

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Vargas, D. a. Cirugía Menor de Urgencias. Manual Moderno. 2005
2. Brunicardi, Ch. F. Principios de Cirugía. McGraw -Hill. 2006. vol.1 octava edición.
3. Cantele. P. E. H. Y Méndez, M. A. Semiología y Patología Quirúrgica. Mc Graw Hill. 2006.
4. Careaga, R. G. Manual de Procedimientos Básicos de Cirugía Cardiotorácica. Manual moderno. 2005.
5. Fortunato, P. N. Técnicas de Quirófano. Elsevier. 2005. 10ª ed.
6. Archundia, G. A. CIRUGÍA 1, EDUCACIÓN QUIRÚRGICA. McGraw-Hill. 2008. 3ª, ed.
7. Canales, B. C. Manual de Cirugía. McGraw-Hill. 2000.
8. Martínez, D. S. Cirugía. Bases del Conocimiento Científico. McGraw-Hill.1996

PRESENTACIÓN.

Una de las cosas más importantes en la formación de un médico es el conocimiento de ciertas prácticas que luego le han de servir para el ejercicio de su profesión, me refiero fundamentalmente a los principios de la técnica aséptica y antiséptica, fundamental en todo acto quirúrgico, ya que es común mencionar, que normalmente uno de los riesgos fundamentales es la aparición de una infección provocada por un descuido humano.

Es de lamentar que en las curricula de las Facultades de Medicina de nuestro país no se le brinde la debida importancia a los conocimientos prácticos, apenas si los alumnos ingresan con conocimientos muy básicos que en ocasiones ni siquiera les interesa practicarlos.

Con el interés de que los contenidos de este manual puedan apoyar el aprendizaje de las Técnicas de Comportamiento Aséptico, piedra angular en cada uno de los estudiantes de la licenciatura en medicina, quienes tienen que saberse desempeñar con eficiencia dentro del ámbito de un quirófano, en la clínica, o en cualquier espacio donde se requiera manejar los tejidos de un paciente, se han desarrollado los siguientes procedimientos quirúrgicos.

En la primera competencia, se hace mención de las características de un quirófano, las consideraciones generales con que debe contar y como es el flujo de las personas para no contaminar el campo estéril. Posteriormente, pasamos a describir la técnica de lavado de manos, el secado de las manos, como se coloca la bata quirúrgica estéril el instrumentista y los guantes por medio de la técnica cerrada y el ordenamiento del instrumental en las mesas de riñón y de mayo.

En otro momento se describe la técnica antiséptica de la región operatoria y como se colocan los campos quirúrgicos al paciente con la finalidad de crear un campo estéril entre el equipo o "team" quirúrgico, las mesas cubiertas con campos estériles y el paciente.

En este trabajo se hace mención de las competencias en donde el estudiante en forma adecuada y secuencial realizará los procedimientos previos a una

intervención quirúrgica, explicando el porqué de los mismos, y tomando una actitud disciplinada entre ellos. También se debe mencionar que el alumno previamente recibe una información teórica desarrollando el método declarativo y posteriormente en el Departamento de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina, desarrolla método procedimental desarrollando cada uno de los procedimiento guiado por su docente responsable de su aprendizaje, finalmente se evalúa por medio de una tabla de cotejo.

OBJETIVO GENERAL DEL MANUAL.

Con la elaboración de este manual, el alumno podrá reafirmar los procedimientos de la Técnicas de Comportamiento Aséptico los que pondrá en práctica, durante su asistencia a las unidades quirúrgicas de los hospitales, continuando su instrucción durante la licenciatura y el internado.

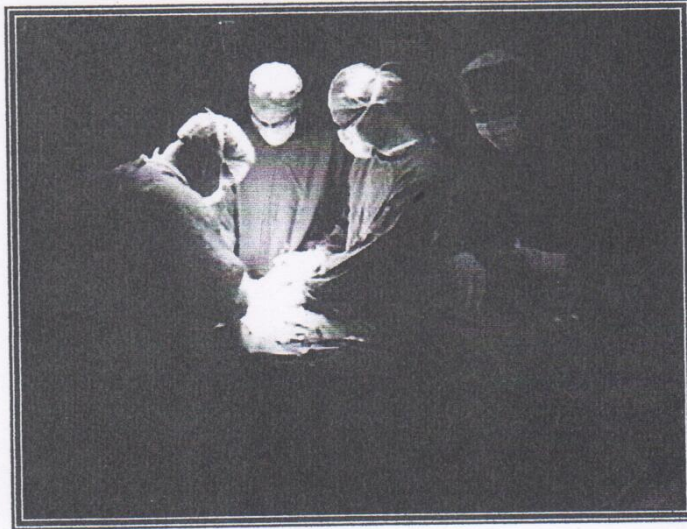
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. El alumno conocerá la importancia que guarda el realizar adecuadamente el lavado quirúrgico de manos; así como también, obtendrá la habilidad para realizar correctamente el procedimiento.
2. Identificará que áreas que tocar y cuales son restringidas, para el personal que no porta bata y los guantes estériles. De igual forma aprenderá que cuando se el secado de las manos en el quirófano no podemos tocar las mesas con campos estériles.
3. El alumno aprenderá los nombres y la forma en que se usan los diversos instrumentos quirúrgicos de cirugía general, ya que posteriormente en su especialidad aprenderá un número mayor de ellos.
4. En este manual conocerá la forma en que se realizan las suturas de uso común, que todo médico cirujano debe aplicar en los tejidos de un paciente quirúrgico.
5. El alumno aprenderá la técnica asistida y la técnica autónoma de colocación de guantes quirúrgicos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	PÁG 1
¿QUÉ ES EL QUIRÓFANO?	PÁG 3
NORMAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN EL QUIRÓFANO	PÁG 6
EL PERSONAL	PÁG 9
TÉCNICAS DE ASEPSIA	PÁG 17
VESTIMENTA QUIRURGICA	PÁG 18
LAVADO QUIRURGICO DE MANOS	PÁG 20
COLOCACIÓN DE LA BATA QUIRURGICA	PÁG 25
USO ADECAUADO DE LOS GUANTES	PÁG 27
VESTIDO DE LA MESA DE MAYO	PÁG 31
COLOCACIÓN DEL CAMPO ÉSTERIL	PÁG 31
BIBLIOGRAFÍAS	PÁG 33

INTRODUCCIÓN



En el presente trabajo se hace hincapié a las normas de seguridad y los pasos que debe realizar el personal quirúrgico para tener un comportamiento adecuado en el área operatoria; esto es importante para nosotros como estudiante de medicina ya que si no tenemos los conocimientos adecuados sobre "Técnicas de comportamiento Aséptico" podemos llegar a tener una serie de problemas cuando estemos en el internado o lo que es más grave en nuestro desempeño profesional.

Como bien menciona el **Dr. José Gabriel Guevara y Cordera** en su obra "Principios de Cirugía Básica": *Al realizar mi trabajo lo hice pensando en que el estudiante de medicina y de otras áreas de la misma cuenten con los conocimientos de uso y manejo de las áreas negras, grises y blancas de un hospital.* Y como bien menciona el Dr. José Gabriel Guevara y Cordera es muy importante saber sobre las áreas de un hospital, y es de mucha ayuda para el estudiante de medicina saber los lugares o zonas y lo que debe de realizar en cada una de ellas.

Otro de los autores que nos sirvieron de guía en la realización de este trabajo fue **María Teresa Forero De Saade**, Ministra de Salud, en el cual nos hace mención lo siguiente: *"La BIOSEGURIDAD, se define como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la*

prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

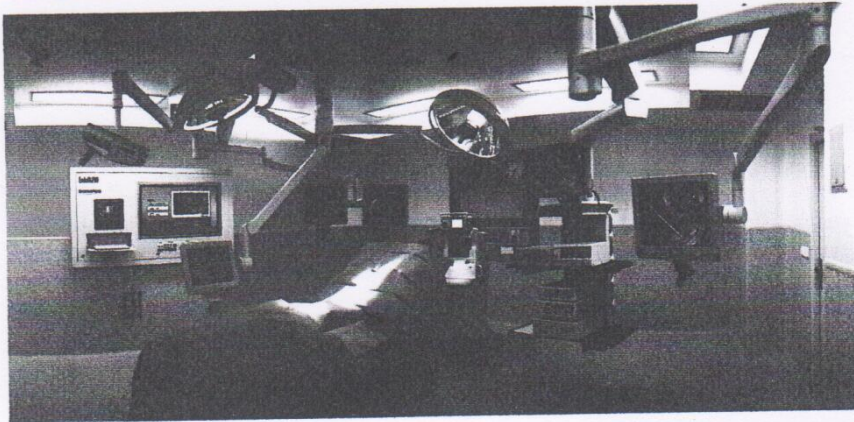
Las Instituciones del sector salud, por tanto, requieren del establecimiento y cumplimiento de un PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD, como parte fundamental de su organización y política de funcionamiento. El cual debe involucrar objetivos y normas definidos, que logren un ambiente de trabajo ordenado, seguro y que conduzca simultáneamente a mejorar la calidad, reducir los sobre costos y alcanzar los óptimos niveles de funcionalidad confiable en estas áreas”.

Todo lo anterior nos hace referencia de que nosotros como médicos en formación debemos de tener conocimientos previos sobre los usos, comportamiento y manejo en lo que respecta al area quirúrgica, ya que esto nos va a permitir llevar a cabo la prevención ante cualquier imprevisto que se pueda llevar en la sala de operaciones.

Lo que continuación se menciona en el presente trabajo va a estar destinado para que tanto el médico como el resto del personal quirúrgico logren mantener el control de riesgos laborales, logrando satisfactoriamente la prevención sobre los impactos nocivos que se pueden llegar a generar por un mal desarrollo de la bioseguridad en la sala de operaciones, de igual forma tener la seguridad de que el producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores de la salud y sobre todo en los pacientes.

¿QUÉ ES EL QUIRÓFANO?

El quirófano es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias, que tienen lugar en general en el exterior del quirófano.

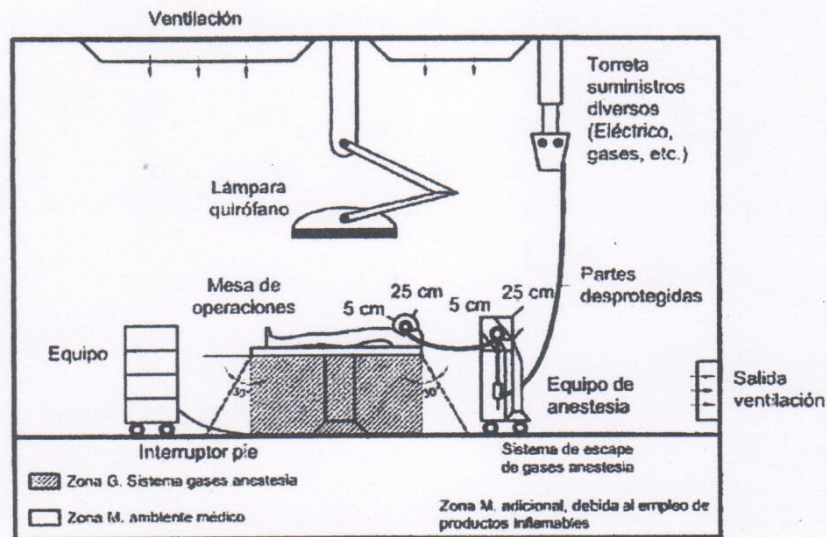


El quirófano es un espacio cerrado que debe ser completamente independiente del resto del hospital; debe pues quedar aislado frente al resto del hospital por una serie de separaciones con las estructuras exteriores. El quirófano permite la atención global e individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinario (anestésistas, cirujanos y también radiólogos, gastroenterólogos, neumólogos, enfermeras de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero...) para todos los actos que se hacen bajo anestesia (general o local según el acto que debe efectuarse y el estado de salud del paciente). Sin embargo, su implantación en el hospital deberá tener en cuenta las relaciones del quirófano con el servicio de las urgencias, el departamento de anestesia-reanimación, la reanimación, los laboratorios, el banco de sangre, la esterilización, la farmacia y los servicios hospitalarios.

Como bien nos menciona **Marta Bobis Uría, Roberto Fernández Robledo y Diego González Álvarez** en su trabajo denominado "El Quirófano": *"El ecosistema del quirófano debe mantenerse a un nivel de contaminación mínimo por medio de una limpieza cuyos ritmos establecidos deberán observarse escrupulosamente. Los principios de la limpieza deben ser codificados por procedimientos escritos discutidos por cada equipo. El preliminar es la evacuación de todos los residuos e instrumentos manchados en sistemas*

cerrados (contenedores estancos y bolsas herméticamente cerrados). La limpieza de la sala de operaciones se hace varias veces al día, entre cada paciente. Para ello, se desinfectan todas las salas de operaciones utilizadas después del final de cada programa operatorio con protocolos de higiene, sin olvidar el resto de las partes del quirófano: oficinas, despachos, vestuarios, etc”.

A continuación podemos observar un esquema de cómo sería un quirófano:



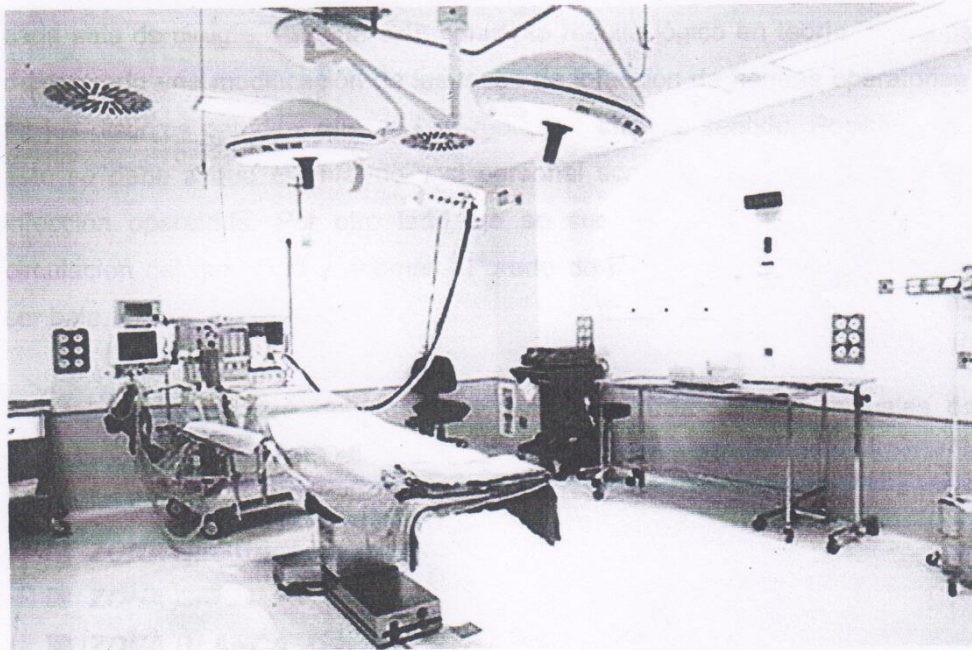
La estructura física de un área quirúrgica tiene como objetivo principal el proporcionar un ambiente seguro y eficaz al paciente y personal sanitario, para que la cirugía se realice en las mejores condiciones posibles.

Para potenciar al máximo la prevención de la infección estas áreas deben cumplir una serie de requisitos:

- ⓐ Paredes, techos y suelos deberán estar recubiertos de materiales lisos, no porosos, que permita su fácil limpieza. Se evitarán los ángulos, esquinas y hendiduras.
- ⓐ Las puertas deben ser correderas y deslizantes, nunca abatibles ya que estas últimas provocan fluctuaciones y corrientes de aire con el consiguiente riesgo de contaminación.
- ⓐ No debe haber ventanas.
- ⓐ No deben colocarse rieles.

- © Las instalaciones de aire acondicionado debe ser exclusiva para el bloque quirúrgico.
- © Un buen sistema de comunicaciones, para solucionar situaciones de emergencia. Incluyen instalaciones telefónicas, tubos neumáticos para el envío de muestras al laboratorio y sangre, las luces de emergencia y disponer de un servicio informático.

El tamaño mínimo recomendado para los quirófanos suele ser de 6x6 m., que debe ser de 7x7 cuando la sala se va a utilizar para cirugía cardiaca o neurocirugía, los cuales requieren equipo adicional. La altura del techo debe ser, por lo menos, de 3 m., que permite la colocación de lámparas, microscopios, y si se coloca aparato de rayos x precisa una altura adicional de 60 cm. El piso debe ser liso, sólido y fácil de limpiar. Por otro lado, debe existir un área de preoperatorio para la preparación del paciente.



NORMAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN QUIRÓFANO

Como ya habíamos mencionado previamente el significado de Bioseguridad, en este punto lo volvemos a retomar; recordando este término nos hace referencia a:

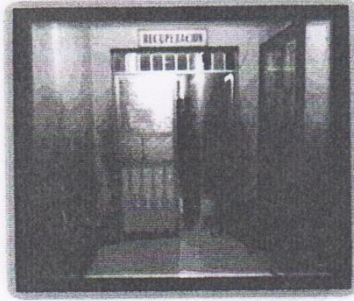
- ✚ Tiene como objetivo proteger la salud y la enfermedad personal de los profesionales de la salud y de los pacientes.
- ✚ Condición segura y barreras apropiadas.
- ✚ Adoptar precauciones universales.
- ✚ Medidas de eliminación del material contaminado.

En la actualidad existe el concepto de construir una zona limpia y una zona contaminada, dentro del área quirúrgica. Tradicionalmente se ha construido un corredor periférico o un acceso a un área de distribución estéril alrededor de cada sala de cirugía. Aunque este concepto resulta lógico en teoría, no se ha demostrado una modificación de las tasas de infección de heridas operatorias, en los distintos estudios que se han realizado en este sentido. Posiblemente esto se debe a que el enfermo y el personal son las principales causas de infección operatoria. Por otro lado, no se suele respetar el sentido de la circulación del quirófono y además el grado de dispersión de bacterias suele ser bajo.

Por tal motivo el área quirúrgica se divide en tres zonas principales de restricción progresiva para eliminar fuentes de contaminación:

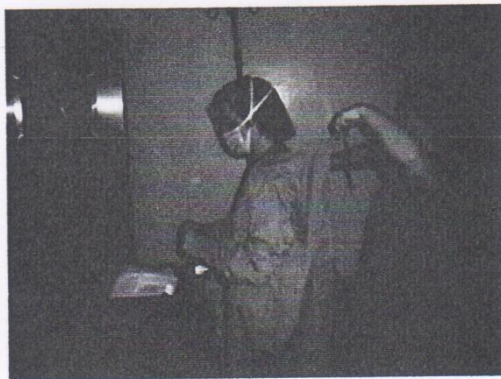
- **ZONA NEGRA**
- **ZONA GRIS**
- **ZONA BLANCA**

ZONA NEGRA:



- La primera zona de restricción que es una verdadera zona amortiguadora de protección.
- Es el area de acceso, en ella se revisan las condiciones de operación y presentación de los pacientes; se hace todo el trabajo administrativo relacionado.
- Es donde el personal de la salud se cambia el vestido por la ropa especial de uso quirúrgico.

ZONA GRIS:



- La segunda zona es la llamada también zona limpia.
- Todo personal que entre a la zona gris, debe vestir pijama quirúrgica. La cabeza se cubre con un gorro de tela que oculta todo el pelo para impedir la caída de cabellos en zonas estériles; la nariz y la boca se cubre con una mascarilla o cubre bocas.

ZONA BLANCA:



- Es el area de mayor restricción, es el area estéril o zona blanca en la que se encuentra la sala de operaciones propiamente dicha.

De acuerdo a lo señalado anteriormente los movimientos en el quirófano serán:

- Con amplitud suficiente y en una misma dirección, evitando el paso de materiales limpios por áreas sucias.
- El ingreso del personal del quirófano es por vestuario, colocándose un ambo de uso exclusivo.
- El ingreso del paciente se hará en camilla especial.
- Las puertas del quirófano se mantendrán cerradas mientras dure la cirugía.

Todas las formas de vestimenta quirúrgica sirven para un solo propósito: constituyen una barrera entre las fuentes de contaminación y el paciente o el personal. Los estándares de la asepsia nunca deben ceder a la comodidad individual o las tendencias de la moda.

Al terminar la cirugía, la ropa sucia y los residuos contaminados deben salir del quirófano en bolsas de acuerdo con las normas.

EL PERSONAL

En la obra del Dr. José Gabriel Guevara y Cordera, "*Manual de Básico de Cirugía*" nos hace referencia sobre el personal es decir las personas que intervienen en el acto quirúrgico, en sentido estricto esta formado por las personas revestidas asépticamente, ejecutoras directas de la intervención quirúrgica y estas son:

- 1) Cirujano
- 2) Ayudante
- 3) Instrumentista

En las intervenciones muy complicadas puede ser necesario la participación de más de un cirujano, así como la de un segundo, hasta de un tercer o más ayudantes, como la de uno o más instrumentistas. Por el contrario en intervenciones muy sencillas bastará con un ayudante o hasta prescindir de el, o del instrumentista, esto será marcado según las necesidades de cada caso. Por ejemplo: no es lo mismo un trasplante de corazón que un legrado ginecológico.

En el sentido mas amplio el equipo quirúrgico dijimos que lo forman todas las personas que estarán dentro del quirófano, y además de estas que ya mencionamos, las que nos son revestidas asépticamente, pero que si son necesarias, las cuales varían según las características de la operación, estas vienen siendo:

- 1) Anestesista
- 2) Enfermera circulante
- 3) Pediatra, cardiólogo, etc.

A continuación mencionaremos las funciones de cada uno de los que conforman el equipo operatorio, sin entrar en mayor preámbulo ni especificidades.

● EL CIRUJANO

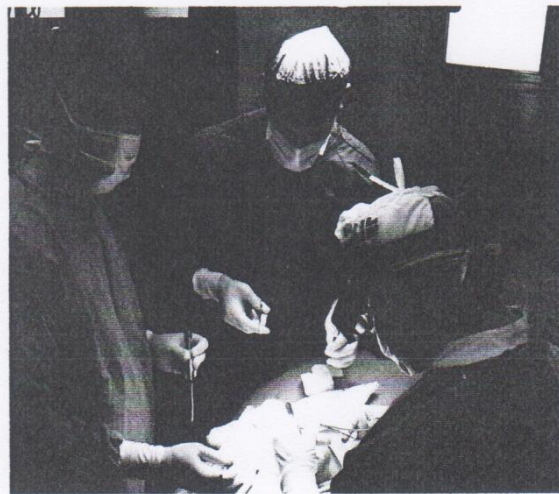


El cirujano es el jefe, responsable del equipo y del acto quirúrgico, frente al enfermo y a sus familiares tanto ética como jurídicamente, sus funciones las podemos resumir de la siguiente manera:

- Deberá desarrollar la más aguda capacidad de observación.
- Deberá desarrollar en todo momento un criterio amplio y flexible.
- Deberá rodearse siempre de las mejores condiciones de trabajo.
- Deberá ejecutar sus órdenes y movimientos de tal manera que sea comprensible por todo el personal que este presente.
- Deberá operar con orden y minuciosidad.
- Tener conocimiento absoluto de anatomía, patología y técnica operatoria en caso que se requiera.
- No comenzar una operación sin tener todo lo que se requiera para efectuarla.
- Reconocer fallas cometidas en asepsias o aspectos técnicos.
- No deberá interrumpir el acto quirúrgico para explicar o distraerse.
- Deberá exigir orden y sistemas a todos sus colaboradores.
- Conocer el trabajo de cada uno de los integrantes de su equipo.
- Durante la intervención no dejar el instrumental sobre el paciente y mucho menos botarlo fuera del campo operatorio.
- No desperdiciar material quirúrgico, como sutura, gasas, etc.

- No realizar maniobras a ciegas.
- No acelerar la intervención a costa de maniobras impuras, suturas defectuosas, pequeños sangrados, etc.
- Nunca perder la serenidad.
- La técnica deberá efectuarse de forma ordenada y sin cambiar rutinas injustificadamente.
- No realizar el trabajo de los integrantes de su equipo, como cortar suturas, secar sangre, etc.
- Crear un ambiente favorable y propicio para el buen desarrollo.
- Permanecer en todo momento como cabeza de su equipo.

● PRIMER AYUDANTE



Su función es importante, interviene en todas las maniobras que el cirujano realiza, tiene un papel activo durante todo el desarrollo, es la segunda autoridad, y faltando el cirujano asume toda la responsabilidad, entre sus principales obligaciones tenemos:

- Ser la segunda autoridad del equipo operatorio.
- Conocer y dominar la técnica que ha de realizarse.
- Estar alerta para no dificultar los movimientos del cirujano.
- Realizar la asepsia de la región quirúrgica.

- Realizar la preparación del campo quirúrgico, colocando campos, pinzas, compresas, etc.
- Succionar sangre o líquidos que deban ser retirados.
- Colocar pinzas hemostáticas en vasos sangrantes.
- Al efectuar ligaduras, presentar la pinza y cortar los cabos.
- Sostener pinzas y presentar con ellas los tejidos que deberán resecarse.
- Colaborar a un buen ambiente de trabajo.

● SEGUNDO AYUDANTE

El segundo ayudante tiene casi una actividad más pasiva, no obstante deberá poner todo su empeño, voluntad y eficiencia en su trabajo para colaborar con el resto del equipo.

Normalmente se ocupa al segundo ayudante para sostener separadores, actividad importante, pues sin una buena visión en cirugía se dificulta y no se logran sus máximos objetivos.

Cuando las circunstancias lo permitan o lo requieran, efectúa corte de ligaduras o suturas, o retira pinzas que le sean indicadas, teniendo en todo momento mucho cuidado de no entorpecer la actividad del cirujano y del primer ayudante, y respetara siempre su autoridad.

● INSTRUMENTISTA



Es la persona encargada de la recepción y entrega del instrumental durante todo el acto quirúrgico, su presencia se halla totalmente confirmada, no debe

prescindirse de ella si se desean realizar operaciones perfectas, sin complicaciones y sin menor riesgo posible.

Confiere mayor velocidad y orden a la cirugía, puesto que proporciona oportunamente el material e instrumental necesario, ahorrando tiempos muertos en beneficio del paciente.

El enhebrado de agujas, la preparación de la mesa de mayo, de la mesa circular o de riñón, la entrega del instrumental y su limpieza, son aspectos que están a su cargo, entre sus principales funciones encontramos:

- Guardar respeto a cirujano y a los ayudantes, y respetar las órdenes que ellos den.
- Deberá preparar la mesa de riñón de acuerdo al tipo de operación y técnica a realizar.
- Deberá estar con suficiente tiempo antes para lavarse quirúrgicamente, para vestirse y vestir al resto del personal.
- Terminada la preparación de su mesa deberá espera el inicio de intervención, cuidando que no se contaminen.
- Durante la intervención no deberá alejarse de su puesto, salvo órdenes expresas del cirujano.
- Deberá cuidar que ningún material se contamine, si notara que esto sucede deberá indicarlo para que se tomen las medidas necesarias.
- Deberá conocer bien la técnica operatoria a realizar para así poder proporcionar el instrumental adecuado en el momento preciso, así como las suturas que en cada momento se requieren.
- Antes de empezar deber pedir el instrumental necesario para el acto quirúrgico, así como también deberá ordenarlos de ma manera mas adecuada posible.
- Antes de comenzar la operación pedir las suturas que se requieran.
- Deberá colocar el instrumental en la mano del cirujano o del ayudante mediante un pequeño golpecito, con objeto de que este perciba en el momento que se le entrega.

- Cada vez que reciba un instrumento de trabajo deberá limpiarlo y colocarlo en su debido lugar.
- Deberá proporcionar gasas y compresas en el momento de ser solicitadas.
- Al iniciar el cierre de la cavidad deberá pedir cuenta de gasas y compresas a la enfermera circulante.
- Al término de la cirugía deberá tener completo su material.
- Al término de la cirugía, deberá limpiar el contorno de la herida para colocar apósito y en su caso vendaje.
- Al final de la cirugía, deberá entregar a la enfermera circulante el instrumental completo para ser lavado y entregado.

● ANESTESIÓLOGO



El anestesiólogo forma parte integral del equipo quirúrgico que atiende al paciente, su campo de acción no se limita solamente a la sala de operaciones, participa además en la preparación del paciente, su función esta orientada a obtener la mejor coordinación física y mental del paciente; durante la no requiere tener revestimiento aséptico, concluida la operación deberá efectuar el revestimiento de su paciente, y participa de forma relevante en el postoperatorio inmediato.

Tiene como deber ineludible, ele efectuar la valoración de preanestesia, cuyos pasos son interrogatorio y examen físico, clínico, prescripción de medicamentos preanestesiaos, y selección conjuntamente con el cirujano de técnica anestésica a emplear.

● ENFERMERA CIRCULANTE



Es la encargada de proporcionar el apoyo que el demás equipo quirúrgico requiera. Es la única persona que podrá entrar y salir del quirófano, según sea necesario, así como tampoco está revestida asépticamente.

La enfermera circulante no pertenece en sí al equipo quirúrgico, es personal de hospital, por lo que recibe los bultos de C.E.Y.E. revisando que estén correctos y por lo menos media hora antes de la intervención revisa y prepara los siguientes puntos:

- Regula la temperatura de quirófano.
- Verifica que los quipos y las mesas estén limpios.
- Verifica que funcionen correctamente todas las lámparas.
- Verifica que los lavabos estén abastecidos.
- Revisa el instrumental elegido para el tipo de cirugía.
- Verifica que la mesa de operaciones funciona adecuadamente, y que tenga una colchoneta y una sábana limpia.
- Verifica equipo extra que sea necesario, y que funcionen correctamente.
- Elige las mesas y los pies de sueros que sean necesarios.
- Coloca convenientemente los paquetes estériles.
- Ayuda al instrumentista a preparar las mesas manipulando el material solicitado sin contaminarlo.
- Ayuda al camillero a pasar al paciente, colocándolo en la mesa de operaciones.
- Durante la operación está al servicio del equipo quirúrgico.

- Deberá conectar los aspiradores y checar su funcionamiento.
- Cambiar sueros fisiológicos cuando se solicite.
- Surte de medicamentos al anestesista.
- Cuanta las compresas y las gasas junto con el instrumentista.
- Prepara y proporciona el material para cubrir la herida.
- Avisar al camillero cuando el paciente este listo para su traslado.
- Recibe el instrumental para su lavado y envía a C.E.Y.E.

TÉCNICAS DE ASEPSIA

Como bien sabemos la profilaxis de las heridas exige, que todo cuerpo, material u objeto empleado en una operación ha de ser protegido de cualquier contaminación proveniente, del personal o de los materiales que se pongan en contacto con el paciente.

Por lo que se refiere al cirujano y a los ayudantes que necesariamente se ponen en contacto con órganos y tejidos, es indispensable el uso de ropa estéril y adecuada al quirófano (pijama quirúrgico), lavado de manos, etc.

En el trabajo "*Preparación del Personal Quirúrgico*" del Prof. Adj. Sappía Daniel hace mención que "El personal quirúrgico es la principal causa de contaminación microbiana durante la cirugía y para reducir las concentraciones de microorganismos se requiere de una preparación cuidadosa del equipo y del personal "no estéril". Se ha destacado una correlación entre el número de personas, sus movimientos y la cantidad de bacterias transportadas por el aire en un departamento quirúrgico. Para reducir la contaminación durante el acto quirúrgico se deben seguir pautas estrictas referidas al atavío de todo el personal del quirófano (incluidos los observadores). En lo posible, el personal del quirófano se debería restringir sólo a los integrantes esenciales para la anestesia o apoyo quirúrgico".

Por tal motivo nosotros como estudiantes de medicina tenemos y estamos obligados de saber las técnicas correctas antes y después de entrar aun quirófano, este es en realidad el motivo del presente trabajo, por eso nos dimos a la tarea en la recopilación de la información más relevante y útil sobre este tema, haciendo del aprendizaje una forma mas sencilla y sin tantos rodeos, las técnicas presentadas a continuación serán lo mas breves posibles para su mejor manejo y sobre todo mayor entendimiento, par que asi no haya mucha dificultad en la realización de cada uno de los pasos que deben seguirse en cada punto.

Nos hemos basado en bibliografías diferentes, pero hemos tomado la que mayor beneficio nos deje, y sobre todo la mas manejable y entendible. Esperemos y este material será de gran utilidad para el desempeño tanto en el entorno estudiantil como en el profesional.

VESTIMENTA QUIRÚRGICA

Todas las personas que ingresan en la sala de operaciones, sin importar si se está realizando una cirugía o no, deben estar apropiadamente vestidas.

Al respecto, son convenientes las vestimentas en dos piezas (ambos), la casaca debe ser a medida y puede ir por dentro o fuera del pantalón (correctamente debe ir dentro del pantalón). Sus mangas deben tener el largo suficiente para permitir el restregado de las manos y antebrazos. Los pantalones deben tener un cierre elástico o con cordones.



Otras vestimentas quirúrgicas incluyen las cofias, cubre boca, cobertores de calzado, camisolines y guantes. El pelo es un portador significativo de bacterias; cuando se lo deja descubierto actúa como filtro y recolecta microorganismos. Como la caída del pelo ha demostrado afectar las tasas de infección de las heridas quirúrgicas, se requiere una cobertura completa. Aun cuando no se haya iniciado el acto quirúrgico, las cofias y los barbijos deberían estar colocados en el ambiente de la cirugía. Las cofias deben cubrir por completo toda la cabeza y el pelo facial y el cubre boca debe proteger la boca y ventanas nasales.

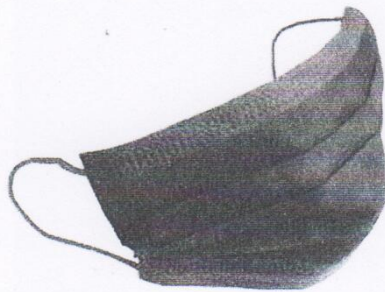


En el área quirúrgica se puede utilizar cualquier calzado que sea cómodo. Los cobertores del calzado se colocan para ingresar al área quirúrgica y se los debe llevar cuando se abandona aquella para mantener su limpieza. Al retornar al área quirúrgica deben colocarse nuevos cobertores. Los cobertores de calzado en general se confeccionan con



materiales reutilizables o descartables que son repelentes del agua y resistentes al desgaste.

Siempre que se ingrese a un área estéril se debe utilizar un cubre boca confeccionado en material libre de hilachas que contenga un filtro hidrofílico entre 1as capas externas. Su principal función es filtrar y contener las gotitas de microorganismos expulsadas desde la boca y nasofaringe durante la charla, estornudo y tos. Deben ajustarse sobre la boca y nariz y asegurarse de tal manera que se prevengan las fugas. La zona dorsal se asegura adaptando el borde superior reforzado con justeza alrededor de la nariz.



LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

Los lavados quirúrgicos se utilizan para limpiar las manos y antebrazos reduciendo las concentraciones bacterianas que entran en contacto con la herida durante la intervención. Los objetivos del restregado quirúrgico incluyen la eliminación mecánica de la suciedad y grasitud, reducción de las poblaciones microbianas transitorias (bacterias depositadas desde el ambiente) y deprimir la población bacteriana residente en la piel (bacterias aisladas en forma permanente desde el tegumento) durante el procedimiento. No se recomienda el empleo de los guantes solos (sin el lavado quirúrgico) para evitar la contaminación microbiana; hasta el 50% de los guantes quirúrgicos contienen orificios al finalizar la intervención, pudiendo incrementarse con las cirugías prolongadas o engorrosas.

Los jabones o detergentes antimicrobianos empleados para el restregado deben ser de acción rápida, amplio espectro, no irritantes y deben inhibir la proliferación bacteriana de rebrote rápido. Podemos mencionar dos procedimientos de lavado de manos, pero en ambos casos se debe realizar primeramente:

- ✿ Localizar cepillo y el jabón antibacteriano.
- ✿ Extraer relojes, pulseras y anillos.
- ✿ Mojar por completo las manos y los antebrazos.
- ✿ Aplicar 2-3 bombeos de jabón antimicrobiano a las manos y lavarlas junto a los antebrazos.
- ✿ Higienizar las uñas y áreas subungueales con el cepillo debajo del agua abierta.
- ✿ Enjuagar brazos y antebrazos.
- ✿ Aplicar 2-3 bombeos del jabón antimicrobiano a la mano y antebrazo.
- ✿ Aplicar 2-3 bombeos del jabón antimicrobiano al cepillo estéril.

Se puede realizar bajo dos modalidades:

a) Método anatómico cronometrado:

1. En un tiempo de 2 minutos restregar cada lado de cada dedo, entre los dedos y las partes anterior y posterior de la mano.

2. Proceder al restregado del antebrazo, manteniendo la mano más alta que el brazo.
3. Refregar cada lateral del antebrazo hasta 10 cm. por encima del codo, durante 1 minuto.

El tiempo total de lavado es de 3 minutos, aproximadamente, por mano y antebrazo.

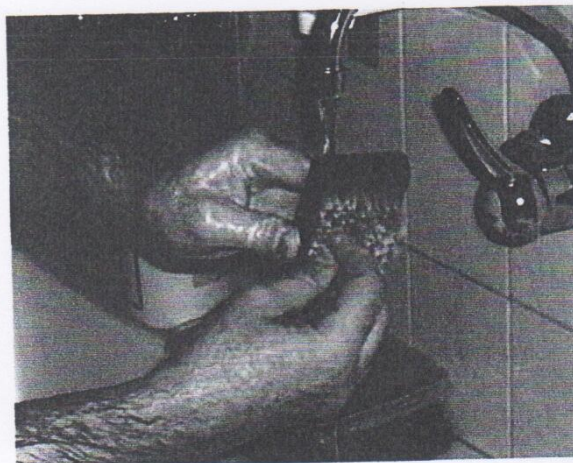
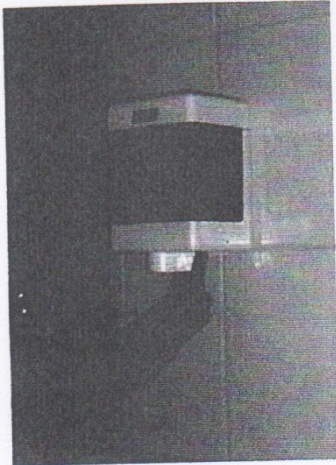
b) Método de recuento de cepillados:

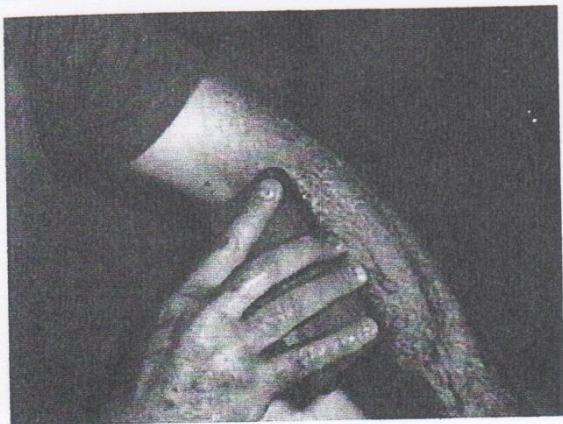
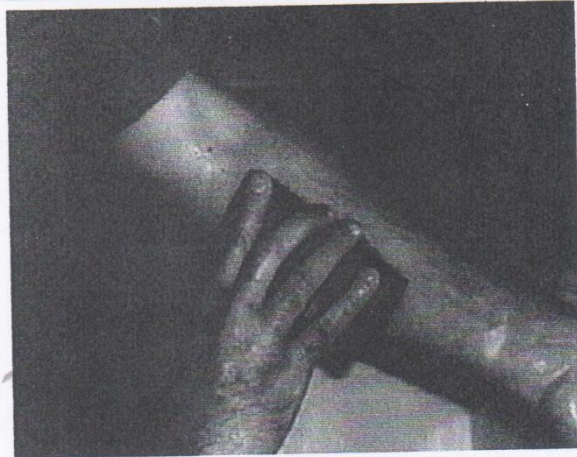
1. Aplicar 30-cepillados (una cepillada consiste en un movimiento de arriba hacia abajo o de atrás para adelante) en todas las puntas de los dedos pulgares.
2. Dividir cada dedo y el pulgar en cuatro partes y aplicar 20 cepilladas a cada una de las cuatro superficies, incluyendo las membranas digitales.
3. Restregar desde la punta del dedo hasta la muñeca cuando se lavan el pulgar e índice y dedos pequeños.
4. Dividir los antebrazos en cuatro planos y aplicar 20 cepillados a cada superficie.

En ambos casos se deben seguir los siguientes pasos:

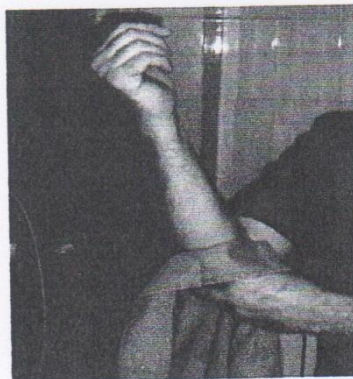
- Enjuagar el cepillo debajo del agua abierta y transferirlo hacia la mano restregada.
- No enjuagar la mano y antebrazos lavados en este momento. Repetir el proceso en la otra mano y antebrazo.
- Cuando ambas manos y antebrazos han sido restregados, dejar el cepillo en la pileta.
- Comenzando con las puntas de los dedos de una mano, enjuagar debajo del agua movilizandolos dedos hacia arriba y afuera del chorro de agua permitiendo que el resto del antebrazo sea enjuagado siguiendo la dirección del agua.
- Siempre permitir que el agua corra desde los extremos digitales hacia los codos.
- Nunca dejar que las puntas de los dedos queden por debajo del nivel de los codos.
- Nunca sacudir las manos para quitar el exceso de agua; permitir que el agua escurra desde los codos.

- Enjuagar la otra mano de la misma manera.
- Mantener las manos erguidas y enfrente de uno para poder verlas y proceder hacia el área de secado de manos, colocación de camisolín y guantes.





Cuando se finaliza el lavado, las manos y brazos deben ser secados con una toalla estéril. Como se muestra a continuación:



NO ME CONTAGIO, NO CONTAGIO

Debemos lavarnos las manos:



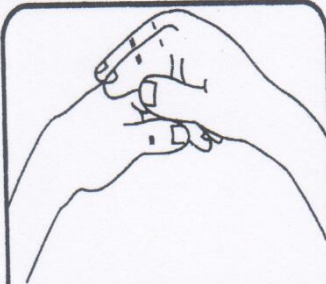
1.- FROTEMOS NUESTRAS
PALMAS
VIGOROSAMENTE



2.- FROTEMOS NUESTRA
PALMA SOBRE EL DORSO
IZQUIERDO Y VICEVERSA



3.- FROTEMOS AMBAS
PALMAS CRUZANDO
LOS DEDOS



4.- FROTEMOS NUESTROS
DORSOS DE LOS DEDOS
FLEXIONADOS PARA
CADA MANO



5.- PULGAR DER.
CON MANO IZQ.
Y VICEVERSA



6.- YEMA DE LOS DEDOS
SOBRE NUESTRAS
PALMAS

CUIDEMOS LA SALUD DEL PACIENTE Y LA NUESTRA

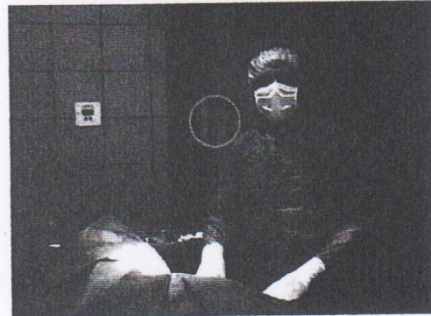
COLOCACIÓN DE LA BATA QUIRURGICA

La bata o también llamada camisolín debe ser presentada de forma adecuada para su fácil y rápida utilización.

Los camisolines se esterilizan en: 1) tambores de esterilización o en 2) paquetes.

De acá los toma cada miembro del equipo quirúrgico en el momento de su colocación.

Los camisolines quirúrgicos pueden reutilizarse y estar confeccionados con materiales entretejidos (por lo general algodón) o pueden ser batas descartables. Los camisolines descartables (de un solo uso) no son entretejidos y se confeccionan directamente con



fibras más que con hilados. La tela de algodón de entretejido suelto, tipo muselina 140 es de empleo habitual para los camisolines reutilizables. Esta tela al mojarse adquiere permeabilidad instantánea a las bacterias. Los paños de algodón pima 270 que han sido tratados para lograr un acabado repelente del agua durable son más costosos pero brindan una mejor barrera contra las bacterias. Las telas de poliéster/algodón 5/150 están disponibles con entretejidos herméticos que resisten la penetración de los microorganismos.

El lavado de los camisolines entretejidos ensancha los poros de la tela disminuyendo su eficacia como barrera antimicrobiana. Los materiales de las batas no entretejidas incluyen olefinas y poliésteres. El número de microorganismos aislados en los ambientes quirúrgicos es menor cuando se utilizan materiales no entretejidos descartables.

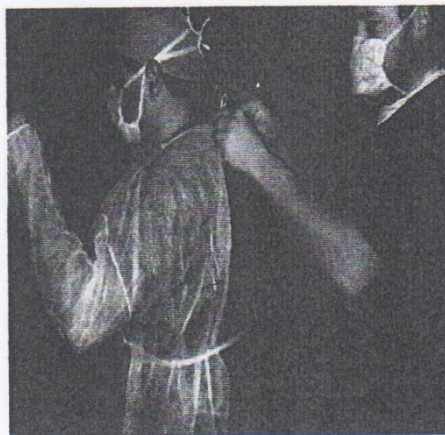


La bata estéril se toma de un paquete abierto o puede darla alguien que se haya lavado.

La bata esta doblada de adentro hacia fuera (para así no tocar la porción exterior o frente), por lo que es necesario sostenerla por el cuello y permitir que se desdoble. Al desdoblarse aparecerán los orificios de las mangas. Las manos se sostienen hacia arriba y se deslizan por los orificios, pero solo hasta el maguito del puño.

La enfermera circulante puede auxiliar al tirar del interior de la bata y hacer que los puños de la bata queden sobre las manos. Los puños son retirados a las manos, pero no sobre ellas. Cuando se utiliza la técnica de colocación cerrada de guantes.

A fin de asegurar la bata, se anudan las cintas de la porción posterior; si hay alguna cinta en la cintura, la enfermera circulante busca sus puntas sin tocar la bata, las lleva hacia atrás y las anuda.



USO ADECUANDO DE LOS GUANTES

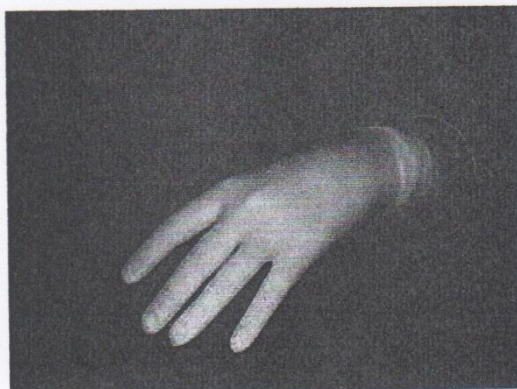
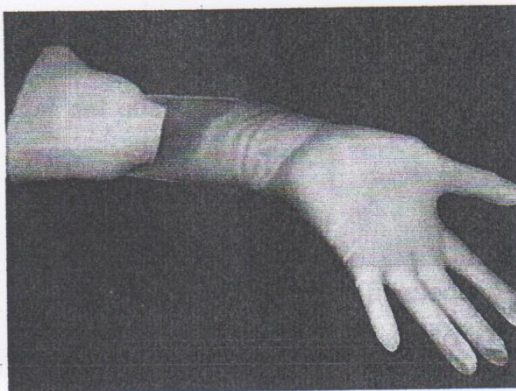
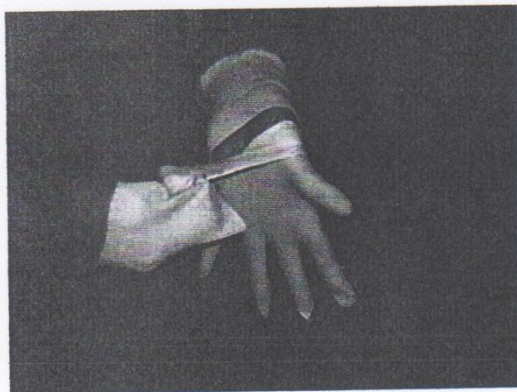
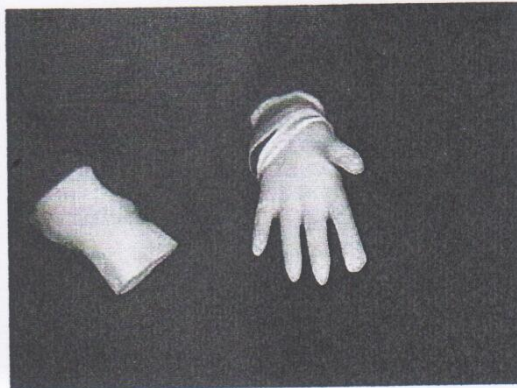
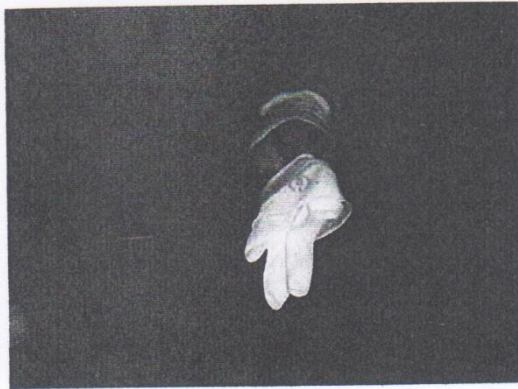
Es importante anotar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes. Se debe usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con:

- Sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal.
- Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- Debe usarse guantes para la realización de punciones venosas (y otros procedimientos que así lo requieran) y demás procedimientos quirúrgicos, desinfección y limpieza.

● POSTURA DE GUANTES ESTERILES TÉCNICA CERRADA.

1. Lavar las manos de acuerdo a la técnica anteriormente descrita.
2. No sacar las manos de los puños de la bata hasta que el guante esté colocado.
3. Sujete el guante derecho con la mano izquierda.
4. Manteniendo los brazos por encima de la cintura, deje la mano derecha con la palma hacia abajo, los dedos en dirección a los codos y la muñeca del guante sobre el puño de la blusa.
5. Tome el guante con la mano que va a enguantar y ayude con la otra para estirar el guante hasta que cubra totalmente la abertura de la blusa.
6. Estire el guante sobre el extremo de la manga y la mano empezando a introducir los dedos en la apertura de la manga.
6. Sujetando la manga y el guante, estírelos como si ambos fueran una unidad.
7. Con la mano derecha tome el guante izquierdo y repita el mismo procedimiento, asegurándose de que ambos guantes cubran completamente el puño tejido de la bata.

8. Ajuste las puntas de los dedos del guante a la mano, de manera que no queden arrugas.



● POSTURA DE GANTES ESTERILES TÉCNICA ABIERTA

Este método se emplea cuando sólo se requiere la cobertura de las manos (por ej., cateterización urinaria, biopsia de médula ósea, preparación estéril del paciente) o durante la cirugía cuando un guante se contamina y debe ser sustituido. El método no debe ser utilizado como rutina para la colocación del camisolín y guantes. Pueden ocurrir dos posibilidades:

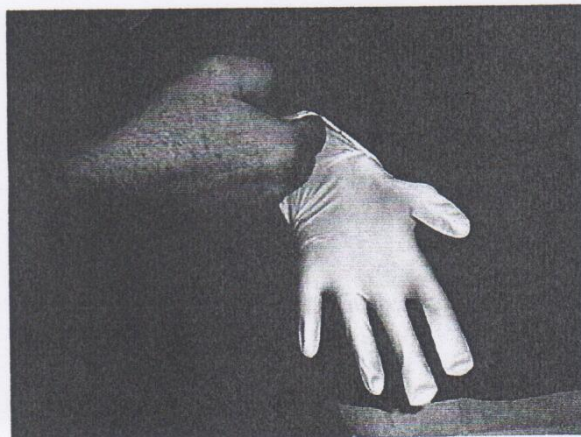
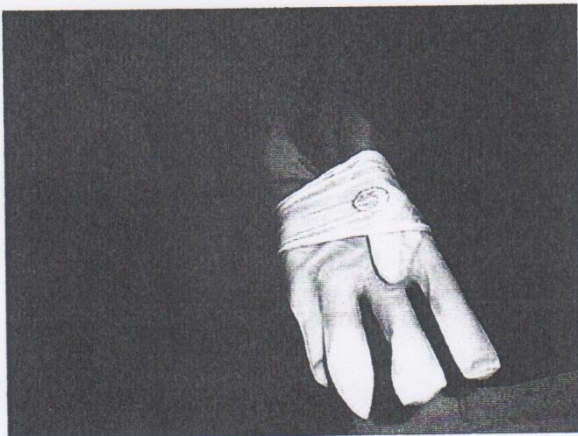
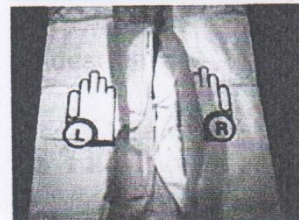
- ✚ cuando una mano está estéril;
- ✚ cuando ninguna mano está estéril.

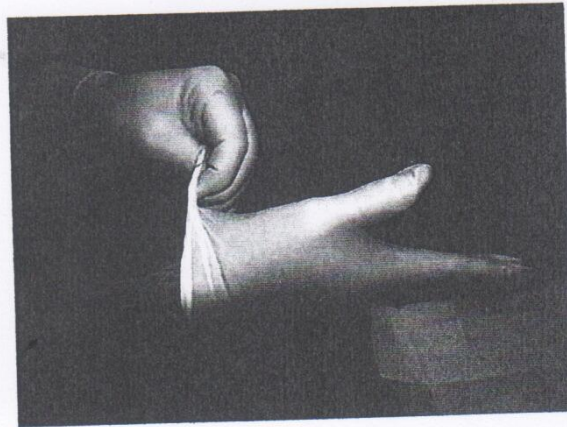
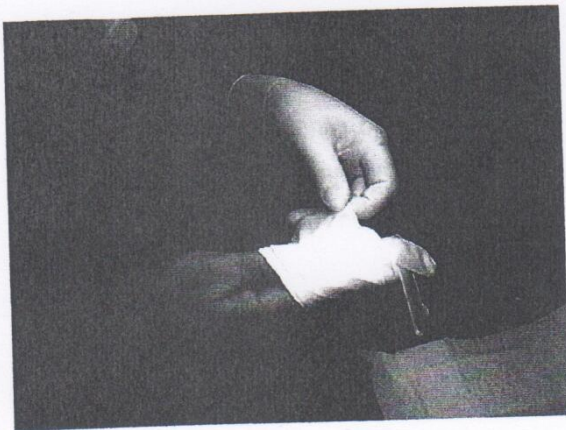
1) Abrir la guantera y extraer el guante correcto desde el borde plegado con la mano estéril. Colocar con suavidad la mano dentro del guante hasta que los dedos encajen en

los dedos del guante.

Colocar el pulgar dentro o cerca del pulgar del guante y enganchar el puño del guante sobre el pulgar. Soltar el guante. Colocar los dedos de la mano debajo del puño en la palma del guante y curvar la muñeca de la mano que

está siendo enguantada unos 90°. Avanzar con suavidad los dedos alrededor del puño hasta que estén en su parte anterior y al mismo tiempo subirlo y desplegarlo.

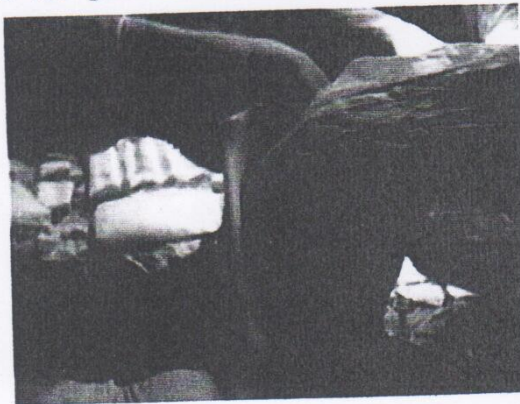




2) Levantar un guante por su lado interno con la mano opuesta. Deslizar el guante sobre la mano opuesta; dejar el puño plegado. Empleando la mano parcialmente enguantada, deslizar los dedos dentro del lado externo del puño del guante opuesto. Deslizar la mano dentro del guante y desplegar el puño; no tocar el antebrazo cuando se despliega el puño. Con la mano enguantada, deslizar los dedos debajo del borde externo del puño opuesto y desplegarlo.

● POSTURA DE GANTES ESTERILES TÉCNICA ASISTIDA

Esta variante ocurre en el caso que la instrumentadora, ya vestida asépticamente, procede a colocarle los guantes al cirujano. La asistente levanta un guante colocando sus dedos y pulgar debajo del puño del guante. Con el pulgar del guante mirando al cirujano, deslizar la mano dentro del guante. Luego, el asistente levanta el puño del guante sobre el camisolín y lo suelta con delicadeza. El asistente levanta el otro guante.



Colaborar manteniendo el puño del guante abierto con los dedos de la mano estéril, mientras se introduce la mano en su interior. El asistente mantiene sus dedos debajo del puño mientras el cirujano termina de introducir la mano dentro del guante.

VESTIDO DE LA MESA DE MAYO

Este procedimiento consiste en una serie de actividades que lleva a cabo la enfermera instrumentista tan pronto como se halla colocado la bata y guantes estériles para tener una superficie estéril adicional a la mesa de riñón.

La funda de mesa de mayo es una funda larga, de tela doble, que se destina a cubrir el marco de la mesa de mayo.

Material:

1. Mesa de mayo
2. Funda de mesa de mayo
3. Charola

Procedimiento:

1. El instrumentista, una vez vestido con la bata y guantes estériles, procede a tomar la charola de mayo estéril, la levanta y la retrae de su funda.
2. El instrumentista hace un dobléz amplio en la boca de la funda y detrás de él protege sus manos, el resto de la funda doblada como acordeón se sostiene en los antebrazos y apoyada en el abdomen para impedir que caiga debajo del nivel de la cintura.
3. Desliza la charola y la funda sobre el marco de la mesa colocando el pie en la base de la misma para estabilizarla.

COLOCACIÓN DE CAMPO ESTÉRIL

Después de hacer la antisepsia de la región anatómica en el paciente, se hace la creación de un campo de trabajo, para ello se colocan campos y sabanas estériles en posición específica para mantener superficies estériles en las que se puedan colocar o apoyar instrumentos estériles y manos enguantadas sin contaminarse. En este procedimiento se cubre al paciente y a la mesa de operaciones, de manera que se exponga a la región preparada y quede aislada en un medio estéril.

Materiales:

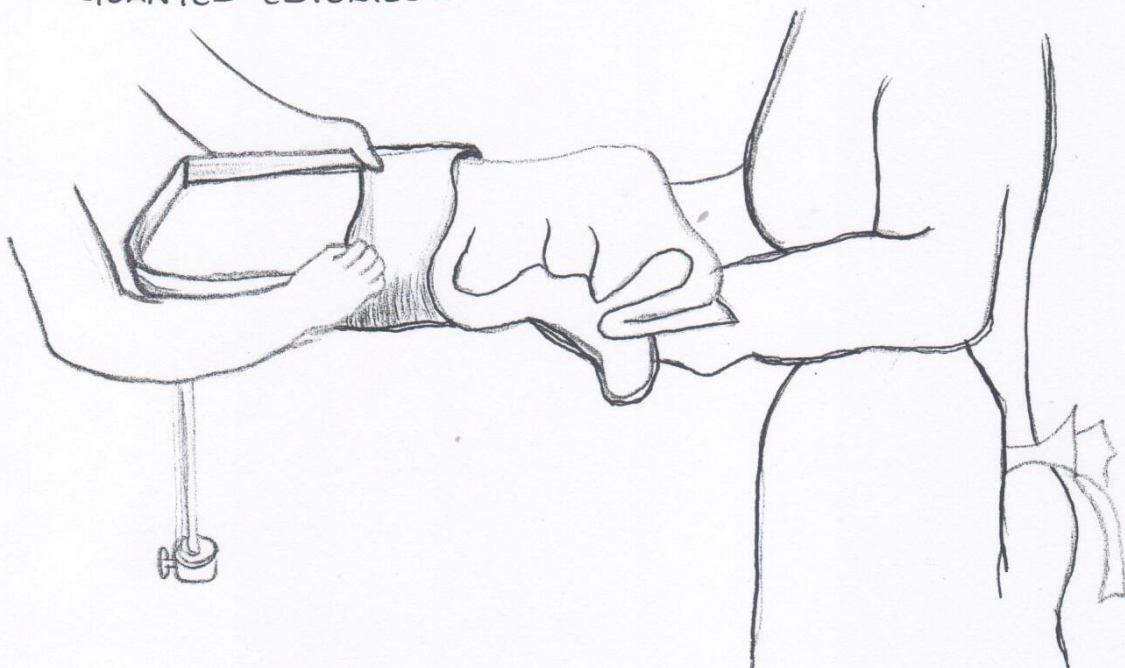
1. Campos simples (60x20cm)
2. Sabanas simples (1.20x1.80m)
3. Sabanas hendida (2.5x1.80m)
4. Pinzas de campo

Procedimiento:

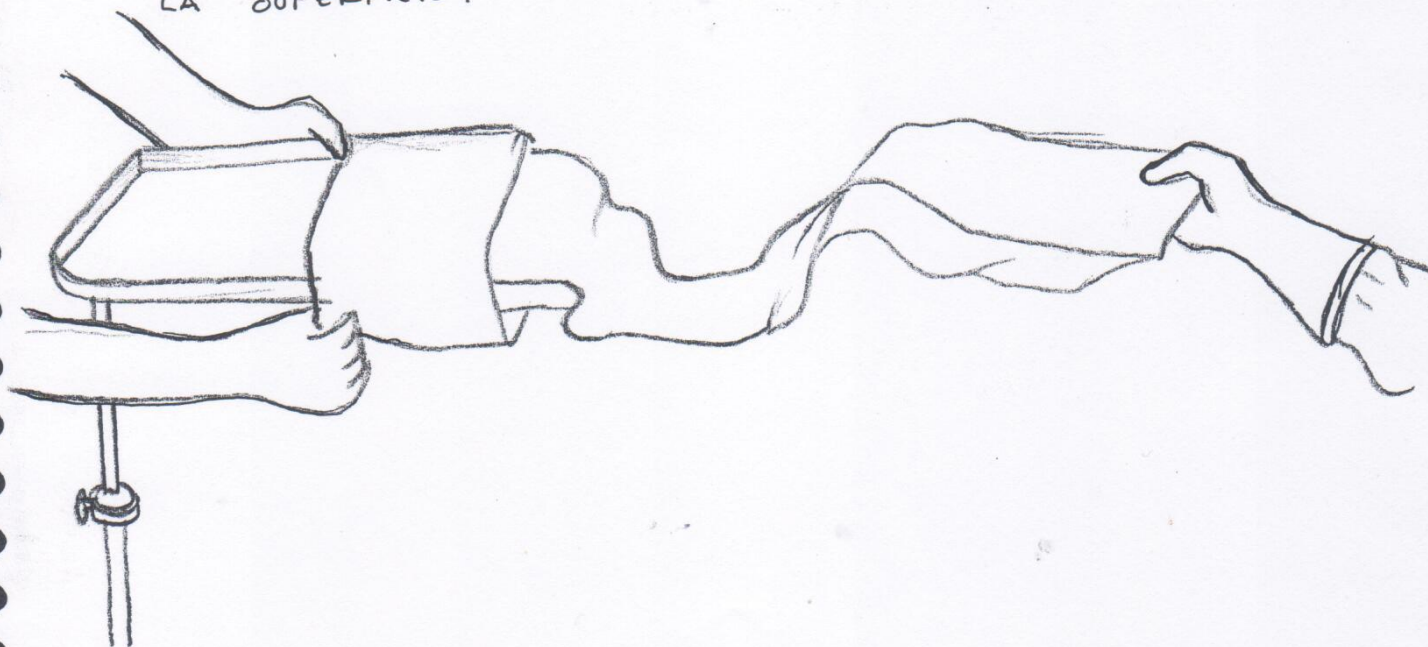
1. El instrumentista toma una sabana simple a la que se le dice sabana de pies y la entrega al ayudante. El ayudante y el cirujano la extienden sobre las extremidades inferiores del paciente a modo de cubrirlo desde los genitales hacia abajo. Se emplea una sabana simple, que sobre la porción cefálica cubre la pantalla del anesthesiólogo. En la extensión de los extremos de la sabana, se protegen las manos enguantadas del contacto con objetos o superficies no estériles.
2. El instrumentista toma uno por uno los cuatro campos y los entrega al cirujano y al ayudante, ellos, con la compresa doblada por la mitad o en un cuarto de superficie y tres cuartos de la misma, son colocados rodeando el sitio de la incisión. Se debe levantar lo suficiente los campos para que no hagan contacto con ningún objeto no estéril, pero cuidando que no hagan contacto con la cara o lámparas. Proteger las manos tras un doblar del campo que se coloca.
3. El rectángulo así limitado se fija en sus ángulos con pinzas de campo que proporciona el instrumentista.
4. Finalmente, sin desdoblar, la sabana hendida se entrega al cirujano que la coloca orientándola en sentido longitudinal sobre el enfermo y después la desdobla o extiende, junto con el ayudante. Primero cubrirá la cabeza y después se cubrirán los pies. Se deja centrada la fenestración o ventana de la sabana hendida sobre el área circundada por los campos.

CIRCULANTE
NO VISTE BATA NI
GUANTES ESTERILES

INSTRUMENTISTA
VISTIENDO BATA Y
GUANTES ESTERILES



PLIEGUE DE LA FUNDA PARA PERMITIR
EL MANEJO DE SU EXTREMO SIN CONTAMINAR
LA SUPERFICIE.



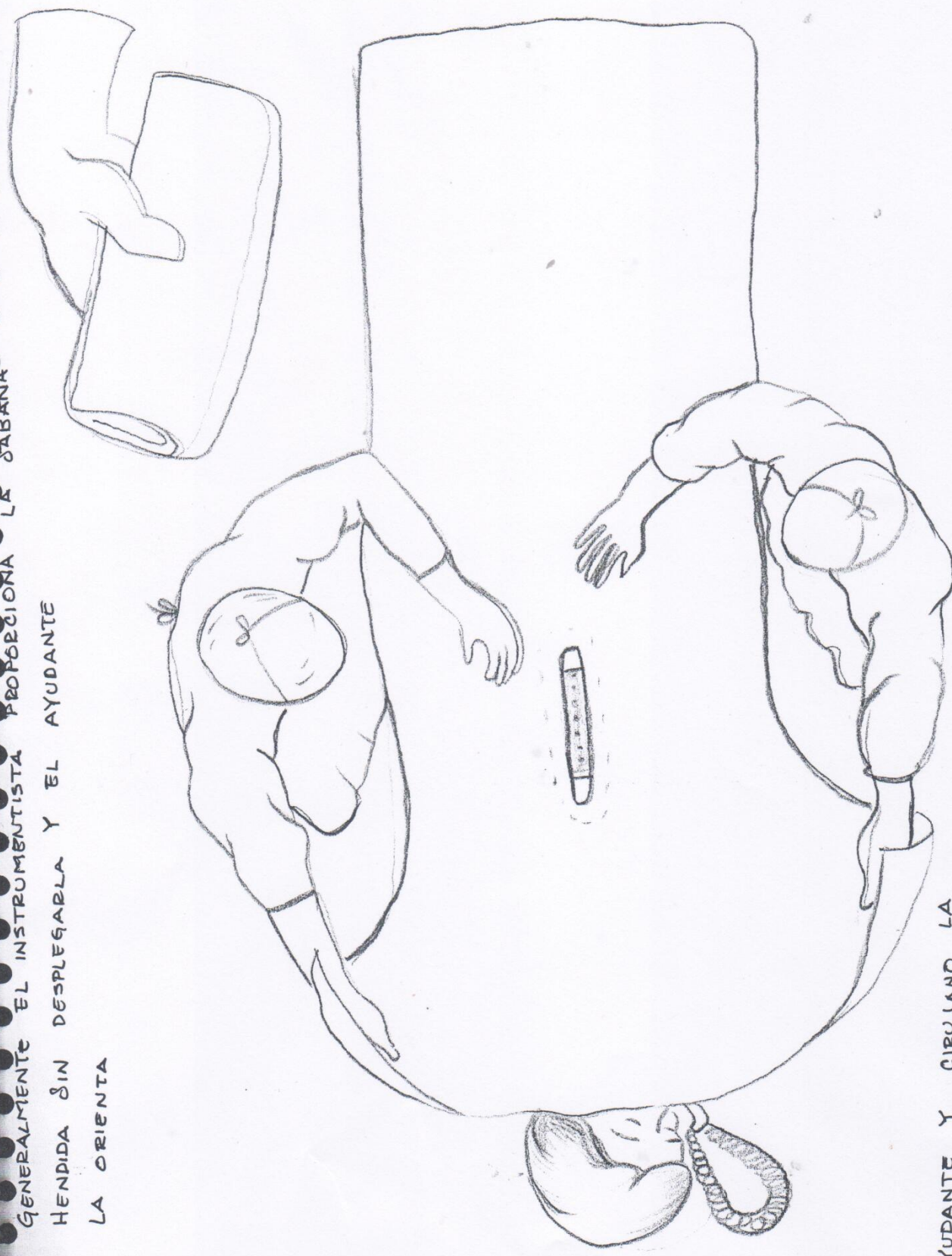
LA SABANA

PROPORCIONA LA

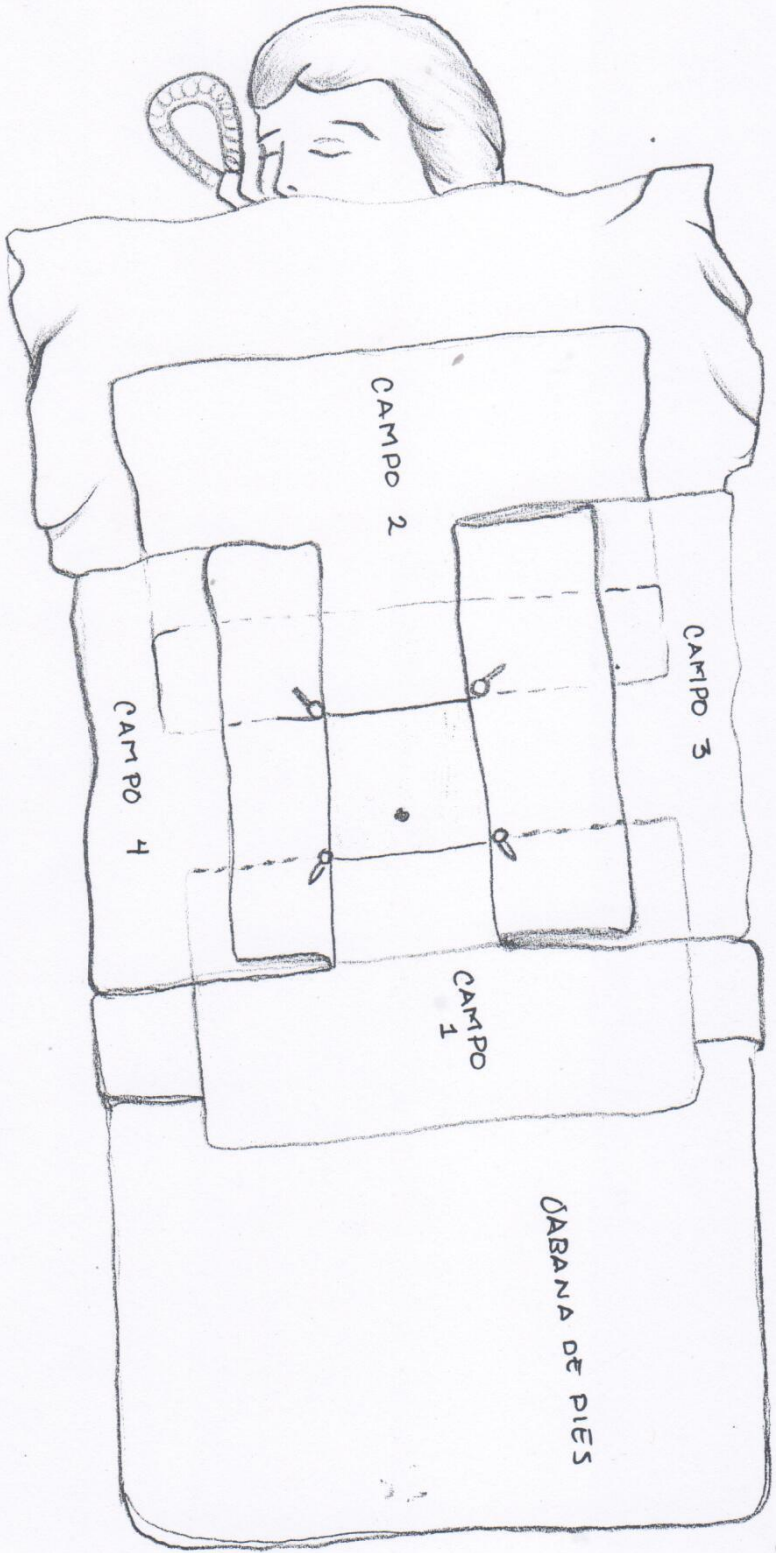
GENERALMENTE EL INSTRUMENTISTA

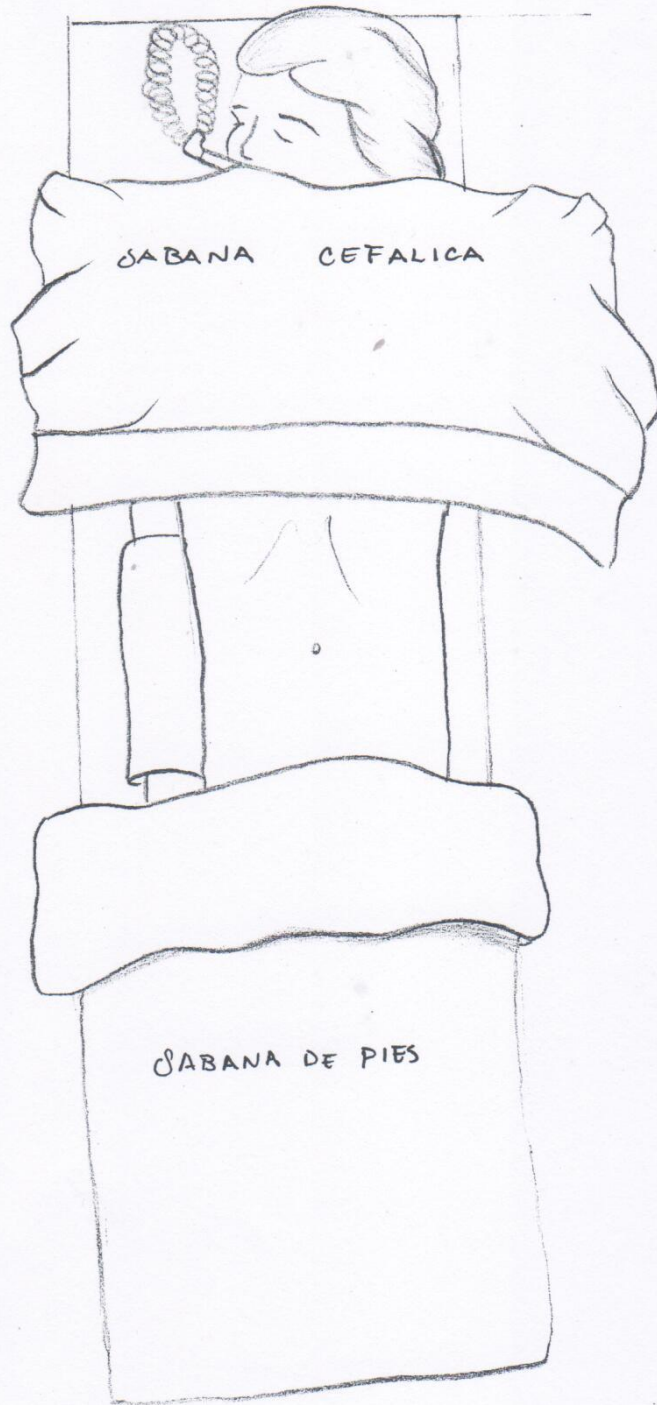
HENDIDA SIN DESPLEGABLE Y EL AYUDANTE

LA ORIENTA



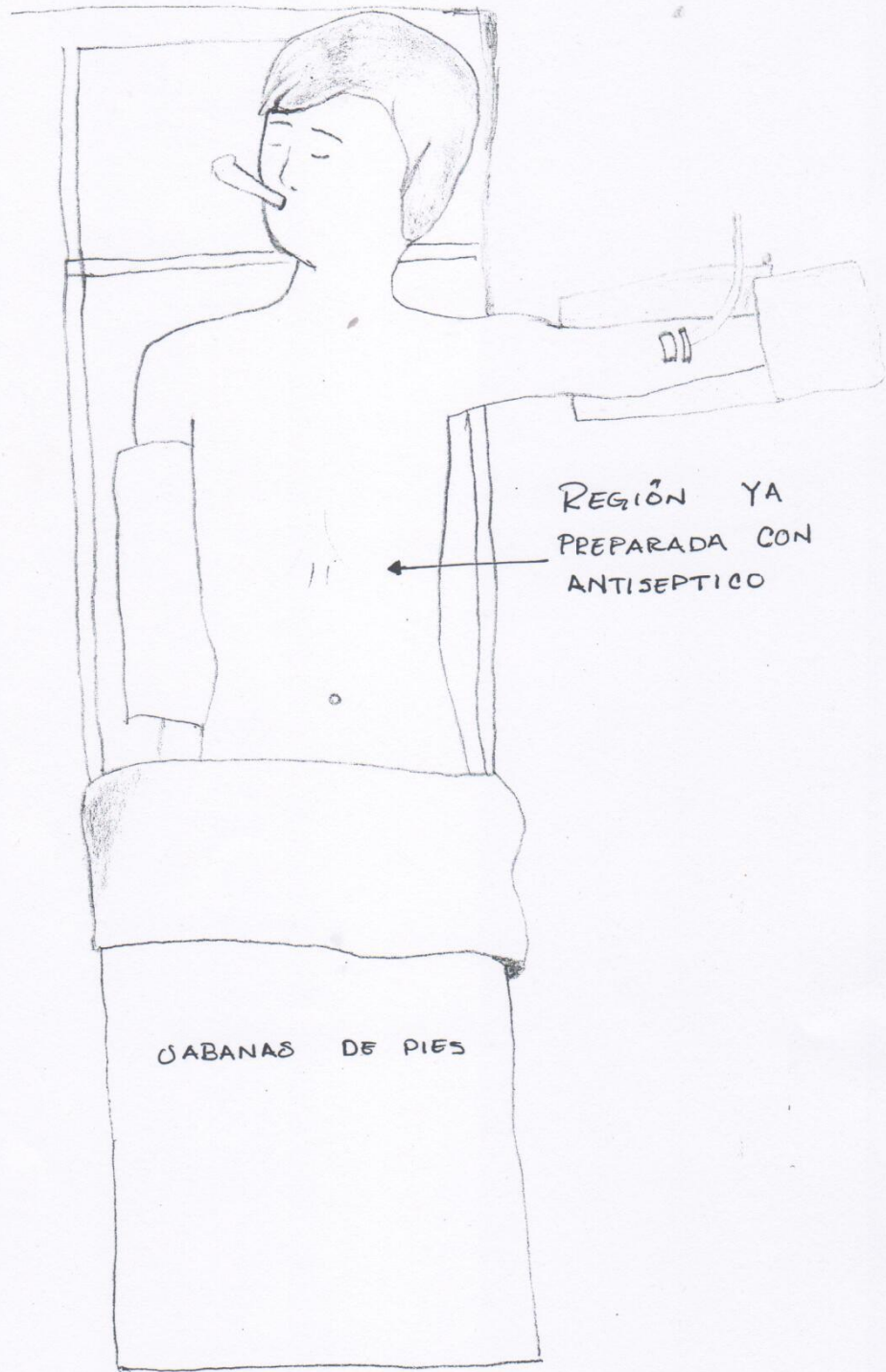
AYUDANTE Y CIERJANDO LA
EXTIENDEN SOBRE LOS CAMPOS YA COLOCADOS Y EN LA MANIOBRA
PROTEGEN SUS GUAANTES Y ROPA PARA NO RESULTAR CONTAMINADOS.





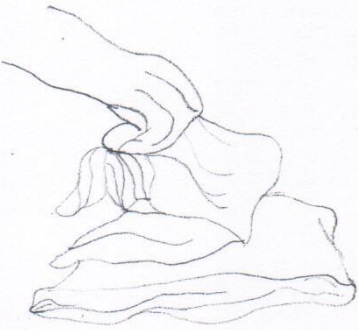
SABANA CEFALICA

SABANA DE PIES



REGION YA
PREPARADA CON
ANTISEPTICO

SABANAS DE PIES



B)

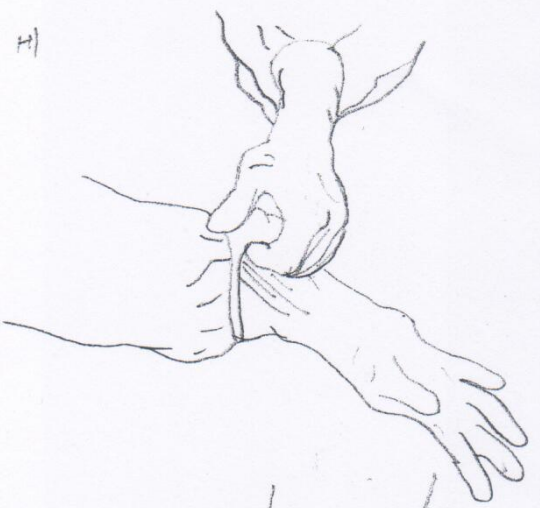
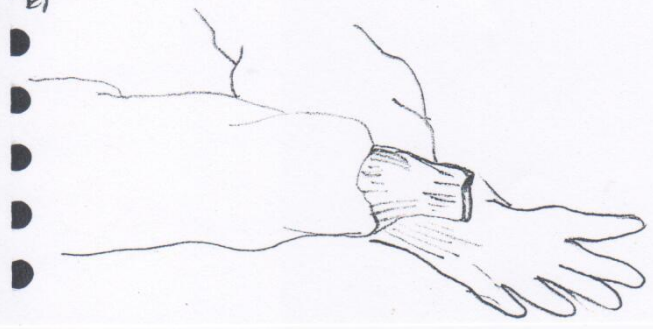
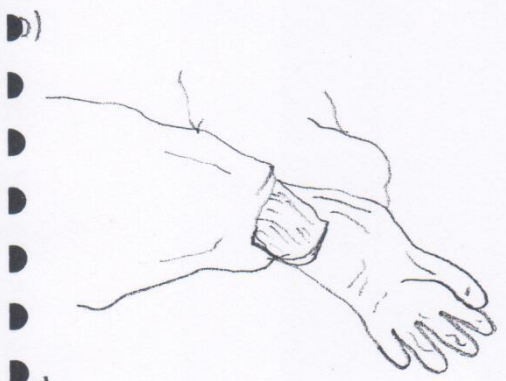
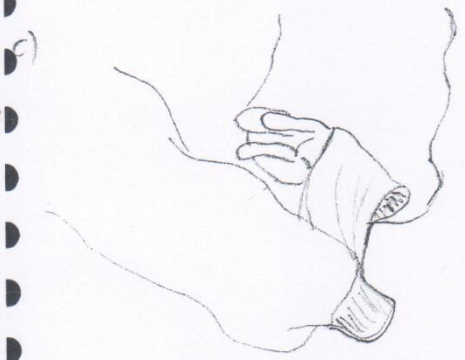
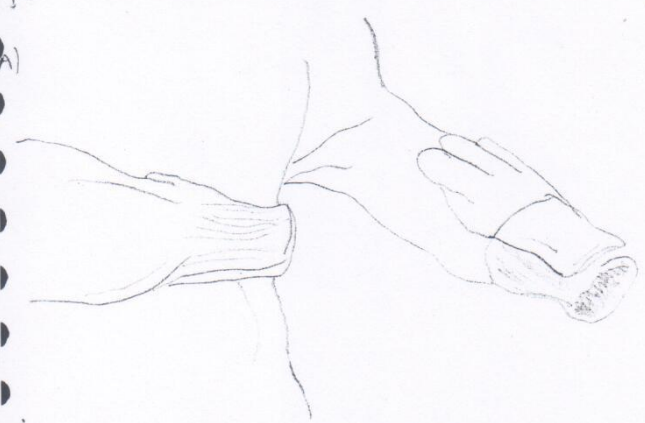


C)



F)

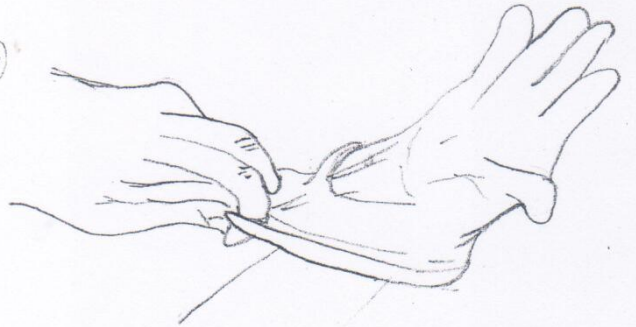




A)



B)



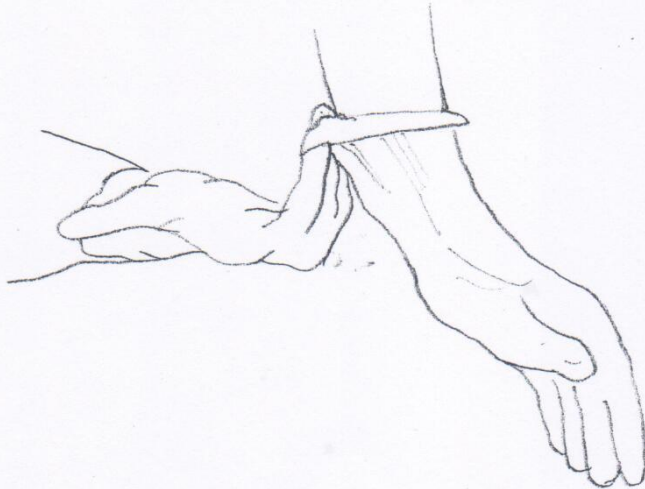
C)



D)



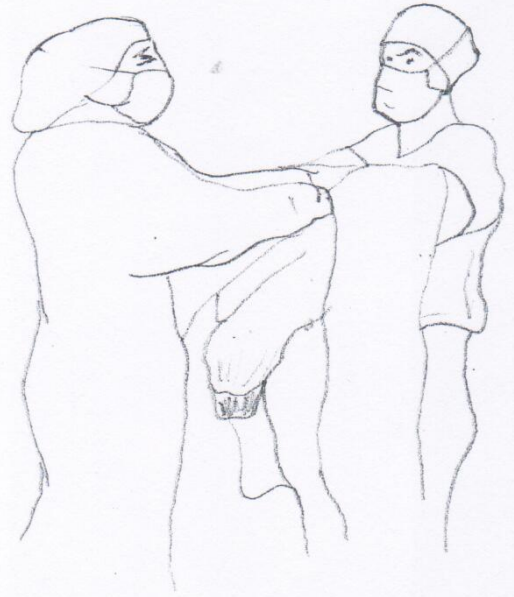
E)



A)

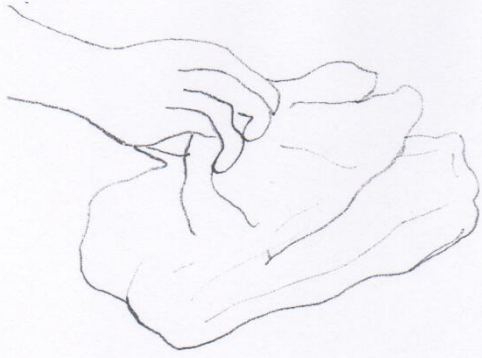


B)



C)





B)

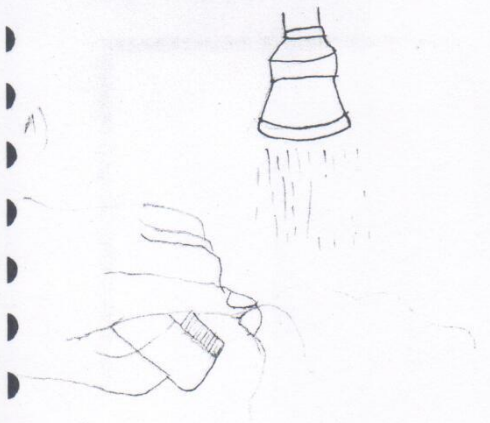


C)



D)





B)



C)



D)



E)



F)



BIBLIOGRAFÍAS:

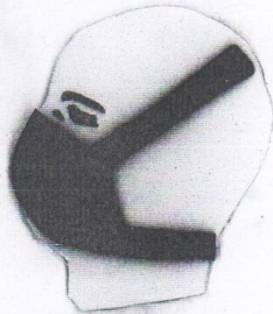
- 1.- Instrumentación quirúrgica, principios y práctica; Joanna Ruth Fuller, 3ra edición; san francisco California, Julio del 2003.
- 2.- Conductas básicas en bioseguridad: manejo integral, santa fe de bogota, d.c. abril de 1997. María Teresa Forero de Saade, ministra de salud. Iván Moreno Rojas, viceministro de salud.
- 3.- Principios de cirugía: "Guía Básica". DR. José Gabriel Guevara y Cordera; puebla 1991.
- 4.- EL QUIRÓFANO, Marta Bobis Uría, Roberto Fernández Robledo y Diego González Álvarez.
- 5.- Guía de Estudios de Cirugía General: Preparación del Equipo Quirúrgico; M.V. Prof. Adj. Sappía Daniel, Agosto del 2000.
- 6.- Normas De Actuación En Los Quirófanos. Normas De Higiene: La Esterilización; Confederación General Del Trabajo – Sindicato De Sanidad De Las Palmas.
- 7.- CIRUGIA CLINICA, de Henry M. M; Thompsom, J. N. 1ª edición, año 2005.
- 8.- Cirugía y Humanidades. Homenaje al prof. Miguel María Sánchez Martín; IMAZ CORRES, ENRIQUE- RAMOS SEISDEDPS, GUILLERMO- Publi. Universidad de Valladolid; 1ª edic, 2008.
- 9.- Cirugía 1: "educación quirúrgica"; Archundia García Abel; 3ª edición, 20 de noviembre año 2008.
- 10.- Manual principios de cirugía; brinicardi, F. Charles, Anderson, Dana K., Billiar, Timothy R., Duna, David L., Hunter; John G., Pollock; Rápale E., 8ª edición, 2007.

ANEXOS

CUBIERTA DEL PELO

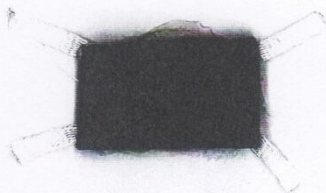
También se coloca un gorro, capucha o turbante de tela antes de la pijama para evitar la contaminación del pelo a la ropa limpia e impedir la caída de cabello a zonas estériles. El gorro debe cubrir la frente para absorber el sudor e impedir el goteo. La mayor parte de los gorros están hechos de telas no tejidas, no porosas, libres de pelusas y desechables. Si el pelo es largo debe usarse un gorro o casco para cubrir el área del cuello, el pelo no debe cepillarse mientras se usa un traje limpio. Los gorros de diferentes colores son de ayuda para diferenciar al personal.

G O R R O:



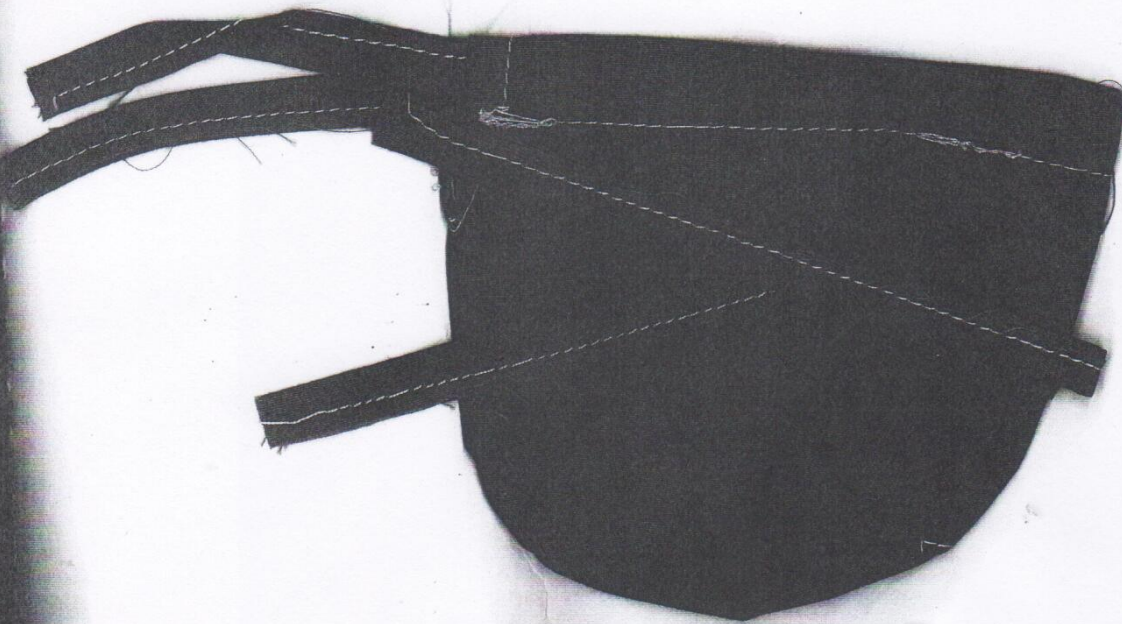
CUBREBOCAS:

Para entrar al área blanca debe poseerse un mascarilla especial llamada "cubreboca", que va a filtrar las gotitas de Flügge que se expelen por la boca y poseen microorganismos capaces de producir una infección, al igual que la nasofaringe, este cubreboca se anuda con una cinta detrás del cuello y otra en el vértice del cráneo, de tal modo que éste quede sujeto y no se deslice, no debe impedir la visión, ni la respiración. Un cubreboca bien puesto reduce la exposición de las partículas submicroscópicas por filtración del aire que se inhala, los cubrebocas de algodón reutilizables son obsoletos, su capacidad de filtración se inactiva cuando se humedecen,. Los de uso actual son los cubrebocas desechables de material suave con acabados de fibras sintéticas muy finas, filtran al menos el 95% de microbios de partículas de inhalaciones y exhalaciones, son frescos cómodos y no obstruyen la respiración, no son irritantes, par que sea eficaz el cubrebocas debe filtrar el aire espirado, por lo que se usa cubriendo completamente nariz y boca. Algunos cubrebocas tienen una cinta exterior plegable que puede doblarse para ajustarlo sobre el puente de la nariz. Se debe manipular minimamente tocando solo las cintas para conservar limpia el área facial, para no contaminarse con el cubrebocas sucio, nunca debe bajarse alrededor del cuello, solo pueden ponerse sobre el gorro, se debe desechar en cestos correspondientes y utilizando uno nuevo por cada intervención, evitar hablar mucha para que no se humedezcan y reduzcan su capacidad de filtración.



CUBIERTAS PARA LOS ZAPATOS:

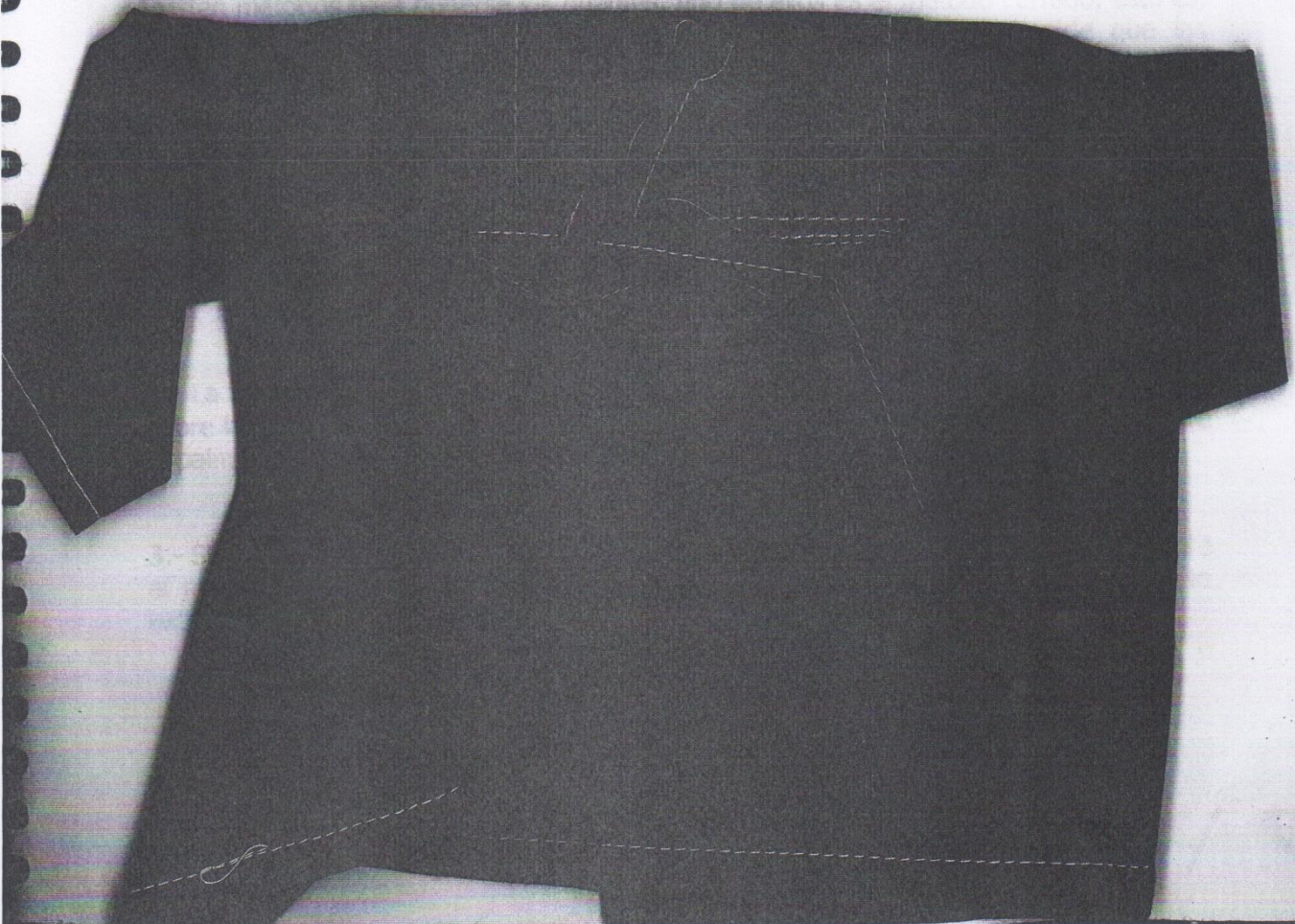
Las cubiertas para los zapatos o botas quirúrgicas pueden usarse a partir de la zona gris y protegen al que las usa de posibles derrames de cualquier tipo de secreciones sobre los zapatos durante los procedimientos. Las piernas de los pantalones limpios siempre van dentro de las botas. Si se utilizan cubiertas en los zapatos de be cambiarse cada que se humedezca, ensucien o volteen y deben quitarse antes de salir del quirófano.



B A T A:

Una bata estéril se usa sobre el uniforme quirúrgico para permitir que se entre al campo estéril, es la que diferencia de las personas del grupo estéril (limpios) de las personas del grupo no estéril (no limpios). La función de la bata es proporcionar una barrera protectora de la migración de los microorganismos de la piel y del traje limpio del usuario al campo estéril y hacia el paciente y la penetración de sangre y líquidos corporales del paciente al traje limpio o la piel del usuario.

Pueden usarse batas estériles de diversos tipos, tanto desechables como reutilizables, a pesar de que se esteriliza, la parte posterior de la bata se considera que no es estéril, ni tampoco el área debajo del nivel de la cintura. Las batas deben ser resistentes a la penetración de líquidos y sangre, además de ser cómodas sin que acumule mucho calor, las batas reutilizables son de muselina de algodón y las desechables de un material llamado oleofina adherida por centrifugación. La lesión mecánica por instrumentos filosos o delgados destruye la integridad de la bata, por lo que ya no cumple con su objeto. La bata debe cambiarse si se punciona o desgarrar durante la intervención. Comúnmente la bata es utilizada por el cirujano, la enfermera quirúrgica y ayudante. Es de corte recto, mangas largas rectas y amplias con puños elásticos. Lleva un cordón de lino para pasarlo por el dedo pulgar, en la parte anterior presenta un marsupial adherido del cuello a la cintura, abierta por detrás y las cintas son largas para poderlas amarrar. Las batas reutilizables se esterilizan en el autoclave.



G U A N T E S:

Los guantes estériles completan el atuendo de los miembros estériles del equipo quirúrgico, se usan para permitir el manejo de suministros estériles o tejidos de la herida quirúrgica. Estos guantes están hechos de látex natural o caucho sintético, los de látex son los utilizados con mayor frecuencia; el látex es una membrana polimérica con un número infinito de hoyos entre enrejados, es una barrera mejor que el vinilo. Los guantes se empaican en pares, con las bocas dobladas hacia fuera para proteger la superficie exterior del guante estéril al colocárselos. Cuando la envoltura interna se desdobla, el cirujano o enfermera encuentran el guante derecho colocado en el lado izquierdo y el izquierdo con la cara palmar hacia arriba. Ambas superficies son prelubricadas con talco, antes de esterilizarse, para que sea más fácil deslizar las manos, aunque este al caer en tejidos puede provocar complicaciones granulomatosas graves o peritonitis, por eso se recomienda limpiar los guantes con una toalla húmeda, para eliminar los residuos de talco.

Existen métodos para ponerse los guantes, uno de ellos es el método cerrado, esto es, sin sacar las manos del puño elástico de la bata. Con esto se impide que las quirúrgicamente limpias, pero no estériles, entren en contacto con la superficie exterior de los guantes. Siempre a través de la tela de las mangas de la bata, se toma la guantera y se deposita abierta sobre la mesa auxiliar de superficie estéril.

- 1.- Para facilitar las maniobras los guantes se presentan en el interior de la guantera estériles y entalcados, con un dobles en su puño y dispuestos de modo que se pueda hacer identificación visual de cual es el derecho y cual es el izquierdo.
- 2.- La mano izquierda, sin salir del puño elástico, toma el guante derecho y lo coloca sobre la mano que le corresponde. La palma de la mano del guante debe quedar sobre la palma de la mano que se viste y los dedos del guante dirigidos al codo.
- 3.- Siempre dentro del estoquinete, el dedo pulgar derecho, sujeta el dobles del guante al mismo tiempo que la otra mano, en un movimiento envolvente, calza el puño y lo extiende.

C A M P O S

Cada enfermo debe usar un equipo individual que se aparta en forma específica para él, los bultos estériles no se abren hasta el momento de utilización, es decir las mesas no se deben preparar si se van a utilizar después, la preparación de los campos es cargo de las enfermeras circulante e instrumentista, la finalidad de la colocación de los campos es de mantener superficies estériles en las que puedan colocarse instrumentos estériles y manos aguantadas sin contaminarse. Estos campos sirven para cubrir las diversas mesas que se utilizan y también al propio paciente, así como a la mesa de operaciones. Todos los instrumentos que han de ponerse en contacto con la herida se manejan dentro de estos campos para impedir el transporte de microorganismos. El material más utilizado son las sabanas de tela de algodón de tejido tupido, hechas de dos capas cosidas por sus bordes y una cruz para permitir su manejo como si se tratara de una sola pieza.

El tamaño de las compresas son variables las más comunes son las llamadas compresas de campo, rectangulares de 60 x 90 cms. Sirven para circuncidar la región anatómica en la que se opera.

Las sabanas simples son de 1.20 x 1.80 m. Sirve para aislar regiones completas como pies (en este caso se llamaría sabana de pies) o cabeza del enfermo (sabana cefálica). La sabana hendida mide 2.50 x 1.80 m. con una ventana longitudinal en el centro con refuerzo de su borde, permite cubrir al paciente, la mesa de operaciones y extenderse sobre la pantalla del anestésista en la cabecera de la mesa. Se usa en cirugía de abdomen, tórax, flanco y dorso.

También se pueden utilizar sabanas fenestradas o hendidas de menores dimensiones para cirugía de las extremidades, el cuello y la cabeza.

Compresas de campo: Sirven para circuncidar la región anatómica que se opera.



Sabana doble: Sabana de tela doble, mide 200 x 200 cm., 100 x 100 cm. con dobladillo en sus cuatro lados hacia adentro, sirve para la primera envoltura de los equipos de cirugía.



Sabana Sencilla (de pies o céfalica): Se confecciona en tela sencilla, con dobladillo en sus cuatro lados, sirve para cubrir al enfermo en diferentes áreas o como envoltura para el bulto de ropa de cirugía general.



Sabanas fenestradas o hendidas: Son de la misma función de la sabana hendida anterior, con la diferencia del tamaño menor, solo se usa en cirugías de menores dimensiones.

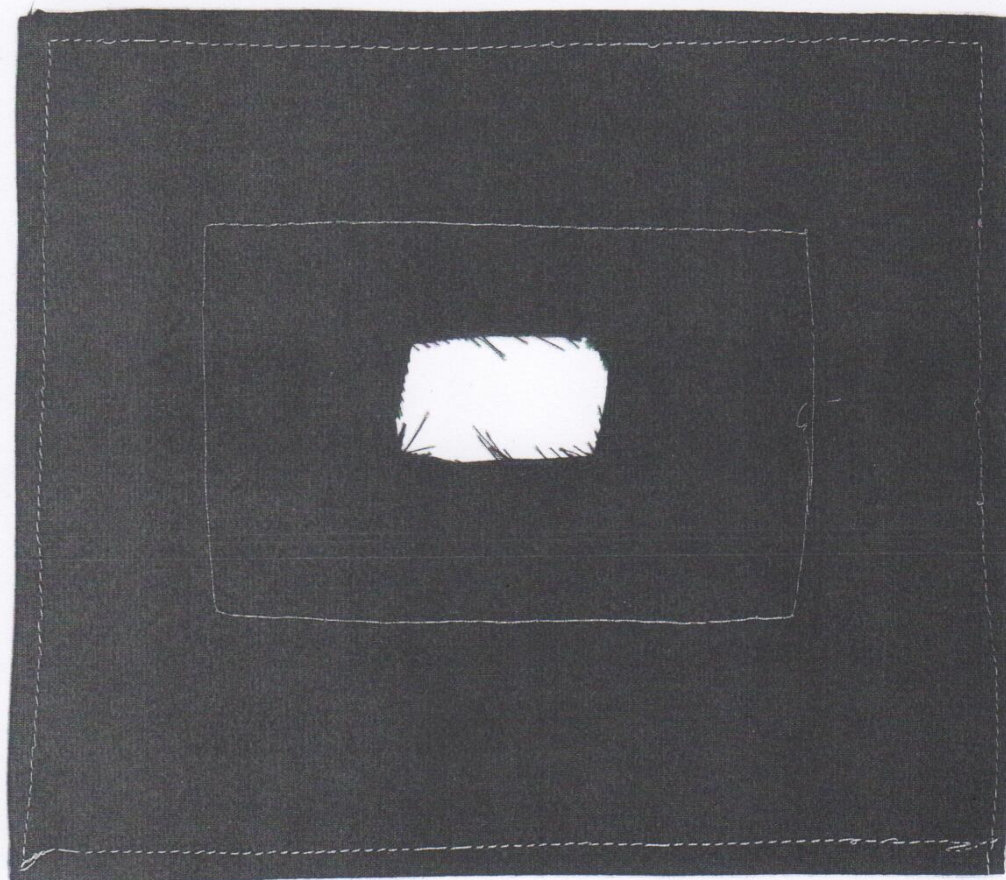
Sabana (funda) de Mayo: Es una sabana para cubrir la mesa de Mayo.



Sabana de Riñón: Se confecciona en tela doble, sirve para proteger la mesa de riñón, donde se coloca el instrumental estéril.



Sabana hendida: mide 2.50 x 1.80 m, posee una ventana longitudinal, con refuerzo en su borde, permite cubrir al paciente para delimitar el área de incisión ó par la mesa de operaciones.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
TERCER MÓDULO
"AGRESIÓN Y RESPUESTA CORPÓREA"



MANUAL DE TÉCNICAS DE COMPORTAMIENTO ASÉPTICO



Mtra. Francisca Beltrán Nardón

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, enero 2015.