptimos resultados, sustentando el trabajo en el Manual elaborado para que se tenga como referencia en la aplicación de los métodos quirúrgicos a realizarse.

SUMMARY

In the county of Manabí that for their geographical location, it many times is made impossible that the people could be carried out a medical checkup, many less be carried out an intervention of surgical type and stiller when you exist hospitals and subcentros that they don't have the necessary materials for a good and appropriate attention and so have a population many but healthy and productive.

For this reason, we like egressions of the Technical University of Manabí decided to contribute the Mobile Unit of the Faculty of Sciences of the Health with our knowledge in the solution of these problems present in, benefiting so to most of the people of scarce economic resources, permitting it consent to a good ambulatory surgical attention that she satisfy the necessities to low costs.

To the mobile unit, you she knows you it in their place of remodelation, maintaining contact with the people involved for the effect. You it is donated lancer and surgical material, in order to carry out all type of minor surgeries.

The frame of reference contains a brief historical review of the Technical University of Manabí, definitions of the area, instrumental and lancer to use, the types of surgeries to be carried out.

The used methodology was that of the logical frame, participative getting the acceptance of the implementation so, observing good results, sustaining the work in the elaborated Manual so that he is had like reference in the application of the surgical methods to be carried out.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

“Implementación quirúrgica para la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud. Septiembre del 2007 a Febrero del 2008”

LOCALIZACIÓN FÍSICA:

La Clínica Móvil se encuentra en las instalaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, ubicada en la Avenida Urbina.

FUNDAMENTACIÓN:

La Universidad Técnica de Manabí es una comunidad de autoridades, personal académico, estudiantes, empleados y trabajadores, se constituye como persona jurídica de derecho público, autónoma, sin fines de lucro, con domicilio principal en la Ciudad de Portoviejo, con plenas Facultades para organizarse dentro de las disposiciones de la Constitución Política de la República del Ecuador, la Ley de Educación Superior, su Reglamento, otras leyes conexas, el Estatuto y los Reglamentos que expidiera para la mejor organización de la Institución; imparte enseñanza académica superior hasta cuarto nivel o de posgrado, desarrolla investigación con plena libertad académica, científica y administrativa, y cumple acciones de vinculación con la colectividad, difundiendo el conocimiento técnico-científico en la solución de los problemas de la comunidad.

- **DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD:**

La Universidad Técnica de Manabí, fue creada mediante decreto legislativo el 29 de octubre de 1952. El primer Rector, Ing. Paulo Emilio Macias Sabando, fue nombrado por el Sr. Ministro de Educación, Dr. José María Martínez Cobo, mediante decreto ministerial de fecha abril 8 de 1954 y tomó posesión el 7 de mayo de 1954. Como toda institución seria, sus actividades en forma responsable, basándose en la Ley de Educación y el Decreto de creación, promulgaron el Estatuto Universitario que fue aprobado por el Sr. Ministro de Educación.

La Universidad Técnica de Manabí siendo una institución creadora y formadora de recursos humanos, quien brinda a la sociedad manabita, profesionales de calidad y no apartada de la realidad de nuestra provincia, pone a disposición sus recursos para mejorar las coberturas de salud y por ende disminuir la morbi - mortalidad.

- **PROBLEMAS PERCIBIDOS:**

La Facultad de Ciencias de la Salud se encuentra ubicada dentro de los predios universitarios en la Avenida Universitaria, de la Ciudad de Portoviejo, la que beneficia a la comunidad Manabita con campañas médicas y de enfermería llegando con la clase estudiantil y docentes, otras actividades son las experiencias clínicas programadas cada semestre a nivel hospitalario como comunitario, en ocasiones por el aumento de instituciones de tercer nivel, en el área se encuentra con poca accesibilidad para nuestros estudiantes.

La atención que se puede brindar tanto clínica como quirúrgica a la comunidad, se limita por la falta de infraestructura, instrumental y lencería quirúrgica, ya que esta institución educativa cuenta con especialistas cirujanos que pueden realizar cirugías del día en forma organizada y multidisciplinaria trabajando en equipo.

- **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

Con los antecedentes, se plantea el presente proyecto comunitario, para de esta manera poder dotar de instrumental y lencería básica, para realizar cirugías menores en la Unidad Móvil, con la que va a contar la Facultad de Ciencias de la Salud, para poder brindar atención a la clase desprotegida a bajo costos y poder subsidiar los problemas que tiene la comunidad tanto urbano como rural.

- Dotación de instrumental y lencería básica.
- Normatización de la elaboración de la lencería quirúrgica para realizar cirugías del día.
- Normatización del uso adecuado del instrumental quirúrgico.
- Inventario de la instrumental, lencería, insumos y equipos.
- Incorporación de los estudiantes de las carreras con que cuenta la Facultad.
- Participación en las caravanas de salud con la Unidad Móvil.

JUSTIFICACIÓN

La salud, es un derecho innegable de todas las personas. La provincia, por su ubicación geográfica, imposibilita el chequeo médico, aún menos una intervención de tipo quirúrgico, cuando existe hospitales y subcentros que no cuentan con los materiales necesarios para una óptima y adecuada atención y así tener una población mucho más sana y productiva.

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 se encuentra desarrollado un proyecto que beneficiará a la mayoría de las personas de escasos recursos económicos, permitiéndole acceder a una buena atención ambulatoria, que satisfaga sus necesidades a bajos costos.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, la Facultad de Ciencias de la Salud se ha propuesto crear una Unidad Móvil, que contará con el suficiente material quirúrgico para las diferentes tipos de cirugías menores a realizarse.

Los bajos recursos con los que cuenta la Facultad, impiden equipar la Unidad Móvil, es por esta razón que hemos decidido elaborar y ejecutar el proyecto de “Implementación quirúrgica para la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud” la cual beneficiará a la colectividad manabita.

Este proyecto contará con el apoyo de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, quienes ayudarán con el material necesario para la implementación quirúrgica de la unidad móvil.

OBJETIVOS

GENERAL

- Implementar con material quirúrgico de cirugía menor a la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud, Septiembre del 2007 a Febrero del 2008.

ESPECÍFICOS

1. Determinar los requerimientos de material quirúrgico necesario para la Unidad.
2. Establecer las cirugías a realizar en la Unidad Móvil.
3. Elaborar protocolos para el uso de material y lencería quirúrgica en la Unidad Móvil.
4. Realizar autogestión para la dotación del material para la Unidad Móvil.
5. Dejar un manual de normas sobre elaboración, preparación y lavado de equipos y lencería quirúrgicos.

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 1

1.1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

La Carrera de Enfermería se crea el 1 de junio de 1977 adscrita la Facultad de Ciencias Sociales y de Educación e inicia su vida académica el 16 de agosto del mismo año, el primer director de la escuela fue el Dr. Fortunato Navia Aray.

Por resolución del Honorable Consejo Universitario; tres meses después se crea la Facultad de Ciencias de la Salud el 16 de Septiembre de 1977, encargado al decano al Dr. Fortunato Navia Aray y la Dirección de la Escuela de Enfermería Lcda. Teresa Rivadeneira Zambrano.

El 23 de Abril se crea la Carrera de Medicina, con su primer director Dr. Absalón Alvarado.

La Escuela de Tecnología Médica fue creada el 25 de Agosto del 2003 y puesta en funcionamiento el 12 de Abril del 2004, siendo su director el Dr. Otony Intriago Macías.

Cuenta con 5 docentes, otorga el título de Tecnólogo en Optometría en seis semestres, Lcdo., en Optometría en ocho semestres.

La Facultad de Ciencias de la Salud, actualmente cuenta con cinco carreras:

La Carrera de Enfermería quien fue una de las primeras en crearse y con ella nació la Facultad de Ciencias de la Salud, cuenta con 38 docentes de los cuales 22 son con nombramiento y diez y seis contratados, existen 305 estudiantes matriculados,

quienes para obtener el título de licenciadas(os) en Enfermería deben de aprobar los diez semestres de la carrera.

La Escuela de Medicina quien fue la segunda en crearse, actualmente cuenta con 56 docentes con nombramiento y 35 con horas clases, existen 1038 estudiantes matriculados quienes para obtener el título de médico cirujano deben aprobar 12 semestres de la carrera.

La Escuela de Optometría es la tercera carrera que se abre en la Facultad de Ciencias de la Salud, quien actualmente cuenta con sesenta y uno estudiantes matriculados, existen 6 docentes de los cuales uno es con nombramiento y 5 contratados.

La Escuela de Laboratorio Clínico, es la cuarta Escuela en crearse en la cual existe un docente titular y trece contratados.

La Escuela de Nutrición y Dietética, es una de las últimas Escuelas en abrir sus puertas a los estudiantes por lo que estos se encuentran en las aulas del SBU.

1.2 UNIDAD MÓVIL

Es 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).

Autorizada para transitar a velocidades mayores que las normales y acondicionada de manera especial para atender a pacientes quirúrgicos, con la disponibilidad de recursos humanos y técnicos en función del beneficio de aquellos y/o adecuado servicio para la atención del paciente que contempla la disponibilidad como la integración de los esquemas de referencia, contrarreferencia y la atención hospitalaria, permitiendo garantizar la atención oportuna y eficaz de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD MÓVIL.

MODELO: S 30

Cantidad: 1

Sistema de A/A de ala calidad.

Evaporador interno flujo de aire directo 1,487 m³/ h.

Condensador de alto rendimiento para montaje en compartimiento inferior.

Capacidad nominal 27500BTU/h.

Tipo de refrigerante R-134 A.

Ventilador de doble velocidad.

Sistema eléctrico de 12 voltios.

Accionado por compresor acoplado al motor del vehiculo, impulsado por bandas.

Sistema Suttle Aire (no requiere doctos).

Controlador de termostato y velocidad del motor ubicado en cabina del conductor.

MEDIDAS DEL CONDENSADOR

Largo 43.3 P

Ancho: 15.6 P

Alto 12.3 P

Largo 59.18 P

Ancho 148.6 P

Alto 6.5 P

DIMENSIONES EXTERIORES.

Longitud: La longitud es de 11 mts.

Anchura: La anchura del vehículo es de 2.50 mts.

Altura: La altura del vehículo es de 1.90 mts.

Distancia al suelo: La parte más baja del vehículo, cargado con el peso máximo autorizado, no deberá estar a menos de 40 cms. Del suelo, permitiendo un ángulo de salida anterior y posterior de al menos 15 grados.

MOTOR.

Tipo de Motor	B 21520
Fabricante	CUMMINS USA
Cilindros	6 en línea
Enfriamiento	Con agua
Desplazamiento en mm	102x120
Alimentación	Inyección
Directa Turbo	Alimentado
Potencia Máxima m/r/min.	158/2500,212 hp
Torque máximo m/r/min.	700/1500
Revoluciones máximas	700
Cubicaje Ltr c.c	5885

DATOS EMBRAGUE/CJA/ CORONA

TIPO DE DISCO

Cremallera/Hidráulico	
Dimensión del disco mm	380
Tipo de caja de cambio	ZF S5-80
Marchas	5 Adelante y reversa
Relaciones marchas	1-6, 35,2-3 27, 3-1,77, 4.1.00

TIPO DE CORONA

Delantera y Posterior	EQ 153
-----------------------	--------

COLORES DE IDENTIFICACIÓN.

El color principal de la Unidad Móvil es blanca con dos franjas una de color amarilla que irá en la parte inferior seguida de una verde.

La leyenda que lleva es: CLÍNICA MÓVIL, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ.

En el compartimiento de pacientes llevará la leyenda: NO FUME y USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD.

Dos logotipos:

- Una cruz la misma que estará pintada de rojo.
- Escudo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

CAMILLA QUIRÚRGICA: La camilla será de material metálico que garantice la rigidez, resistencia o la corrosión y ligereza que su manejo exige.

Cuenta con las siguientes dimensiones:

Longitud: 2 metros.

Anchura: 60 centímetros.

Altura: Desde la base de los pies deslizantes a la parte superior del plano destinado al paciente 0,25 metros como mínimo a 1,35 como máximo.

La camilla es capaz de admitir una carga de 180 kg. Sin sufrir daños en su estructura.

La disposición de la camilla en el compartimiento deberá estar en forma tal que la cabeza del paciente esté orientada hacia la parte delantera del vehículo según el sentido de la marcha.

La parte superior de la camilla correspondiente a la cabeza distará al menos de 1,50 metros de la partición y la parte lateral distará al menos de 45 centímetros del lateral derecho del vehículo.

CAPITULO 2

2.1 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

La infección es todavía la morbilidad y mortalidad mayor aumenta costo sanitario. La primera referencia histórica que trata de resolver este problema es de 1850; Semmerweis se da cuenta de que las parturientas atendidas por médicos tenían mayor número de infecciones.¹

En 1862 Lister deduce que las infecciones quirúrgicas se producen por microorganismos presentes en aire o manos de los sanitarios. Manda pulverizar los quirófanos y el material con ácido cénico disminuye infecciones.

- **Antisepsia:** Es la lucha contra la infección establecida. Mediante una serie de métodos, se actúa sobre los gérmenes patógenos. Desinfección.
- **Asepsia:** Ausencia total de gérmenes tanto patógenos como no patógenos, incluso esporas. Esterilización.

2.1.1 DESINFECCIÓN. CONCEPTO Y MÉTODOS: Se puede definir como el dejar un material carente de gérmenes patógenos no produce infección.

Esterilización: Dejar el material sin cualquier forma de vida. Todo lo que entra en contacto con la sangre del paciente esterilización (agujas, material quirúrgico, sondas...)

Método de desinfección

- Físicos:
- Cocción

¹ Torrens, Ll. Congreso Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Sevilla 2002.

- Radiaciones UV+
- Químicos:
- Antisépticos o desinfectantes (lejía, betadine).

Mantener material esterilizado en ambiente libre de gérmenes patógenos.

Características de los antisépticos o desinfectantes

- Espectro de actuación.
- Rapidez de actuación.
- Acción tóxica sobre el paciente
- Mantenimiento de actividad antiséptica mientras esté almacenado.
- Costo.

2.1.2 ESTERILIZACIÓN. CONTROL DE ESTERILIZACIÓN: Destrucción de todas las formas vivas, incluso esporas resistentes. Imprescindible para todo lo que entra en contacto con la sangre de los pacientes.

- **MEDIOS FÍSICOS**
 - Calor seco: 180 - 300°C de 100 - 200 minutos. Material muy limpio.

Inconveniente: usar material no inflamable y deteriora al material.

- Calor húmedo Autoclave:
 - Cámara cerrada en la que entra vapor de agua caliente y a alta presión.
 - Mejor método de esterilización: barato y seguro.
 - Consigue esterilizar mediante el calor y el vapor de agua a alta presión y caliente bactericida.
 - Material muy limpio, eliminando cualquier partícula.
 - Método barato y eficaz.
 - **Radiaciones ionizantes beta o gamma:** eliminan todas las formas vivas con seguridad. Empleo industrial para materiales de plástico.

Inconvenientes: caro y peligroso para el personal.

- **MEDIOS QUÍMICOS**

- **Óxido de etileno:** hospitales y pequeñas industrias para materiales termolábiles. Método barato.

Riesgos: tóxico y explosivo: cámaras especiales y medidas de seguridad estrictas. En las primeras horas de impregnar el material tóxico esperar 24h para manipularlo.

- **Control de esterilización:** Para ello lo más utilizado son unas tiras de papel reactivo (DIACR - QUIC) que cambia de color.

Todo material esterilizado tiene que tener dos fechas:

- Fecha de esterilización.
- Fecha de caducidad (puede variar).

2.1.3 MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.

Hay que tomar medidas en:

- **ÁREA QUIRÚRGICA**

- **Asepsia:** tanto del material como de la atmósfera. Encarece mucho y se hacen en cirugías de alto riesgo (prótesis).

- **ÁREA PREQUIRÚRGICA**

- **Antisepsia:** en los enfermos, sobre todo en la zona de operación antiséptico. Personal con ropa estéril (calzas, mascarilla).

- **ÁREAS DE ESTANCIAS ENFERMOS Y PERSONAL**

- **Habitaciones:** sanitización, antisépticos en material en contacto (cama, ropa).
- **Personal:** ropa, jabones especiales, lavado de manos, control de zonas que puedan tener gérmenes.

2.2 QUIRÓFANOS

Los quirófanos modernos que cumplen con las normas vigentes sobre la calidad del aire están prácticamente libres de partículas de más de 0,5 μm (incluso bacterias) cuando no hay nadie adentro. La actividad del personal del quirófano es el principal foco de bacterias transmitidas por el aire, que se originan sobre todo en la piel de las personas que lo ocupan. El número de bacterias transmitidas por el aire depende de ocho factores. Los quirófanos convencionales se ventilan con 20 a 25 ciclos de recambio de aire por hora, purificado con un filtro de alto rendimiento, que entra en una corriente vertical.

Los sistemas de ventilación con filtros de partículas, de alto rendimiento (HEPA), eliminan bacterias de un tamaño mayor de 0,5 a 5 μm de diámetro y se usan para obtener aire libre de bacterias en un entorno situado más adelante. El quirófano suele tener presión positiva en relación con los corredores circundantes para reducir al mínimo la entrada de aire al recinto.²

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONTAMINACIÓN DEL QUIRÓFANO TRANSMITIDA POR EL AIRE.

1. Tipo de intervención quirúrgica.
2. Calidad del aire proporcionado.
3. Número de ciclos de recambio de aire.
4. Número de personas dentro del quirófano.
5. Movimiento del personal del quirófano.
6. Grado de cumplimiento con las prácticas de control de infecciones.
7. Calidad de la ropa del personal.
8. Calidad del proceso de limpieza.

² APIC: Asociación de Profesionales de Control de Infecciones y Epidemiología (EE. UU.)
<http://www.apic.org>

AIRE ULTRA LIMPIO

- Para reducir al mínimo las partículas transmitidas por el aire, el aire debe hacerse circular en el recinto con una velocidad mínima de 0,25 m/segundo a través de un filtro de partículas, de alto rendimiento (HEPA), que excluye las partículas de un tamaño definido. Si se retiran las partículas de 0,3 μm de diámetro y mayores, el aire que entra al recinto estará esencialmente limpio y libre de contaminantes bacterianos.
- Este principio se ha aplicado a laboratorios de microbiología, farmacias, unidades de cuidados intensivos especiales y quirófanos.

2.2.1 HIGIENE DE ESPACIOS FÍSICOS: Las Normas de Higiene Hospitalaria tienen por objeto disminuir la contaminación ambiental y eliminar la suciedad visible. En los Establecimientos Asistenciales hay gérmenes patógenos presentes en los elementos o equipos sucios o contraminados cercanos al paciente que se pueden comportar como reservorios o fuentes de infección.³

Áreas Críticas: Comprende quirófanos, salas de partos, terapia intensiva, unidad coronaria, recuperación cardiovascular, unidades de hemodiálisis, neonatología, laboratorio, bacteriología, hemoterapia, bancos de sangre, lavandería, esterilización, sala de quemados, sala de aislamiento y ginecobstétricos, sala de emergencia, anatomía patológica, baños públicos, del personal y de pacientes, ascensores que transportan basura, ropa y residuos patológicos lactario, morgue.

Áreas Comunes: Salas de internación, enfermerías, oficinas, cocinas, consultorios externos, ropería, farmacia, vestuarios, dependencias administrativas, ascensores y pasillos principales, salas de espera, espacios exteriores.

³ SFHH: Sociedad Francesa de Higiene Hospitalaria (Francia). <http://www.sfhh.univ-lyon1.fr/>

2.2.2 LIMPIEZA DE ÁREAS CRÍTICAS.

- **Protección Personal:** Consta de gorro, delantal impermeable plástico, botas de goma, guantes de goma hasta la mitad del antebrazo y anteojos de seguridad. Se debe vacunar al personal contra tétanos y Hepatitis B.
- **Frecuencia:** Una vez por turno de enfermería y cuando se encuentra visiblemente sucio con líquidos biológicos o de cualquier naturaleza. La limpieza del área crítica se efectuará una vez por turno de enfermería y cuando se encuentre un sector visiblemente sucio con líquido biológico se limpiará solamente ese sector.
- **Mobiliario:** Priorizar la limpieza y desinfección de la unidad del paciente (cama, mesa de luz, pie de suero, teléfono, aparatos, silla (picaporte, colchón, almohada)

Para finalizar la tarea, se procede a la limpieza del mobiliario.

- A1 - Lavar con solución de detergente limpiador, enjuagar y luego embeber una rejilla con solución de hipoclorito de sodio al 2% y desinfectar la totalidad del mueble.
- A2- En caso de mancha de sangre u otro fluido orgánico embeber inmediatamente en toalla absorbente, eliminar como residuo patogénico y hospitalario, proceder con la limpieza con solución detergente e hipoclorito de sodio al 2%.
- **Paredes, puertas, ventanas y vidrios:** Se lava desde una altura de 2 m. hacia abajo evitando salpicaduras y teniendo extrema precaución con las bocas de electricidad, con solución detergente o jabón, cepillando en forma meticulosa.

Enjuagar, secar y a continuación desinfectar esta superficie con solución de hipoclorito de sodio al 2% - CAMBIAR soluciones tantas veces sea necesaria o cuando se encuentre visiblemente sucia las soluciones. Paneles aptos para ser lavados y decontaminados.⁴

Pisos y Zócalos: Se utilizará la técnica doble balde/doble trapo:

Cada área tendrá su propio equipo de limpieza y no podrá intercambiarse.

⁴ Federación Internacional de Control de Infecciones <http://www.ific.narod.ru/>

2.3 FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Los establecimientos de atención de salud son un entorno donde se congregan las personas infectadas y las expuestas a un mayor riesgo de infección. Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para el personal de salud.

Los pacientes que se infectan en el hospital constituyen otro foco de infección.

El cumplimiento con las prácticas de atención de los pacientes para el control de infecciones es una función del personal de enfermería.

Éste debe conocer dichas prácticas para evitar la manifestación y propagación de infecciones y mantener prácticas apropiadas para todos los pacientes durante su estadía en el hospital.⁵

El administrador principal de enfermería tiene las siguientes responsabilidades.

- Participar en el Comité de Control de Infecciones.
- Promover la formulación y mejora de las técnicas de atención de enfermería y el examen permanente de las normas de atención de enfermería aséptica, con aprobación del Comité de Control de Infecciones.
- Crear programas de capacitación para los miembros del personal de enfermería.
- Supervisar la puesta en práctica de técnicas de prevención de infecciones en sitios especializados, como el quirófano, la unidad de cuidados intensivos y los pabellones de maternidad y de recién nacidos.
- Vigilar el cumplimiento de las normas por parte del personal de enfermería.

El jefe de enfermería de un pabellón tiene las siguientes responsabilidades:

⁵ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EE. UU.) <http://www.cdc.gov/cdc.htm>

- Mantener las condiciones de higiene, de conformidad con las normas del hospital y las buenas prácticas de enfermería en el pabellón.
- Vigilar las técnicas asépticas, incluso el lavado de las manos y el aislamiento.
- Informar de inmediato al médico de cabecera sobre cualquier prueba de infección de los pacientes bajo el cuidado de un miembro del personal de enfermería.
- Aislar al paciente y ordenar la toma de especímenes para cultivo a cualquier paciente con signos de una enfermedad transmisible, cuando sea imposible comunicarse con el médico de inmediato.
- Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, el personal del hospital, otros pacientes o el equipo de diagnóstico y tratamiento.
- Mantener existencias seguras y suficientes de equipo, medicamentos y suministros para el cuidado de los pacientes en cada pabellón.

El miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones es miembro del equipo pertinente y tiene las siguientes responsabilidades:

- Identificar las infecciones nosocomiales.
- Investigar el tipo de infección y el microorganismo infeccioso.
- Participar en la capacitación del personal.
- Vigilar las infecciones nosocomiales.
- Participar en la investigación de brotes.
- Formular una política de control de infecciones y examinar y aprobar la política pertinente de atención de los pacientes.
- Asegurarse del cumplimiento con los reglamentos locales y nacionales.
- Servir de enlace con los establecimientos de salud pública y otros, cuando proceda.
- Ofrecer asesoramiento especializado a programas de salud y otros apropiados establecidos para el personal de los hospitales en materia de transmisión de infecciones.⁶

⁶ Domínguez, A, Frías Recomendaciones para la Prevención de las Infecciones Quirúrgicas. Colección recomendaciones para la prevención de la infección. Barcelona 2002.

CAPITULO 3

3.1 INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS

El término “inoxidable” es incorrecto; (acero inoxidable) el acero no se mancha, oxida o corroe con facilidad, sin embargo, con el uso normal se puede presentar cierto manchado. Los instrumentos de acero inoxidable se fabrican con cualquiera de los tres tipos de terminado antes de la pasivación.

1. El terminado de espejo es brillante y refleja la luz. El resplandor puede distraer al cirujano o dificultar la visibilidad. Este terminado de gran pulido tiende a resistir la corrosión de la superficie.
2. El terminado anodizado es mate y a prueba de resplandor. Para reducir el resplandor, se depositan capas protectoras de cromo y níquel, en forma electrolítica; a esto se le conoce como terminado satinado. Este terminado de la superficie es un poco más susceptible a la corrosión que cuando está muy pulida, pero esta corrosión con frecuencia se remueve con facilidad.
3. El terminado de ébano es negro, lo que elimina el resplandor; la superficie se oscurece por medio de un proceso de oxidación química. Los instrumentos con terminado de ébano se utilizan en cirugía láser para impedir el reflejo del rayo, en otras operaciones, brindan al cirujano mejor color de contraste ya que no reflejan el color de los tejidos.⁷

3.1.2 CLASIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Todos los instrumentos deben utilizarse sólo para el propósito que tienen y no debe abusarse de ellos.

⁷ ⁷ Ruth Foller, INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA, PRINCIPIOS Y PRÁCTICA, Tercera Edición, página 56.

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

Los bordes filosos deben protegerse durante la limpieza, esterilización y almacenamiento.

Sutura o engrapado.- son instrumentos de que se utilizan para el cierre de la incisión quirúrgica.

Porta agujas.- Se utilizar para tomar y sostener agujas quirúrgicas curvas; casi todos parecen pinzas hemostáticas, pero la diferencia básica son las ramas; tienen ramas cortas y firmes para coger una aguja sin dañarla y sin dañar al material de sutura, el tamaño debe ir de acuerdo con el tamaño de la aguja, es decir, ramas grandes para agujas grandes y ramas delgadas para agujas pequeñas; los mangos pueden ser largos para facilitar la inserción de la aguja, como en el caso de la pelvis o el tórax.

Instrumentos de inspección.- Se utilizan para inspeccionar cavidades sean estas pequeñas o profundas.

Succión y aspiración.- Succión es la aplicación de presión para retirar sangre o líquidos, en general se utiliza para mantener visible el sitio de la operación.

Una punta adecuada se une a un tubo estéril, muchas puntas son desechables. El tipos de punta dependerá de dónde se utilizará y de las preferencias del cirujano.

Puede aspirarse en forma manual para obtener muestras para exámenes de laboratorios o para obtener médula ósea para trasplante; esto se hace con frecuencia con una aguja y una jeringa.

CAPITULO 4

4.1 PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS

4.1.1. 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.⁸

4.1.2 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. Está

⁸ Brunner, Suddanth. Medico quirúrgico. Vol.2

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.⁹

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.

⁹ WWW.SALUD.COM

4.1.3 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.¹⁰

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

¹⁰ www.Pediatra/día.cl

colaboración del enfermo. En adolescentes colaboradores puede realizarse con anestesia local únicamente.

4.1.4 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.¹¹

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.¹²

¹¹ www.cirugia.net

¹² www.umm.edu/ep.enay

4.1.5 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 resequead (ya que la lágrima no puede cubrir esta 'isla' elevada).

La reacción normal de la conjuntiva ante la resequead es crecer aún mas intentando protegerse. De este modo se produce un círculo vicioso donde mayor crecimiento produce mayor resequead 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 resequead y rugosidad del pterigium produce sensación de ardor, rasquiña y resequead 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 resequead, 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.¹³

4.1.6 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.

¹³ www.socoftal.com

La esterilización femenina previene el embarazo al ocluir o bloquear mecánicamente las trompas de Falopio, usando una de las varias técnicas de oclusión.¹⁴

La esterilización femenina previene el embarazo al ocluir o bloquear mecánicamente las trompas de Falopio.

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 recanaliza 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 centro¹⁵

4.1.7 PARTO

El parto, también llamado nacimiento o dar a luz, es la culminación del embarazo, la salida de un niño del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona, y contrario a la muerte.

¹⁴ <http://ginecoobstetricia.com>

¹⁵ GineWeb: Obstetricia

La edad se define por este suceso en muchas culturas. Se puede considerar que una mujer está de parto si padece contracciones uterinas dolorosas, acompañadas de cambios en su cervix.

Mientras la mayoría de las mujeres experimentan el parto como doloroso, algunas dicen no haber sufrido en él. Cuando el bebé nace, se le pesa y somete a ciertos cuidados especiales.

El parto se produce después de 38 a 40 semanas de embarazo y lo desencadena una serie de acciones hormonales.

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son la causa de la aparición de las contracciones.

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cervix) y la dilatación del cuello uterino.

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto.

Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son la causa de la aparición de las contracciones.

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cervix) y la dilatación del cuello uterino, entre estas tenemos:

Dilatación: consiste en la etapa de inicio de las contracciones del útero y la dilatación del cuello del útero.

Expulsión: se caracteriza por la salida del feto gracias a las contracciones uterinas.

Alumbramiento: cuando se expulsa la placenta.¹⁶

COMPLICACIONES DEL PARTO: Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé.

La **no progresión del parto** puede deberse a contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical y se trata generalmente con oxitocina sintética intravenosa o con prostaglandina en gel tópico cervical.

También puede deberse a una desproporción feto pélvica, debido a macrosomía fetal o a estrechez del canal pélvico.

El **sufrimiento fetal** es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. Los signos a los que hacíamos antes referencia son básicamente la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal.

Para ello se monitoriza a la madre con una tococardiografía fetal la cual establece cierta relación de dos variables que son, la frecuencia cardíaca fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

A su vez otro signo que hace pensar en la pérdida de bienestar fetal, es la aparición de líquido amniótico de color verde o teñido de meconio (heces fetales), el cual es expulsado cuando el feto circunstancialmente o de forma crónica tiene un déficit en el aporte de oxígeno.

La **fiebre puerperal** ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto, así como a la mayor susceptibilidad a las infecciones por la madre si tiene anemia o desnutrición.¹⁷

¹⁶ www.unizar.es/gine/parto

¹⁷ www.wikipedia.com

4.2 CIRUGÍAS DE EMERGENCIAS

4.2.1 QUEMADURAS

Se producen por exposición al fuego, a metales calientes, a radiaciones, a sustancias químicas cáustica, a la electricidad o en general a cualquier fuente de calor.

La amplitud de la destrucción del tejido se determina mediante la consideración de la intensidad de la fuente de calor, la duración del contacto o de la exposición, la conductividad del tejido y la velocidad a la que la energía calórica se disipa en la piel.¹⁸

Las **quemaduras químicas**: Son lesiones graves, pero con un tratamiento de urgencia eficaz, la amplitud de la lesión se reduce.

Las **quemaduras eléctricas**: Suelen ser engañosas, ya que aunque la lesión cutánea puede ser mínima, la mayor parte del tejido como los músculos o el hueso y la falta de apreciación inicial puede dificultar su diagnóstico.

CLASIFICACIÓN:

Primer grado.- Esta afecta solo a la capa superficial de la piel y se caracteriza por el enrojecimiento.

Segundo grado.- Presenta forma de ampollas y puede ser eritematosa, blanquecina a la presión.

Tercer grado.- Afecta al tejido subcutáneo músculo y hueso produciendo una necrosis.

TRATAMIENTO: Como norma general de la quemadura se deben lavar y retirar la ropa y la necrosis se emplea antibiótico tópico dependiendo de la gravedad de la quemadura.¹⁹

¹⁸ WWW.MEDICINACUBA.COM

¹⁹ Brunner, Suddanth. Medico quirúrgico. Vol.2

4.2.2 HERIDAS

Son cortes, rozaduras o heridas menores no suelen requerir atención en Urgencias. Es esencial, sin embargo, tratar adecuadamente la infección u otras complicaciones de las mismas.²⁰

Existen una gran diversidad de heridas, por lo que varían los cuidados que éstas deben recibir.

Una **herida cerrada**, con puntos de sutura y sin drenaje, puede dejarse con el apósito original hasta que haya cicatrizado por completo. Cuando hay posibilidad de infección, el médico puede introducir en la herida un dren o una gasa para facilitar la salida de secesiones.

Los drenes que se usan pueden ser de caucho blando (**penrose**). O duro de plástico o de gasa. La gasa se utiliza en forme de una tira larga que se impregna con antibióticos o intesépticos.

Drenes y gasas se van retirando poco a poco cada día, para facilitar la cicatrización desde la profundidad hacia la superficie de la herida.

Las heridas que drenan necesitan cambio de oposito, cada vez que éstos se humedecen. El líquido que drena es irritante para la piel y un excelente medio de cultivo para los gérmenes. Las heridas que secretan orina, heces fecales, jugo gástrico o intestinal, demandan la aplicación de pomadas de óxido de zinc, o vaselina en la piel circundante para protegerla contra la irritación. Previamente la piel debe limpiarse muy bien, con agua y jabón neutro o con un antiséptico que elimine las secreciones irritantes.

A continuación se indican unos cuantos pasos a seguir en el control de heridas menores.

²⁰ Javascript:void

1. Parar la hemorragia. Se hace aplicando presión con un apósito seco o empapado en algún producto hemostático (agua oxigenada).
2. Si el sangrado es persistente y continúa después de varios minutos de ejercer presión sobre la zona, buscar inmediatamente cuidado urgente.
3. Mantener la herida limpia. Lavar la zona de la herida con agua y jabón, quitando toda suciedad de los bordes de la herida. También se puede aplicar una solución antiséptica local. A continuación debe cubrirse la herida con un vendaje protector a menos que el corte sea en la cara, en cuyo caso se deja al aire con una simple capa de antiséptico²¹.

4.2.3 FRACTURAS

Son lesiones comunes que ocurren cuando las fuerzas que actúan sobre los huesos vencen su resistencia

Se deben a traumatismos por recibir golpes en cualquier parte del cuerpo

TIPOS DE FRACTURAS

El hueso fracturado consta de varios fragmentos el más próximo a la línea media o fragmento proximal. El más alejado de dicha media o fragmento distal.

FRACTURA COMPLETA.- Cuando ambos fragmentos se separan.

FRACTURA INCOMPLETA.- Cuando permanecen unidas.

LESIONES DE FRACTURAS

Transversal.- Cruza en ángulo recto el eje mayor del hueso

Oblicua.- Línea recta pero biselada, cuya dirección se sitúa entre la horizontal y la perpendicular.

Espiral.- En bisel y circular, redondo el eje mayor del hueso.

²¹ www.tuotromedico.com

FRACTURAS ESPIRAL.- Torsión de una extremidad mientras se produce la fractura,

FRACTURA SIMPLE O CERRADA.- Si la fractura no rompe la piel.

FRACTURAS ABIERTAS O COMPUESTAS.- Los que se acompañan de una herida a través de la cual el hueso protuye o apotuido.

FRACTURA COMPLICADA.- Si los fragmentos óseos lesionan otro órgano tejido.

FRACTURA CONMINUTA.- Cuando se desprenden del hueso pequeños fragmentos que se impactan en el tejido circundante

TIPOS DE FRACTURAS EN LOS NIÑOS

ACODAMIENTO.- Se produce cuando el hueso se dobla sin romperse.

FRACTURA EN RODETE.- Se debe a la compresión del hueso se angula más allá de los límites de un acodamiento

FRACTURA COMPLETA.- Separa los fragmentos óseos

Inmediatamente después de la fractura, los músculos se contraen, haciendo de férula fisiológica de la zona lesionada.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Tumefacción generalizada
- Dolor espontáneo a la palpación
- Menor uso funcional del miembro afectado.
- Contusión
- Rigidez muscular importante
- Crepitación

CONSOLIDACIÓN Y REMODELACIÓN ÓSEAS

El tiempo de consolidación aproximadamente para una fractura de fémur es de:

- Período Neonatal = 2-3 semanas
- Período infancia = 4 semanas
- Segunda infancia = 6 semanas

- Adolescencia = 8 – 10 semanas

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

- La exploración radiológica constituye la prueba diagnóstica para valorar los traumatismos esqueléticos.
- El depósito de calcio en los huesos lo vuelve totalmente radiopaco.
- Se toman frecuentemente radiografías durante el proceso de consolidación.

TRATAMIENTO

- Se reducen mediante la tracción simple e inmovilización hasta una consolidación.
- Los fragmentos óseos suelen realizarse e inmovilizarse mediante la tracción o manipulación cerrada y escayola hasta que forme un callo adecuado.
- Se trata con reducción cerrada o inmovilización con yeso, valorando el paciente a los 7 – 10 días.²²

4.2.4 CUERPOS EXTRAÑOS

La introducción de cuerpos extraños en el organismo es un accidente relativamente frecuente en cualquier entorno y puede tratarse de cualquier objeto del tamaño adecuado de un alimento o incluso de un ser vivo

La localización de los cuerpos extraños son los ojos los oídos, las fosas nasales, el tracto digestivo, por ingestión de los mismos y la vía respiratorias, por aspiración aunque pueden alojarse en otras regiones del organismo, como la vagina, el recto y la uretra.

VALORACIÓN DE LA VICTIMA: Realizar una exploración completa sobre todo en la cavidad oral, el cuello y el tórax para conocer la gravedad de la situación.

²² Whaley, Wong. Enfermería pediátrica. Cuarta edición.

En caso de obstrucción sea parcial puede constituir dolor en la localización variable, dificultad para la deglución, sensación de cuerpos extraños, disnea moderada, tos persistente, ruidos respiratorios anormales o expectoración abundante.

Es frecuente que pierda el conocimiento si no se resuelve la obstrucción. Y si persiste suele haber una parada respiratoria o cardiorrespiratoria.

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA: La aspiración de cuerpos extraños suelen sospechar sobre la base de la historia y de los signos físicos al principio en cuerpo extraño en las vías respiratorias produce asfixia, náuseas, dificultad respiratoria o tos, tras el periodo inicial suele haber, un intervalo de meses, días o incluso semanas sin síntomas. Los secundarios se relacionan con el área anatómica en que el objeto se ha alojado y suelen deberse a alguna infección respiratoria, esta implica siempre riesgo o lesión.

Los síntomas mas comunes observados en los niños que acuden para la atención medica son estridor, dificultad respiratoria, retracción esternal y tos cuando el objeto esta alojado en le laringe habrá incapacidad para haber o respirar si se halla en los bronquios produciendo tos menos entrada de aire en las vías respiratorias, dificultad respiratoria y disnea.

El examen radiológico revela los cuerpos extraños opacos pero su irritabilidad limitada en la localización de materia vegetal

TRATAMIENTO: Pocas veces se expulsa un objetó extraño de forma espontánea al toser , por lo pronto se debe retirar instrumentos por laringoscopia o broncoscopio directa que se realizan lo antes posible ya que el proceso inflamatorio local desencadena do por el material extraño dificulta su eliminación , puede aparecer en segundos una neumonía y además si se trata de material vegetal .²³

²³ www.saludalia.com

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

En el oído pueden introducirse o penetrar cuerpos extraños, entre los cuerpos extraños que se pueden introducir incluyen alimentos o materiales de limpieza que no han podido recuperarse, también pueden penetrar insectos voladores o cestos. Para extraer un cuerpo extraño hay que seguir estos pasos;

Hay 3 métodos: Irrigación, Aspiración, instrumentación.

La irrigación es la primera elección para la mayoría de los casos sin embargo cuando los cuerpos extraños son vegetales la irrigación no es el tratamiento adecuado, se realiza por medio de la aspiración. Es necesario la observación directa del conducto para evitar daño. La irrigación en caso de cuerpos extraños animales se hace con aceite mineral, vegetal o alcohol en el oído.

LIMPIEZA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO: La limpieza rutinaria es muy sencilla ya que el conducto externo se limpia solo, el cerumen lubrica el oído externo y ayuda a atrapar los materiales extraños. Si la cantidad de cerumen no es la adecuada el conducto auditivo se seca, se descama y produce prurito.

Métodos para mantener oído limpio:

- 1) Se coloca un paño húmedo sobre el oído y con la punta del dedo se limpia con cuidado la parte exterior del conducto auditivo.
- 2) Nunca se debe introducir en el oído nada que no se pueda ver desde el exterior (como clips, palo de cerillas, palillos de dientes) ya que puede perforarse el tímpano o arañar el conducto auditivo.
- 3) Si tiene antecedentes de infecciones de oído necesitará protección al ducharse, nadar o bucear, deben utilizar tapones o un gorro protector, para la ducha se coloca una torunda de algodón con vaselina.
- 4) Paciente con infecciones de vías respiratorias altas no deben sonarse la nariz con mucha fuerza, ni cerrar un orificio nasal mientras suena el otro.

5) Hay que acudir al médico si se sospecha o se observa cualquier formación, dolor, tinnitus durante la limpieza.

CERUMEN EN EL CONDUCTO AUDITIVO.

La cera del oído normalmente se acumulan en cantidades variables y color, en ocasiones puede producir otalgia (dolor de oído), vértigo y una sensación de llenura en el oído y disminución de la audición.

La acumulación de cerumen se da más en los geriátricos.

ELIMINACIÓN DEL CERUMEN: Se eliminan por irrigación - aspiración:

- 1) Si la persona tiene antecedentes de perforación timpánica, no se deben emplear irrigaciones, se usará una cúrcula roma o de alambre para extraer el cerumen, hay que inmovilizar la cabeza del paciente durante el procedimiento para prevenir perforaciones o lesiones. Si se utiliza la irrigación y se descubre una perforación timpánica se administra un antibiótico sistémico.
- 2) Hay que enseñar a los individuos propensos a la acumulación del cerumen la forma de extraerlo sin problema. Se instala en el oído unas cuantas gotas de peróxido de hidrógeno con un gotero al cabo de 5 minutos se enjuaga la solución con un gotero durante la ducha, eliminando así la cera, se repite una vez por semana.
- 3) Para ablandar el cerumen suelen usarse reblandadores de la cera o productos como el aceite para bebés, aceite mineral). El paciente se deberá colocar varias gotas de la solución en el oído al irse a la cama y colocarse un tapón de algodón para mantener la solución en su sitio, por la mañana se retira el tapón y se limpiará el oído externo, se drena el aceite.
- 4) Para eliminar el cerumen impactado, se utiliza una jeringuilla ótica, el agua debe estar a temperatura del cuerpo, se irriga el oído con poca presión hacia la pared del conducto. Se elimina la cera, se seca el oído con alcohol para prevenir maceración y otitis externa
- 5) El seguimiento es muy importante, hay que aconsejar a los pacientes que no utilice torundas de algodón para extraer la cera, ya que puede introducir aún más en el conducto e incrementar el riesgo de impactación.

BENEFICIARIOS

DIRECTOS:

- Los pacientes que acudirán a la clínica móvil a realizarse las cirugías menores a bajo costo

INDIRECTOS:

- Todas las comunidades que recibirán el servicio de la clínica móvil, porque esta llegara a los sitios de difícil acceso.
- Los autores del proyecto porque llevarán la satisfacción de haber aportado con la implementación del material quirúrgica y a la vez ayudado a las personas de recursos económicos bajos.
- Los estudiantes de la F.C.S. porque podrán intervenir indirectamente en el proyecto, ayudando a las personas de escasos recursos.
- La Facultad de Ciencias de la Salud porque sentirán el deber cumplido de ayudar a las personas a mejorar sus condiciones de vida sin fines de lucro.

METODOLOGÍA

El proyecto comunitario permitió implementar los instrumentos y lencería básica en la Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud, en base a las propuestas que se realizaron; involucrando al grupo investigador, médicos, enfermeras, estudiantes, autoridades y comunidad.

Se partió del diagnóstico situacional tanto físico, estructural y funcional de la unidad, utilizando la observación, la encuesta no estructurada para realizar la caracterización general de los usuarios.

Además se realizó con la metodología del Marco Lógico cada una de las fases como a continuación se detalla:

- Matriz de Involucrados
- Árbol de Problemas
- Árbol de Objetivos
- Árbol de Alternativas
- Matriz del Marco lógico

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS MANDATOS	INTERÉS EN EL PROYECTO	CONFLICTO POTENCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	Brindar atención a la comunidad Trabajo organizado del equipo de salud	Limitada cobertura sobre todo en lugares distantes. Insalubridad.	Unidad Móvil Recursos humanos Material de curaciones Equipo e instrumental	Mejorar las condiciones de vida de las comunidades Fomento de medidas preventivas	Paros Poca accesibilidad Presupuesto limitado
ESTUDIANTES DE LAS DIFERENTES CARRERAS DE LA FCS	Lograr una buena experiencia de aprendizaje y vinculación con la comunidad Aplicación de conocimientos	Pocas experiencias de vinculación en la comunidad.	Participación activa en la ejecución del proyecto	Insertación como integrantes de las acciones de salud a realizar y que estos sean de calidad	Atención de mala calidad Ausentismo Paro
COMUNIDAD	Proporcionarles una atención de calidad y calidez	Morbilidad y problemas de salud resueltos. Desmotivación por limitaciones y engaños permanentes.	Recursos humanos de la FCS y comunidad	Lograr un aprendizaje sobre aplicación de medidas para conocer la salud	Ausencia de liderazgo para convocatoria
EGRESADOS DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA	Aplicar conocimientos desarrollar actividades de atención y reforzar conocimientos	Poca participación en las acciones de salud.	Recursos humanos de la FCS y comunidad	Insertación como integrantes de las acciones de salud a realizar y que estos sean de calidad	Ausentismo Mala calidad de atención Paros

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:

- UTM- Facultad de Ciencias de la Salud
- Instituciones no gubernamentales

MATERIALES:

De la Implementación:

- Instrumentos quirúrgicos.
- Charoles
- Semiluna
- Virkon
- Povidine
- Lencería quirúrgica:
- Envolturas
- Medias sabanas
- Campos
- Funda mayo
- Pierneras
- Batas
- Compresas
- Toalla

- Sabanitas de niño
- Paquetes para cirugía menor
- Paquete abdominal
- Paquete de parto

Otros:

- Fotos
- Cuadernos
- Hojas
- Lápices, bolígrafos, marcadores
- Carpetas
- Infocus
- Cámara Fotográfica

RECURSOS FINANCIEROS

El costo del presente proyecto es de \$ **2.633,50**

Financiado de la siguiente manera:

- Autores del Proyecto: 1.803,50
- Autogestión: 830,00

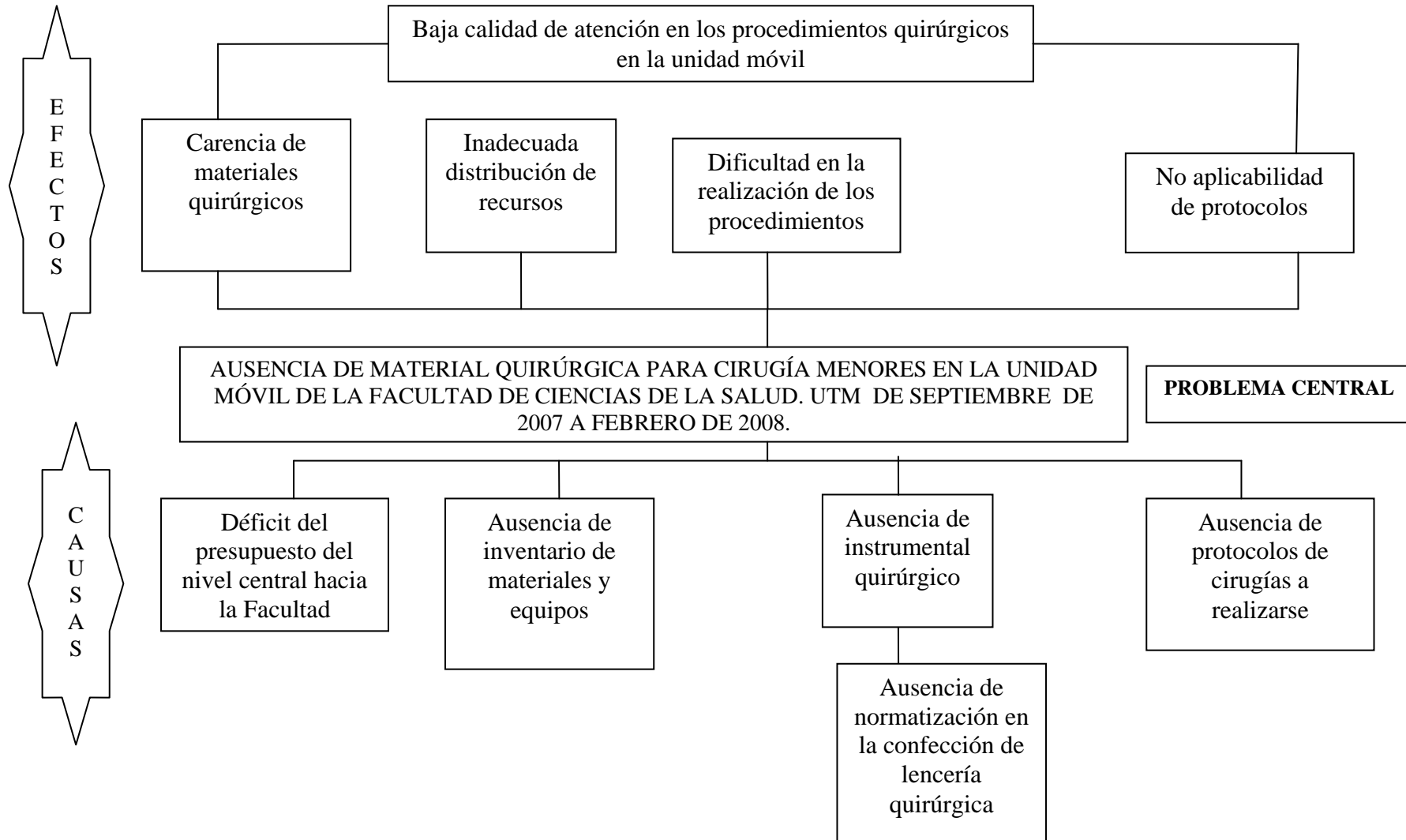
MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p style="text-align: center;">FIN</p> <p>Calidad de atención en los procedimientos quirúrgicos en la Unidad Móvil</p>	<p>El 85% de los pacientes que acudan a la Unidad Móvil tendrán atención quirúrgica ambulatoria a bajos costos para finales del año 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observación ➤ Parte diario ➤ Registros de cirugías 	<p>Se logrará aumentar el número de cirugías menores a las personas de bajos recursos económicos.</p>
<p style="text-align: center;">PROPÓSITO</p> <p>IMPLEMENTAR CON MATERIAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS MENORES EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SEPTIEMBRE DE 2007 A FEBRERO DE 2008.</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 menores 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observación ➤ Fotografías 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médicos cirujanos tendrán un mejor desenvolvimiento
<p style="text-align: center;">PRODUCTO</p> <p>1.- Presupuesto de la Facultad aumentado por gestión de nivel central y autogestión 2.- Normatizar el uso de instrumentos, equipos y elaboración de lencería quirúrgicos. 3.- Realizar el inventario de materiales y equipos 3.- Elaborar protocolos de cirugías a realizarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para el año 2008 el presupuesto de la FCS, estará considerada para poder brindar atención a los usuarios mediante la practica de cirugías menores con el material quirúrgico elaborado 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 un mejor desenvolvimiento con la implementación del material quirúrgica. ➤ Presupuesto elevado en la FCS.

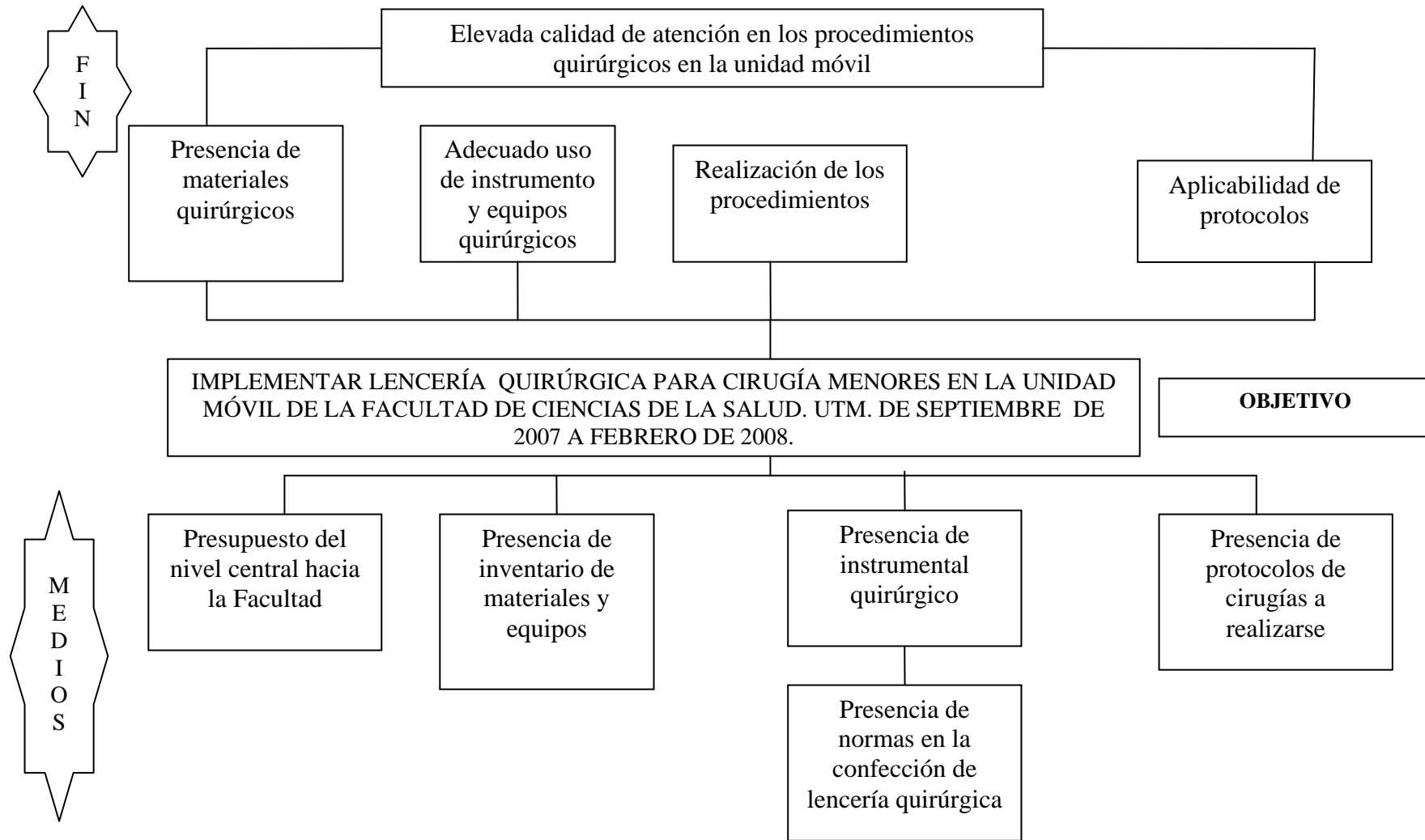
ACTIVIDADES	COSTOS USD		
<p>1.- Presupuesto de la Facultad aumentado por gestión de nivel central y autogestión</p> <p>1.1. Las autoridades de la FCS tengan reuniones permanentes con las autoridades</p> <p>1.2. Realizar autogestión con la clase estudiantil</p> <p>1.3. Realizar autogestión con la comunidad mediante las consultas a menor precio</p> <p>1.4. Difusión del trabajo que se realiza en la FCS, a través del departamento de Vinculación de la UTM</p> <p>1.5. Buscar apoyo a otras instituciones para brindar atención a la clase más desprotegida</p> <p>2.- Elaboración de normas de confección de lencerías quirúrgicas.</p> <p>2.1 Confeccionar la lencería quirúrgica para la unidad móvil.</p> <p>2.2 Realizar las normas de confección de lencería para cirugía menor.</p> <p>2.3. Con el personal de la unidad móvil, realizar el listado de las cirugías a realizarse</p>	<p>\$ 2.633,50</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copia de Inventario ➤ Facturas ➤ Fotos ➤ Video ➤ Copia de Certificado de entrega de materiales 	<p>Buena Acogida de las personas que se benefician de la Clínica Móvil</p>

<p>2.4. Documento de normas realizado</p> <p>3.-Realizar el inventario de materiales y equipos</p> <p>3.1. Codificar la lencería quirúrgica requerida.</p> <p>3.2. Codificar los equipos de la unidad móvil</p> <p>3.3. Codificar el instrumental a utilizarse</p> <p>3.4. Codificar los equipos e inmuebles.</p> <p>3.5. Realizar el listado y respaldo en CD.</p> <p>4.- Elaborar protocolos de cirugías a realizarse</p> <p>1.3 Elaborar un documento en el cual se certifique la lencería quirúrgica que se va a entregar.</p>			
--	--	--	--

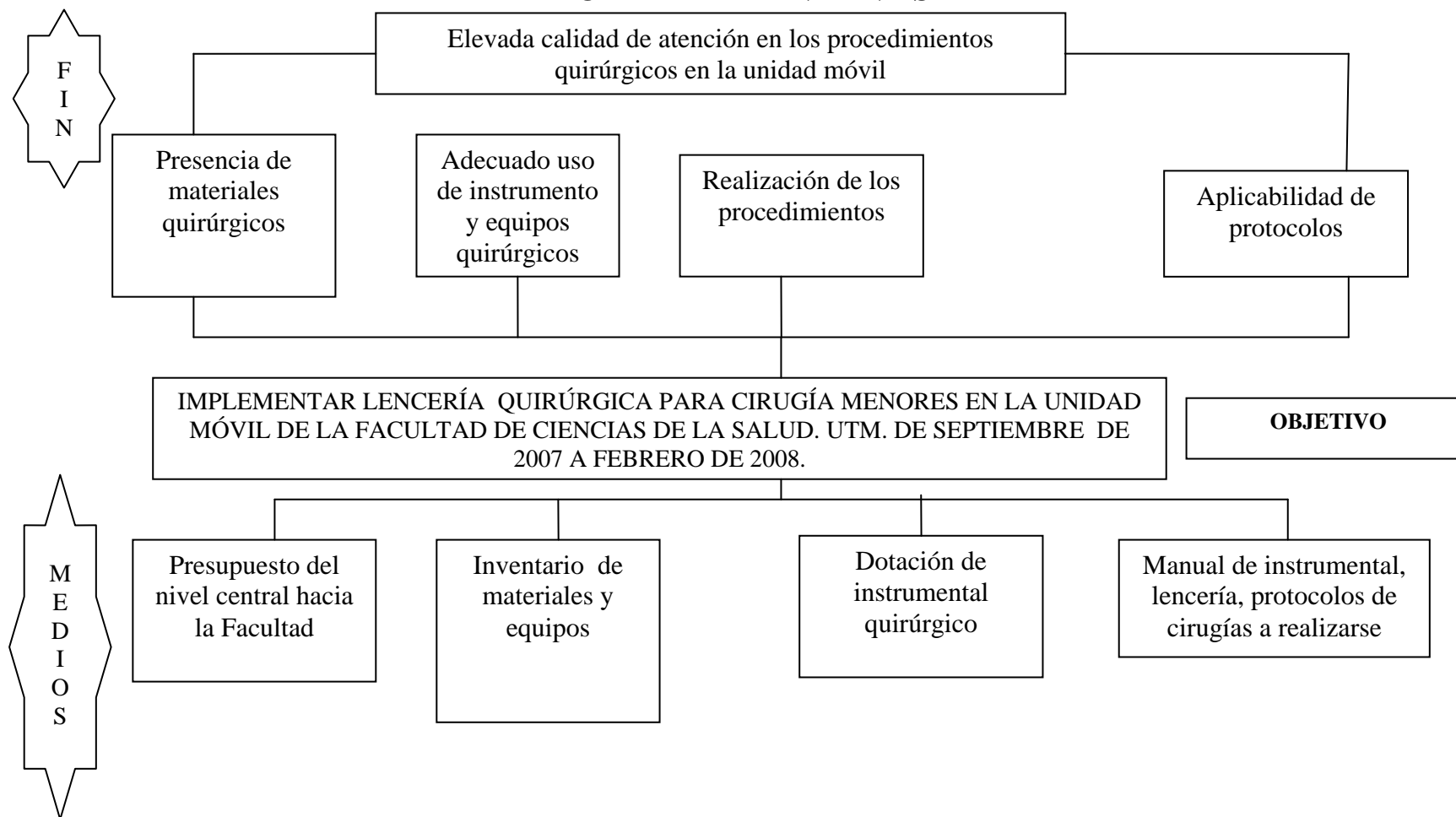
ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



ÁRBOL DE ALTERNATIVAS



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

INFORME

El presente estudio se inició con la realización del diagnóstico realizando recolección de datos en las diferentes carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTM, 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 ausencia de instrumental y lencería quirúrgica básica, ausencia de normas de instrumental y lencería quirúrgica básica para cirugía menor.

Al ver el problema que presentaba la Facultad de Ciencias de la Salud, se entregó lencería básica como 2 paquetes abdominales, 1 paquete de parto y otro paquete que contenía compresas, envolturas, toallas, campos quirúrgicos, etc., para formar otros paquetes de cirugía menor. Para lo cual se realizó autogestión en la confección de la lencería y parte del material quirúrgico.

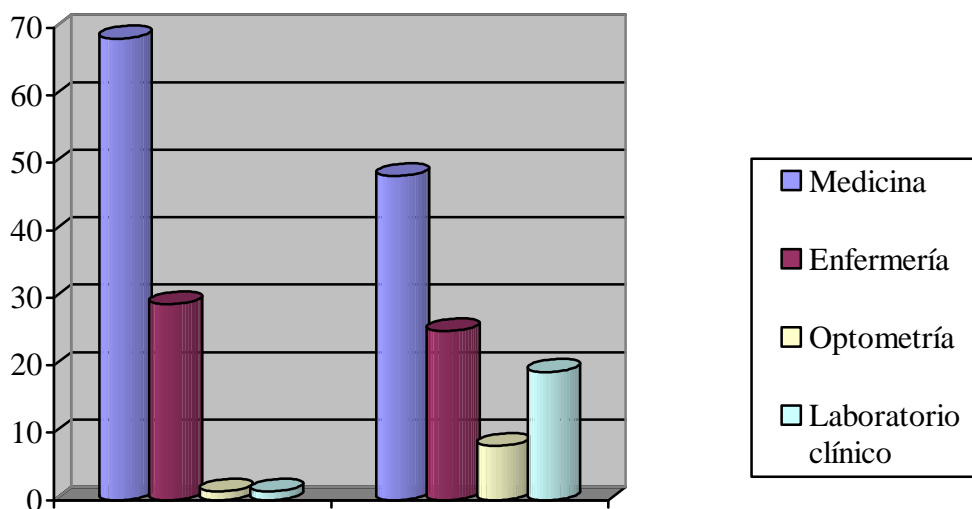
Se trabajó en conjunto con las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, ya que contaban con el instrumental quirúrgico.

Se realizó un manual de normas de elaboración, preparación, lavado de equipos y lencería quirúrgicas, protocolos de las cirugías a realizarse.

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.

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS DOCENTES POR CARRERAS DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
NOVIEMBRE DEL 2007

DOCENTES	NOMBRAMIENTO		CONTRATADOS	
	N°	%	N°	%
Medicina	52	69	35	48
Enfermería	22	29	18	25
Optometría	1	1	6	8
Laboratorio clínico	1	1	14	19
Total	76	100	73	100



FUENTE: Encuestas realizadas de la FCS.

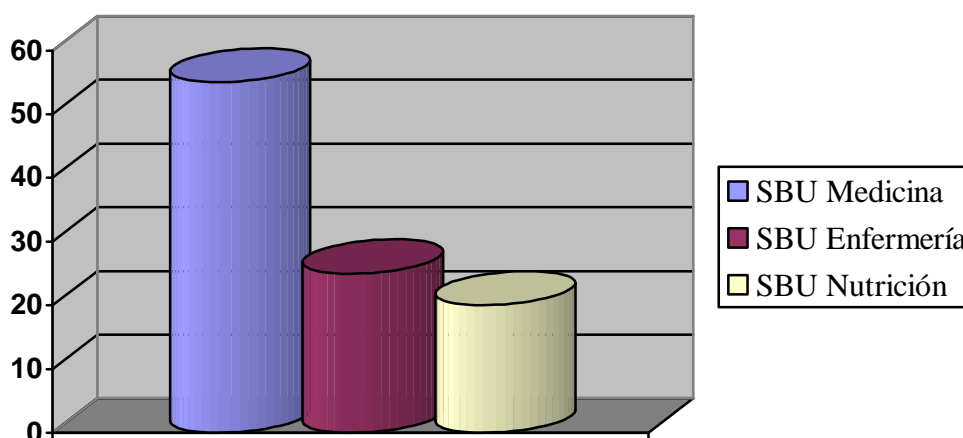
ELABORADO POR: Estela Calderón

Jorge Dueñas

INTERPRETACIÓN: Como podemos observar en el gráfico que en la carrera de medicina existe un mayor número de docentes con nombramiento, que representa el 69% y contratados también el mayor porcentaje es en la carrera de medicina.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES POR CARRERAS DEL
SBU PRESENCIAL. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
NOVIEMBRE DEL 2007

ESTUDIANTES	N°	%
SBU Medicina	70	55
SBU Enfermería	32	25
SBU Nutrición	26	20
Total	128	100



FUENTE: Encuestas realizadas de la FCS.

ELABORADO POR: Estela Calderón

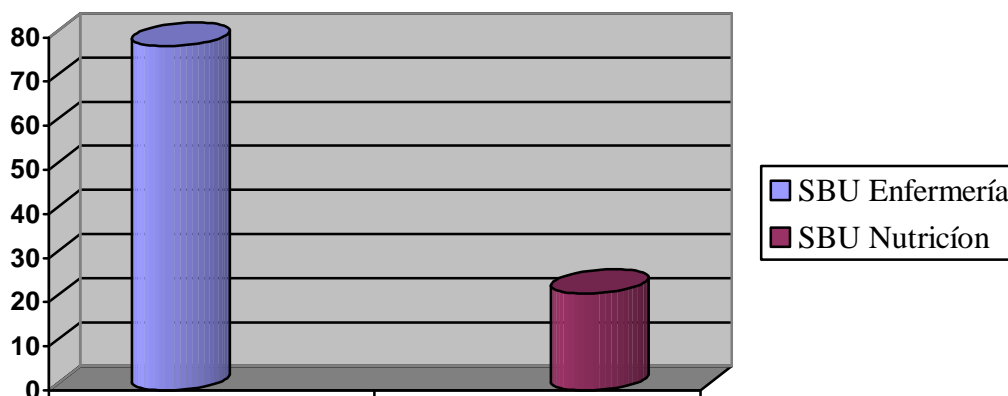
Jorge Dueñas

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar en el gráfico que en el SBU presencial de la carrera de medicina existe un mayor porcentaje de estudiantes que representa el 55%.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES POR CARRERAS DEL
SBU SEMIPRESENCIAL. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD. NOVIEMBRE DEL 2007

ESTUDIANTES	N°	%
SBU Enfermería	72	78
SBU Nutrición	20	22
Total	92	100



FUENTE: Encuestas realizadas de la FCS.

ELABORADO POR: Estela Calderón

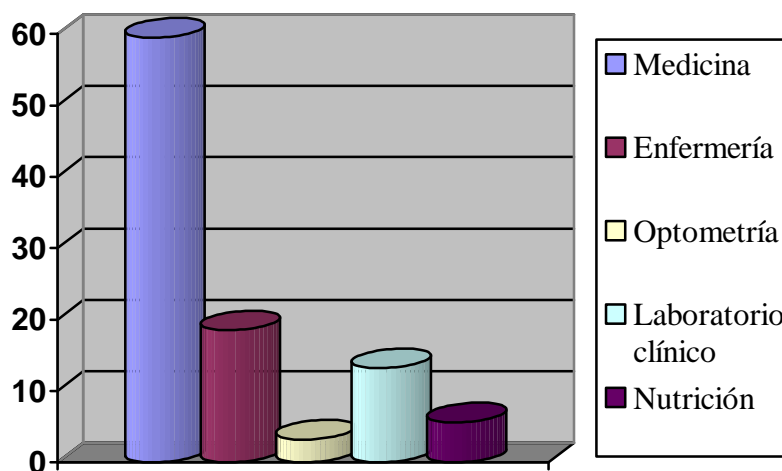
Jorge Dueñas

INTERPRETACIÓN:

Los estudiantes del SBU semipresencial, en la carrera de enfermería ocupan el primer lugar con el 78%.

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES POR CARRERAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
NOVIEMBRE DEL 2007

ESTUDIANTES	N°	%
Medicina	1147	60
Enfermería	358	19
Optometría	60	3
Laboratorio clínico	254	13
Nutrición	108	5
Total	1927	100



FUENTE: Encuestas realizadas de la FCS.

ELABORADO POR: Estela Calderón

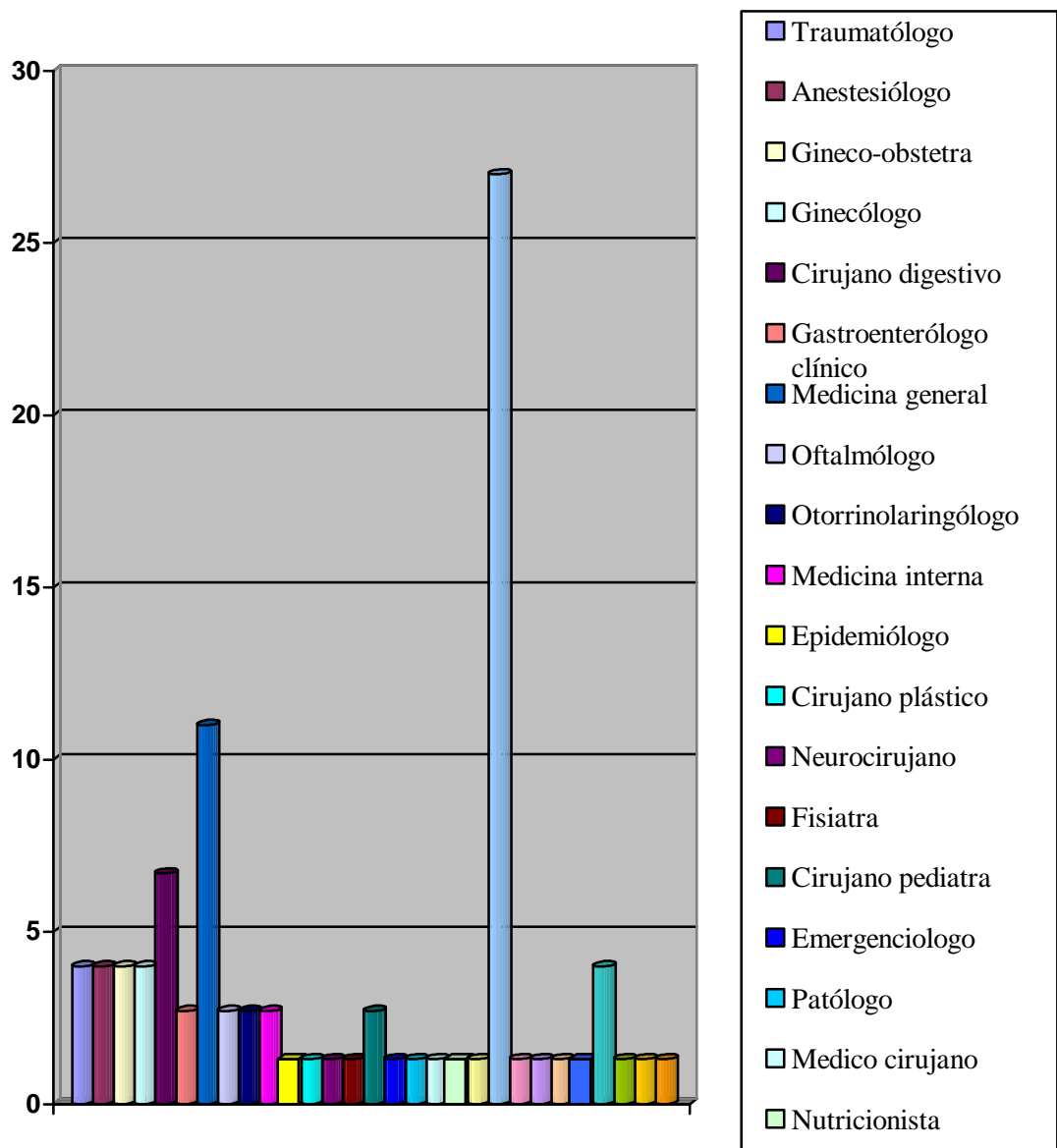
Jorge Dueñas

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar en el gráfico de los estudiantes por carreras el primer lugar lo ocupa medicina con el 60%

TABLA N° 5**DISTRIBUCIÓN DE LOS DOCENTES POR ESPECIALIDAD MÉDICA CON NOMBRAMIENTO. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. NOVIEMBRE DEL 2007.**

DOCENTES	N°	%
Traumatólogo	3	4
Anestesiólogo	3	4
Gineco-obstetra	3	4
Ginecólogo	3	4
Cirujano digestivo	5	6,7
Gastroenterólogo clínico	2	2,7
Medicina general	8	11
Oftalmólogo	2	2,7
Otorrinolaringólogo	2	2,7
Medicina interna	2	2,7
Epidemiólogo	1	1,3
Cirujano plástico	1	1,3
Neurocirujano	1	1,3
Fisiatra	1	1,3
Cirujano pediatra	2	2,7
Emergenciólogo	1	1,3
Patólogo	1	1,3
Medico cirujano	1	1,3
Nutricionista	1	1,3
Psiquiatra	1	1,3
Lic. Enfermería	20	27
Dermatólogo	1	1,3
Oncólogo	1	1,3
Nefrólogo	1	1,3
Pediatra Neonatólogo	1	1,3
Pediatra	3	4
Reumatólogo	1	1,3
Cardiólogo	1	1,3
Psicólogo	1	1,3
Total	74	100



FUENTE: Encuestas realizadas de la FCS.

ELABORADO POR: Estela Calderón

Jorge Dueñas

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar en el gráfico de docentes por especialidad médica con nombramiento de todas las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud existe un mayor porcentaje de Licenciados de Enfermería con el 27%, seguida de medicina general con el 11%, cirujano digestivo con el 6,7%.

CONCLUSIONES

De acuerdo al trabajo realizado se llegó a las siguientes conclusiones:

- Que en la carrera de Medicina existe un mayor número de docentes debido a la mayor demanda de estudiantes a esa carrera.
- Que la mayor distribución de los estudiantes por carrera de la Facultad de Ciencias de la Salud se encuentra en Medicina debido está obtiene mayor demanda en relación a las carreras de Enfermería, Optometría, Laboratorio Clínico y Nutrición.
- Existe en el SBU presencial un mayor número de estudiantes con preferencia a la carrera de Medicina, sin embargo en el SBU semipresencial existe una mayor demanda hacia la carrera de Enfermería.
- Existe un mayor número de docentes en la carrera de Medicina con nombramiento en relación a los docentes contratados que corresponden a la minoría
- Existe un mayor número de Licenciados de Enfermería, seguida de Médico general y cirujano digestivo lo que ayudará para la realización de las cirugías del día.
- Hay docentes que prestan sus servicios en diferentes Carreras de la Facultad.
- Se determinó los requerimientos de material quirúrgico necesario para la Unidad.
- Se estableció las cirugías a realizar en la Unidad Móvil

- Se dejó elaborado protocolos para el uso de material y lencería quirúrgica en la Unidad Móvil
- Se realizó autogestión para la dotación de materiales y confección de la lencería a diferentes modistas de Portoviejo.
- Se realizó un manual de normas sobre elaboración, preparación y lavado de equipos y lencería quirúrgicos, para la unidad.
- La Unidad Móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud cuenta con material quirúrgico necesario para la atención del usuario que llega a recibir atención ambulatoria.
- La lencería quirúrgica llenó las expectativas para la que fueron confeccionadas.
- Las autoridades de la Universidad se interesan en la ejecución del proyecto prestando su colaboración para su pronto desarrollo.

RECOMENDACIONES

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

- Que los docentes contratados y con nombramientos colaboren con las cirugías que se realizan en el día.
- Que las cirugías tengan un menor costo, para que los usuarios puedan acceder a estas.
- Que las autoridades de la Universidad sigan apoyando este proyecto, brindándole todas las facilidades tanto económicas, técnicas para que su funcionalidad sea permanente.
- Que los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud realicen pasantías en la Unidad Móvil, para que así aumenten sus conocimientos.

SUSTENTABILIDAD

Este estudio se sustenta por el gran beneficio que recibió la Facultad de Ciencias de la Salud, al ver resueltos parte de los problemas que presentaba la unidad móvil.

Al encontrarse con la ausencia de instrumental y lencería quirúrgica, nosotros egresados de la Universidad Técnica de Manabí, decidimos implementar instrumental y lencería quirúrgica básica, para la realización de cirugías menor, y así beneficiar a personas que muchas veces no cuentan con recursos necesarios para realizarse una cirugía.

La ausencia de material quirúrgico que impedía la realización de los diferentes tipos de cirugías fue resuelta con la donación de lencería e instrumentos quirúrgicos.

Además se realiza un manual de normas de elaboración, preparación, lavado de equipos y lencería quirúrgicas, protocolos de las cirugías a realizarse.

SOSTENIBILIDAD

El presente trabajo seguirá aportando beneficios a la comunidad con la ayuda de los profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud, los cuales continuarán con las cirugías del día que promocióne la unidad móvil.

Se entregó a unidad móvil, material y lencería quirúrgica básica que servirá para la realización de las diferentes tipos de cirugías menor.

Se deja un manual de normas de elaboración, preparación, lavado de equipos y lencería quirúrgicas, protocolos de las cirugías a realizarse, el cual servirá como guía para el personal que labora en dicha unidad.

Los profesionales de la salud en conjunto con los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, realizarán las cirugías del día, que serán programadas con las autoridades.

PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	COSTO
IMPLEMENTACIÓN		
Lencería:		779.10 USD
Toallas	11	
Compresas	24	
Funda mayo	2	
Batas	6	
Campo de ojo	7	
piernas	3 pares	
Campo quirúrgico	3	
Campo de anestesia	3	
campitos	10	
Envoltura doble grande	3	
Media sabanas	3	
Envolturas simples	6	
Envolturas doble mediana	5	
Envolturas doble pequeñas	6	

EQUIPOS Y MATERIALES QUIRÚRGICOS		
Semiluna	2	15USD
Charoles	2	35UDS
INSUMOS		
Povidine (galón)	1	15.00 USD
Virkon (sobres)	3	6.00 USD

OTROS		
Internet	40	65 USD
Tinta para estampar	1	10.00 USD
Tijera	1	1 USD
Agua		5.00 USD
VARIOS		
Anillados	4	6.00USD
Carpetas	5	2.50USD
Empastado	6	36USD
Especies	10	15 USD
Impresión y copias		636 USD
Infocus		10 USD
Pago de aranceles		800 USD
Refrigerios		54,40USD
Sobres manila	10	1 USD
Transporte		156.50 USD
TOTAL		\$ 2.633,50

SON: DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES CON 50/100 DÓLARES

EJECUCIÓN DEL PROYECTO

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
FASE I 1.- Inserción en la zona de acción. 1.2 Realizar el primer contacto con los involucrados 1.3 Recopilar Información	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de notas • Cámara Fotográfica 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades 	3 -09-2007	14- 09-2007	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de la Facultad • Entrevista • Fotos 			X	
FASE II 2.- Diagnóstico de la zona de trabajo. 2.1 Elaborar el diagnóstico de la Facultad de ciencias de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Libro diario • Cámara Fotográfica • Registros de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades 	17-09-2007	26-09- 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Diagnóstico • Libro de registro. 			X	

<p>FASE III</p> <p>3.- Planificación del Proyecto.</p> <p>3.1 Realizar Reunión de Trabajo con los encargados de la unidad móvil.</p> <p>3.2 Elaborar el Marco Lógico.</p> <p>3.3 Elaborar el Proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bolígrafos • Hojas • Computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades encargadas de la unidad móvil 	27-09-2007	03-10-2007	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Proyecto 				X
<p>FASE IV</p> <p>4.- Presentación y Aprobación del Proyecto</p> <p>4.1 Presentación de Oficio a las autoridades de la Facultad.</p> <p>4.2 Reuniones con el director de tesis.</p> <p>4.2. 1 Reuniones con el tribunal de tesis.</p>	<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
<p>FASE V</p> <p>5.- Gestiones ante Instituciones</p> <p>5.1 Autogestión con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliarios • Cámara Fotográfica • Hojas • Bolígrafos • Computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Representantes de instituciones 	8- 11- 2007	28-12- 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Convenios 			X	
<p>FASE VI</p> <p>6.- Adquisición y Entrega de lencería quirúrgica.</p> <p>6.1 Realizar inventario de los materiales de lencería quirúrgica requeridos.</p> <p>6.2 Adquirir la lencería quirúrgica.</p> <p>6.3Elaborar normas para el uso de lencería quirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Bolígrafos • Computadora • Cámara Fotográfica • Filmadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Estudiantes de segundo semestre de medicina. • Autoridades 	7-01-2008	31-03-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de Inventario • Facturas • Fotos • Video • Copia de Certificado de 				X

6.3 Elaborar un documento en el cual se certifique la lencería quirúrgica que se van a entregar. 6.4 Entregar la lencería quirúrgica a la unidad móvil		de la Facultad • Director de Tesis			entrega de materiales				
FASE VII 7.- Clausura del Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Filmadora • Cámara Fotográfica 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades de la Facultad • Director de tesis 	2-04-2008	15-04-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Videos 				X
FASE VIII 8.-Elaboración de Tesis.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Bolígrafos • Computadora • Cámara Fotográfica • Datos obtenidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Director de tesis • Tribunal 	16-04-2008	05-05-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Tesis 			X	
FASE IX 9.- Sustentación de Tesis.	<ul style="list-style-type: none"> • Tesis • Pago de aranceles 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Director de tesis • Tribunal • Autoridades 	20 – 05-2008	30-05-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de Tesis 				X

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																												COSTOS								
	SEPTIEM				OCTUBRE				NOVIEM				DICIEMB				ENERO				FEBRERO.				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	1	2	3	4
FASE I 1.- Inserción en la zona de acción.																																					15.00
FASE II 2.- Diagnóstico de la zona de trabajo.																																					18.30
FASE III 3.- Planificación del Proyecto.																																					15.00
FASE IV 4.- Presentación y Aprobación del Proyecto																																					27.50
Reuniones con director y tribunal de tesis.																																					
FASE V 5.- Gestiones ante Instituciones y la Comunidad.																																	9.00				
FASE VI 6.-Adquisición y Entrega de lencería quirúrgica.																																	930.20				

	SEPTIEMB				OCTUBRE				NOVIEMB				DICIEMB				ENERO				FEBRERO				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	1	2	3	4					
FASE VII 7.- Clausura del Proyecto																																									23,50
FASE VIII 8.- Elaboración de Tesis.																																									550,00
FASE IX 9.- Sustentación de Tesis. Pago de aranceles																																									1045,00
TOTAL																															2633.50										

BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez, A, Frías, J.C., García, S., Jiménez de Anta, M.T., Pagés, M., Ramentol, J., Fernández-Sabaté, A., Teixidó, A., Vaqué, J. Recomendaciones para la Prevención de las Infecciones Quirúrgicas. Colección recomendaciones para la prevención de la infección. Barcelona 2002.
- 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>
- CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EE. UU.) <http://www.cdc.gov/cdc.htm>
- IFIC: Federación Internacional de Control de Infecciones <http://www.ific.narod.ru/>
- NNIS: Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales (EE. UU.) <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/nnis/@nnis.htm>
- SFHH: Sociedad Francesa de Higiene Hospitalaria (Francia). <http://www.sfhh.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

ANEXOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UTM.



ENTREVISTA CON AUTORIDADES DE LA UTM



RECOLECCIÓN DE DATOS EN LAS DIFERENTES CARRERAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UTM.





VISITA A LA UNIDAD MÓVIL







ENTRADA TRASERA



SALA DE ESPERA



CABLE PARA TELEVISOR



ÁREA DEL BAÑO



ÁREA DE LABORATORIO



ÁREA DE QUIRÓFANO



VESTIDOR



CAMILLA QUIRÚRGICA



LÁMPARA



ENTREVISTAS EN LA UNIDAD MÓVIL



COMPRA DE TELA PARA LENCERÍA



CONFECCIÓN DE LA LENCERÍA



AUTOGESTIÓN DE MATERIALES





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**MANUAL DE NORMAS DE ELABORACIÓN,
PREPARACIÓN, LAVADO DE EQUIPOS Y LENCERÍA
QUIRÚRGICAS EN PROCEDIMIENTOS
QUIRÚRGICOS DEL DÍA.**

AUTORES:

CALDERÓN DELGADO ESTELA
DUEÑAS CEDEÑO JORGE

DIRECTORA:

MG. Igp. AUDELYTH JARAMILLO

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2008

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS	
Clasificación de los instrumentos quirúrgicos	7
Almacenamiento del instrumental	10
Manejo y empleo de los instrumentos	11
Lavado del instrumental	12
MATERIALES DE SUTURA	
Suturas absorbibles	13
Suturas no absorbibles	14
NORMAS DE LENCERÍA	
Lencería quirúrgica	16
Elaboración, manejo del material estéril, precauciones, tiempo límite	16
Limpieza	18
Esterilización	19
SOLUCIONES DESCONTAMINANTES	
Desinfectantes	
Hipoclorito de sodio	20
Virkon	21
Cidex	22
Antisépticos	23
Povidine	23
Alcohol	24
Hibicet – sablon	25
Normas para el uso de antisépticos	26

PROTOCOLOS DE PAQUETES DE ROPA PARA LAS DIFERENTES CIRUGÍAS

Campo abdominal	27
Campo para ojo pequeño	27
Campo para ojo mediano	27
Media sabana quirúrgica.	28
Campo quirúrgico.	28
Funda mayo	28
Campo para arco de anestesia.	28
Sabanitas abdominales	29
Envoltura doble grande	29
Toalla	29

PROTOCOLOS DE LENCERÍA

Paquete para cirugía menor.	30
Paquete de cara	30
Paquete para oftalmología	30
Paquete para ojos (cataratas)	31
Paquete para pterigium	31
Paquete de ropa de parto	31

PROTOCOLOS DE INSTRUMENTAL SEGÚN EQUIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Equipo de legrado	32
Equipo de parto	32
Equipo de ligar ombligo	32
Equipo de sutura	33
Equipo de curación	33
Equipo de retirar puntos	33
Equipo de lavado de oído	33

Equipo de venodisección	33
Equipo de extracción de uñas	34
Equipo de extracción de cuerpo extraño en nariz	34
Equipo de irrigación vesical	34
PROTOCOLOS DE MATERIALES E INSUMO POR CIRUGÍAS	
Excresis	35
Pterigium	36
Oferectomía	37
Pomeroy	38
Hernia inguinal	39
Fimosis	40
EQUIPOS EXISTENTE EN LA FACULTAD	42
BIBLIOGRAFÍA	46

INTRODUCCIÓN

A pesar de los modernos adelantos logrados por la cirugía actual, las complicaciones como la hemorragia e infección aún constituyen problemas tan temidos por los cirujanos, sumado a que cada día debemos intervenir a más pacientes con edad avanzada y que sufren enfermedades asociadas como diabetes mellitus, insuficiencia renal, cardiopatías, traumas severos, SIDA, desnutrición, etc.

Para evitar estas terribles complicaciones, a más de realizar una evaluación prequirúrgica exhaustiva, indicar un procedimiento acorde a cada patología, el cirujano deberá realizar un acto quirúrgico con una técnica aséptica, bioseguridad y la lencería correspondiente para brindar atención de calidad.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar las normas de elaboración, preparación, lavado de equipos y lencería quirúrgica en procedimientos quirúrgicos.

ESPECÍFICOS

1. Normatizar el lavado de equipos y lencería quirúrgica
2. Identificar los principales procedimientos quirúrgicos
3. Determinar la elaboración de la lencería quirúrgica

MANUAL DE NORMAS DE ELABORACIÓN, PREPARACIÓN, LAVADO DE EQUIPOS Y LENCERÍA QUIRÚRGICAS EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS

Son piezas quirúrgicas diseñados para realizar una función específica, solo se lo utilizará para el propósito para el cual fueron diseñados

PRECAUCIÓN:

Se deberán tener las siguientes precauciones

- Inspeccionar los instrumentos después de su limpieza.
- Se utilizará la mínima potencia adecuada para los instrumentos electrónicos.
- No se utilizará un instrumento o cable si su material aislante no está completamente intacto.
- Antes de usar los instrumentos quirúrgicos se debe limpiar, lubricarse y esterilizarlos.

CLASIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se deberán utilizar se los clasifica:

Corte y disección. Se utilizarán para cortar, separar o extirpar tejidos.

- **Bisturís.-** Se deberá utilizar con más frecuencia un mango reutilizable con una hoja desechable; los mangos serán de cobre y las hojas de carbón acerado. Para fijar y retirar la hoja se lo realizará con un instrumento y no los dedos; el instrumento a utilizar es un porta agujas, no debe tocar el borde de corte.

Los tipos de hojas que se utilizarán serán:

1. La hoja N° 10: que se utilizará con más frecuencia; tiene un borde redondeado con un corte a lo largo de un lado; y se utilizará con los mangos N° 3,7 y 9. Las hojas N° 20, 21 y 23 tienen la misma forma pero son más grandes y se utilizarán con el mango N° 4.
 2. La hoja N° 11 tiene un borde recto que termina en una punta filosa; se utilizará con los mangos N° 3,7 y 9.
 3. La hoja N° 12 tiene forma de gancho con el borde de corte dentro de la curvatura; se utilizará con los mangos N° 3,7 y 9.
 4. La hoja N° 15 tiene un borde de corte curvo más pequeño y más corto que la hoja N° 10; también se utilizará con los mangos N° 3,7 y 9.
 5. La hoja N° 23 tiene un borde de corte curvo que termina en más punta que las hojas N° 20, 21 y 22; se utilizará con un mango N° 4.
- **Tijeras.-** Las hojas de las tijeras serán rectas, en ángulo o curvas y con las puntas romas o puntiagudas.
- Las tijeras se utilizará solo para su propósito para mantener el filo de los bordes de corte y la alineación adecuada de las hojas.
2. **Las tijeras de tejido** serán de hojas filosas; el tipo y localización del tejido a cortar determinará las tijeras que usará el cirujano; se necesitarán tijeras más grandes para cortar tejidos duros y no para cortar estructuras.
 3. **Las tijeras de sutura** serán de puntas romas para no cortar las estructuras cercanas a la sutura que se corta.
 4. **Las tijeras de alambre** tienen hojas cortas y grandes; se utilizan en lugar de tijeras de sutura para cortar suturas de acero inoxidable.
 5. **Las tijeras de apósitos** se utilizarán para cortar drenes y apósitos y para abrir artículos como paquetes de plástico.

Toma y sostén.- Los tejidos deben tomarse y sostenerse en posición de tal forma que el cirujano pueda realizar la maniobra que desea; como disecar o suturar sin dañar los tejidos de alrededor.

- **Pinzas de tejido.-** Las pinzas se deberán utilizarse a menudo en pares, para recoger o sostener tejidos suaves y vasos.
- **Pinzas dentadas.-** Estas pinzas se utilizará por tener un solo diente en un lado que encaja en los dos dientes del lado contrario o una línea de muchos dientes en la punta.
- **Pinzas de Allis.-** Se la utilizará para sostener el tejido en forma suave pero segura.
- **Pinzas de Babcock.-** Se la utilizará para encajar alrededor de la estructura o para asir el tejido sin dañar. Esta sección redondeada es fenestrada.
- **Tentáculo.-** Las puntas curvas o en ángulo sobre el final de las ramas penetran el tejido para asirlo en forma firme, como un tentáculo uterino que se utiliza para manipular el útero.
- **Pinzado y oclusión.-** Los instrumentos que pinzan y ocluyen se utilizará para aplicar presión.
- **Pinzas hemostáticas.-** Casi todas las pinzas para ocluir vasos sanguíneos tienen dos partes prensiles en las ramas con estrías opuestas, que se estabilizan por un engranaje oculto y se controlan por los anillos; cuando se cierran, los mangos se mantienen cerrados sobre dientes de cierre.
- **Pinzas de compresión.-** Se utilizarán para comprimir o pinzar vasos sanguíneos.

Instrumentos de inspección.- Se utilizarán para inspeccionar cavidades sean estas pequeñas o profundas.

- **Especulo.-** Se la utilizará para girar, agrandar y mantener abierto un conducto como la vagina o una cavidad como la nariz; un especulo de oído es como un embudo.

ALMACENAMIENTO DEL INSTRUMENTAL

Deberá ser un ambiente **libre del polvo**, con **superficies lisas**.



Estantes cerrados para material de baja rotación.

Todo almacenamiento de los objetos esteriles deberá efectuarse al menos 20 a 25 cm. arriba del piso y de 40 a 50 cm. por debajo del techo y guardando de 15 a 20 cm. del lado externo de la pared.



Estantes abiertos para material de alta rotación.

MANEJO Y EMPLEO DE LOS INSTRUMENTOS

- Los instrumentos deberán ser manipulados y empleados por personal totalmente familiarizado con su uso, armado y desarmado.
- Antes de utilizar un instrumento deberá descontaminarse, lubricarse y esterilizarse.
- El instrumento deberá manipularse con cuidado.
- Antes de cada uso, deberá inspeccionarse el instrumento para asegurar su debido funcionamiento en especial al estado de todas las piezas movibles, puntas, mecanismos de bloqueo o de trinquetes y bordes cortantes.
- Cada instrumento provisto de un tornillo deberá inspeccionarse antes y después de cada uso para asegurarse de que los tornillos no se muevan al hacer funcionar el instrumento

LIMPIEZA

- Todos los instrumentos deberán agruparse de acuerdo al tipo de limpieza y esterilización al que van a ser sometidos.
- Los detergentes enzimáticos neutros evitan el daño y la corrosión del material; los de pH ácido servirán para remover incrustaciones calareas, sarro y óxido.
- El período de exposición del instrumental será de 2 hasta 15 minutos, dependiendo del tipo de suciedad que se quiere afectar.

LAVADO DEL INSTRUMENTAL

Para realizar el lavado del instrumental se deberá sacar el instrumental de la bandeja que contenga el detergente enzimático.

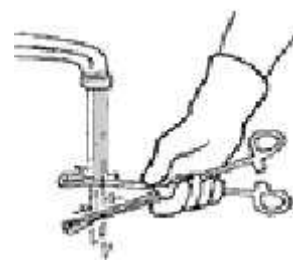
Luego se llevará la bandeja bajo el chorro de agua para eliminar el máximo de suciedad. Luego se procederá al cepillado del mismo, enfatizando especialmente los espacios internos de las pinzas.

Se enjuagará con abundante agua, eliminando así todo residuo de la solución del detergente, al realizar un último enjuague. Y por último se secará los materiales con un paño limpio.

DESCONTAMINACIÓN DEL INSTRUMENTAL CONTAMINADO

Para descontaminar un instrumento se sumergerá en una solución descontaminante de cloro al 0.5% (5000 ppm= 5 gr litro) para ayudar remover sangre y líquidos orgánicos y inactivar el VIH, el VHB por un tiempo de 10 minutos .

Luego se procederá sumergir en detergente enzimático por un tiempo de 5 minutos y luego se limpiará los instrumentos con un cepillo. Debe enfatizarse en los dientes, las uniones y las cremalleras del instrumental.



MATERIALES DE SUTURA

Entre los materiales de sutura a utilizarse se encuentran:

Agujas: Se utilizarán agujas quirúrgicas bastante rígidas para no doblarse y al mismo tiempo también flexibles para que al doblarse no se rompan, para que al pasar por los tejidos no causen el mínimo trauma posible, su punta deberá ser lo suficientemente aguda para atravesar los tejidos pero que no excedan la fuerza aplicada sobre estos, deben ser estériles y resistentes a la corrosión.

La aguja quirúrgica constará de una punta, el cuerpo y el ojo que en la actualidad se ha eliminado porque el hilo y la aguja forman una sola pieza. Según las necesidades del cirujano serán de diferentes tamaños y formas.

Para las microcirugías se utilizan agujas pequeñas y de calibre fino, y para las suturas de retención en la pared abdominal se utilizarán agujas grandes y gruesas.

La punta deberá ser de forma cónica, roma o cortante y cuerpo redondo, ovalado, plano o triangular.

Hilos: Se utilizarán hilos de sutura elaborados de los tejidos vivos que serán absorbibles y no absorbibles, por su origen serán naturales o sintéticos, y por su estructura serán monofilamento o multifilamento, de diferentes numeraciones.

➤ **Suturas Absorbibles**

Los hilos de sutura deberán estar fabricados de sustancias que al ser implantadas en los tejidos humanos, son digeridos por las células de cuerpo humano, la velocidad de absorción y la disminución de su fuerza tensil dependerá de las condiciones presentes en el paciente como infección, desnutrición, temperatura, estado inmunológico, estado metabólico, etc.

Catgut: Se caracterizará por su lenta absorción y su fuerza ténsil dentro de los tejidos aproximadamente diez días y se absorbe completamente a los setenta días,

Se utilizará para suturar músculo, peritoneo, intestino, ligar vasos sanguíneos superficiales y aproximar el tejido celular subcutáneo.

El catgut cromado conservará su fuerza ténsil catorce días en los tejidos y se absorberá a los noventa días.

Ácido Poliglicólico (Dexon): Se caracterizará por tener pobre reacción tisular, será de manejo en la confección de los nudos, puede ser sometido a altas tensiones sin romperse, es visible en la sutura por su color verde, se absorbe en noventa días.

Poligliconate (Maxon) : Se utilizará en una sutura absorbible, sintética, en la cual se va a caracterizar por tener poca reacción tisular, fácil manejo de nudos, soporta altas tensiones y se absorbe a los doscientos diez días.

Poliglecaprone 25: Se lo utilizará por su fácil manipulación, seguridad en los nudos y buena fuerza ténsil.

Poliglactina 910 (Vicryl): Se lo deberá utilizar frecuencia en cirugías gastrointestinales, cierre de pared abdominal, ligaduras de vasos, etc.

➤ **Suturas no absorbibles**

Se deberán caracterizar por su resistencia a la digestión enzimática de los tejidos, si se los confecciona en una sola se los denomina monofilamento, pero si se trenzan varias hebras para formar un solo hilo se lo llama multifilamento.

Seda: Se deberá utilizarla en puntos separados no en suturas continuas. el color más utilizado es el negro, por lo que es fácil distinguir en los tejidos. Viene en diámetros de 9-0 al 5, su fuerza ténsil es mayor que el algodón y un poco menos que el catgut por lo que es aconsejable no

Algodón: Se caracterizará por ser muy resistente, fácil de esterilizar, barato y con menos reacción tisular que el catgut,

Nylon: Su estructura química es un polímero de la poliamida, es un material sintético, no absorbible, con el inconveniente de ser escurridizo al realizar los nudos hasta familiarizarse con su manejo. Su resistencia en los tejidos a un año es del 85%.

Poliéster (Mersilene): Se caracterizará por su pobre reacción tisular, buena visibilidad a su color verde, viene en diámetros del 6-0 al 5, tiene como inconveniente la dificultad para realizar nudos firmes y produce efecto de corte cuando los nudos quedan apretados.

Polipropilene (Prolene): Se lo utilizará por ser un material de sutura no absorbible, sintético, de gran resistencia a la tracción, de buena visibilidad por su color azul, se lo usará en presencia de infección.

NORMAS DE LENCERÍA QUIRÚRGICA

LENCERÍA QUIRÚRGICA

Son materiales quirúrgicos sépticos que evitarán la contaminación de infecciones cruzadas tanto paciente- medico, medico-paciente.

Se deberá tener las siguientes características para la elaboración de la lencería quirúrgica:

La tela a utilizarse será de color verde de fibras gruesas continuas:

ELABORACIÓN, MANEJO DEL MATERIAL ESTERIL, PRECAUCIONES, TIEMPO LIMITE.

- Se deberá evitar todo tipo de manipulación innecesaria con los materiales estériles.

TÉCNICAS ASÉPTICAS AL MANEJAR EQUIPOS ESTERILES.

- El personal de Enfermería son las encargadas de preparar el equipo estéril antes de la intervención y esterilizarlos después de la intervención quirúrgica.
- El personal encargado de los equipos estériles deberá estar todo el tiempo en el área de esterilización, vestido con batas, guantes gorros, mascarilla, botas estériles para manejarlos.
- Los artículos como instrumentos, baja lenguas, hisopos, gasas, guantes, apósitos, se empaquetarán en envoltura con su respectiva identificación (tipo de material, fecha, cantidad, inicial de quien preparó).
- El paquete llevará en su exterior un control, control en el empaquetado, el mismo que sea visible y medio de contraste correspondiente.

- Las envolturas a utilizarse serán de tela victoria color verde de doble envoltura y/o papel de despacho.
- Los paquetes no irán demasiado comprimidos, pues impediría el paso de vapor a través de los mismos.
- El material punzante o cortante que se empaquete se protegerá para evitar que se rompan las envolturas.
- El material que se esterilice deberá llevar fecha de esterilización y caducidad, inicial de quien preparó.
- Las autoclaves se limpiarán una vez a la semana con agua y jabón o productos desincrustantes.

CADUCIDAD DE LOS PRODUCTOS ESTERILIZADOS SEGÚN EL TIPO DE EMPAQUETADO.

Los materiales esterilizados deberán de cumplir con el tiempo limite asignados en la siguiente tabla:

TIPO DE EMPAQUETADO	TIEMPO
Doble bolsa	6-12 meses
Instrumental empaquetad en bandeja	30 días
Instrumental en bandeja sin empaquetado	Al momento
Instrumental envuelto en un sólo paño	Al momento
Empaquetado en bolsa de papel mixto	3-6 meses
Textil empaquetado en bolsa	3 meses
Gasas, compresas de algodón empaquetado en bolsa	3 meses
Papel crepado dos capas	3 semanas.

LIMPIEZA:

Al realizar la limpieza de la lencería hay que tener en cuenta dos partes:

- Limpieza microbiana o carga bacteriana, es el número de unidades formadoras de colonias, c.f.u., en el material antes de la esterilización.
- Limpieza de materia particulada que contamina un material y puede ser liberada. Cuanto más bajo sean la cantidad de colonias, menor será la posibilidad de contaminación del campo y por lo tanto menor riesgo de infección del paciente.

Resistencia a la penetración de líquidos: Los líquidos y el ambiente húmedo es un de los vectores más importantes para la transmisión de los microorganismos.

Los materiales de la lencería deben de ser una barrera contra esta penetración microbiana, por lo que a mayor resistencia mayor protección al paciente.

Esta resistencia puede conseguirse mediante:

- Una capa plástica adhesivada o termosellada que impermeabilice el tejido.
- Mediante un tratamiento químico que incremente la tensión superficial del líquido sobre el material y de esta manera el líquido forme gotas de mayor tamaño que no penetren el material. Este tratamiento es de menor eficacia que la impermeabilización, ya que si se ejerciera una presión lo suficientemente alta los líquidos traspasarían el material.

Resistencia a la rotura Seco/Húmedo: Determina la perforación del material en condiciones que aumenta la presión y los resultados se expresan en kPa. A mayor valor de kPa mayor calidad del material.

Resistencia a la tracción Seco/Húmedo: En este caso se medirá la resistencia a la rotura del material frente a una fuerza de tracción con el material intacto.

Cuanto más alta sea la fuerza de tracción necesaria para la rotura más seguro es el material.

Resistencia a la penetración microbiana.- Seco/Húmedo: La función de las lencería quirúrgicas es la creación de un campo estéril alrededor del campo quirúrgico, para evitar en lo posible la contaminación de la herida y por tanto la disminución del riesgo de infección quirúrgica.

Se valorará la cantidad de unidades formadoras de colonias, que penetran a través del material en estado seco y/o húmedo.

ESTERILIZACIÓN

Es un proceso físico o químico por medio del cual se logra eliminar los microorganismos de formas vegetativas en objetos inanimados, sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas.

Se esterilizará la lencería en la cual estará preparada para la descontaminación. Se aplicarán los siguientes parámetros para la esterilización;

ESTERILIZADOR	TEMPERATURA EXPOSIC.	TIEMPO DE EXP	TIEMPO D SE CAD.
Prevacío (envuelto)	121°C (250°F)	20 min.	20 min.
	132°C (270°F)	4 min.	20 min.
	134°C (273°F)	3 m	15 min
Pre - vacío (sin envolver)	132°C (270°F)	4 min.	
Vapor por gravedad (envuelto)	132°C (270°F)	18 min.	

SOLUCIONES DESCONTAMINANTES

Se utilizarán soluciones **desinfectantes** que ayudarán a la eliminación de virus, bacterias, esporas y todo tipo de colonias y así evitar las infecciones cruzadas. Entre las soluciones a utilizar serán:

HIPOCLORITO DE SODIO

- Se lo utilizará ya que posee una toxicidad relativamente baja.
- Se deberá manipularse con todas las medidas de bioseguridad ya sean estos guantes, mascarillas, mandil, gafas porque es levemente corrosivo para los ojos y causa quemaduras en las membranas mucosas.
- Cuando se lo mezcla con ácidos o soluciones de amonio, se produce cloro o gas cloramino, resultando en un irritante que da lugar a toxicidad pulmonar.

DILUCIÓN E INDICACIONES PARA EL USO DE HIPOCLORITO DE SODIO Y COMPUESTOS CLORADOS

FÓRMULA:

$$CC = \frac{\text{Litros de agua} \times \text{ppm.}}{\text{Concentración de compra.}}$$

DONDE:

Cc	=	Centímetros cúbicos de HCl a agregar a la preparación.
Litros de agua	=	Cantidad a preparar.
ppm.	=	Partes por millón (concentración a preparar).
Concentración de compra	=	Casera 5.25%. Concentrada 10%. Piscinas 12%, etc.



CONCENTRACIONES Y USOS:

10,000 ppm.	=	1%	=	Concentración para desinfección de derrames, previa limpieza.
5,000 ppm.	=	0.5%	=	Desinfección de materiales, previa limpieza.
1,000 ppm.	=	0.1%	=	Desinfección de áreas críticas, previa limpieza.
100 a 500 ppm.	=	0.01 a 0.05%	=	Desinfección de áreas no críticas.

VIRKON

- Desinfectante de alto nivel. Limpia y desinfecta, biodegradable.
- Contiene una acción rápida
- Solución Eficaz contra virus de SIDA/HIV, hepatitis, bacterias, hongos, etc.
- Esta indicado en áreas hospitalarias, diálisis, hemodiálisis, quirófano, áreas de preparación de alimentos.
- Se prepara una solución al 1% diluyendo 1 sobre de VIRKON en 5 litros de agua corriente.
- Se prepara una solución al 0,5% diluyendo 1 sobre de VIRKON en 10 litros de agua corriente.
- Se utilizará para desinfectar superficies, limpieza y desinfección de instrumental médico con una solución al 1 % dejándolo sumergido por 10 minutos.
- La solución deberá ser descartada después de los 7 días o inmediatamente después que el color de la solución se modifica ya que pierde su eficacia.
- Se deberá manipularse con todas las medidas de bioseguridad ya sean estos guantes, mascarillas, mandil, gafas porque irrita la piel, riesgo de lesiones oculares.

CIDEX



- El Cidex actuará en 5 minutos frente un amplio espectro de microorganismos, como los virus, hongos, bacterias y micobacterias.
- Es un desinfectante que se lo utilizará para una rápida, sencilla y segura desinfección de alto nivel (HDL), manteniendo una excelente compatibilidad con todos los materiales.
- La concentración usual será al 2%.
- Se recomienda disolver hasta una concentración 1/8, después de que se haya comprobado que la concentración de 1/16 no sea la adecuada para considerar el producto como desinfectante de alto nivel.
- Una vez activada la solución solo se utilizará por 30 días, verificando la concentración efectiva mediante las tiras CIDEX.
- Se deberá mantener en habitación ventilada y no utilizar agua caliente en la preparación de las soluciones.
- Durante la manipulación se utilizarán guantes, gafas, mascarillas y recipientes con tapa.
- No utilizarlo en bandejas debido a la formación de vapores tóxicos y causa toxicidad sobre piel y mucosas.

ANTISÉPTICOS

Los antisépticos están hechos para reducir o eliminar los microorganismos que se encuentran en la piel o en las membranas mucosas. No utilice nunca los antisépticos para desinfectar los objetos o instrumentos y jamás deje el instrumental a remojo en soluciones antisépticas.

Entre los cuales tenemos:

POVIDINE

- Es el segundo antiséptico utilizado en los quirófanos.
- Altamente bactericida, fungicida
- Se presenta como polividona yodada al 10% y como polividona yodada en presentación jabonosa, al 0.8 %.
- Se lo utilizará para medios que no cause irritación y toxicidad.
- Con el alcohol se recomienda para el lavado de manos quirúrgico
- La preparación de la piel de la zona operatoria (lavado previo a la incisión), especialmente para la región genital, la vagina y la cervix.
- En pacientes con bacilo de la tuberculosis, es eficaz para inactivar este microorganismo.
- Su eficacia comenzara a los 2 minutos y su tiempo de acción es de dos horas.
- Los preparados de povidine se lo debe usar sin diluir.
- Usar con precaución en persona de piel muy blanca o sensible; produce ardor, quemaduras leves en estos pacientes, especialmente cuando el producto queda posado entre los campos quirúrgicos.

ALCOHOL

- El principal antiséptico que se utilizará en el quirófano ya que actúa por desnaturalización de las proteínas de los microorganismos.
- Su efecto inicial parte a los pocos segundos desde su aplicación y su tiempo total de acción es de 30 minutos.
- Tiene una excelente actividad bactericida contra la mayoría de los microorganismos grampositivos y gramnegativos y es eficaz contra el bacilo de la tuberculosis, hongos y virus.
- Tiene una alta efectividad microbicida en combinación con otros agentes antimicrobianos y con jabón normal.
- Como antiséptico, el alcohol se utilizará: Punciones destinadas a la instalación de vías venosas o tomas de muestras y en pincelaciones previas a la colocación de anestésicos regionales, peridurales, raquídeos o de tipo plexo.
- También se usará: Para la desinfección de la piel de las manos, en el caso de que no se pueda hacer un lavado clínico. Como complemento del lavado quirúrgico, cuando éste se realiza con un jabón sin principios activos, especialmente en las personas alérgicas.
- Se lo utilizará con precaución ya que reseca la piel, es inflamable y no posee actividad antimicrobiana residual.

HIBICET – SABLON

- Se usará para lavado de manos quirúrgico y para la preparación de la piel de la zona operatoria.
- Limpieza y asepsia de heridas: Quemaduras infectadas, y de instrumental.
- Asepsia preoperatorio de la piel: Desinfección de instrumental y de termómetros clínicos.
- Su acción inicial será a los tres minutos de ser aplicada y su tiempo de acción de 6 horas.
- Solución eficaz contra las bacterias grampositivas, más que contra las gramnegativas como: VIH, virus herpes simple, citomegalovirus y virus de la gripe. Tiene mínima absorción en piel intacta y no se ve afectado por la presencia de sangre o materia orgánica.
- Su presentación existente es: gluconato de clorhexidina 4%, solución acuosa; gluconato de clorhexidina, solución jabonosa 2%; y gluconato de clorhexidina al 0,5% en base alcohólica.
- Su mecanismo de acción es por rotura de la membrana celular y precipitación del citoplasma del microorganismo.
- La desventaja es que presenta toxicidad en oído medio y ojos.
- Se lo manipulará con precaución y evitar el contacto con los ojos, no se usa hipoclorito para banquear telas.

NORMAS PARA EL USO DE ANTISÉPTICOS

Dichas normas establecen que:

- Los antisépticos deben distribuirse en envases pequeños y cerrados, de entre 100 y 200 ml.
- Deben estar debidamente rotulados con la fecha en que se llenaron y la fecha de vencimiento.
- Envasarse en frascos oscuros o almacenar protegidos de la luz, los productos yodados.
- No se pueden rellenar ni trasvasijar.
- No se deben usar dos o más agentes químicos simultáneamente, ya que se altera su acción.
- Usarse para la limpieza de superficies, material de uso clínico o instrumental, ya que se estarían utilizando mal.
- Dispensadores de antisépticos de presentación jabonosa deben lavarse interna y externamente cada vez que la carga se cambie.
- Respetar las instrucciones del fabricante con respecto a duración del producto, condiciones de conservación, tiempo de contacto y dilución.
- La dispensación y distribución del antiséptico en la concentración óptima requerida está a cargo del servicio de farmacia, y no debe ser modificada por los servicios usuarios.

En cuanto a las propiedades de un antiséptico ideal, éste debería tener:

- Amplio espectro de acción.
- Acción rápida.
- Acción residual
- Efecto acumulativo.
- Baja toxicidad.
- Baja inactivación por materia orgánica
- Costo razonable.

PROCOLOS DE MEDIDAS DE LENCERÍA QUIRÚRGICA

Se llevará a cabo los siguientes protocolos para la preparación de las diferentes medidas de lencería:

CAMPO ABDOMINAL.

Dimensiones: 2.40 X 1.50 cm.

Abertura central 0.50.

Material: Tela algodón sanforizada.

Color: Verde.

Uso: Delimitar área quirúrgica.

Observaciones: Una tela, abertura reforzada.

CAMPO PARA OJO PEQUEÑO

Dimensiones: 0.60 X 0.60 cm.

Abertura central 0,09.

Material: Tela algodón sanforizada.

Color: Verde.

Uso: Para cirugía menor.

Observaciones: Una tela, abertura central reforzada.

CAMPO PARA OJO MEDIANO

Dimensiones: 0.90 X 0.90 cm.

Abertura central 0,11

Material: Tela algodón sanforizada.

Color: Verde

Uso: Para cirugía menor.

Observaciones: Una tela, abertura central reforzada.

MEDIA SABANA QUIRÚRGICA.

Dimensiones: 2.40 x 1.50 cm.

Material: Tela de algodón sanforizada.

Color: Verde.

Uso: Para cubrir la parte inferior del campo operatorio

Observaciones: Doble tela con pespuntos horizontales verticales y en los bordes.

CAMPO QUIRÚRGICO.

Dimensiones: 0.45 X 0.45 cm.

Material: Tela absorbente – gasa.

Color: Blanco

Uso: Para quirófano y sala de parto

Observaciones: Seis capa de gasa pespunteadas recta de 0.01 de ancho.

FUNDA MAYO

Dimensiones: 1.80 x 0.60 cm.

Material: Tela de algodón sanforizada.

Color: Verde.

Uso: Para protección de mesa quirúrgica y sala de parto.

Observaciones: Doble tela con pespuntos horizontales y abertura den medio

CAMPO PARA ARCO DE ANESTESIA.

Dimensiones: 1.60 X 1.40 cm.

Material: Tela de algodón sanforizada.

Color: Verde.

Uso: Para delimitar el campo operatorio del paciente y cubrir el arco de anestesia en quirófano y parto

Observaciones: Doble tela con pespuntos en cruz.

SABANITAS ABDOMINALES

Dimensiones: 0.50 X 0.50 cm.

Material: Tela de algodón sanforizada.

Color: Verde.

Uso: Para delimitar el campo operatorio en quirófano.

Observaciones: Una tela, costura doble en borde

ENVOLTURA DOBLE GRANDE

Dimensiones: Pequeña 0.45 X 0.45 cm.

Mediana 0.70 x 0.70.

Semi-grande 0.90 x 0.90.

Grande 1.35 x1.35.

Extra-grande 1.50 x 1.50

Material: Tela algodón sanforizada.

Color: Blanco

Uso: Envoltura exterior para paquete de ropa, instrumental y equipo.

Observaciones: Doble tela, respuntes centrales y en los bordes.

TOALLA

Dimensiones: 0.45 X 0.45 cm.

Material: Tela toalla 85% fibra de algodón.

Color: Verde o rallada para paquete quirúrgico.

Uso: En sala de operaciones.

Observaciones: Sin flecos con costura de seguridad.

PROCOLOS DE PAQUETES DE ROPA PARA LAS DIFERENTES CIRUGÍAS

Se ejecutarán los siguientes protocolos para la preparación de los diferentes paquetes quirúrgicos:

PAQUETE PARA CIRUGIA MENOR.

- 1 Envoltura doble grande.
- 2 Campos para aro de anestesia.
- 5 Sabanitas Abdominales.
- 2 Compresas quirúrgicas.
- 1 Funda mayo.

PAQUETE DE CARA

- 1 Envoltura doble tela.
- 1 Media sabana.
- 2 Campos de anestesia.
- 1 Toalla.
- 1 Funda mayo.
- 2 Semilunas con gasas cantidad suficiente.

PAQUETE PARA OFTAMOLOGIA

- 1 Envoltura doble extra grande.
- 1 Media sabana quirúrgica
- 3 Campos de ortopedia 1 campo de ojo pequeño
- 5 Compresas quirúrgicas.
- 1 Sabanita Abdominal.
- 1 Funda mayo.

PAQUETE PARA OJOS (CATARATAS)

- 1 Envoltura doble de tela.
- 3 Campos de ortopedia.
- 1 Campo de ojo.
- 2 Compresas.
- 1 media sabana.
- 1 Funda mayo.
- 1 Toalla.

PAQUETE PARA PTERIGIUM

- 1 Envoltura doble de tela.
- 3 Campos de ortopedia.
- 1 Campo de ojo.
- 2 Compresas
- 1 Toalla.

PAQUETE DE ROPA DE PARTO

- 1 Envoltura doble tela.
- 1 cobija de niños.
- 2 Pierneras
- 1 Campo de anestesia.
- 1 Tazón de acero con tres torundas de algodón.
- 1 campo abdominal (sabanita).
- 1 Delantal.
- 1 Toalla

PROTOCOLOS DE INSTRUMENTAL SEGÚN EQUIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Se pondrán a disposición los siguientes protocolos para la preparación de los diferentes equipos quirúrgicos:

EQUIPO DE LEGRADO

- 1 charol de acero inoxidable
- 1 semiluna
- 6 curetas funestada 1 al 6
- 3 curetas roma 2 al 6
- 1 pinza tira cuello
- 1 pinza de aro
- 1 pinza recta
- 1 histiometro
- 8 dilatadores

EQUIPO DE PARTO

- 1 charol de acero inoxidable
- 1 semiluna grande de acero inoxidable
- 1 porta aguja recta
- 1 pinza de aro curva
- 2 pinza hemostática curva
- 1 tijera recta
- 1 tijera curva
- 1 pinza anatómica grande
- 1 pinza quirúrgica grande

EQUIPO DE LIGAR OMBLIGO

- 1 pinza Nelly recta
- 1 tijera recta
- 1 semiluna

EQUIPO DE SUTURA

- 1 charol de acero inoxidable
- 1 porta aguja recto
- 1 pinza Allys
- 1 pinza hemostática curva
- 2 pinza mosquito curva
- 1 pinza anatómica
- 1 pinza quirúrgica
- 1 tijera curva
- 1 tijera recta
- 1 campo de ojo

EQUIPO DE CURACIÓN

- 1 pinza hemostática recta
- 1 pinza hemostática curva
- 1 pinza anatómica
- 1 tijera curva

EQUIPO DE RETIRAR PUNTOS

- 1 pinza mosquito recta
- 1 pinza mosquito curva
- 1 tijera

EQUIPO DE LAVADO DE OÍDO

- 1 jarra de 500 ml
- 1 jeringuilla metálica
- 1 jeringuilla de pico redondo
- 1 jeringuilla puntiaguda

EQUIPO DE VENODISECCIÓN

- 1 bandeja con tapa

1 porta aguja
2 pinza Allys
1 pinza de aro recta
2 pinza hemostática recta
2 pinza mosquito curva
2 pinza kocher curva
2 pinza de campos
1 pinza anatómica.
1 pinza quirúrgica
1 pinza adson sin dientes
1 tijera menzebau
1 tijera de mayo curva
1 mango de bisturí
2 separadores de farabet
1 sonda acanalada
1 jarro acero inoxidable

EQUIPO DE EXTRACCIÓN DE UÑAS

1 pinza hemostática
1 sonda acanalada
1 tijera

EQUIPO DE EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ

1 espejo nasal
1 pinza mosquito recta

EQUIPO DE IRRIGACIÓN VESICAL

2 semiluna
1 jeringuilla de pico

PROTOCOLOS DE MATERIALES E INSUMO POR CIRUGIAS

EXCERESIS

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Bisturí	
2	Guantes Nº 8	
3	Guantes Nº 7 ½	
4	Guantes Nº 7	
5	Guantes Nº 6 ½	
6	Jeringuilla 10 cc	
7	Jeringuilla 5 cc	
8	Jeringuilla 3 cc	
9	Gasas	
10	Torundas	
11	Alcohol yodado	
12	Esparadrapo	
13	Gorros	
14	Botas pares	
15	Mascarilla	

PTERIGIUM

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Seda 7/0	
2	Bisturí	
3	Guantes	
4	Jeringuillas	
5	Gasas	
6	Torundas	
7	Alcohol	
8	Savlon	
9	Aposito oftálmico	
10	Aplacadores	
11	Esparadrapo	
12	Gorros	
13	Botas pares	
14	Mascarillas	

OFERECTOMÍA

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Vicryl 3/0	
2	Nylon 3/0	
3	Catéter	
4	Introfix	
5	Bisturí	
6	Spinocan	
7	Guantes Nº 7 ½	
8	Guantes Nº 7	
9	Guantes Nº 6 ½	
10	Jeringuilla 5 cc	
11	Jeringuilla 3 cc	
12	Gasas	
13	Torundas	
14	Apositos	
15	Alcohol yodado	
16	Esparadrapo	
17	Gorros	
18	Botas pares	
19	Mascarillas	

POMEROY

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Crómico 2	
2	Crómico 0	
3	Crómico 2/0	
4	Seda 1	
5	Nylon	
6	Catéter 18	
7	Introfix	
8	Spinocan	
9	Guantes Nº 7 ½	
10	Guantes Nº 7	
11	Guantes Nº 6 ½	
12	Jeringuilla 10 cc	
13	Jeringuilla 5 cc	
14	Jeringuilla 3 cc	
15	Gasas	
16	Torundas	
17	Apositos	
18	Alcohol yodado	
19	Esparadrapo	
20	Gorros	
21	Botas pares	
22	Mascarillas	
23	Bisturí	
24	Oxigeno	

HERNIA INGUINAL

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Vicril 1	
2	Cotton 2/0	
3	Crómado 2/0	
4	Dafilon 2/0	
5	Seda negra 1	
6	Catéter 18	
7	Introfix	
8	Bisturí N° 23	
9	Spinocan N° 25	
10	Spinocan N° 27	
11	Guantes N° 6 ½	
12	Guantes N° 7	
13	Guantes N° 7 ½	
14	Guantes N° 8	
15	Jeringuilla 10 cc	
16	Jeringuilla 5 cc	
17	Jeringuilla 3 cc	
18	Agujas N° 20	
19	Agujas N° 25	
20	Gasas	
21	Apositos	
22	Torundas	
23	Montaditas	
24	Alcohol yodado	
25	Oxigeno	
26	Esparadrapo	
27	Gorros	

28	Mascarillas	
29	Botas	

FIMOSIS

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Crómico 2/0	
2	Seda 2/0	
3	Vicril 1	
4	Dafilon 2/0	
5	Catéter 18	
6	Introfix	
7	Bisturí	
8	Guantes Nº 8	
9	Guantes Nº 7 ½	
10	Guantes Nº 7	
11	Guantes Nº 6 ½	
12	Jeringuilla 5 cc	
13	Jeringuilla 3 cc	
14	Gasas	
15	Torundas	
16	Apositos	
17	Alcohol yodado	
18	Gorros	
19	Botas	
20	Mascarillas	

**INVENTARIOS DE EQUIPOS EXISTENTES EN LA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

CIRUGÍA MENOR:

COMPUESTO POR:

- 1 MANGO DE BISTURÍ # 3
- 1 MANGO DE BISTURÍ # 4
- 2 TIJERA MAYO RECTA 15 cm.
- 2 TIJERA MAYO CURVA 15 cm.
- 1 TIJERA METZEMBAUN CURVA 18 cm.
- 1 TIJERA QUIRÚRGICA RECTA 15 cm
- 8 PINZAS MOSQUITO CURVAS 12.5 cm.
- 8 PINZAS ROCHESTER PEAN CURVAS
- 8 PINZAS KELLY CURVAS 14 cm.
- 4 PINZAS KOCHER CURVAS 18 cm.
- 1 PINZA ANATÓMICA 14 cm.
- 1 PINZA ANATÓMICA 16 cm.
- 1 PINZA QUIRÚRGICA 14 cm.
- 1 PINZA QUIRÚRGICA 16 cm.
- 8 PINZAS DE CAMPO BACKHOUSE 13 cm.
- 2 PINZAS DE ARO RECTA 25 cm.
- 2 PINZAS DE ARO CURVAS 25 cm.
- 4 PINZAS ALLIS 15 cm. •
- 2 PINZAS BABCOCK 24 cm.
- 1 PORTA AGUJAS MAYO HEGAR 16 cm.
- 1 PORTA AGUJAS MAYO HEGAR 20 cm
- 1 SONDA ACANALADA
- 1 ESTILETE CON OJAL
- 1 SEPARADOR FARABEAUF X 2
- 1 SEPARADORES RICHARDSON
- 1 SEPARADORES RICHARDSON

- 1 SEPARADOR DOYEN 50 X 85 MM
- 1 VALVA DE PESO AUVARD
- 2 SEPARADORES MALEABLES
- 2 SEMILUNAS GRANDES
- 1 BANDEJA PARA ESTÉRIL. 12X14X2
- MARCA: ACMÉ
- PATENTE: INGLESA

EQUIPO DE SUTURA 10 PIEZAS:

COMPUESTO POR:

- 1 MANGO DE BISTURÍ # 4
- 1 TIJERA QUIRÚRGICA RECTA 14 CM.
- 1 PINZA ANATÓMICA 14 CM.
- 1 PINZA QUIRÚRGICA 14 CM.
- 1 PINZA MOSQUITO RECTA 12.5 CM.
- 1 PINZA MOSQUITO CURVA 12.5 CM.
- 1 PINZA KELLY RECTA 14 CM.
- 1 PORTA AGUJAS MAYO HEGAR 14 CM.
- 1 PINZA PEAN 14 CM.
- 1 SONDA ACANALADA
- MARCA: ACMÉ
- PATENTE: INGLESA

EQUIPO PARA PARTO (14 PIEZAS):

COMPUESTO POR:

- 1 PINZA ANATÓMICA 14 CM.
- 1 PINZA QUIRÚRGICA 14 CM.
- 1 PINZA DE ARO RECTA 25 CM.
- 1 PINZA DE CAMPO BACKHOUSE 10 CM.
- 4 PINZAS KELLY RECTAS 14 CM.
- 2 PINZAS KOCHER RECTAS 18 CM,
- 1 TIJERA QUIRÚRGICA RECTA 15 CM.
- 1 PORTA AGUJAS MAYO HEGAR 18 CM.
- 1 VALVA DOYEN GRANDE
- 1 TIJERA MAYO CURVA 15 CM.
- MARCA: ACMÉ
- PATENTE: INGLESA

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.areas.org/Protocolos/Varios/esteril.pdf>
- <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/material.pdf>
- <http://www.engenderhealth.org/spanish/sip/instrum/in3.html>
- <http://www.medicinapreventiva.com.ve/>
- <http://www.engenderhealth.com/spanish/sip/instrum/index.html>
- <http://www.engenderhealth.org/spanish/sip/aseptic/at4b.html>
- <http://www.medwave.cl/enfermeria/InstrumentistasACS2003/agosto2004/1.act>
- IESS. MANUAL DE LENCERIA QUIRURGICA.