Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Tesina presentada para obtener el grado de
Especialista con opción terminal en:
Enfermería Médico Quirúrgica.

Presenta:
L.E Adolfo Daniel Luqueño Sánchez

Junio, 2020.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Tesina presentada para obtener el grado de
Especialista con opción terminal en:
Enfermería Médico Quirúrgica.

Presenta:
L.E Adolfo Daniel Luqueño Sánchez

Directora de tesina:
M.E Vargas Monterrosas Marisol

Junio, 2020.

Tesina: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta:

Número de registro académico: SIEP/EEP/048/20.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

ME. Vargas Monterrosas Marisol
Presidente

MCE. García López María Araceli
Secretario

ME. González Hernández Adriana Rosalía
Vocal

MADH. Castillo González María Guadalupe
Vocal

ME. Vargas Monterrosas Marisol
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Resumen

Candidato para el Grado de	Enfermero Especialista con Opción Terminal en: Enfermería Médico Quirúrgica
Fecha de Graduación	15 de junio 2020
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta.
Número de páginas	82
LGAC	Gestión y sustentabilidad.

Introduccion: La hernioplastía es una de las operaciones más comunes en cirugía general, más del 10% de la población en México presenta algún tipo de hernia de la pared abdominal, destacan las inguinales, umbilicales, epigastricas, recidivas y la encarcelación es la principal complicación con presencia de estrangulamiento. La técnica quirurgica abierta, es la elección común para su resolución en las instituciones publicas de salud, que no cuentan con equipos sofisticados para la atención, y es vinculada a una alta prevalencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), que constituye un parámetro de calidad en la atención quirurgica, factor reelevante a tomar en cuenta por el personal de enfermería quirurgico, que proporciona una serie continua de cuidados perioperatorios para situar al paciente en las mejores condiciones posibles para su recuperación. El presente Manual de Procedimientos de Enfermería, es un documento técnico, que describe en la denominación del procedimiento las acciones quirúrgicas, con técnica abierta para la plastia de hernias que se presentan en pared abdominal, definidas con bases teóricas y normativas representadas a través de flujogramas que orientan las acciones del personal de enfermería quirúrgico. **Objetivo general:** Describir las competencias y alcances del enfermero(a) especialista en médico quirúrgica, en la plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta, para proporcionar una herramienta al personal que actúa de forma operativa en servicios quirúrgicos y proveer el grado máximo de seguridad al paciente, mediante un manual de procedimientos con apego al conocimiento científico y la normatividad vigente.

Palabras Clave: Manual de procedimientos de enfermería, plastia de hernia en pared abdominal, técnica quirúrgica abierta

Firma del Director de Tesina: ME. Marisol Vargas Monterrosas

Tabla de Contenido Pág.

1. Introducción. 1

2. Objetivo General. 9

3. Objetivos Específicos. 9

4. Denominación de los procedimientos. 10

4.1. Hernioplastia inguinal. 10

4.2. Denominación del procedimiento: Hernioplastia epigástrica. 23

4.4. Denominación del procedimiento: Hernioplastia recidiva. 32

4.5. Denominación del procedimiento: Hernioplastia estrangulada. 38

Referencias 49

Apéndices 52

A. Simbología de los Flujogramas. 52

B. Diagramas de Flujo. 53

Flujograma 1. Preoperatorio de plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta. 53

Flujograma 2. Transoperatorio de plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta. 54

Flujograma 2.1. Plastia inguinal, transoperatorio. 55

Flujograma 2.2. Plastia epigástrica, transoperatorio. 56

Flujograma 2.3. Plastia umbilical, transoperatorio. 57

Flujograma 2.4. Plastia recidiva, transoperatorio. 58

Flujograma 2.5. Plastia estrangulada, transoperatorio. 59

Flujograma 3. Postoperatorio de plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta. 60

Anexos 61

Anexo 1. Asepsia quirúrgica (AQ-2019). 61

Anexo 2. Montaje de las mesas quirúrgicas (MMQ-2019). 62

Anexo 3. Montaje del instrumental quirúrgico (MIQ-2019). 63
Anexo 4. Lavado de manos quirúrgico (LMQ-2019). 65
Anexo 5. Colocación de la bata estéril (CBE-2019). 66
Anexo 6. Colocación de guantes quirúrgicos (CGE-2019). 67
Anexo 7. Documentación Quirúrgica (DQ-2019). 68
Bitácora de Programación Quirúrgica (BPQ-2020) 68
Ficha de Identificación y Datos Generales de Cirugía Segura (FCS-2019). 69
Carta de Consentimiento Bajo Información 70
Consentimiento de solicitud de autorización quirúrgica (CSAQR-2019). 73
Hoja de enfermería quirúrgica (HEQ-2019). 75
Material de consumo (MC-2019) 78
Suturas y prótesis (SyP-2019). 79
Material textil (MT-2019). 80
Mobiliario medico (MM-2019). 81
Instrumental quirúrgico (IQ-2019). 82

1. Introducción.

La hernia de pared abdominal se define como un defecto en la continuidad de las estructuras fasciales o musculo-aponeuróticas de la pared abdominal, que permiten la salida de estructuras que normalmente no pasan a través de ellas. Anteriormente se consideraba que las hernias eran simplemente un orificio corporal patológico que requería ser *ocluido*, en la actualidad se conoce la manifestación local de una enfermedad sistémica que debe tratarse en forma integral (De & Hernia A.C., 2015).

Un tercio de todas las operaciones que se realizan en un hospital clínico-quirúrgico, son por reparación herniaria abierta, descrita como *hernioplastía libre de tensión con prótesis*, como la técnica empleada en la mayoría de los pacientes. La hernioplastía es una de las operaciones más comunes en cirugía general, con tasas que van de 10 por cada 100,000 habitantes en Reino Unido, y 28 por cada 100,000 en Estados Unidos. Más del 10% de la población en México presenta algún tipo de hernia de la pared abdominal, de éstas el 58.5% son inguinales, 24.3% umbilicales, 10.2% incisionales y el 7% restante corresponde a otros tipos de hernias con un riesgo de por vida de 27 % en hombres y 3 % en mujeres, el grupo de edad más frecuente reportado, corresponde a la población de entre 61 y 70 años de edad (Correa L., 2018; De & Hernia A.C., 2015).

En España y otros países como Chile, el procedimiento ha sido desarrollado a un nivel tal, que es la mayor parte de sus procedimientos quirúrgicos, con un abatimiento de hasta el 75% en sus costos, sin diferencia alguna, en términos de calidad en la atención, y un mayor índice de satisfacción expresada por los pacientes, al reducir el tiempo de inserción a las actividades cotidianas (Ramírez J., 2011).

En Estados Unidos, aproximadamente 750,000 hernioplastias se realizan anualmente con la técnica de reparación clásica (abierta), por preferencia de los cirujanos y la Medicina Basada en Evidencia (MBE) reporta mayores beneficios (Pirolla et al., 2018).

Las complicaciones agudas de las hernias, no están estadísticamente establecidas, van desde la incarceración de un asa intestinal en un saco herniario, hasta el atascamiento y la estrangulación. Se relacionan directamente con el aumento de la presión intraabdominal y los traumas locales, capaces de originar anillos fibrosos intrasaculares. También se sostiene que el tiempo de evolución guarda relación directa con sus complicaciones (Pastó E. et al., 2007).

La encarcelación es la principal complicación de las hernias, su recurrencia varía entre del 7% al 30%, con promedio de 9.7% y de estas se estrangulan un 10% aproximadamente. La epidemiología y pronóstico de las hernias de la pared abdominal corresponde al 5% de la población en general (prevalencia de vida), 2/3 de las hernias inguinales son indirectas, 1/3 de las hernias inguinales son directas, 10% de todas las hernias corresponden a hernias umbilicales, la incidencia de hernia incisional varía entre 15 - 30% en cirugía abdominal laparotómica (tradicional), las complicaciones corresponde a: Atascamiento 5 – 20%, estrangulamiento (compromiso vascular) de 2 – 5%, y del 15 a 20% de las hernias incisionales corresponden al tipo compleja. La variabilidad de las prinicpales complicaciones y epidemiología fundamenta la importacnia de implementar manuales de procedimietnos que organicen los criterios de aboradaje para la reducción de riesgos, a traves de la participación multidsciplinar (Narda L. Camacho, 2018; López P. et al., 2016; De & Hernia A.C., 2015; Bardavid C. et al. 2008; Bannura G. et al., 2006;).

Las diferentes técnicas quirúrgicas de reparación de las hernias, pueden ser descritas en dos grupos, las *clásicas o anatómicas* usadas con mayor frecuencia y por otro lado las *protésicas.* En la primera se repara el defecto de la pared con los propios tejidos del paciente, mientras que en la segunda se utilizan materiales sintéticos que han tenido un gran desarrollo en las últimas décadas, y cuya aplicación siempre conlleva a los mismos fines que las anatómicas (López P. et al., 2016).

Después del advenimiento de las bioprotesis de polipropileno se ha reducido el índice de mortalidad a 1-3%, mientras que la frecuencia reportada de 358 recurrencia es de 0-4%, de infección de herida quirúrgica 5-21% y de seroma 3-15%. Desde que empezaron a utilizarse prótesis plásticas para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal, se inició una revolución en las técnicas quirúrgicas y en la terminología; se acuñaron nuevos conceptos (Góngora E., 2012).

Todas las técnicas se basan en el mismo principio, el cierre del defecto herniario con tejido circundante del paciente mediante suturas, con lo cual se crea una zona de tensión. Antes de estos cambios, existían al menos, nueve procedimientos *con tensión,* sugeridos para el tratamiento de la hernia estrangulada, se han incorporado nuevas técnicas *libres de tensión,* con aplicación de prótesis por vía anterior y preperitoneal, o bien, con técnicas laparoscópicas (Góngora E., 2012; Pastó E. et al., 2007).

La malla protésica de polipropileno (biocompatible), se caracteriza por su alta fuerza tensíl, flexibilidad, impermeabilidad y su resistencia a las altas temperaturas le añade la ventaja de soportar el proceso de esterilización, característica que la colocan como la mejor opción para la hernio plastia protésica (López P. et al., 2016).

La aparición de estos materiales se aplican esencialmente en las hernias incisionales o inguinales que se reproducen frecuentemente, reduciendo un poco la

ocurrencia de recidivas, el principal problema es la protusión visceral, a través del anillo herniario y el crecimiento paulatino de este último. Con el desarrollo de la cirugía herniaria, la utilización de prótesis y técnicas quirúrgicas sin tensión se ha logrado reducir considerablemente las complicaciones y recurrencias. Por otro lado, debe considerarse a estos pacientes, no solo como dañados por un defecto anatómico simple, sino como sujetos afectados por un problema con un componente metabólico que lesiona la estructura normal de los tejidos y su cicatrización (Pastó E. et al., 2007; Bardavid C. et al. 2008).

Por otro lado, las técnicas abiertas de resolución quirúrgica son asociadas a una alta prevalencia de infección y en una herida limpia, constituye un parámetro que permite medir la calidad en un servicio quirúrgico. El cuál depende de factores aportados por el paciente (patologías asociadas), y otros asociados al equipo de salud como calidad de la técnica quirúrgica, protocolos y procedimientos estandarizados para la atención de pacientes con impacto en la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo (López P. et al., 2016; OMS, 2013; Bannura G. et al., 2006).

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución, ni país, puede afirmar que ha resuelto el problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo, se ven afectados y es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos, que en los países de ingresos altos (OMS, 2013).

Debido a que las IAAS, son eventos en los que se conjugan diversos factores de riesgo, se considera que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y control. Por ende, resulta fundamental estandarizar la atención quirúrgica, para identificar los

riesgos potenciales y prevenirlos, a través de la verificación activa e instauración de manuales de procedimientos que unifiquen el lenguaje entre el personal de enfermería quirúrgico, para coadyuvar en mejorar la calidad de la atención en las áreas quirúrgicas (Secretaria de Salud, 2019).

La gestión para la calidad del cuidado tiene altas implicaciones en el estado de salud de la persona, de manera que asegurar una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgos durante el transoperatorio debe ser un proceso continuo de evaluación en la atención a la salud, en congruencia con el estado del arte de la disciplina y el deber ético del personal de enfermería quirúrgico ante el evento prevenible (Morando D. et al, 2013).

Es necesario recordar y hacer énfasis en la importancia que ha adquirido la enfermera profesional en la gestión de diferentes procesos en el área quirúrgica, en los procesos gerenciales en el quirófano como la estandarización, monitorización y auditoria de los diferentes procesos realizados en el quirófano, todos estos enfocados a brindar seguridad al paciente. Esta concepción más amplia, establece que el papel del instrumentista quirúrgico es una combinación de cinco grandes áreas de la atención sanitaria y la tecnología: 1) Ayudante en los procedimientos quirúrgicos como parte del equipo quirúrgico; 2) Especialista en la preparación, manejo y uso de los dispositivos, equipos e instrumentos quirúrgicos; 3) Encargado de la atención del paciente en el ámbito perioperatorio; 4) Participante en el liderazgo y dirección y 5) Docente e instructor (Tobo N., 2013; Kotcher J., 2010).

El instrumentista quirúrgico en su rol de atención al paciente, ha sido en aumento durante los últimos 10 años. El dominio de esta función integrada demanda habilidades y competencias, un paciente quirúrgico está expuesto a numerosos riesgos y muchos de

estos están directamente relacionados con la tecnología que se utiliza para alcanzar los objetivos quirúrgicos. La atención quirúrgica directa que realiza el instrumentista contribuye a disminuir o eliminar los riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos. Los cuidados perioperatorios sitúan al paciente en las mejores condiciones posibles para su recuperación, dando lugar a un mayor confort global para el paciente, con ausencia de complicaciones y con una mayor seguridad postoperatoria (Kotcher J., 2010; Magdalena M. et al., 2014).

El profesional de enfermería quirúrgico tiene a su cargo y responsabilidad hacer una supervisión y comprobación periódica de los diversos procesos administrativos, operativos y aplicación rigurosa de las normas. Teniendo una visión general y comprensión significativa del actuar en el quirófano, relacionado con los aspectos y la regulación descrita sobre el tipo de comportamiento que los profesionales de la salud y el personal deben aplicar en el quirófano para disminuir al máximo los potenciales riesgos a los que está expuesto el paciente e impactar de forma favorable su calidad de vida, así como optimizar los recursos y potenciar la efectividad del equipo quirúrgico.

Debe existir unificación de criterios para la respectiva aplicación por quienes participan en el cuidado. Siendo esta un área de recepción de nuevo personal o rotación frecuente debido a la demanda del servicio; la enfermera (o) coordinador en conjunto con sus colaboradores debe promover programas de educación constante que le facilite el entrenamiento y la verificación de todos y cada uno de los procesos que le permitan hacer un seguimiento y verificación, a través de indicadores frente a la aplicación de los diferentes protocolos que permiten brindar un ambiente seguro.

El enfermero(a) especialista dentro de sus funciones gerenciales, presente la exigencia de la aplicación de estas normas y protocolos por el personal que labora en el

servicio quienes deben reconocer la importancia de los protocolos y su aplicación, según se requiera al igual debe ser replicador de las normas para quienes las desconocen, a fin de brindar en todo momento un ambiente seguro para cada persona que labora o llega a las instituciones de salud, motivar a las personas implicadas en los procesos de intervención para el mantenimiento o recuperación de la salud (Kotcher J., 2010; Tobo N., 2013).

El presente Manual de Procedimientos de Enfermería es un documento técnico, que describe de manera detallada las acciones quirúrgicas, con técnica abierta para la plastia de diferentes hernias que se presentan en pared abdominal como las inguinales, epigástricas, umbilicales, recidivas y estranguladas, definidas con bases teóricas y normativas para orientar las acciones del personal de enfermería quirúrgico. La metodología que se llevó a cabo para su elaboración fue, caracterizar los procesos para cada tipo de hernia, a través de la revisión documental y análisis del marco legal y normativo que orientan las competencias que el enfermero(a) especialista en médico quirúrgica debe realizar, durante la atención transoperatoria que brinda al paciente. Comprende la denominación del procedimiento y la representación visual de las acciones para cada proceso, a través de flujogramas que indican lo que deben hacer, cómo deben hacerlo, los objetivos, el recurso humano responsable y el material necesario, para mejorar la calidad de la atención y evitar duplicidad de funciones.

A través de este manual de procedimientos, las actividades que realiza el personal de enfermería especialista en médico quirúrgica, se unifican con las que efectúa el equipo quirúrgico, entendido como la unidad de personal competente que proporciona una serie continua de cuidados al paciente, antes, durante y después de una cirugía, contempla a cada uno de sus integrantes como parte de su totalidad y deberá actuar al

unísono y armónicamente con sus colegas para lograr el éxito en la actuación. Por ende, la participación de este especialista con funciones definidas, normadas y reguladas a través de manuales de procedimientos, estandariza la práctica asistencial, garantiza la seguridad de los pacientes, promueve la calidad de los cuidados de enfermería, minimiza los trastorno fisiológico y genera el menor impacto económico, difunde la correcta ejecución de las actividades y facilita la incorporación de nuevo personal quirúrgico de enfermería, por ser este último, uno de los factores que impactan en gran medida sobre la calidad de la atención brindada en el área (Magdalena M. et al., 2014; Kotcher J., 2010; Ramírez J., 2011).

2. Objetivo General.

Describir las competencias y alcances del enfermero(a) especialista en médico quirúrgica, en la plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta, para proporcionar una herramienta al personal que actúa de forma operativa en servicios quirúrgicos y proveer el grado máximo de seguridad al paciente, mediante un manual de procedimientos con apego al conocimiento científico y la normatividad vigente.

3. Objetivos Específicos.

1. Describir el estado del arte de la hernioplastia y la pertinencia de la integración de manuales de procedimientos a la práctica de enfermería medico quirúrgica.
2. Analizar el marco legal y normativo, internacional y nacional de la hernioplastia para fundamentar el alcance del personal de enfermería médico quirúrgico.
3. Describir los criterios de la cirugía segura para proveer el grado máximo de seguridad al paciente.
4. Orientar al personal de enfermería de nueva incorporación en las actividades que se efectúan en la hernioplastia durante perioperatorio.
5. Describir con bases teóricas y normativas las acciones que el enfermero(a) especialista en medico quirúrgica debe realizar en la plastia con técnica abierta, de las hernias inguinales, epigástricas, umbilicales, recidivas y estranguladas.

4. Denominación de los procedimientos.

4.1. Hernioplastia inguinal.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 de junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia inguinal	**Versión: 02**
		Página: 1
IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**	

VI. Descripción del Procedimiento:
La hernioplastia inguinal es el tratamiento quirúrgico indicado en la corrección del saco herniario que se forma en la zona de la ingle.

VII. Responsables:
Jefa (o) de enfermería.
Subjefe de enfermería.
Jefe de enfermería del servicio de quirófano.
Enfermera (o) especialista(o) quirúrgica (o).
Enfermera (o) general.

VIII. Políticas y/o Normas de Operación:
Constitución OMS, 2017.
Constitución Panamericana (OPS), 2006.
Seguridad del paciente: metas internacionales (OMS), 2017.
Ley General de Salud, 2019.
Ley federal de trabajo, 2019.
Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001.
Código civil, 2019.
Código penal, 2017.
Responsabilidades de los profesionales de la salud, 2015.
De las condiciones generales de trabajo de la secretaria de salud, 2019.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 de junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia inguinal	**Versión: 02**
		Página: 1

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en sistema nacional de salud.
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
Norma Oficial Mexicana NOM-067-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las suturas quirúrgicas.

IX. Documentos de Referencia:

Guía de práctica clínica con valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, 2010.
Guía de práctica clínica en la prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico, 2018.
Guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] 676-13, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, 2013.
Guzmán, G. H. y cols. (2003). Técnicas quirúrgicas en enfermería. En G. H. Guzmán, Técnicas quirúrgicas en enfermería (pág. 305). México, D.F: Editores de textos mexicanos.
Kotcher J. (2010); Instrumentación quirúrgica principios y práctica, editorial medica panamericana, 5° Edición, (pág. 1096).
Secretaria de salud, (2010). Guía de práctica clínica valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto del IMSS-455-11, (pág. 18-29), recuperado el cuatro de mayo del 2019 en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_ValoracionPerioperatoria/IMSS-455-11-GER_VALORACION_PERIOPERATORIA.pdf.
Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (pág. 1), recuperado el 15 de mayo del 2019, de: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
García G. y cols. (2018.). Enfermería del quirófano. En V. H. Amparo García García, Enfermería del quirófano. (pág. 109-162). Madrid, España.: DAE editorial.
Ramos, M. (2015). Enfermería médico-quirúrgica. Tomo l. En M. d. Ramos, enfermería médico-quirúrgica. Tomo l (pág. 498-501). Ediciones DAE (Grupo Paradigma).

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 de junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia inguinal	**Versión: 02**
		Página: 1

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Broto, M. G. (2012). Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. En M. g. Broto, Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. (pág. 563). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

X. Glosario:

Biomateriales: Material que el organismo está en condiciones de tolerar. Estos materiales pueden emplearse para la construcción de prótesis o con otras finalidades.

Carta de consentimiento: Documento escrito signado por el paciente, o su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, mediante el cual acepta, bajo su debida información de los riesgos y beneficios esperados, el procedimiento médico, quirúrgico o anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o investigación médica.

Cirugía: Procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar la presencia de una enfermedad.

Competencia profesional: Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean. La competencia se manifiesta a través del conjunto de comportamientos, causalmente relacionados con un desempeño, que da respuesta eficiente a las exigencias planteadas en el estándar establecido.

Complicaciones: Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

Cuidados perioperatorios: Cuidados que se dan durante el período previo a sufrir una cirugía cuando se realiza la preparación psicológica y física de acuerdo a las necesidades especiales de un paciente individual. Este período comprende del tiempo transcurrido entre la admisión al hospital y el tiempo en que comienza la operación quirúrgica.

Evento Adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

Exámenes de gabinete esenciales: A los estudios indispensables para la administración de la anestesia que en los pacientes que lo requieran deberá incluir valoración cardiopulmonar, especificándose el riesgo en grados y acompañándose de un electrocardiograma, cuyo registro deberá ser practicado previo al procedimiento.

Exámenes de laboratorios esenciales: Estudios indispensables para la administración de la anestesia: en cirugía ambulatoria, los de hemoglobina y hematocrito, tiempos de sangrado y coagulación, en la cirugía convencional, además de los anteriores glucosa, urea y creatinina; y en personas mayores de 60 años, química sanguínea completa, telerradiografía de tórax y electrocardiograma. La validez de estos estudios es de 90 días, siempre y cuando no se presente un evento que

pueda modificarlos.

Herida: Ruptura de la piel u otros tejidos del cuerpo causada por una lesión o una incisión quirúrgica (corte).

Hernia: Es la salida o protrusión del peritoneo parietal y del tejido preperitoneal, acompañado de contenido abdominal o no, a través de un orificio natural de la pared anatómicamente constituido.

Hernia inguinal: Es la hernia que protruye a través del trayecto inguinal por una debilidad de la pared, debido a la pérdida del equilibrio existente entre la presión visceral y las paredes abdominales.

Infección: Cuadro clínico producido por proliferación anormal de microrganismos secundarios a una contaminación.

Personal de enfermería: Profesional de la salud que se especializa en el cuidado de las personas

Registros de enfermería: Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Seguridad del paciente: Se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

	Denominación del Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 de junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **PA. Especialidad de Enfermería**	**Título:** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta.	**Versión:02**
		Página: 2

XI. Servicio de enfermería | **XII. Área de Aplicación: Quirófano**

XIII. Objetivo Específico:

1. Describir el estado del arte de la hernioplastia y la pertinencia de la integración de manuales de procedimientos a la práctica de enfermería medico quirúrgica.
2. Analizar el marco legal y normativo, internacional y nacional de la hernioplastia para fundamentar el alcance del personal de enfermería médico quirúrgico.
3. Describir los criterios de la cirugía segura para proveer el grado máximo de seguridad al paciente.
4. Orientar al personal de enfermería de nueva incorporación en las actividades que se efectúan en la hernioplastia durante perioperatorio.
5. Describir con bases teóricas y normativas las acciones que el enfermero(a) especialista en medico quirúrgica debe realizar en la plastia con técnica abierta, de las hernias inguinales, epigástricas, umbilicales, recidivas y estranguladas.

XIV. Etapas	XV. Responsable	XVI. Recursos Materiales	XVII. Actividades	XVIII. Documento Clave
Etapa 1 **1. Preoperatorio.** 1.1. Preparación del quirófano.	-Enfermera (o) especialista quirúrgica (o). -Enfermera(o) especialista quirúrgica (o) del turno nocturno.	-Cronograma de cirugía semanal. -Bitácora. -Pizarra. -Marcadores. -Borrador.	**Verificación de la programación quirúrgica:** -Recepción del formato de programación quirúrgica y registro en bitácora de cirugías programadas. -Registrar cirugías del turno en pizarra y responsables.	Flujograma 1 (BPQ-2020). Anexo 7 (DQ-2020). (FCS-2020). (CCBI-2020). CCIRPA-20220). (CSAQR-2020).

	-Personal de enfermería instrumentista. - Corresponsable: Enfermera (o) general.	-Mesa quirúrgica. -Lámparas quirúrgicas. -Máquina de anestesia. -Electrocauterio. -Lápiz de electrocauterio. -Placa de electrocauterio. -Equipo de succión, oxígeno y aire. -Bombas de infusión. -Equipo rojo:(carro, desfibrilador, tanque de oxígeno, tabla de reanimación). -Camilla de traslado.	**Verificar el adecuado funcionamiento del equipo médico:** -Encendido de adecuado y comprobación de las determinaciones que necesiten ser configuradas. -Conectar la succión (uno para la anestesia y otro para la cirugía) a las tomas de vacío, dejando el de anestesia preparado con una sonda de aspiración en caso necesario durante la cirugía. -Las bombas de infusión deben ser conectadas a la red eléctrica. -Conectar la placa y bisturí eléctrico. -Cualquier sospecha de mal funcionamiento debe notificarse a mantenimiento.	Flujograma 1. (FCS-2020). (MM-2020).
		-Mesas accesorias: (Pasteur, mayo, riñón). -Cubetas patada con sus respectivas bolsas de RPBI. -Reloj de pared. -Tripies. -Bombas de infusión. -Bancos de altura y giratorios.	**Ordenar mobiliario medico:** -Distribución adecuadamente del mobiliario	
1.2. Visita preoperatoria.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Expediente clínico.	**Verificación de metas internacionales:** -Verificar las valoraciones pre quirúrgicas. -Verificación de resultados de laboratorios y gabinete. -Verificación de paciente correcto, cirugía segura, etc.	
			Valoración preoperatoria: -Exploración física. -Identificación de necesidades, fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente. -Identificación de riesgos potenciales.	
			Preparación del paciente: -Verificar profilaxis antibiótica y antitrombótica. -Preparación del colon (si procede). -Verificación de ayuno de 6 a 8 horas. -Verificar y/o realizar aseo completo. -Retiro de objetos de valor. -Retiro de esmalte de uñas.	

			-Atender necesidades, fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente.	
1.3. Solicitud y disposición del instrumental e insumos.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Equipo y/o instrumental quirúrgico: Mango de bisturí no.4, tijera metzenbaum, tijera mayo, pinzas de disección c/d, pinza de disección s/d, pinzas hernias, pinza mosquito curva, pinzas crile curva, pinzas rochester curva, pinzas rochester recta, pinzas allis, pinzas babcock, pinzas duval, pinzas clamp intestinal, porta agujas mayo hegar, separadores farabeuf, separadores gelpi, cánula yankawer, jeringa asepto, equipo de asepsia. -Ropa: Campo doble, campo sencillo, sabana de riñón, campos sencillos, sabana hendida, sabana cefálica, sabana podálica, batas quirúrgicas, toallas secado. -Recursos consumibles: Guantes únicos, guantes quirúrgicos de diferente medida, aguja hipodérmica, jeringas de 20 ml, 10 ml, 5 ml, 3 ml, equipo de bloqueo desechable, penrose de 1/2, cintas umbilicales, sonda vesical foley 14fr (mujeres) y 16 fr (hombres), cistoflo, tubos de aspiración desechable o de caucho, frascos de aspiración, venda elástica de 30 cm, tegaderm i.v, catéter periférico corto 16 G, 17 G, 18 G, catéter de oxígeno nasal, bisturí eléctrico, hoja de bisturí #20, paquetes de gasa son	**Solicitud del equipo quirúrgico:** -Realizar solicitud del instrumental y ropa quirúrgica al servicio de CEYE. -Abastecer el material consumible necesario para la respectiva cirugía que se efectuara. **Disposición de los insumos:** -Colocar el bulto de ropa e instrumentales estériles en las mesas accesorias correspondientes (bulto de ropa en mesa riñón, instrumental quirúrgico en mesa mayo. -Acomodar los insumos en la máquina de anestesia y carro pasteur para los diferentes procedimientos de anestesia y enfermería.	Flujograma 1. (MC-2020). (SyP-2020). (MT-2020). (IQ-2020).

		rayte y con rayte, compresas, soluciones para esponjeo e irrigación, malla de polipropileno 30 x 30 cm.		
1.4. Traslado del paciente al área de quirófano.	-Enfermera (o) general de hospitalización. -Camillero.	-Camilla de traslado. -Expediente clínico.	**Movilización:** -Asegurar el traslado del paciente con el equipo multidisciplinario. -Verificar el traslado de las propiedades del paciente (objetos personales, material adquirido). -Traslado del expediente completo. -Verificación de las metas internacionales: identificación, seguridad del paciente, mejorar el traslado con una buena comunicación, y brindando seguridad durante el traslado.	Flujograma 1 Anexo 7 (DQ-2020). (FCS-2020). (CCBI-2020). (CCIRPA-2020). (CSAQR-2020).
1.5. Recepción del paciente.	-Personal de enfermería instrumentista. -Enfermera (o) general.	-Expediente clínico. -Formato quirúrgico del servicio.	**Documentación quirúrgica:** -Iniciará la papelería quirúrgica con datos generales del paciente, alergias, signos vitales, la hora de llegada al servicio, el tipo de solución parenteral, sondas o drenajes, medicamentos actuales, el tipo de cirugía que se efectuará, los integrantes del equipo quirúrgico. -Documentos obligatorios (hoja de cirugía segura).	Flujograma 1. Anexo 7 (DQ-2020). (FCS-2020). (CCBI-2020). (CCIRPA-2020). (CSAQR-2020). (HEQ-2020).
1.6. Traslado del paciente a sala quirúrgica.	-Personal de enfermería instrumentista. -Enfermera (o) general. -Camillero.	-Camilla de traslado. -Mesa quirúrgica. -Máquina de anestesia.	**Asistencia a la movilización:** -Movilización asistida preventiva del paciente a la mesa quirúrgica, teniendo cuidado de sondas o drenajes evitando alguna tracción accidental. -Evitar exponer intimidad del paciente innecesariamente. - Nuevamente se realizará una valoración de los parámetros vitales pero esta vez plasmados del monitor de la máquina de anestesia el cual registrará los siguientes datos T/A, oximetría de pulso, ECG (dará la medición de la frecuencia cardiaca, identificación de arritmias).	Flujograma 1.

Etapa 2 **2.Transoperatorio.** 2.1. Primera Verificación de cirugía segura.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Hoja de cirugía segura. -Expediente clínico -Máquina de anestesia.	**Antes de la inducción de la anestesia:** -Se confirma que el paciente cuente con su nombre completo y la fecha de nacimiento. -El lugar o sitio quirúrgico. -El procediendo programado a realizar -Revisar si están los consentimientos informados completos, actualizados y firmados. -Si se ha marcado el sitio quirúrgico. -Confirmando la buena funcionalidad de la maquina anestésica con la colocación del oxímetro y la verificación de los medicamentos anestésicos. -Confirmar si el paciente tiene alergias conocidas. -Verificar si el paciente tiene una vía aérea difícil y si existe un riesgo de aspiración. -Disponer con los paquetes hemoderivados en caso de existir una hemorragia >500ml. -Revisar si tiene un adecuado acceso venoso periférico y contar con los líquidos disponibles para su reposición.	Flujograma 2. Anexo 7 (DQ-2020). (FCS-2020). (CCBI-2020). (CCIRPA-2020). (CSAQR-2020). (HEQ-2020).
2.2. Colocación de anestésica.	-Médico anestesiólogo. -Enfermera (o) general.	-Equipo de bloqueo desechable. -Antisépticos para la asepsia quirúrgica. -Guantes quirúrgicos. -Gasas sin rayte. -Fijaciones para catéter epidural. -Anestésico de preferencia médica. -Carro Pasteur.	**Asistencia a la anestesia:** -Se ayudará colocar al paciente en posición decúbito lateral de forma “fetal”. -Abrir el equipo de bloqueo para que pueda ser tomado por el medico anestesiólogo. -Brindar el anestésico que se ocupara para efectuar el bloqueo epidural. -Anotar la hora en que se ingresó el anestésico. -Nuevamente se colocará al paciente en posición decúbito dorsal con previa autorización del médico anestesiólogo. -Se efectuará la monitorización de signos vitales.	Flujograma 2.
2.3. Asepsia quirúrgica de la región operatoria.	-Cirujano, residentes y/o -Enfermera (o) general.	-Equipo de asepsia (Riñón metálico, gasas, guantes quirúrgicos). -Antisépticos.	**Realización de asepsia en la región operatoria:** -Abriendo el equipo y los guantes quirúrgicos, se invierte el antiséptico con las gasas para realizar la asepsia. -El procedimiento de asepsia se hará en la región donde será efectuada la incisión quirúrgica con movimientos circulares, del centro a la periferia, de forma distal a lo proximal, así evitando la proliferación de microorganismos.	Flujograma 2. (AQ-2020).

2.4. Apertura y orden del bulto y equipo quirúrgico.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Pinza de traslado. -Bulto de cirugía. -Instrumental quirúrgico. -Material consumible. -Mesa riñón. -Mesa mayo.	**Preparación del bulto de cirugía y equipo quirúrgico:** -Evitar manipulación excesiva de los campos quirúrgicos, siempre guardando una distancia de 30 cm y recomendando dar la vuelta alrededor de la mesa para abrir los bordes de bulto quirúrgico con una pinza de traslado. -Se divide la mesa de riñón en tres partes (área limpia, de humedad-esponjeo y el área de retorno) colocando el material consumible e instrumental extra. -Una vez abierto el bulto quirúrgico con el material que se ocupara en la cirugía, se inicia a abrir el instrumental el cual se abre de la misma forma que el bulto de cirugía reduciendo la manipulación excesiva y de forma estéril con una pinza de traslado.	Flujograma 2. (MMQ-2020). (MIQ-2020).
2.5. Lavado de manos, colocación de la vestimenta quirúrgica y calzado de guantes.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Dispensador de jabón. -Agua de llave. -Toallas secado. -Ropa quirúrgica. -Guantes quirúrgicos.	**Lavados de manos y calzado de batas con guantes quirúrgico:** -Procederá a realizar su respectivo lavado quirúrgico de manos, según los protocolos que maneje la institución. -Se realzará el secado de manos con las toallas que incluye el bulto quirúrgico, efectuando el calzado de bata y guantes de forma aséptica, manteniendo la esterilidad en todo momento. -Procederá a colocar el instrumental de la cirugía, equipos extra, material textil y ropa extra de forma ordenada en la mesa de riñón, colocando el instrumental básico del procedimiento respetando los tiempos quirúrgicos.	Flujograma 2. (LMQ-2020). (CBE-2020). (CGE-2020).
2.6. Vestimenta del paciente y del equipo quirúrgico.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Ropa quirúrgica. -Guantes quirúrgicos.	**Colocación de batas y ropa quirúrgica:** -Realizara el calzado de bata y guantes de los demás miembros del equipo quirúrgico (cirujano, ayudantes) manteniendo la esterilidad con precaución. -La vestimenta en el paciente será evitando dar los campos quirúrgicos por encima de la mesa de operaciones lo ideal es rodear la mesa quirúrgica evitando la manipulación excesiva. -Se otorgará primero la sabana pélvica al cirujano y al primer ayudante procurando levantar a suficiente altura la sabana sin llegar a rosar las lámparas quirúrgicas para no contaminar la parte de la cara estéril de la sabana y colocándolo en la parte inferior del paciente. -De la misma manera será la colocación de la sabana cefálica	Flujograma 2.

			abarcando desde la cicatriz umbilical en dirección a la cabeza del paciente. -Proporcionara cuatro campos quirúrgicos para delimitar aún más el área quirúrgica fijándolas con cuatro pinzas herinas. -Finalmente se colocará la sabana hendida el cual debe quedar posicionada en la región donde se llevará a cabo la incisión quirúrgica. -Se sostendrán los tubos de aspiración y el cable del lápiz de cauterio a una pinza herina fijada a la sabana hendida.	
2.7. Segundo momento: verificación de la cirugía segura.	-Enfermera (o) general.	-Hoja de cirugía segura.	**Antes de la incisión:** -Los miembros de la cirugía se presentarán mencionando su función. -Se confirmará verbalmente la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento. -Se repasarán los eventos críticos (pasos críticos, duración del procedimiento, pérdida de sangre) y si se presenta algún problema específico. -Enfermería confirmar la esterilidad del instrumental y si existe algún problema relacionado con el equipo. -Confirmar si se administró profilaxis antibiótica en la última hora. -Verificar si se pueden visualizar imágenes diagnosticas esenciales. -Anotaran la hora de inicio de cirugía cuando procede a realizar la incisión de la piel.	Flujograma 2. FCS-2020).
2.8. Incisión de la piel.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Primer bisturí No 4 con hoja #20.	-Se proporcionará el bisturí para poder efectuar la incisión de la piel.	Flujograma 2.1.
2.9. Disección de los tejidos. -Celular subcutáneo. -Aponeurosis.		-Segundo bisturí No 4 con hoja #20. -Disección c/d. -Gasa con rayte. -Pinzas allis. -Pinzas crile.	-El segundo bisturí se tiene a la mano y listo para dar al cirujano efectuando la disección del tejido celular, la aponeurosis del musculo oblicuo mayor se incide con bisturí y/o tijera metzenbaum, traccionando los colgajos con 2 pinzas allis o crile.	
2.10. Hemostasia.		-Lápiz de electrocauterio. -Pinzas crile. -Sutura catgut simple 2-0.	-La hemostasia de los pequeños vasos sangrantes se controla mediante electrocauterio, o clampeando los vasos con pinzas crile y ligándolos con sutura catgut simple 2-0.	

2.11. Separación.		-Compresas. -Separadores gelpi. -Separadores richardson.	Otorgará compresas para que puedan delimitar más la herida y 1 o 2 separadores gelpi o richardson, según la preferencia del cirujano.	
2.12. Exploración.		-Separadores gelpi. -Separadores richardson. -Tijera metzebaum. -Penrose 1/2 o cinta umbilical húmeda. -Pinzas crile.	-La Enfermera (o) Quirúrgica (o), tendrá listo una tijera metzebaum para que el cirujano pueda liberar el cordón espermático sobre la espina del pubis, el cual tendrá un penrose o una cinta umbilical para poder aislarlo, enseguida dará una pinza crile para poder referir los extremos del penrose o cinta umbilical.	
2.13. Plastia de hernia inguinal indirecta.	- Personal de enfermería instrumentista.	-Pinzas crile. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Seda son aguja. -Tijera mayo. -Pinza forester. -Porta agujas. -Disección s/d. -Sutura de polipropileno 2-0. -Sutura nylon 2-0. -Malla de polipropileno 30x30cm.	-El tratamiento de la hernia indirecta comienza con la apertura de la envoltura que rodea el cordón espermático proporcionando tijera metznbaum, bisturí o electrocauterio. En los muñones se aplican ligaduras al aire teniendo listo seda 2-0 sin aguja. Al reconocer el saco herniario por su color blanco encarado, se traccionará con dos crile. Mediante maniobras romas con bisturí, tijera o gasa desplegada se comienza a separar los elementos nobles, estos suelen repararse aisladamente del cordón espermático, si la hernia es de larga evolución pueden hallarse adherencias firmes, que deberían disecarse hasta liberar el anillo herniario. A continuación, el ayudante eleva el saco donde queda expuesta la cara anteroexternal avascular, brindando bisturí y tijera metzenbaum para poder abrirlo sin correr riesgos, se explora el contenido, una vez liberado, se reduce dentro de la cavidad con una pinza forester. Se efectuará el cierre del saco herniario con ligadura por transfixión, jareta interna o externa de polipropileno 2-0 con aguja redonda de ½ circulo mediana de 20 mm. El tejido excedente se reseca y después de verificar el correcto cierre hermético y la hemostasia de los bordes. Enfermera (o) Quirúrgica (o) brindara una malla con el cual el cirujano reforzara el defecto, con tijera mayo recorta para que encaje en la medida del suelo del conducto inguinal y se emplaza un pequeño orifico para que pase el cordón espermático en su posición anatómica normal. Los bordes se fijan con puntos prolene 2-0 o nylon 2-0, después de fijar la malla se cierra la incisión.	

2.14. Plastia de hernia inguinal directa.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Pinzas crile. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Seda son aguja. -Tijera mayo. -Pinza forester. -Pinza duval. -Porta agujas. -Disección s/d. -Sutura de polipropileno 2-0. -Sutura nylon 2-0. -Malla de polipropileno 30x30cm.	-Reparado el cordón espermático e identificado la arteria epigástrica por dentro de ella, se evidencia la protrusión del saco herniario. Donde se tendrá listo una pinza forester o duval con el cual lo traccionara, se diseca hasta liberar el anillo mediante maniobrar romas con tijera metzenbaum. Existen dos posibilidades de tratamiento: invaginarlos o abrirlos. Si son pequeños, en general se opta por la primera variante, empleando una jareta de polipropileno 2-0. Si son más grandes resulta más seguro su apertura. Los sacos directos están cubiertos por fascia tranversalis que debe seccionarse con bisturí, hasta encontrar el verdadero saco herniario. Este se tracciona con pinzas crile, se abre por la cara anteroexterna y, tras explorarlo y reducir el contenido en la cavidad, se cierra con una ligadura por transfixión. La malla consiste en un rectángulo de 7 × 15 cm con un borde medial redondeado y debe ser lo suficientemente grande para extenderse 2 a 3 cm por arriba del triángulo de Hesselbach. Para la fijación del borde inferior de la malla, se utiliza un material de sutura monofilamentoso, sintético, no absorbible polipropileno 2-0; se tiene cuidado de evitar la colocación del material de sutura directamente en el periostio del tubérculo púbico. La fijación se continúa a lo largo del borde del ligamento inguinal de la línea media hacia fuera, terminando en el anillo interno. La cola superior de la malla se fija a la aponeurosis del oblicuo interno y el borde de la vaina del músculo recto del abdomen.	

4.2. Denominación del procedimiento: Hernioplastia epigástrica.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia epigástrica.	**Versión:02**
		Página:2

IV. Servicio de enfermería.	**V. Área de Aplicación: Quirófano.**

VI. Descripción del Procedimiento:
La hernioplastia epigaastrica es el tratamiento quirúrgico indicado en la corrección del saco herniario que se forma en la zona de la línea media, entre el apéndice xifoides y el ombligo, por defectos aponeuróticos de la línea alba.

VII. Responsables:
Jefa (o) de enfermería.
Subjefe de enfermería.
Jefe de enfermería del servicio de quirófano.
Enfermera (o) especialista(o) quirúrgica (o).
Enfermera (o) general.

VIII. Políticas y/o Normas de Operación:
Constitución OMS, 2017.
Constitución Panamericana (OPS), 2006.
Seguridad del paciente: metas internacionales (OMS), 2017.
Ley General de Salud, 2019.
Ley federal de trabajo, 2019.
Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001.
Código civil, 2019.
Código penal, 2017.
Responsabilidades de los profesionales de la salud, 2015.
De las condiciones generales de trabajo de la secretaria de salud, 2019.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en sistema nacional de salud.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia epigástrica.	**Versión:02**
		Página:2

IV. Servicio de enfermería.	**V. Área de Aplicación: Quirófano.**

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
Norma Oficial Mexicana NOM-067-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las suturas quirúrgicas.

IX. Documentos de Referencia:

Guía de práctica clínica con valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, 2010.
Guía de práctica clínica en la prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico, 2018.
Guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] 676-13, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, 2013.
Guzmán, G. H. y cols. (2003). Técnicas quirúrgicas en enfermería. En G. H. Guzmán, Técnicas quirúrgicas en enfermería (pág. 305). México, D.F: Editores de textos mexicanos.
Kotcher J. (2010); Instrumentación quirúrgica principios y práctica, editorial medica panamericana, 5° Edición, (pág. 1096).
Secretaria de salud, (2010). Guía de práctica clínica valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto del IMSS-455-11, (pág. 18-29), recuperado el cuatro de mayo del 2019 en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_ValoracionPerioperatoria/IMSS-455-11-GER_VALORACION_PERIOPERATORIA.pdf.
Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (pág. 1), recuperado el 15 de mayo del 2019, de: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
García G. y cols. (2018.). Enfermería del quirófano. En V. H. Amparo García García, Enfermería del quirófano. (pág. 109-162). Madrid, España.: DAE editorial.
Ramos, M. (2015). Enfermería médico-quirúrgica. Tomo l. En M. d. Ramos, enfermería médico-quirúrgica. Tomo l (pág. 498-501). Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
Broto, M. G. (2012). Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. En M. g. Broto, Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. (pág. 563). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia epigástrica.	**Versión:02**
		Página:2

IV. Servicio de enfermería.	**V. Área de Aplicación: Quirófano.**

X. Glosario:

Complicaciones: Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

Cuidados perioperatorios: Cuidados que se dan durante el período previo a sufrir una cirugía cuando se realiza la preparación psicológica y física de acuerdo a las necesidades especiales de un paciente individual. Este período comprende el tiempo transcurrido entre la admisión al hospital y el tiempo en que comienza la operación quirúrgica.

Evento Adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

Hernia epigástrica: Consiste en un bulto que aparece normalmente en cualquier zona desde el relieve del esternón hasta el ombligo, en la línea media del abdomen.

Seguridad del paciente: Se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

2.15. Incisión de la piel.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Primer bisturí No 4 con hoja #20.	-Se emplea una incisión mediana xifoumbilical, pues está comprobado que los defectos pueden ser múltiples, si existe más de un anillo herniario, con este abordaje también se corrige la diástasis de los rectos. Se proporcionará el primer bisturí No 4 con hoja #20 para poder efectuar la incisión de la piel.	Flujograma 2.2.
2.16. Disección de los tejidos: -Celular subcutáneo. -Aponeurosis.		-Segundo bisturí No 4 con hoja #20. -Disección c/d. -Gasa con rayte. -Pinzas allis. -Pinzas crile.	-El segundo bisturí se tiene a la mano y listo para dar al cirujano efectuando la disección del tejido celular, hasta quedar expuestos, por ambos lados, unos 2.5 cm por debajo de la vaina anterior de los músculos rectos anteriores. se incide con bisturí y/o tijera metzenbaum.	
2.17. Hemostasia.		-Lápiz de electrocauterio.	-La hemostasia de los pequeños vasos sangrantes se controla	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia epigástrica.	**Versión:02**
		Página:2

IV. Servicio de enfermería.			**V. Área de Aplicación: Quirófano.**	
		-Pinzas crile. -Sutura catgut simple 2-0.	mediante electrocauterio o clampeando los vasos con pinzas crile y ligándolos con sutura catgut simple 2-0.	
2.18. Separación.		-Compresas. -Separadores gelpi. -Separadores richardson.	-Otorgará compresas para que puedan delimitar más la herida y 1 o 2 separadores gelpi o richardson, según la preferencia del cirujano.	
2.19. Exploración.		-Separadores gelpi. -Separadores richardson. -Tijera metzebaum. -Pinzas babcock.	-Al observar el saco herniario se toman con una pinza babcock y con una tijera metzenbaum se diseca hasta liberar el anillo.	
2.20. Plastia de hernia epigástrica.		-Pinzas crile. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Seda son aguja. -Tijera mayo. -Pinza forester. -Pinza doyen. -Pinzas allis. -Porta agujas. -Disección s/d. -Sutura de polipropileno 0, 1 y 2-0. -Sutura nylon 2-0.	-Si la protrusión es pequeña se invagina directamente o cuando presenta un volumen considerable es recomendable explorar su contenido. Las capas de tejido graso que lo rodea se inciden con bisturí y se examina si verdaderamente se trata de grasa preherniaria o hay un pequeño saco; se debe realizar el tratamiento habitual y el cierre con una ligadura por trasfixión de polipropileno 2-0. Se debe asegurar que no queden zonas débiles; por lo tanto, se abre la línea media por encima y por debajo del anillo se toman ambos colgajos con pinzas allis o doyen tejido, se separa el tejido preperitonial subyacente y luego se cierra con sutura continúa de polipropileno 0 o 1. La cirugía finaliza con el lavado de la herida con solución fisiológica.	

4.3. Denominación del procedimiento: Hernioplastia umbilical.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia umbilical	**Versión: 02**
		Página: 3

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

VI. Descripción del Procedimiento:
La hernioplastia inguinal es el tratamiento quirúrgico indicado en la corrección del saco herniario que se forma a nivel umbilical.

VII. Responsables:
Jefa (o) de enfermería.
Subjefe de enfermería.
Jefe de enfermería del servicio de quirófano.
Enfermera (o) especialista(o) quirúrgica (o).
Enfermera (o) general.

VIII. Políticas y/o Normas de Operación:
Constitución OMS, 2017.
Constitución Panamericana (OPS), 2006.
Seguridad del paciente: metas internacionales (OMS), 2017.
Ley General de Salud, 2019.
Ley federal de trabajo, 2019.
Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001.
Código civil, 2019.
Código penal, 2017.
Responsabilidades de los profesionales de la salud, 2015.
De las condiciones generales de trabajo de la secretaria de salud, 2019.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en sistema nacional de salud.
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia umbilical	**Versión: 02**
		Página: 3

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
Norma Oficial Mexicana NOM-067-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las suturas quirúrgicas.

IX. Documentos de Referencia:

Guía de práctica clínica con valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, 2010.
Guía de práctica clínica en la prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico, 2018.
Guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] 676-13, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, 2013.
Guzmán, G. H. y cols. (2003). Técnicas quirúrgicas en enfermería. En G. H. Guzmán, Técnicas quirúrgicas en enfermería (pág. 305). México, D.F: Editores de textos mexicanos.
Kotcher J. (2010); Instrumentación quirúrgica principios y práctica, editorial medica panamericana, 5° Edición, (pág. 1096).
Secretaria de salud, (2010). Guía de práctica clínica valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto del IMSS-455-11, (pág. 18-29), recuperado el cuatro de mayo del 2019 en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_ValoracionPerioperatoria/IMSS-455-11-GER_VALORACION_PERIOPERATORIA.pdf.
Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (pág. 1), recuperado el 15 de mayo del 2019, de: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
García G. y cols. (2018.). Enfermería del quirófano. En V. H. Amparo García García, Enfermería del quirófano. (pág. 109-162). Madrid, España.: DAE editorial.
Ramos, M. (2015). Enfermería médico-quirúrgica. Tomo l. En M. d. Ramos, enfermería médico-quirúrgica. Tomo l (pág. 498-501). Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
Broto, M. G. (2012). Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. En M. g. Broto, Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. (pág. 563). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

X. Glosario:

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia umbilical	**Versión: 02**
		Página: 3

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Competencia profesional: Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean. La competencia se manifiesta a través del conjunto de comportamientos, causalmente relacionados con un desempeño, que da respuesta eficiente a las exigencias planteadas en el estándar establecido.
Hernia umbilical: Se relaciona con defectos en la obliteración del orificio umbilical, que durante el periodo embrionario sirve como vía de comunicación entre el embrión y la madre.
Infección: Cuadro clínico producido por proliferación anormal de microrganismos secundarios a una contaminación.
Registros de enfermería: Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.
Seguridad del paciente: Se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

2.21. Incisión de la piel.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Primer bisturí No 4 con hoja #20.	Se proporcionará el bisturí para poder efectuar la incisión de la piel.	Flujograma 2.3.
2.22. Disección de los tejidos. -Celular subcutáneo. -Aponeurosis.		-Electrocauterio.	- El personal de enfermería instrumentista tendrá listo el electrocauterio, el cual el cirujano secciona tejido celular subcutáneo.	
2.23. Hemostasia.		-Lápiz de electrocauterio. -Pinzas crille. -Sutura catgut simple 2-0.	-La hemostasia de los pequeños vasos sangrantes se controla mediante electrocauterio, o clampeando los vasos con pinzas crille y ligándolos con sutura catgut simple 2-0.	
2.24. Separación.		-Compresas. -Separadores richardson.	-Otorgará compresas para que puedan delimitar más la herida y 1 o 2 separadores richardson, según la preferencia del cirujano.	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia umbilical	**Versión: 02**
		Página: 3

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
2.25. Exploración.		-Separadores richardson. -Tijera metzebaum. -Tijera mayo. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Sutura de polipropileno 0. -Pinzas crile. -Porta agujas mayo hegar. -Disección s/d.	-La Enfermera (o) Quirúrgica (o) tendrá listo pinzas allis con los cuales el cirujano traccionara los colgajos superior e inferior identificando el cuello del saco y lateralmente la vaina anterior de los músculos rectos. El ombligo se des inserta y se reclina hacia arriba, facilitando la disección. Tras colocar nuevas compresas de gasas rodeando el campo, se inicia el tratamiento del saco. Los extremos se traccionan con dos pinzas crile, se abre con bisturí y se amplía con tijera metzebaum. En general el caso umbilical tiene contenido (epiplón mayor o un asa de intestino delgado) una vez reducido en la cavidad se efectúa en su cierre, si es pequeño se aplica una ligadura por transfixión de polipropileno 0, cuando es voluminoso, es conveniente emplear puntos separados.	
2.26. Plastia de hernia umbilical.		-Pinzas crile. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Tijera mayo. -Tijera allis. -Pinzas doyen. -Porta agujas.	-El próximo paso es el tratamiento de la pared. A cada lado del orificio, se seccionan aproximadamente 2 o 3 cm de la vaina anterior de los músculos rectos con tijera metzenbaum. Se toman los colgajos con pinzas de Allis o Doyen tejido y elevándolos, se separa el plano preperitoneal. La plastia umbilical consiste en realizar el cierre transversal de la aponeurosis de los rectos anteriores con puntos de polipropileno 0, se pueden utilizar dos técnicas.	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia umbilical	**Versión: 02**
		Página: 3

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
		-Disección s/d. -Sutura de polipropileno 0 y 2-0. -Sutura nylon 2-0.	A) Cierre simple. Se afrontan los colgajos con puntos simples o en U. B) Plástica de mayo. Se imbrican los bordes aponeuróticos. Para ello se pasan puntos en U de tal manera, que las asas de las U estén a un 1cm del borde inferior y los extremos del hilo salgan a 3 cm del borde superior. Los puntos se dejan reparados y, una vez pasado el último, se anudan. De este modo, el colgajo superior queda por delante del colgajo inferior. A continuación, el borde libre de este último se sutura nuevamente a la aponeurosis con puntos separados o con una sutura continua de polipropileno 0. Al finalizar la reconstrucción de la pared se lava la herida y se asegura la hemostasia. El ombligo se fija a la aponeurosis con un punto de polipropileno 2-0	

4.4. Denominación del procedimiento: Hernioplastia recidiva.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia recidiva	**Versión: 02**
		Página:4

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

VI. Descripción del Procedimiento:
La hernioplastia recidiva es el tratamiento quirúrgico indicado en la corrección del saco herniario que se forma posterior una plastia previa que no tuvo éxito, debido a diferentes circunstancias.

VII. Responsables:
Jefa (o) de enfermería.
Subjefe de enfermería.
Jefe de enfermería del servicio de quirófano.
Enfermera (o) especialista(o) quirúrgica (o).
Enfermera (o) general.

VIII. Políticas y/o Normas de Operación:
Constitución OMS, 2017.
Constitución Panamericana (OPS), 2006.
Seguridad del paciente: metas internacionales (OMS), 2017.
Ley General de Salud, 2019.
Ley federal de trabajo, 2019.
Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001.
Código civil, 2019.
Código penal, 2017.
Responsabilidades de los profesionales de la salud, 2015.
De las condiciones generales de trabajo de la secretaria de salud, 2019.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en sistema nacional de salud.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia recidiva	**Versión: 02**
		Página:4

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
Norma Oficial Mexicana NOM-067-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las suturas quirúrgicas.

IX. Documentos de Referencia:

Guía de práctica clínica con valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, 2010.
Guía de práctica clínica en la prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico, 2018.
Guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] 676-13, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, 2013.
Guzmán, G. H. y cols. (2003). Técnicas quirúrgicas en enfermería. En G. H. Guzmán, Técnicas quirúrgicas en enfermería (pág. 305). México, D.F: Editores de textos mexicanos.
Kotcher J. (2010); Instrumentación quirúrgica principios y práctica, editorial medica panamericana, 5° Edición, (pág. 1096).
Secretaria de salud, (2010). Guía de práctica clínica valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto del IMSS-455-11, (pág. 18-29), recuperado el cuatro de mayo del 2019 en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_ValoracionPerioperatoria/IMSS-455-11-GER_VALORACION_PERIOPERATORIA.pdf.
Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (pág. 1), recuperado el 15 de mayo del 2019, de: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
García G. y cols. (2018.). Enfermería del quirófano. En V. H. Amparo García García, Enfermería del quirófano. (pág. 109-162). Madrid, España.: DAE editorial.
Ramos, M. (2015). Enfermería médico-quirúrgica. Tomo l. En M. d. Ramos, enfermería médico-quirúrgica. Tomo l (pág. 498-501). Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
Broto, M. G. (2012). Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. En M. g. Broto, Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. (pág. 563). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia recidiva	**Versión: 02**
		Página:4

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

X. Glosario:
Complicaciones: Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.
Cuidados perioperatorios: Cuidados que se dan durante el período previo a sufrir una cirugía cuando se realiza la preparación psicológica y física de acuerdo a las necesidades especiales de un paciente individual. Este período comprende el tiempo transcurrido entre la admisión al hospital y el tiempo en que comienza la operación quirúrgica.
Evento Adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.
Hernia recidiva: Es la protrusión que aparece a través de una hernioplastia previa.
Infección: Cuadro clínico producido por proliferación anormal de microrganismos secundarios a una contaminación.
Seguridad del paciente: Se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

2.27. Incisión de la piel.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Primer bisturí No 4 con hoja #20. -Pinza allis.	-Se proporcionará el bisturí para poder efectuar la incisión de la piel. La cicatriz anterior se toma con dos pinzas allis se reseca y se amplía la incisión 1 cm por ambos extremos Las hernias recidivadas se pueden abordar: •Por vía convencional a través de la incisión previa, explorando una zona fibrosada. •Por vía preperitoneal, técnica creada por Lloyd M. Nyhus que emplea una incisión transversal. Permite trabajar sobre tejidos indemnes y reparar tanto hernias directas o indirectas, así como hernias crurales.	Flujograma 2.4.
2.28. Disección de los tejidos.		-Segundo bisturí No 4 con hoja #20. -Disección c/d.	-El segundo bisturí se tiene a la mano y listo para dar al cirujano efectuando la disección del tejido celular y desde el	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia recidiva	**Versión: 02**
		Página:4

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
-Celular subcutáneo. -Aponeurosis.		-Gasa con rayte. -Pinzas allis. -Pinzas crile.	extremo superoexterno se profundiza la disección de la aponeurosis del musculo oblicuo mayor.	
2.29. Hemostasia.		-Lápiz de electrocauterio. -Pinzas crile. -Sutura catgut simple 2-0.	-La hemostasia de los pequeños vasos sangrantes se controla mediante electrocauterio, o clampeando los vasos con pinzas crile y ligándolos con sutura catgut simple 2-0.	
2.30. Separación.		-Compresas. -Separadores gelpi. -Separadores richardson.	-Otorgará compresas para que puedan delimitar más la herida y 1 o 2 separadores gelpi o richardson, según la preferencia del cirujano.	
2.31. Exploración.		-Separadores gelpi. -Separadores richardson. -Segundo bisturí No 4 con hoja #20. -Tijera metzebaum. -Penrose 1/2 o cinta umbilical húmeda. -Pinzas crile. -Pinzas allis. -Compresas.	-En el extremo inferointerno se libera y repara el cordón espermático con una lazada de goma, pudiéndose reconocer el tipo de plástica previa. A continuación, se completa la disección de la aponeurosis del oblicuo mayor y se procede a su apertura con bisturí y/o tijera metzenbaum en direcciona al pubis. Los colgajos se traccionan con pinzas allis y con cautela, debido a la fibrosis de la cirugía previa, se aíslan del plano subyacente. Luego se colocan nuevas compresas en la herida y uno o dos separadores gelpi. Se determina qué tipo de recidiva presenta y se observa el estado de los elementos para después realizar la plástica. Identificando el saco herniario se tensiona con dos pinzas de crile y se comienza disecar. En las hernias recidivas resulta útil su apertura temprana, beneficia la liberación de las adherencias y desde el interior se puede comprobar el estado de la pared inguinal	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia recidiva	**Versión: 02**
		Página:4

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**
			y crural. Tras haber reducido el contenido herniario en la cavidad abdominal se cierra el saco con una ligadura alta por transfixión una jareta de polipropileno 0.
2.32. Plastia de hernia recidivas.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Pinzas crile. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Seda son aguja. -Tijera mayo. -Pinza forester. -Pinza duval. -Porta agujas. -Disección s/d. -Sutura de polipropileno 0, 2-0. -Sutura catgut simple 2-0. -Sutura nylon 2-0. -Malla de polipropileno 30x30cm.	-En las hernias recidivas resulta útil su apertura temprana, beneficia la liberación de las adherencias y desde el interior se puede comprobar el estado de la pared inguinal y crural. Tras haber reducido el contenido herniario en la cavidad abdominal se cierra el saco con una ligadura alta por transfixión una jareta de polipropileno 0. El tiempo fundamental de las hernias recidivas es la plástica, en general mediofunicular; que se efectúa descendiendo el musculo transverso a la cintilla iliopubiana de Thompson o a la arcada inguinal. Si el estado de estos elementos anatómicos no es suficientemente resistente, se realiza una plástica al ligamento de cooper, se implanta un injerto sintético cortado en forma de Y para dar el espacio al cordón espermático. La malla de polipropileno se fija con una sutura de igual material, calibre 0 y 2-0 a la espina del pubis, el ligamento de cooper y la vaina femoral por fuera, y al borde del musculo transverso o de la vaina anterior del recto anterior del recto anterior por dentro. Al finalizar la plástica se controla estrictamente la hemostasia y se procede a cerrar la aponeurosis del musculo oblicuo mayor con una sutura continua de polipropileno 2-0.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia recidiva	**Versión: 02**
		Página:4

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
			Luego se lava la herida y se afronta la fascia de scarpa con puntos separados con puntos separados de sutura absorbible vicryl 1. En caso de haber implantado una malla, el cierre de este plano favorece la protección de la misma.	

4.5. Denominación del procedimiento: Hernioplastia estrangulada.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

VI. Descripción del Procedimiento:

La hernioplastia estragulada es el tratamiento quirúrgico indicado en la corrección del saco herniario que es aquella que presentan un riesgo de necrosis por compromiso vascular e isquemia de la víscera herniada, es la complicación más grave de una hernia pudiendo llegar a acaba con la vida del paciente. El saco herniario debe tener una buena valoración clínica para su pronta intervención quirúrgica del saco herniario.

VII. Responsables:

Jefa (o) de enfermería.
Subjefe de enfermería.
Jefe de enfermería del servicio de quirófano.
Enfermera (o) especialista(o) quirúrgica (o).
Enfermera (o) general.

VIII. Políticas y/o Normas de Operación:

Constitución OMS, 2017.
Constitución Panamericana (OPS), 2006.
Seguridad del paciente: metas internacionales (OMS), 2017.
Ley General de Salud, 2019.
Ley federal de trabajo, 2019.
Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001.
Código civil, 2019.
Código penal, 2017.
Responsabilidades de los profesionales de la salud, 2015.
De las condiciones generales de trabajo de la secretaria de salud, 2019.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en sistema nacional de salud.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
Norma Oficial Mexicana NOM-067-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las suturas quirúrgicas.

IX. Documentos de Referencia:

Guía de práctica clínica con valoración perioperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, 2010.
Guía de práctica clínica en la prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico, 2018.
Guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] 676-13, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, 2013.
Guzmán, G. H. y cols. (2003). Técnicas quirúrgicas en enfermería. En G. H. Guzmán, Técnicas quirúrgicas en enfermería (pág. 305). México, D.F: Editores de textos mexicanos.
Kotcher J. (2010); Instrumentación quirúrgica principios y práctica, editorial medica panamericana, 5° Edición, (pág. 1096).
Secretaria de salud, (2010). Guía de práctica clínica valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto del IMSS-455-11, (pág. 18-29), recuperado el cuatro de mayo del 2019 en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_ValoracionPerioperatoria/IMSS-455-11-GER_VALORACION_PERIOPERATORIA.pdf.
Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (pág. 1), recuperado el 15 de mayo del 2019, de: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
García G. y cols. (2018.). Enfermería del quirófano. En V. H. Amparo García García, Enfermería del quirófano. (pág. 109-162). Madrid, España.: DAE editorial.
Ramos, M. (2015). Enfermería médico-quirúrgica. Tomo l. En M. d. Ramos, enfermería médico-quirúrgica. Tomo l (pág. 498-501). Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
Broto, M. G. (2012). Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. En M. g. Broto, Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general. (pág. 563). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

X. Glosario:

Complicaciones: Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería	**V. Área de Aplicación: Quirófano**

Cuidados perioperatorios: Cuidados que se dan durante el período previo a sufrir una cirugía cuando se realiza la preparación psicológica y física de acuerdo a las necesidades especiales de un paciente individual. Este período comprende el tiempo entre la admisión al hospital y el tiempo en que comienza la operación quirúrgica.
Evento Adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.
Exámenes de gabinete esenciales: A los estudios indispensables para la administración de la anestesia que en los pacientes que lo requieran deberá incluir valoración cardiopulmonar, especificándose el riesgo en grados y acompañándose de un electrocardiograma, cuyo registro deberá ser practicado previo al procedimiento.
Exámenes de laboratorios esenciales: Estudios indispensables para la administración de la anestesia: en cirugía ambulatoria, los de hemoglobina y hematocrito, tiempos de sangrado y coagulación, en la cirugía convencional, además de los anteriores glucosa, urea y creatinina; y en personas mayores de 60 años, química sanguínea completa, telerradiografía de tórax y electrocardiograma. La validez de estos estudios es de 90 días, siempre y cuando no se presente un evento que pueda modificarlos.
Hernia estrangulada: Se habla de estrangulación cuando una hernia atascada aparece compromiso vascular de la víscera protruida.
Infección: Cuadro clínico producido por proliferación anormal de microrganismos secundarios a una contaminación.
Seguridad del paciente: Se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

2.33. Incisión de la piel	-Personal de enfermería instrumentista.	-Primer bisturí No 4 con hoja #20.	-Se proporcionará el bisturí para poder efectuar la incisión de la piel.	Flujograma 2.5.
2.34. Disección de los tejidos -Celular subcutáneo -Aponeurosis		-Segundo bisturí No 4 con hoja #20. -Disección c/d- -Gasa con rayte. -Pinzas allis. -Pinzas crile.	-La operación continúa con los pasos de disección de los planos conocidos, el segundo bisturí se tiene a la mano y listo para dar al cirujano efectuando la disección del tejido celular, la aponeurosis se incide con bisturí y/o tijera metzenbaum, traccionando los colgajos con 2 pinzas allis o crile, hasta exponer el saco que debe abrirse con cautela con tijera	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
			metzenbaum.	
2.35. Hemostasia		-Lápiz de electrocauterio. -Pinzas crile. -Porta agujas mayo hegar. -Sutura catgut simple 2-0.	-La hemostasia de los pequeños vasos sangrantes se controla mediante electrocauterio, o clampeando los vasos con pinzas crile y ligándolos con sutura catgut simple 2-0.	
2.36. Separación		-Compresas. -Separadores richardson.	-Otorgará compresas para que puedan delimitar más la herida y 1 o 2 separadores Richardson.	
2.37. Exploración		-Cánula de yankawer. -Jeringa de 20 ml. -Frasco para patología. -Separadores richardson.	-Un alto porcentaje presentan líquido, el personal de enfermería instrumentista proporcionará una jeringa de 20 ml del cual se obtiene una muestra para enviar al laboratorio, en un frasco o tubo estéril y el resto se aspira.	
2.38. Plastia de hernia estrangulada (estrangulación de un segmento de intestino delgado)		-Pinzas crile. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Tijera mayo. -Pinza forester. -Porta agujas. -Disección s/d. -Compresas. -Solución fisiológica tibia. -Sutura de seda con aguja 2-0. -Sutura seda sin aguja 2-0 o 3-0. -Sutura polipropileno 2-0.	-Se habla de estrangulación cuando una hernia atascada se observa compromiso vascular de la víscera protruida. Las lesiones y sus repercusiones se escalonan en el tiempo y guardan relación con el grado de constricción a nivel del anillo de estrangulación. En 4 horas ya se puede encontrar un asa gangrenada. En presencia de la víscera estrangulada, el personal de enfermería instrumentista tendrá lista una tijera metzebaum para que el cirujano abra el anillo herniario. Al observa que su vitalidad no ha disminuido, la restituye en el abdomen. No obstante, se debe exteriorizar y revisar las asas, por lo menos 25 cm en sentido distal y proximal del área constreñida, pudiendo encontrar compromiso vascular por debajo del anillo. Si hay	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
			evidencia de un segmento intestinal no viable, como liquido sacular maloliente, pared visceral de color rojo purpureo, ausencia de pulso arterial y de peristaltismo y factores que determinan la resección del intestino la decisión también es rápida. Antes de practicar una anastomosis entérica se debe ser cuidadoso con la irrigación y los márgenes sanos. En los casos intermedios, las asas deben ser exteriorizadas para esto el personal de enfermería instrumentista proporcionará una compresa húmeda con solución fisiológica tibia y cubiertas con otra igual al cabo de 5 minutos se observa si mejoro el color y si hay pulso arterial. De no haber una respuesta satisfactoria. Se efectuará una resección intestinal a través de la herida herniaria o mediante una incisión mediana (si procede). El tratamiento en los muñones, se aplican ligaduras al aire con seda 2-0 sin aguja. Al reconocer el saco herniario, es importante efectuar el cierre del saco herniario con ligadura por transfixión, jareta interna o externa de polipropileno 2-0 con aguja redonda de ½ circulo mediana de 20 mm.	
2.39. Plastia de hernia estrangulada (estrangulación del epiplón mayor).	-Personal de enfermería instrumentista.	-Pinzas crile. -Pinzas Rochester curva. -Tijera metzenbaum. -Segundo bisturí No 4 hoja #20. -Lápiz de electrocauterio. -Seda sin aguja. -Tijera mayo. -Pinza forester.	-El epiplón mayor necrosado debe ser extirpado, técnicamente puede efectuarse de dos maneras: •Una técnica rápida es que el personal de enfermería instrumentista proporcione dos series sucesivas de pinzas Rochester curva en el epiplón, así el cirujano podrá seccionarlo entre ellas con tijera metzenbaum y ligar los muñones con seda 2-0 o 3-0. •Otra variante es, efectuar la recepción mediante una aplicación	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
		-Pinza duval. -Porta agujas. -Disección s/d. -Sutura de polipropileno 2-0. -Sutura nylon 2-0. - Seda sin aguja 2-0 o 3-0. -Solución fisiológica tibia. -Cánula yankawer.	progresiva de ligadura de seda sin aguja 2-0 o 3-0 y sección con tijera mayo. NOTA: Entre todas las operaciones sépticas contaminada se debe realizar profilaxis antibiótica intraoperatoria, lavado de la cavidad con solución fisiológica tibia y según el caso colocación de drenaje, no debe cerrarse el tejido celular subcutáneo solos afrontar la piel con puntos aislados.	
2.40. Tercer momento: verificación de la cirugía segura.	-Personal de enfermería instrumentista. -Enfermera (o) general.	-Hoja de cirugía segura.	**Antes de la salida del quirófano:** -Verificara el procedimiento realizado. -Realizara el conteo de instrumental completo, gasas y compresas -Membretar los frascos que se utilizaron para muestras de patología. -Revisar si hubo problemas relacionados con el instrumental o equipos. -El equipo quirúrgico tendrá en cuenta los aspectos críticos durante la recuperación y manejo del paciente. -Mencionar las complicaciones que se presentó durante el transoperatorio.	Flujograma 2.5. (FCS-2020).
2.41. Sutura	-Personal de enfermería instrumentista.	-Solución fisiológica. -Jeringa asepto. -Lápiz de electrocauterio. -Porta agujas mayo hegar. -Disección c/d. -Sutura vicryl 1.	-Al concluir la hernioplastia que se efectuó, se lava la herida proporcionando solución fisiológica en jeringa asepto y se controla la hemostasia con electrocauterio, se procede a continuar con el cierre de los planos quirúrgicos. El próximo paso es el afrontamiento de la aponeurosis, empleando sutura continua de material absorbible vicryl 1, con	Flujograma 2.5.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
		-Sutura catgut simple 2-0. -Sutura nylon 2-0.- -Tijera mayo -Hoja de cirugía segura.	aguja redonda ½ circulo de diana de 20 mm. Después se retira separadores y nuevamente se irriga el tejido celular subcutáneo y se afronta con catgut simple 2-0. Se verifica la hemostasia, por último, se realiza la síntesis de la piel con puntos separados o sutura continua de nylon monofilamento 2-0. -Se anotará la hora en que se dio por terminada la cirugía cuando se da el último punto de sutura en la piel.	
2.42. Cuidados de la herida.	-Personal de enfermería instrumentista. -Enfermera (o) general.	-Apósito o gasa estéril. -Tegaderm o micropore. -Venda de 30 cm.	**Protección de la herida:** -Casi todas las incisiones de la piel son cubiertas con un apósito estéril. El personal de enfermería instrumentista, limpiará la sangre de la piel que rodea a la incisión con una gasa húmeda, y con otra secará, según protocolo de cada hospital. La herida y drenajes permanecerán cubierta con apósitos antes de retirar los campos quirúrgicos. Enfermera (o) circulante dispondrá de todo el material que se pudiera necesitar, como vendas elásticas, férulas, soportes, etc. Para colocarlos según sea el caso.	Flujograma 2.5
2.43. Retiro de los punzocortantes.	-Personal de enfermería instrumentista.	- Recipiente rígido hermético según RPBI.	**Desecho de los punzo cortantes:** -Las hojas de bisturí, agujas de suturas, agujas hipodérmicas, punzones de drenajes y todo material que puede ser cortante, se desechará en un recipiente rígido hermético según residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI), antes de movilizar al paciente.	Flujograma 2.5.
2.44. Egreso del paciente de la sala	-Personal de enfermería	-Hoja de enfermería. -Hoja de cirugía segura.	**Para el egreso del paciente el equipo quirúrgico tendrá en cuenta los aspectos críticos ocurridos durante el manejo del**	Flujograma 2.5.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01** **Fecha: 15 junio 2020**
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02** **Página: 5**

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
quirúrgica.	instrumentista. -Enfermera (o) general. -Camillero.	-Expediente clínico.	**paciente:** -Evaluación del estado del paciente: Monitorización y registro de signos vitales, estado de conciencia, control de líquidos. -Movilizar al paciente, de la mesa quirúrgica a la camilla de traslado. -Cuidados de drenajes y sonda evitando tracciones accidentales. -Colocar al paciente en posición correcta. -Registro de la hora de egreso.	Anexo 7 (DQ-2020). (FCS-2020). (CCBI-2020). (CCIRPA-2020). (CSAQR-2020). (HEQ-2020).
Etapa 3 **3. Postoperatorio.** 3.1. Traslado a sala de recuperación posanestésica.	-Personal de enfermería instrumentista. -Enfermera (o) general. -Camillero.	-Expediente clínico. -Camilla de traslado.	-Aplicar medidas preventivas para la reducción y/o eliminación del riesgo de caídas. -Valoración del estado del paciente. -Cuidados de drenajes y sonda evitando tracciones accidentales.	Flujograma 3. Anexo 7 (DQ-2020). (FCS-2020). (CCBI-2020). (CCIRPA-2020). (CSAQR-2020).
3.2. Entrega del paciente.	-Personal de enfermería instrumentista. -Enfermera(o) general. -Personal de enfermería del área de recuperación.	-Expediente clínico. -Monitor de signos vitales. -Toma de oxígeno.	**Movilización del paciente, de la camilla de traslado a la unidad de recuperación:** -Para movilizar al paciente, el equipo quirúrgico tendrá en cuenta los aspectos críticos ocurridos durante la cirugía. -Evaluación del estado del paciente para su movilización (estado de conciencia, verificación de sondas y drenajes). -Movilizar al paciente, de la camilla de traslado a unidad de recuperación. -Cuidados de drenajes y sonda evitando tracciones accidentales.	

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
			-Colocar al paciente en posición correcta. -Monitorización de signos vitales. -Colocación de oxígeno, si es necesario. -Informar al personal de enfermería en el área de recuperación: intervención realizada, tipo de anestesia efectuado, sangrado total, existencia y estado de los drenajes, vías enterales, control de líquidos, etc., problemas ocurridos durante la cirugía, tipo de anestesia y eventos asociados y enfermedades preexistentes, alergias. -Observaciones especiales o intervenciones recomendadas. -Si se dio el caso, notificar el número de unidades transfundidas y la reserva en banco de sangre. -Se informa al paciente sobre el proceso concluido y de los responsables de sus cuidados, a partir del momento.	
3.3. Tratamiento del instrumental.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Antisépticos. -Cubetas, panas. -Guantes. -Cubrebocas. -Cepillo. -Agua de llave. -Secados.	**Clasificado:** -Los instrumentos utilizados y no utilizados se consideran contaminados, por lo que se deben limpiar, inspeccionar, preparar y esterilizar lo antes posible, y de manera adecuada para el siguiente uso. -Antes de salir del quirófano, el (la) instrumentista deberá realizar un recuento final del instrumental, asegurándose que se encuentre completo. -Separa los instrumentos delicados y pequeños y los que tienen bordes afilados o semiafilados, para manipulación especial. -Desarmar los instrumentos con partes desmontables y exponer todas las superficies al proceso de la limpieza.	Flujograma 3.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
			-Abrir todos los instrumentos con bisagras para exponer los cierres y las terminaciones aserradas. -Irrigar agua destilada fría, en los instrumentos huecos o en las partes acanaladas (cánulas de succión o endoscopios), para evitar que se sequen los residuos orgánicos. **Limpieza:** -Los instrumentos se deben enjuagar y remojar previamente, y después lavarse manual o mecánicamente. **Entrega del equipo:** El personal de estas áreas debe utilizar guantes de protección, delantales impermeables y protectores de la cara, para prevenir las salpicaduras de soluciones contaminadas. -El objetivo de la limpieza manual es, eliminar los residuos de tejidos antes de la esterilización final. -Colocar los instrumentos en los recipientes apropiados para el proceso de industrialización y su respectiva entrega a CEYE.	
3.4. Visita postoperatoria.	-Personal de enfermería instrumentista.	-Exploración física	**Se tendrán en cuenta los aspectos críticos ocurridos durante la cirugía para el manejo del paciente.** **Evaluación de la herida:** **-** Evaluación del estado del paciente: Monitorización y registro de signos vitales, estado de conciencia, control de líquidos. -Evaluar la presencia de contenido serohemático en la ropa, el vendaje y el gasto de drenajes (si procede). -Seguridad del paciente: Realizar el lavado de manos clínico de acuerdo a los cinco momentos. -Disponer de los insumos necesarios para la evaluación de la	Flujograma 3.

	Denominación Procedimiento	**Clave: EEMQ-01**
		Fecha: 15 junio 2020
Facultad de Enfermería **Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado** **Programa Académico Especialidad de Enfermería**	**Título** Plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta: Hernioplastia estrangulada	**Versión: 02**
		Página: 5

IV. Servicio de enfermería			**V. Área de Aplicación: Quirófano**	
			herida (gasas, guantes, cubrebocas, apósitos, micropore, etc.). -Si se observan datos de hemorragia, descubrir la herida retirando apósito o gasa de forma gentil, evaluando si hay datos de perdidas serohemáticas. - Según el estado de la herida, notificar al personal de enfermería de recuperación responsable del paciente y proteger la herida verificando el estado de confort del paciente. **Plan de alta al domicilio:** **Cuidados de alta** Informar al paciente y a los familiares de los cuidados que tienen que llevar acabo en el hogar (cuidados de herida, el tipo de dieta, la actividad física, medicación), datos de alarma. -Informar que, al egreso del área de recuperación, será trasladado a piso. -Informar de las redes de apoyo con las que cuenta en el domicilio, al egreso del hospital: consulta abierta a urgencias, agenda de cita para valoración posquirúrgica con el especialista, disponer del número telefónico para activar el servicio de urgencias en caso de ser necesario.	

Referencias

Bannura, G. et al. (2006). Infección de la herida operatoria en hernioplastía inguinal primaria. *Revista Chilena de Cirugía*, volumen (58), páginas 2. Recuperado el 20 de enero de 2020 de https://doi.org/10.4067/s0718-40262006000500004

Bardavid C. et al. (2015). Guía de práctica clínica para hernias de pared abdominal. *Minsal*, volumen (1). Recuperado de https://amhernia.org/wp-content/themes/amhernia/files/guias2015.pdf

Broto, M. G. (2012). *Instrumentación Quirúrgica Técnicas en cirugías general* (Quinta Edición), páginas 55-64). Buenos Aires, Argentina. Médica Panamericana.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2010). Valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto, guía de práctica clínica (GPC), IMSS-455-11, (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], páginas 60. Recuperado el 16 de febrero de 2020, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_ValoracionPerioperatoria/IMSS-455-11-GER_VALORACION_PERIOPERATORIA.pdf

Correa, L., D. D. (2018). Epidemiología de pacientes con hernia inguinal bilateral. *Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, volumen (22), páginas 1-4. Recuperado el 20 de enero de 2020 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300009

De, A. M., & Hernia A.C. (2015). Guías de práctica clínica para hernias de la pared abdominal. *Asociación Mexicana de Hernias*, páginas 7–8. Recuperado el 20 de enero de 2020 de http://amhernia.org/wp-content/themes/amhernia/files/guias2015.pdf

Deveney, K. E. (2018). Hernias y otras lesiones de la pared abdominal. En G. M. Doherty. *Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, 14e*. McGraw-Hill. Recuperado de http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1158600469

García, A. A. (2017). Preoperatorio. *En Cirugía 1, educación quirúrgica* (Sexta Edición). México. McGraw-Hill Interamericana S.A de C.V. Recuperado de http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1145311960

García G. y cols. (2018.). *Enfermería del quirófano*. En V. H. Amparo García García, Enfermería del quirófano (Primera Edición). Páginas 109-113, 161 y 162. Madrid, España: DAE Editorial.

Góngora E. (2012). La hernia inguinal estrangulada. *Cirugía y Cirujanos, volumen (80)*, páginas 357–367. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66224459009

Kotcher J. (2010). *Instrumentación quirúrgica, principios y práctica* (Quinta edición). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

López P. et al. (2016). Tratamiento quirúrgico ambulatorio en pacientes con hernia inguinal. *Revista Cubana de Cirugía, volumen (55),* páginas 21-27. Recuperado el 20 de enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000100003.

Magdalena M. et al. (2014). Desarrollo e implantación de un protocolo perioperatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria ambulatoria. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, volumen (40),* página 22. Recuperado el 20 de marzo de 2020, de https://doi.org/10.4321/S0376-78922014000100004

Morando D. et al. (2013). Calidad de la atención de enfermería a pacientes ingresadas en un servicio de cirugía ginecológica. *Medisan, volumen (17),* páginas 2-7. Recuperado el 20 de febrero de 2020, de http://www.redalyc.org/pdf/3684/368444991009.pdf

Narda L. Camacho, R. (2018). Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus, *Cirujano General. Volumen (40),* página 15-19. Recuperado el 20 de febrero de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Organización Mundial de la Salud (2019). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Recuperado el 19 de marzo de 2020, de http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

Pastó E. et al. (2007). Hernioplastias en las complicaciones agudas de las hernias inguinocrurales. *Medisan, 11* (3), página 15-17. Recuperado el 17 de febrero de 2020, de https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=50862&id_seccion=636&id_ejemplar=5155&id_revista=80

Pirolla, E. H., et al (2018). Reparación inguinal mediante técnica asistida robótica: revisión de la literatura. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirugía Digestiva (São Paulo), 31* (4), paginas 1–2. Recuperado el 17 de febrero de 2020, de https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1408

Ramírez J, M. L. (2011). Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal. *Cirujano general 33* (2), paginas 2-3. Recuperado el 20 de febrero de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Secretaria de Salud (2019). Manual para la implementación asociadas a la atención de la salud. México. D.R. Secretaría de Salud. Recuperado el 8 de octubre de 2019, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/manual_IAAS.pdf

Tobo N. (2013). La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. *Avances en Enfermería, 31* (1), páginas 159-169. Recuperado el 19 de diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf

Wagner J. et al. (2015). Hernias inguinales. En F. C. Brunicardi, D. K. Andersen, T. R. Billiar, D. L. Dunn, J. G. Hunter, J. B. Matthews, & R. E. Pollock (Décima Edición), *Principios de cirugía*. EE.UU, New York. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V. Recuperado el 19 de diciembre de 2019, de http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1119723460.

Apéndices

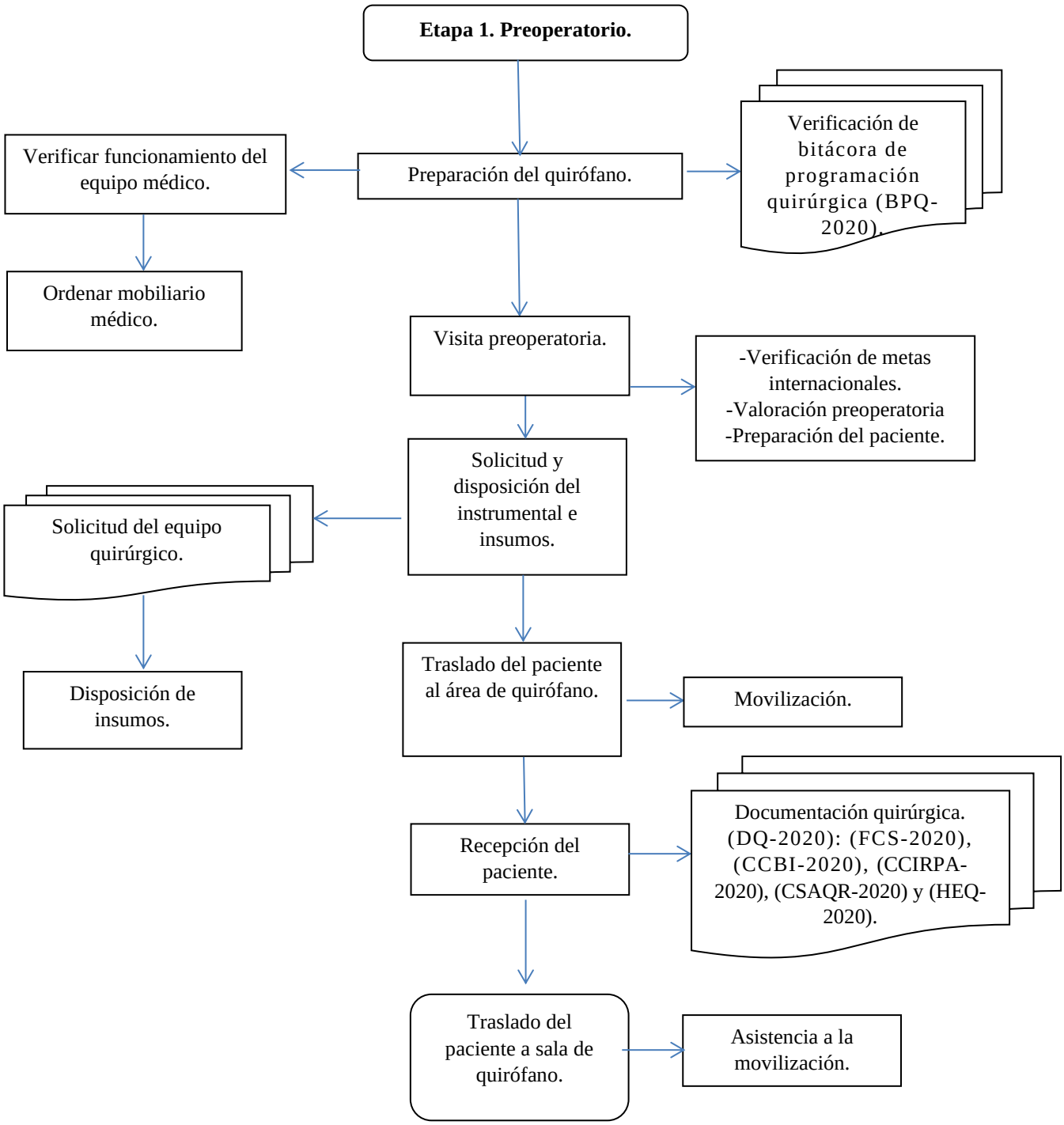
A. Simbología de los Flujogramas.

Símbolo	Significado
Archivo	Archivo temporal o definitivo de algún documento.
Documento	Documento generado o requerido por el procedimiento cuando existen copias. Se puede representar y enumerar asignando al original, indistintamente de la letra “O” o el número “1” al duplicado.
Terminal	Identificar el inicio y el fin de un procedimiento. Según la palabra que se utilice dentro del ovalo.
Actividad	Representa una actividad la cual se describe brevemente dentro del rectángulo.
Conector	Indica continuidad de una acción con otra dentro de una misma página.
Líneas de flujo	Conectan elementos del procedimiento e indican la secuencia a seguir.
Conector de página	Conectan una actividad con otra de una página diferente. Opcional se puede colocar el número de la página a la que se conectan.
Decisión	Señala un punto en el proceso en el que hay que tomar una decisión. A partir de allí, el procedimiento puede tomar (2) vías, y la selección de una de ellas depende de la respuesta a la pregunta que se describe dentro del rombo.

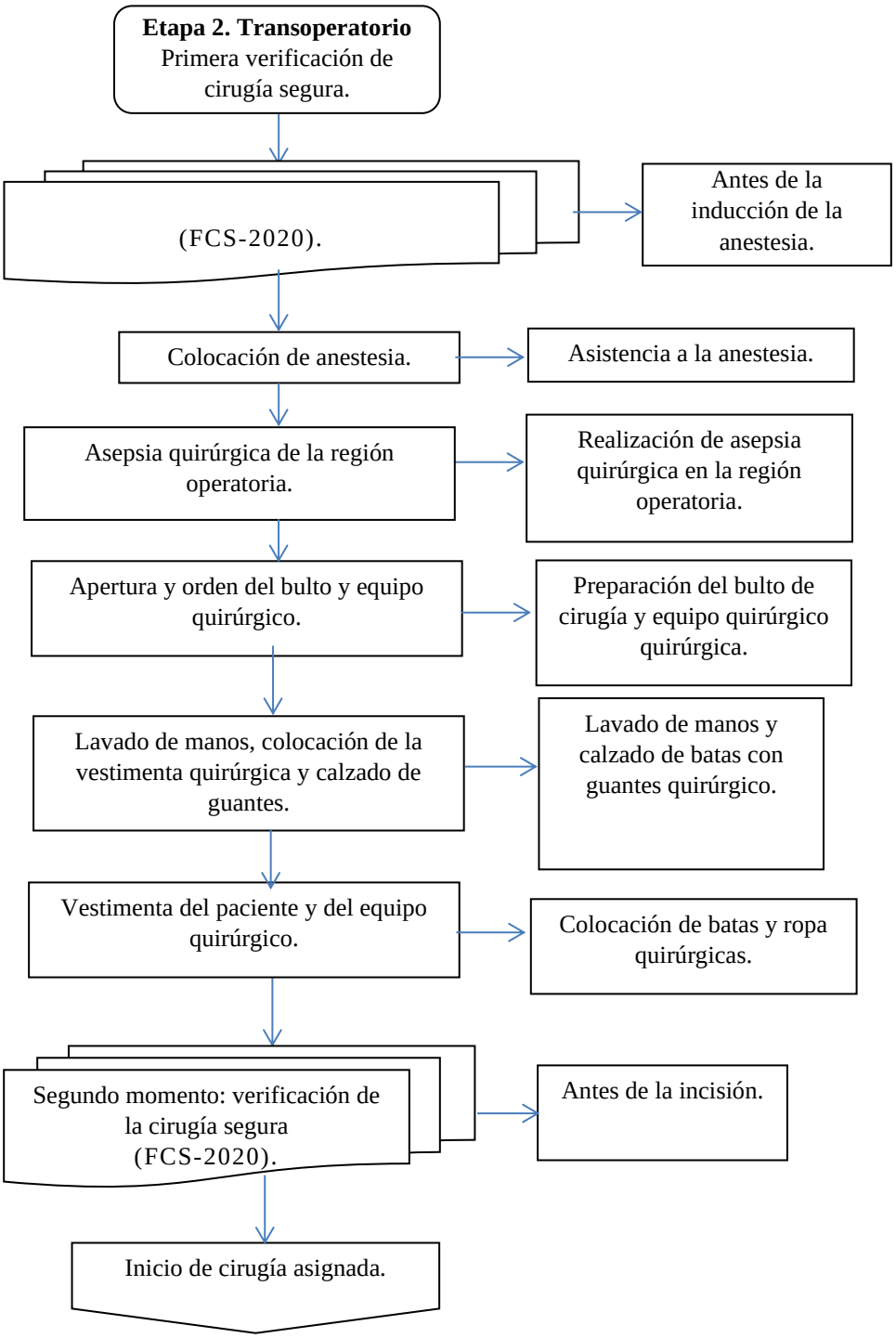
Fuente: Lineamientos de titulación de la especialidad en medico quirúrgica para manuales de procedimientos (20 de marzo de 2020). Simbología de los flujogramas [Cuadro 1]. Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

B. Diagramas de Flujo.

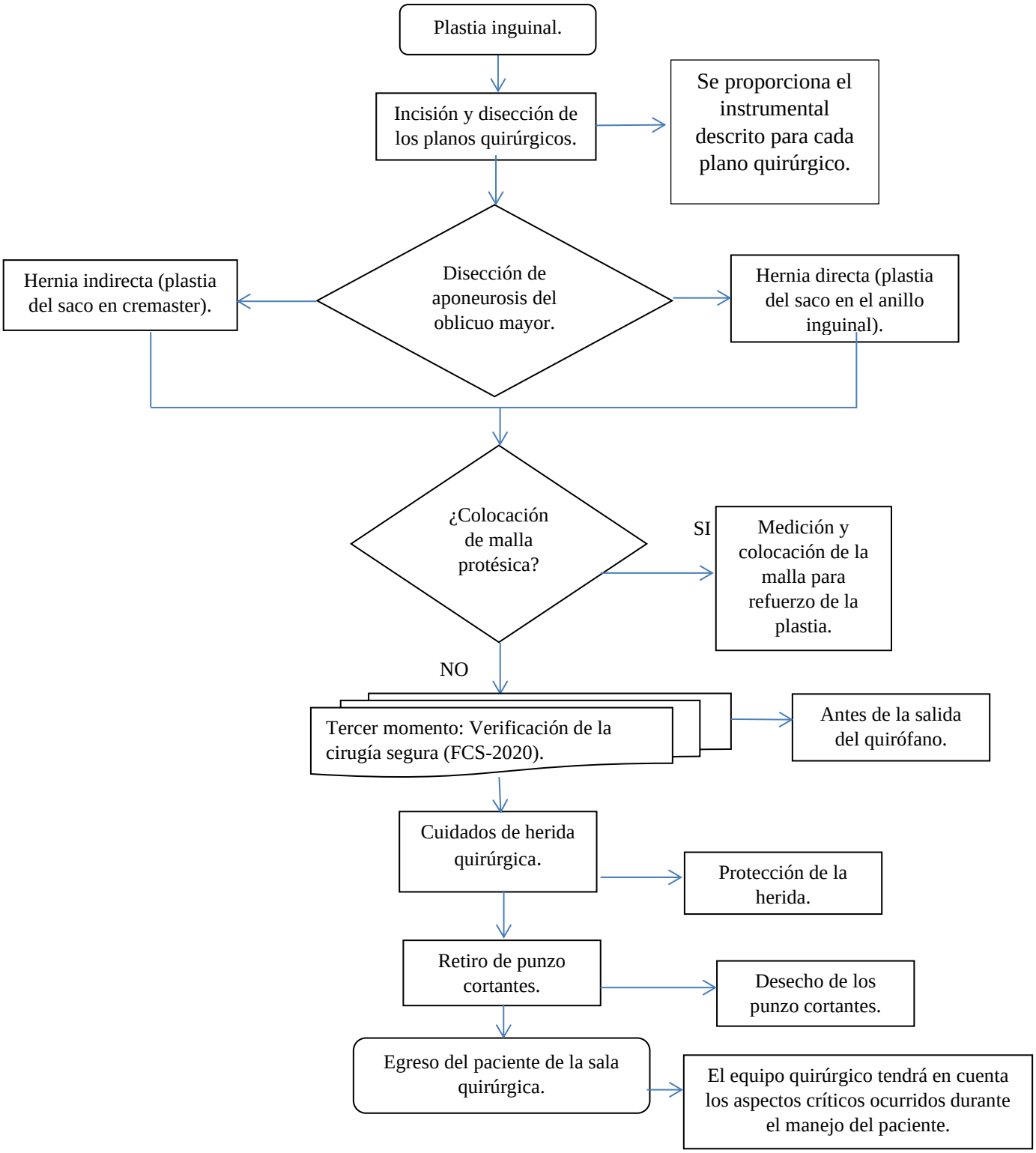
Flujograma 1. Preoperatorio de plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta.



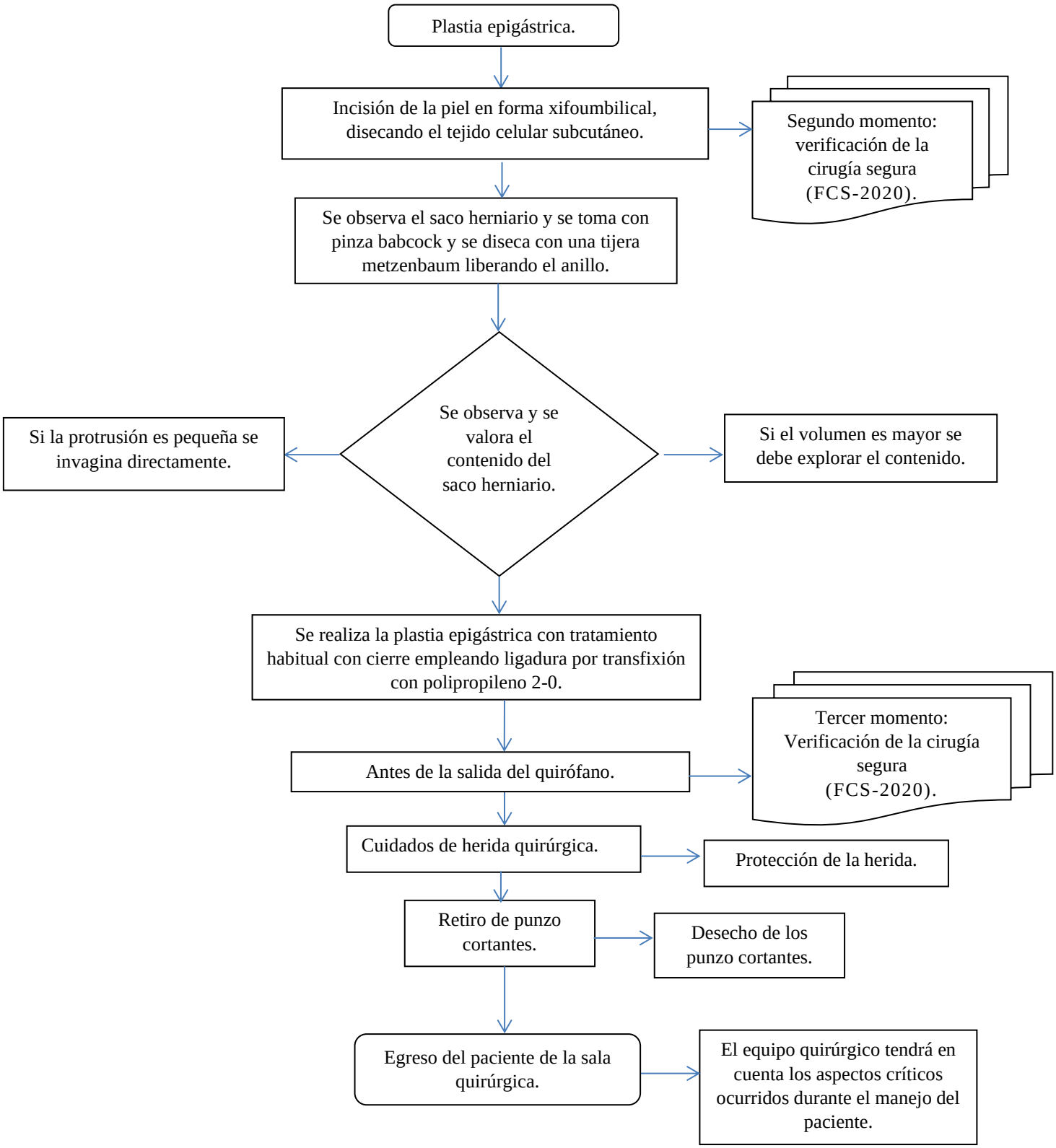
Flujograma 2. Transoperatorio de plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta.



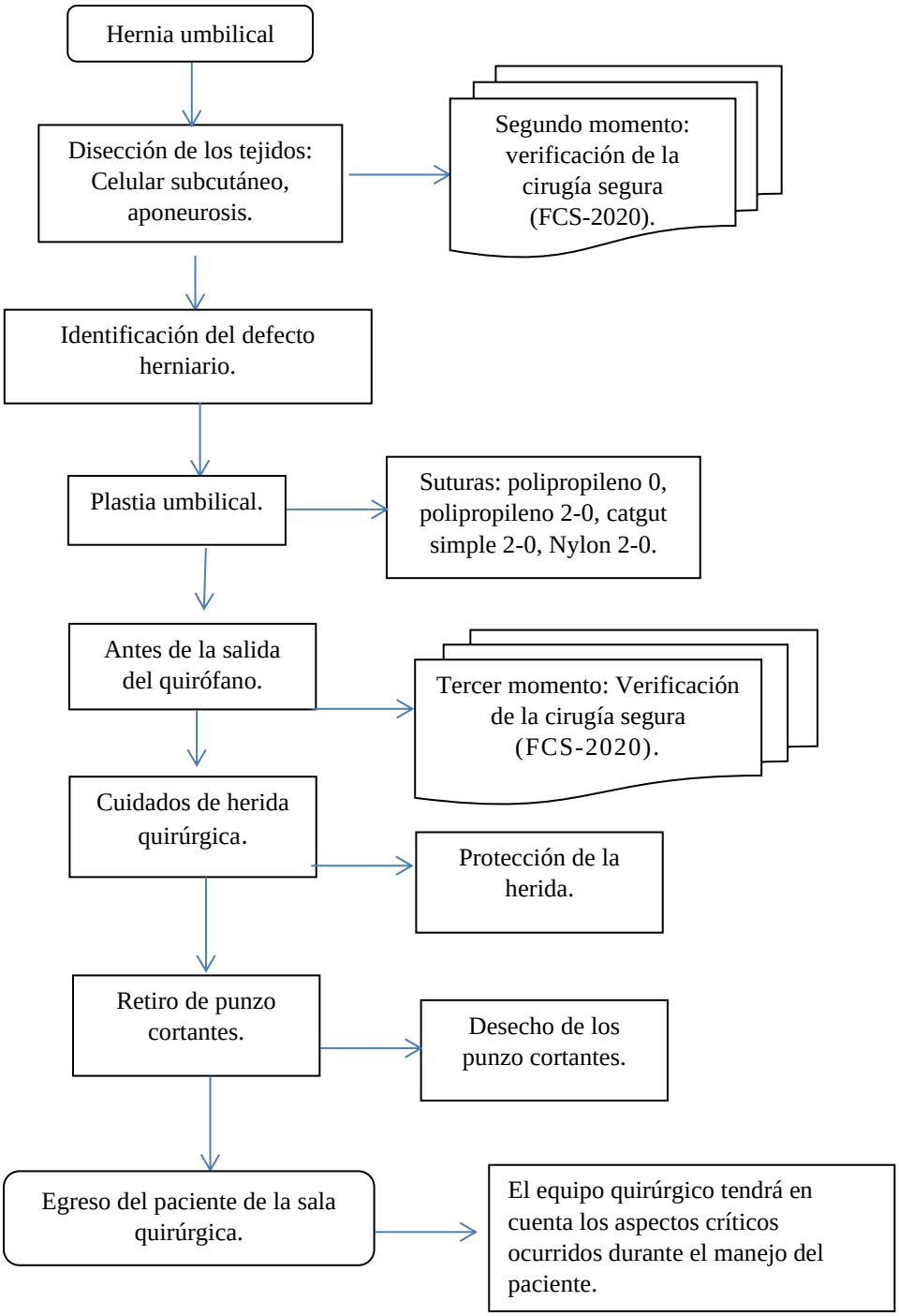
Flujograma 2.1. Plastia inguinal, transoperatorio.



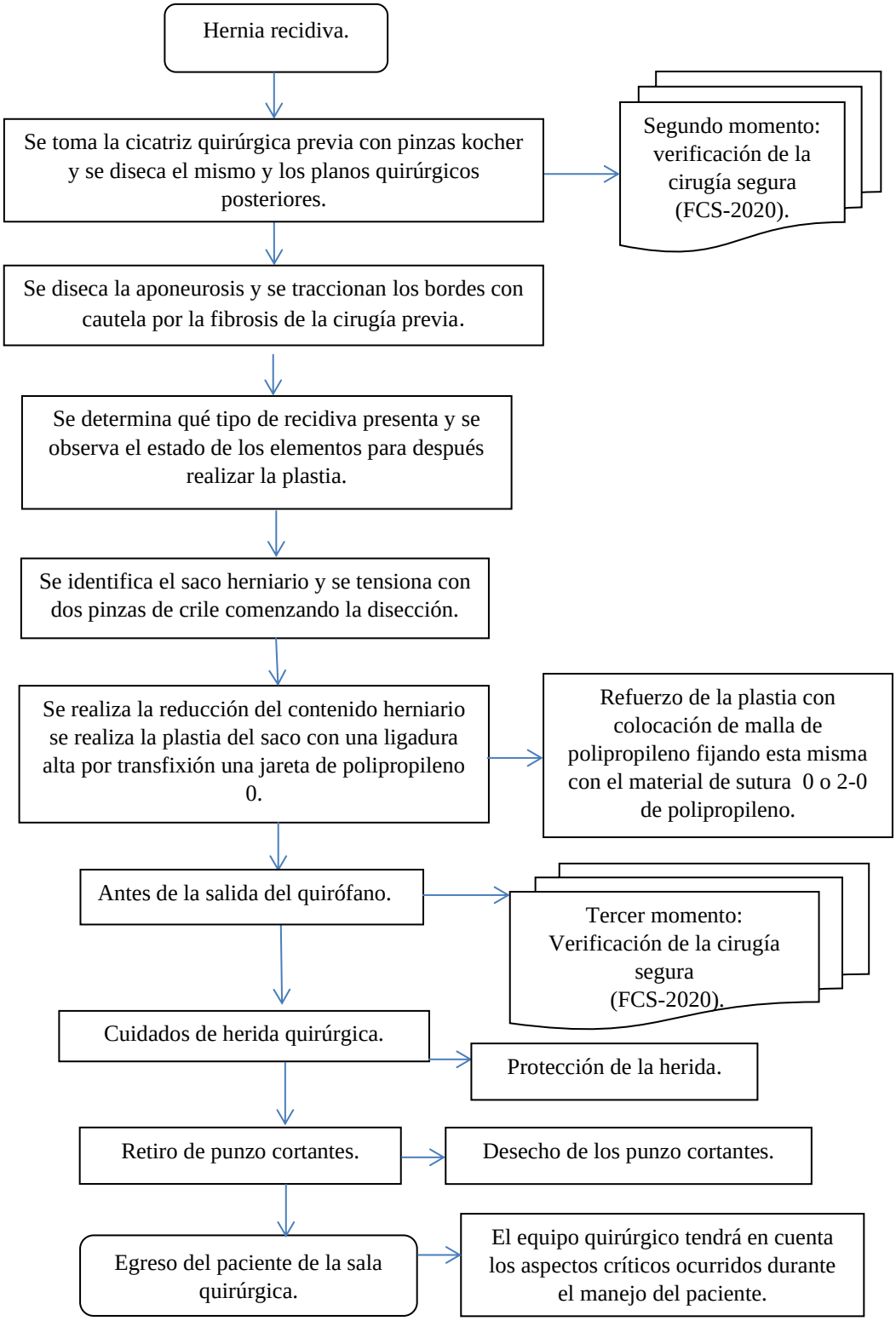
Flujograma 2.2. Plastia epigástrica, transoperatorio.



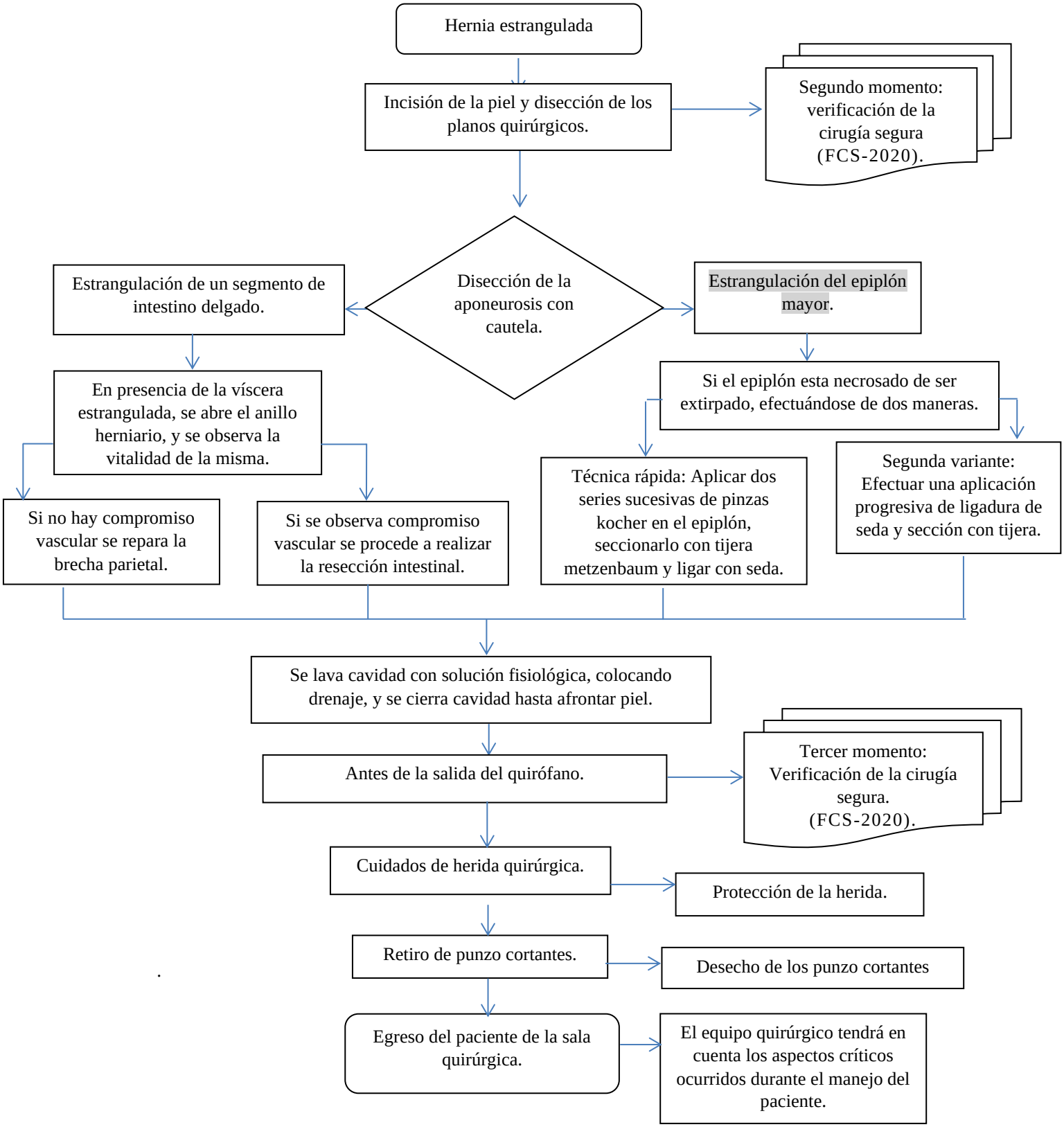
Flujograma 2.3. Plastia umbilical, transoperatorio.



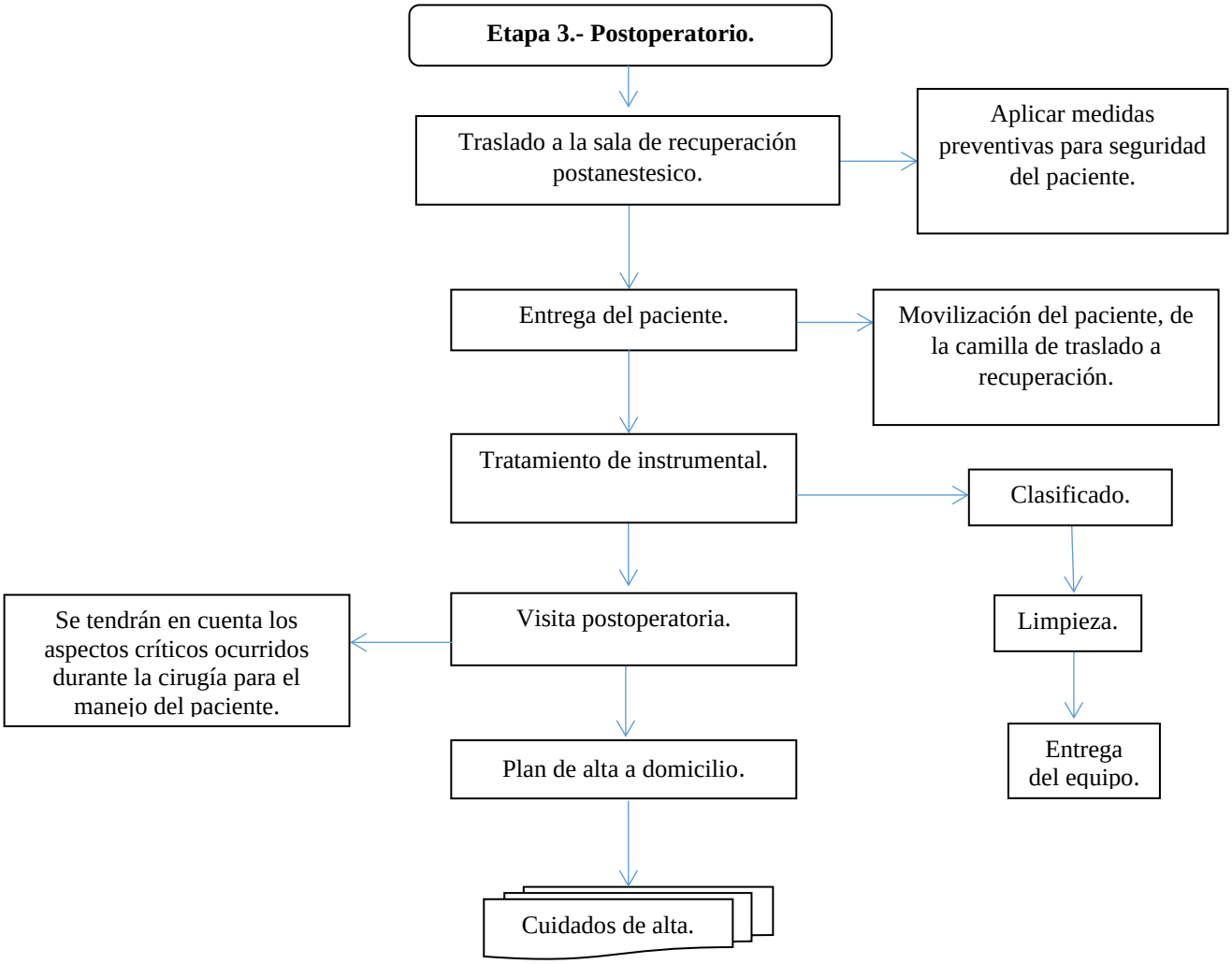
Flujograma 2.4. Plastia recidiva, transoperatorio.



Flujograma 2.5. Plastia estrangulada, transoperatorio.



Flujograma 3. Postoperatorio de plastia de hernia en pared abdominal con técnica quirúrgica abierta.



Anexos

Anexo 1. Asepsia quirúrgica (AQ-2019).

Consiste en limpiar de forma mecánica, con un agente antiséptico, la zona donde se va a realizar la intervención y un área circundante más amplia.

1. Las principales características esenciales que las soluciones antisépticas deben tener son: Amplio espectro antimicrobiano, no ser tóxicas, permanecer activa en presencia del alcohol, materia orgánica, jabón o detergente y no ser inflamables.
2. Consideraciones importantes acerca del lavado quirúrgico: 1) Todas aquellas zonas que se consideran contaminadas, han de prepararse por separado y 2) Si la cirugía requiere de varios campos quirúrgicos, se prepara cada uno de ellos por separado.

Estimar las siguientes pautas para la realización de lavado y pintado quirúrgico:

3. Abrir el equipo estéril de lavado y añadir la solución de elección (Fotografía 1.1).
4. Colocarse doble guante estériles mediante técnica abierta y delimitar el campo quirúrgico con dos paños estériles.
5. Empapar y escurrir una compresa o gasa en antiséptico jabonoso para realizar un primer lavado, desde la zona de incisión hacia la periferia (Fotografía 1.2), con movimientos circulares cada una más amplia (Fotografía 1.2). Se desecha la compresa o gasa una vez que se llega a la periferia (nunca se debe volver de la periferia a un área lavada previamente).
6. Retirar todo el jabón del campo quirúrgico con una compresa seca.
7. Repetir la aplicación con una compresa diferente cada vez. Este segundo lavado abarca una zona quirúrgica algo menor que la primera zona.
8. Aplicar el antiséptico según las recomendaciones de los fabricantes. Se pinta la zona que se deba intervenir con solución antiséptica del sitio de incisión a la periferia (Amparo Garcia Garcia, 2018).

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Colocación del antiséptico de elección en el equipo estéril de lavado [Fotografía 1.1].

I Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Asepsia quirúrgica de la zona de incisión hacia la periferia [Fotografía 1.2].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Asepsia quirúrgica con movimientos circulares, cada una más amplia [Fotografía1.3].

Anexo 2. Montaje de las mesas quirúrgicas (MMQ-2019).

Las mesas quirúrgicas se deben montar poco antes del inicio de la intervención quirúrgica para reducir al máximo el tiempo de exposición del material con el medio ambiente y la posible contaminación del mismo, mientras se coloca el instrumental, la mesa debe localizarse en una zona alejada del paso del personal que deambula por el quirófano para evitar la contaminación de la misma. Una vez que el personal de enfermería instrumentista está vestido, la mesa se cubre con una sábana de tela a una sábana impermeable cogiéndola por los extremos y teniendo la precaución de que no toque ninguna superficie no estéril, siempre desde el cuerpo de la instrumentista hacia afuera (Fotografía 2.1). Hay que tener en cuenta que, si se usan equipos textiles la mesa debe estar adecuadamente cubierta con paños-sábanas impermeables, además del textil utilizado, así la mesa instrumental quedará completamente aislada de cualquier contaminación por líquidos, una vez vestida la mesa (Fotografía 2.2), se coloca el instrumental necesario para la intervención (Fotografía 2.3), es muy importante mantener la mesa limpia y ordenada prestando especial atención a que el instrumental no se sobresalga de las mesas quirúrgicas para mantener la esterilidad (Amparo Garcia Garcia, 2018)**.**

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Montaje de las mesas quirúrgica [Fotografía 2.1].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Montaje de las mesas quirúrgica [Fotografía 2.2].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Montaje de las mesas quirúrgica [Fotografía 2.3].

Anexo 3. Montaje del instrumental quirúrgico (MIQ-2019).

Para suministrar cualquier elemento se debe asegurar la integridad del envoltorio y comprobar los indicadores del proceso de esterilización. La personal de enfermería instrumentista, extrae el instrumental del interior del contenedor, comprobando previamente que el testigo ha virado del color, es necesario tener especial precaución de no tocar los bordes del contenedor que se consideran contaminados.

Para un manejo adecuado del instrumental, el personal instrumentista tiene que conocer y seguir las siguientes pautas:

1. Conocer el nombre y el uso de cada instrumento.
2. Saber las señales que realizan los cirujanos con la mano (para determinados instrumentales).
3. El orden de colocación de instrumental está relacionado con los planos que se abordan en la intervención.
4. El tamaño del instrumental está relacionado con la profundidad de los planos que se abordan en la intervención: Instrumental cortó para los planos superficiales y largo para otros más profundos.
5. Organizar el instrumental en la mesa mayo en pares, para facilitar su montaje (Fotografía 3.4).
6. Vigilar que se cumplan las normas de asepsia y esterilidad durante la intervención quirúrgica, en colaboración con el personal de enfermería circulante.
7. Entregar adecuadamente al personal de enfermería circulante, los extremos de los aparatos eléctricos, aspiradores y tecnología específica de la intervención quirúrgica, para proceder a su conexión y su puesta en funcionamiento.
8. Entregar adecuadamente el instrumental a los cirujanos con un golpe firme, dejando siempre libre la zona de agarre que tenga la pieza, de forma que el cirujano no tenga que apartarse del campo quirúrgico para recibir instrumental. El instrumental se pasa rodeando la herida quirúrgica para evitar lesionar a otros miembros del equipo.
9. Montaje adecuado de objetos punzantes e hilos de sutura:
   9.1. Las hojas de bisturí se montan en su correspondiente mango con un porta agujas mayo hegar (si se usan los dedos, correrá el riesgo de cortarse).
   9.2. Las suturas montadas en un porta agujas, se entregan sujetando la parte más próxima a la punta y sujetando el cabo con la otra mano, para facilitar el trabajo del cirujano y evitar que se contamine el hilo de la sutura.
   9.3. Las ligaduras, según el tipo de cirugía, pueden presentarse montadas en una pinza crile o sueltas, haciendo un pequeño movimiento hacia arriba, para que el cirujano pueda cogerlas con una pinza de disección.
10. Es imprescindible observar cada una de las etapas de la intervención y prever con suficiente antelación la necesidad del cirujano para poder anticiparse.
11. Siempre que sea posible el personal instrumentista, debe situarse de modo que pueda seguir en todo momento la intervención.
12. En ocasiones se actúa como ayudante del cirujano, según requerimientos de la intervención.
13. Limpiar instrumental de sangre y otros residuos con una compresa húmeda (en solución salina) y desechar todo aquel, que no cumpla con las condiciones idóneas de limpieza y esterilidad. La sangre es corrosiva y en estado seco, aumenta la biocarga dentro de la herida quirúrgica.
14. Mantener limpia la punta del bisturí eléctrico y el terminal de aspiración.
15. Reemplazar las gasas y las compresas sucias por otras limpias.
16. Retirar del campo el instrumental que el cirujano va depositando, volviendo a dejarlo en su sitio para tenerlo correctamente localizado y poder usarlo rápidamente, si fuese necesario.
17. Retirar tras su uso los objetos cortantes y que se depositan en el campo quirúrgico y pueden dañar al paciente.

18. Colocar el instrumental contaminado en un extremo de la mesa para evitar que entre en contacto con el instrumental limpio.
19. Utilizar paños limpios e instrumentales para el cierre de la intervención quirúrgica.
20. El personal de enfermería instrumentista, debe revisar el instrumental comprobando su correcto funcionamiento e integridad después de cada limpieza. Los mangos de las pinzas, han de estar alineados y las partes dentadas deben ajustarse perfectamente, las cremalleras tienen que engranarse adecuadamente, los instrumentos cortantes tienen que afiliarse periódicamente y los instrumentos maleables deben enderezarse (Amparo Garcia Garcia, 2018).

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Montaje del instrumental quirúrgico [Fotografía 3.1].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Revisión del instrumental quirúrgico [Fotografía 3.2].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Montaje del instrumental quirúrgico en la mesa mayo [Fotografía 3.3].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Organización del instrumental quirúrgico en pares [Fotografía 3.4].

Anexo 4. Lavado de manos quirúrgico (LMQ-2019).

En la zona limpia se efectuará el lavado de manos quirúrgico con tiempo estimado de 3 a 4 minutos descrito a continuación:

1. La apertura del cepillo.
2. Despejar hasta cuatro dedos por encima del codo.
3. Primer lavado con antiséptico, sin cepillo, con un enjuague posterior (Fotografía 4.1).
4. Cepillado existe una controversia sobre él, ya que produce erosiones y a veces no se recomienda, salvo en uñas. Se ha de realizar con iodóforos y con clorhexidina; en algunos casos se recomiendan alcoholes al finalizar. Ha de tener una duración de unos 2 minutos, si se hace con los productos antes mencionados.
5. El orden en el que se ha de realizar varía, pero siempre teniendo en cuenta el principio de ir desde la zona que se considera la más limpia (la mano), hasta la más sucia (el codo) (Fotografía 4.2).
6. Una vez finalizado, la compresa de secado se toma del paquete estéril que se encuentra en el interior del quirófano sobre la mesa de la enfermera instrumentista (Fotografía 5.1).
7. Después del secado (punto de controversia entre dos posturas: 1) No se ha de secar y 2) Secar solo las manos y los codos), guardando siempre la norma de usar la parte exterior de la compresa (Fotografía 5.2).

El lavado quirúrgico será efectuado por todos los profesionales de enfermería con desempeño en el área quirúrgica, al inicio de su turno de trabajo. Posteriormente aquel personal que haya de permanecer en el campo estéril, seguirá el protocolo aséptico y los que van a actuar como circulantes se podrán secar con una toalla (Ramos, 2015).

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Primer lavado con antiséptico [Fotografía 4.1].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Cepillado quirúrgico de manos [Fotografía 4.2].

Anexo 5. Colocación de la bata estéril (CBE-2019).

Es una bata estéril de dos puños elásticos y cerrada posteriormente, que se debe cubrir por completo el uniforme y llegar al menos por debajo de las rodillas. Actualmente se utilizan más las batas desechables e impermeables, puesto que son de un solo uso y se puede evitar la contaminación por cualquier líquido o fluido. La técnica para colocarse la bata se describe a continuación:

1. Previo lavado de manos quirúrgico se realiza el secado (Fotografías 5.1 y 5.2).
2. Con los brazos elevados, se coge la bata por la parte interna de los hombros, alejándola del cuerpo y dejando que se despliegue (Fotografía 5.3).
3. Se introducen los brazos simultáneamente dentro de las mangas de la bata y la enfermera(o) circulante ata las cinchas del cuello y la espalda (fotografía 5.4).
4. Posteriormente, es el (la) instrumentista quien termina de cerrarse la bata, mediante una cincha delantera que hace que la parte posterior quede totalmente cerrada dentro del campo que se consideran útiles las zonas de la bata comprendida (Ramos, 2015).

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Toma de la compresa para el secado de manos [Fotografía 5.1].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Secado de manos [Fotografía 5.2].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Colocación de la bata estéril [Fotografía 5.3].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). El personal de enfermería circulante, ata la cincha del cuello y espalda [Fotografía 5.4].

Anexo 6. Colocación de guantes quirúrgicos (CGE-2019).

Colocación de los guantes quirúrgicos con técnica cerrada: es la que debe realizarse tras el lavado quirúrgico y la colocación de la bata estéril.

5. Se coge el paquete de guantes, con las manos por dentro de los puños de la bata estéril.
6. Se abre el paquete y con la mano izquierda se coloca sobre el puño de la bata derecha (Fotografía 6.1) y se desliza sobre la bata sacando los dedos de la mano una vez cubierto el puño por el guante (Fotografía 6.2).
7. Después se repite el proceso para la mano izquierda, colocando sobre la mano izquierda y cogiendo con la mano derecha la zona doblada del guante izquierdo (Fotografía 6.3) y repitiendo el proceso anterior (Fotografía 6.4).
8. Hay que ajustar correctamente los guantes a los dedos y estirar los puños de la bata para evitar arrugas incomodas en las manos-muñecas (Amparo Garcia Garcia, 2018).

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Colocación de guantes quirúrgicos. [Fotografía 6.1].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Colocación de guantes quirúrgicos en la mano derecha. [Fotografía 6.2].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Ilustración de Colocación de guantes quirúrgicos. [Fotografía 6.3].

Luqueño, A. (20 de marzo de 2020). Ilustración de Colocación de guantes quirúrgicos. [Fotografía 6.4].

Anexo 7. Documentación Quirúrgica (DQ-2019).

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Bitácora de Programación Quirúrgica (BPQ-2020)

No.	Fecha de solicitud de entrega	Fecha programada de cirugía	Fecha de cirugía realizada	No. de expediente	No. de afiliación	Nombre del paciente	Edad	Sexo	Diagnostico	Cirugía programada	Cirujano	Anestesiólogo
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
8.												
9.												
10.												

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño D., (2020).

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Ficha de Identificación y Datos Generales de Cirugía Segura (FCS-2019).

Nombre del paciente:	Edad:	Sexo:	Expediente:	Diagnóstico:
Cirugía Programada:	Cirugía realizada:			Servicio de procedencia:

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA Anestesiólogo y Enfermería como minino. **Registro de entrada.**	**ANTES DE LA INCISIÓN** Cirujano, Anestesiólogo y Enfermería. **Pausa quirúrgica.**	**ANTES DE LA SALIDA DE QUIRÓFANO** Cirujano, Anestesiólogo, Enfermería. **Registro de salida.**
Conforme con el paciente: _Nombre y fecha de nacimiento. _Lugar/ sitio quirúrgico. _Procedimiento programado. _Consentimiento informado	Todos los miembros del equipo se han presentado con su nombre y su función.	Nombre del procedimiento registrado. _Si _No ¿Es correcto el recuento de instrumentos, gasas y agujas? _Si _No ¿El frasco que contiene la muestra está bien etiquetado? _Si _No ¿Hay problemas relacionados con el instrumental o el equipo? _Si _No
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? **_Si _No _ No aplica**	_Enfermera confirma verbalmente la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	***El equipo quirúrgico*** ¿Existen aspectos críticos durante la recuperación y manejo del paciente? _Si _No
¿Se ha verificado el equipo anestésico? _Si _No _No aplica ¿Se ha verificado los medicamentos anestésicos? _Si _No _No aplica ¿Oxímetro colocado y funcionando? _Si _No _No aplica	*Previsión de eventos críticos:* *Cirujano* _Pasos críticos _Duración del procedimiento _Pérdida de sangre *Anestesiólogo* _ ¿El paciente presenta algún problema específico? *Enfermería* _ ¿Se ha confirmado esterilidad del instrumental? _ ¿Existen problemas relacionados al equipo?	Fecha quirúrgica: Nombre del verificador Nombre del enfermero instrumentista: Nombre del médico anestesiólogo: Nombre del médico cirujano:
*El paciente tiene…*Alergias conocidas: _Si _No _No aplica Vía aérea/ riesgo de aspiración_ Si _No _No aplica Riesgo de hemorragia >500 ml (Niños:7ml/kg) _Si _No _No aplica Existe acceso intravenoso y líquidos disponibles _Si _No _No aplica	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? _ Si _No _No aplica ¿Pueden visualizarse imágenes diagnosticas esenciales? _Si _No _No aplica	

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Organización Mundial de la Salud [OMS] Cirugía segura (2010)

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Carta de Consentimiento Bajo Información

Autorización de procedimientos quirúrgicos

El (la) suscrito (a): _____ del sexo _____ de ___ años de edad, paciente del Hospital, con expediente número: _____en pleno uso de mis facultades, DECLARO que el Dr. adscrito al servicio de _____, me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico _____ en un lenguaje claro y sencillo, que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores o menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden ocasionar la muerte o que requieren procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementan la estancia hospitalaria. También se me ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran: _____
_____
_____

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones consiento que se me realice el procedimiento _____, así mismo autorizo al personal médico del Hospital para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Nombre y firma del paciente y/o tutor	Nombre y firma del médico

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Carta de consentimiento informado para realizar procedimiento anestésico (CCIRPA-2019

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
No. expediente: _____ No. cama: _____
Carácter de la cirugía o procedimiento: [ ] Efectivo [ ] Urgente
Diagnostico preoperatorio: _____
Cirugía o procedimiento planteado: _____

De acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-168-SSA-1-1998 de expediente Clínico, publicidad el lunes 14 de diciembre de 1998, en capítulo 10.1.2.23 y la norma oficial mexicana NOM-170-SSA-1-1998 de la práctica de la anestesiología, publicada en el diario oficial de la federación el día 10 enero del 2000, expresado en los capítulos 14.2 y 16.1.1 es presentado este documento escrito y signado por el paciente y/o representante legal, así como dos testigos mediante el cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados del procedimiento anestésico. Esta carta se sujeta a las disposiciones sanitarias en vigor y no obliga al médico a realizar y omitir procedimientos cuando ello entrañe un riesgo injustificado para el paciente.

Por consiguiente y en calidad de paciente:

D e c l a r o

1.- Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi procedimiento anestésico, y que pueda cambiar de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales, o lo inherente al procedimiento quirúrgico.
2.- Que todo acto médico implica una serie de riesgos debido a mi estado físico actual, mis antecedentes, tratamientos previos y a la causa que da origen a la intervención quirúrgica, procedimientos de diagnóstico y tratamiento o a una combinación de los factores.
3.- Que existe la posibilidad de complicaciones desde leve asta severa, pudiendo causar secuelas permanentes e incluso complicaciones severas que lleven al fallecimiento.
4.- Que puede requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas.
5.- Que existe la posibilidad, que mi operación se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica del quirófano o causas de fuerza mayor (urgencias).
6.- Que también se me ha informado: que personal médico de este servicio cuenta con amplia experiencia, con equipo eléctrico para mí cuidado durante mi procedimiento y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
7.- Y que soy responsable de comunicar lo informado y esta decisión a mi familia.
8.- En caso de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo mi operación.
En virtud de lo anterior, doy mi consentimiento por escrito para que los médicos anestesiólogos de este Hospital, lleven a cabo los procedimientos que consideren necesarios para realizar la cirugía o procedimiento medico al que he decidido someterme, en el entendido que, si ocurre complicaciones en la técnica anestésica, no existe mala intención.

A c e p t o

Nombre y firma del Paciente o Representante legal	Nombre y firma de un Acompañante

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Inicio

1. Dolor en los sitios de punción (aplicación de sueros)
2. Multipunciones vasculares (dificultad para encontrar vena útil para aplicación de sueros)
3. Moretones postpunción venosa
4. Extracción (salida de suero de la vena) de soluciones
5. Alteraciones de la piel por el brazalete de toma de presión arterial o material de pegamento (telas adhesivas)
6. En caso de requerir monitorización más especializada (invasiva) debido a la gravedad del procedimiento, se utilizaran otros métodos, como son: Instalación de catéter al corazón (central) para medir la presión venosa central con la posibilidad de lesionar estructuras vecinas como son: nervio, arteria, pulmón: o provocar trastornos cardiacos de ritmo o de su pared, instalación de catéter en arteria para la medición de gases sanguíneos y presión arterial continua, pudiendo lesionar nervios, obstrucción bascular con lesión neurológica de la extremidad

Sedación/ vigilancia

1. Extensión insuficiente de la filtración de anestésico local (falta de procedimiento) cambio de técnica anestésica
2. Depresión respiratoria cambio de técnica anestésica
3. Respuesta adversa a los medicamentos cambio de técnica anestésica
4. Adiciones de efectos indeseables puede cambiar técnica anestésica

Anestesia regional

1. Ardor a la infiltración
2. Efectos anafilácticos del anestésico local (desde rash localizado, hasta choque anafiláctico)
3. Dolor en la columna en la zona de punción
4. Efecto insuficiente de la instalación de anestésicos local (falta del procedimiento), cambio de técnica anestésica
5. Efecto sistemático de los anestésicos locales inyección o absorción intravascular inadvertida del anestésico local, puede cambiar técnica anestésica
6. Daño neuronal transitorio o permanente relacionado con la presencia del anestésico local
7. Daño neuronal transitorio o permanente relacionado con la aguja de aplicación del anestésico local
8. Estimulo y/o daño neural transitorio o permanente relacionado con la aguja de aplicación del anestésico local
9. Dolor de cabeza posterior a la punción accidental de duramadre (tratamiento del color medicamento o aplicación de parche hemático
10. Difusión no deseada del anestésico el espacio subdural, puede cambiar técnica anestésica
11. Inyección intravascular inadvertida del anestésico con efectos indeseables, puede cambiar técnica anestésica
12. Respuesta adversa del paciente a los medicamentos aplicados para anestesia regional que pueden provocar el fallecimiento

Anestesia general

1. Respuesta adversa del paciente a los medicamentos aplicados para inducción anestésica y mantenimiento que lleve a la decisión de suspender la cirugía.
2. Ruptura y/o extracción de piezas dentales
3. Lesión de las mucosas de la boca y/o nariz
4. Ronqueo y/0 dolor de garganta posterior a la intubación traqueal
5. Imposibilidad para colocar el tubo de la tráquea
6. Posibilidad de traqueostomía
7. Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente con la probabilidad de daño orgánico y serie de complicaciones que provoquen el fallecimiento
8. Broncoaspiración de materiales contenidos en el estomago
9. Internamiento en terapia intensiva
10. Respuesta inadecuada de los fármacos utilizados con la posibilidad de daño orgánico, cerebral y que en conjunto puedan provocar el fallecimiento

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Consentimiento de solicitud de autorización quirúrgica y registro (CSAQR-2019).

Nombre:		Edad:	Sexo:
Servicio:		No. expediente:	
No: de cama	Fecha de la solicitud	Fecha solicitada:	Hora del procedimiento

Autorización del paciente	
Autorizo a los médicos del hospital para que efectúen la intervención quirúrgica que sea necesaria para el alivio y creación de mi padecimiento, en la inteligencia que no desconozco los riesgos que quedo sujeto por el procedimiento quirúrgico y anestésico.	Firma del paciente Firma de la persona legalmente responsable

Solicitud de la cirugía				
Diagnostico preoperatorio:				
Operación proyectada:				
Carácter de la cirugía:	Electiva: ( )	Urgente: ( )		
Ayudante: 1ro:	2do:	3ro:		
Sangre grupo y rh:	En quirófano:	mi	En reserva:	mi
Anestesia sugerida:	Local: ( )	Regional: ( )	General: ( )	Mixta: ( )
Nombre cedula y firma del jefe de servicio:				

Programación del quirófano		
Día:	Hora:	Sala:
Nombre, cedula y firma del jefe encargado de quirófano:		

Registro de operación	
Diagnostico postoperatorio:	
Cirugía efectuada:	
Examen histopatológico transoperatorio solicitado e informe:	
Anestesia administrada:	Anestesiólogo:
Cuenta de gasas y canalizaciones realizadas por:	
Nombre cedula y firma del cirujano:	

Resumen de la técnica quirúrgica

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Hoja de enfermería quirúrgica (HEQ-2019).

Nombre:		**Edad:**	**Sexo: (M) (F)**	**Fecha:**
Servicio:		Peso:	Talla:	No. de expediente:
Diagnostico preoperatorio:			Alergias:	Sala: Camilla:
Cirugía programada:			Cirugía realizada:	
Signos vitales	Preoperatorio		Transoperatorio	Postoperatorio
Hora				
Frecuencia cardiaca				
Tensión arterial				
Saturación O2				
Frecuencia respiratoria				
Temperatura				
Llenado capilar				
Dolor				
Estado neurológico	Consciente			
	Somnolencia			
	Confusión			
	Estupor			
	Coma			
Pupilas	Isocóricas			
	Miosis			
	Midriasis			
	Anisocoria			
Respuesta motora	Movimientos Activo			
	Incapacitado			
	Sin movimiento			
Piel y tegumentos	Hidratado			
	Deshidratado			
	Rosado			
	Pálido			
	Cianótico			
	Lesiones dérmicas			
Estado de salud	Muy grave			
	Grave			
	Delicado			
Apoyo ventilatorio	Ventilador			
	Catéter nasal			

Hora de inicio anestésica: Hora de inicio de cirugía: Hora de termino de cirugía:	**Posición quirúrgica:**	**Cirujano:**
Hora de inicio anestésica: Tipo de anestesia: Hora de termino anestésica:	Abordaje quirúrgico:	2° ayudante:
Hora de inicio de isquemia: Hora de termino de isquemia:	Tipo de cirugía: Urgencia ( ) Programado ( ) Séptica ( ) No Séptica ( )	Enfra. (o) Circulante.:

Cristaloides y Coloides	Hemoderivados

Medicamentos	Dosis	Vía	Horario

Ingresos	Vía/hora																
	Oral																
	Solución																
	Hemoderivados																
	Medicamentos																
	Sondas																
	Otros																
	Total de egresos																
Egresos	Diuresis																
	Evacuaciones																
	Drenajes																
	Emesis																
	Sangrado																
	Perdidas insensibles																
	Total de egresos																

Tipo de drenaje	Fr	Fecha de instalación	Fecha de retiro	Observaciones

Concepto	**Cuenta inicial**	**Cuenta del campo**	**Cuenta fuera del campo**	**Cuenta final**	**Cambio de Enfra (o) especialista ( )si ( )no**
Gasas					Cambio de Enfra (o) circulante ( )si ( )no
Compresas					
otros					
Intervenciones y actividades de enfermería en el transoperatorio:					
Hallazgos quirúrgicos:					

Intervenciones y actividades de enfermería posoperatorio	Intervenciones y actividades de enfermería Recuperación

Firma del Enfra (o) especialista	Firma del Enfra (o) circulante	Firma del Enfra (o) recuperación

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño A., (2020).

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería con Opción Terminal en Médico Quirúrgica
Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta

Material de consumo (MC-2019)

No.	Descripción	Cantidad
1	Guantes únicos desechables	5
2	Par de guantes quirúrgicos para cirujano de diferentes medidas	5
3	Agujas hipodérmicas de diferentes medidas	5
4	Jeringa de 20 ml., 10 ml., 5 ml., 3 ml	5
5	Equipo de bloqueo desechable	1
6	Penrose de ½	2
7	Cintas umbilicales	2
8	Sonde vesical Foley 14 fr. (mujeres) y 16 fr (hombres)	1
9	Cistoflo	1
10	Tubo de aspiración desechable o de caucho	1
11	Frascos de aspiración	2
12	Jeringa asepto (para lavados con suero fisiológico)	1
13	Venda elástica de 30 cm	1
14	Tegaderm I.V	4
15	Catéter periférico corto de 16 f., 17 fr., 18 fr	2
16	Catéter de oxigeno nasal	1
17	Bisturí eléctrico	1
18	Electrodo neutro o de retorno (placa adhesiva)	1
19	Conectores de succión	2
20	Hojas de bisturí #20	2
21	Paquetes de gasas sin rayte (cada paquete conformado de 5 gasas)	3
22	Paquetes de gasas con rayte (cada paquete conformado de 10 gasas)	3
23	Compresas (cada paquete conformado de 5 compresas)	2

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño A., (2020).

Suturas y prótesis (SyP-2019).

No.	Nombre de la sutura	Calibre	Cantidad
1	Nylon	2-0	2
2	Prolene	2-0	2
3	Catgut simple	2-0	2
4	Vicryl	1 y 2-0	2
5	Seda sin aguja	2-0 o 3-0	1 c/paq.
6	Malla de polipropileno	30 x 30 cm	1

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño A., (2020).

Material textil (MT-2019).

No.	Descripción	Cantidad
1	Campo doble (primera envoltura).	1
2	Campo sencillo (segunda envoltura).	1
3	Sabana de riñón	1
4	Campos sencillos	6
5	Sabana hendida	1
6	Sabana cefálica	1
7	Sabana podálica	1
8	Batas quirúrgicas	3
9	Toallas para secado.	3

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño A., (2020).

Mobiliario medico (MM-2019).

No.	Descripción	Cantidad
1	Reloj de pared	1
2	Mesa de riñón	2
3	Mesa pasteur	2
4	Mesa mayo	1
5	Consola de cauterio	1
6	Cubetas para basura	4
7	Máquina de anestesia	1
8	Bombas de infusión	2
9	Lámparas quirúrgicas	2

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño A., (2020).

Instrumental quirúrgico (IQ-2019).

No.	Descripción	Cantidad
1	Mango de bisturí no.4	2
2	Tijera metzenbaum	2
3	Tijera mayo	2
4	Pinza de disección con diente.	1
5	Pinza de disección sin diente.	2
6	Pinzas herina.	4
7	Pinzas mosquito curva.	4
8	Pinzas crile curva.	10
9	Pinzas kocher.	2
10	Pinzas allis.	6
11	Pinzas babcock.	2
12	Pinza duval.	1
13	Pinzas clamp intestinal.	4
14	Porta agujas mayo-hegar.	2
15	Separadores farabeuf.	2
16	Separadores gelpi.	2
17	Cánula de yankawer.	1

Fuente: Manual de Procedimientos de Enfermería: Plastia de Hernia en Pared Abdominal con Técnica Quirúrgica Abierta. Luqueño A., (2020).