

TRANSOPERATORIO

El paciente es recibido por la enfermera circulante la cual verifica sus datos.

El paciente es trasladado de la camilla a la mesa de operaciones con la ayuda de la enfermera circulante.

La región que abarca desde las tetillas al tercio superior de los muslos, incluyendo genitales es lavada con alguna solución desinfectante ya sea jabón o isodine espuma por la enfermera circulante o por el ayudante.

Se canaliza al paciente en caso de no venir ya canalizado.

La enfermera instrumentista tendrá las mesas puestas con todo el instrumental, ropas suturas y en general con todo lo que se va a utilizar para el momento en que se va a iniciar la intervención.

PROCEDIMIENTO

Incisión de la piel.— Las dos incisiones más utilizadas comúnmente son la paramedia derecha inferior y la de Mc Burney.

Protección de la incisión.— Por la posibilidad de que exista pus dentro de la cavidad peritoneal, la piel debe estar protegida con compresas de campo o compresas abdominales.

Abertura del peritoneo.— Si se escapa líquido purulento debe ser enviado para su cultivo y todo el resto debe ser sometido a succión.

Extracción del apéndice.— El cirujano busca el ciego, con puntos El apéndice insertado en él y lo pone en el campo de la herida

quirúrgica, a partir de este momento, todo el instrumental que se va a utilizar se considera contaminado y será manejado por la enfermera instrumentista como una pinza de anillos largos, dicho instrumental será colocado en un campo séptico.

Ligadura de los vasos arteriales.— El mesoapéndice contiene la arteria apendicular (o arterias en caso de que sean varias), éstas son tomadas con pinzas, cortadas y después ligadas.

Protección del ciego.— Se coloca un campo o compresa de vientre alrededor de la base del apéndice para cubrir el ciego.

Extirpación del apéndice.— El apéndice tomado con pinzas en su base y doblemente ligado, después se hace la amputación. El muñón puede ser invertido para que quede dentro del ciego y cosido doblemente en una sutura en forma de jareta o bien expuesto con el muñón ligado.

Se vuelve el ciego a su situación normal en la fosa ilíaca derecha.

Todo el instrumental utilizado hasta este momento se desecha, y la enfermera instrumentista lo da a la enfermera circulante, se cambian de guantes el personal quirúrgico. Se procede a hacer recuento de gasas y si éste es exacto se procede a ocluir el peritoneo que se cierra usualmente con material absorbible. Si ha sido empleada incisión paramedia, el músculo recto es entonces vuelto a su posición normal y la fascia aponeurótica anterior es cerrada con puntos aislados con material absorbible preferentemente y si se ha empleado la incisión de Mc Burney, los músculos oblicuos se aproximan con uno o dos puntos de sutura.

Se deja canalización en caso de encontrarse absceso cecal.

Se cubre la herida con un apósito sostenido por tela adhesiva.

El paciente se pasa de la mesa a la camilla para ser trasladado a la sala de recuperación donde se le van a dar los cuidados inmediatos que son:

Vigilancia de venoclisis.

Toma de signos vitales cada 15 minutos y después cada media hora si son estables hasta la recuperación de la conciencia.

Aspiración de flemas en caso de anestesia general.

Revisión frecuente del apósito en busca de sangrado.

Una vez que el paciente ha recuperado la conciencia es trasladado a su unidad.