

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN
DE INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA EN
CESAREADAS DEL POST OPERATORIO INMEDIATO
- HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ
2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

SOFÍA MAGDALENA DAMIÁN EFFIO

**CALLAO, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA	Presidenta
MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO	Secretario
MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO	Vocal

ASESORA: MG. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 127

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 02/03/2018

Resolución de Decanato N° 5 -2018-D/FCS de fecha 22 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. SOFÍA MAGDALENA DAMIÁN EFFIO

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
II. MARCO TEORICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	21
3.1 RECOLECCION DE DATOS:	21
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:	22
IV. RESULTADOS.....	25
V. CONCLUSIONES.....	26
VI. RECOMENDACIONES	27
VII. REFERENCIALES.....	28
ANEXOS.....	31

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional en la atención de la puérpera cesareada está dirigido a fortalecer la labor profesional de enfermería en la prevención de las infecciones quirúrgicas de este tipo de pacientes, sustentado a través de la revisión de la literatura. Tiene por finalidad ser un aporte, y reducir los reingresos por infecciones de la zona operatoria de las pacientes intervenidas quirúrgicamente en la atención del parto.

El objetivo fue describir el cuidado de enfermería en la prevención de infecciones de la herida operatoria en pacientes cesareadas en el postoperatorio inmediato - Hospital I Octavio Mongrut Muñoz. La revisión se basó en los datos obtenidos de la unidad de epidemiología de la Institución así como el aporte de la experiencia como profesional de enfermería.

El presente trabajo está conformado por los siguientes capítulos: Capítulo I: Planeamiento del problema que expone la descripción de la situación problemática, el objetivo y justificación. El capítulo II: Marco conceptual, marco referencial (antecedentes) y definición de términos. El Capítulo III. Presentación de situación profesional relevante. El Capítulo IV: Resultados, El Capítulo V: Conclusiones, El Capítulo VI: Recomendaciones, El Capítulo VII: Referencia, y finalmente se presenta un apartado de Anexos sobre las guías realizadas en el servicio, así como la guía educativa para prevenir infecciones en pacientes cesareadas.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevención de las infecciones quirúrgicas nunca ha sido más importante, pues las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y su capacidad para cuidar a los hijos (1).

El trabajo de parto prolongado es una causa de mortalidad y morbilidad, a consecuencia de: contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. Siendo la cesárea una medida indicada para contrarrestar esta dificultad (2).

Se estima que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal que debe oscilar entre 10% y 15%. En las Américas, es del 38,9% en promedio, según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta

cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado (3).

Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2016 (ENDES), en los último cinco años el 31,6% de partos en el País se realiza mediante cesáreas, cifra que se mantiene desde el 2015, con un incremento de 8,7 puntos porcentuales desde el 2011 (4).

Pozo afirma que aún con los cuidados por parte de los profesionales de la salud en las fases pre, intra y postoperatorios, el número de mujeres que progresaron a la infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es considerable (5).

En el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz son frecuentes los casos de infección en pacientes previamente cesareadas, incluso muchas de ellas son hospitalizadas y nuevamente operadas, incrementando los costos por tratamiento. Se desconoce la causa exacta de esta situación, pero se atribuye principalmente al desconocimiento de la puérpera sobre el cuidado adecuado de la herida operatoria.

A diferencia de los otros tipos de intervenciones quirúrgicas, que luego del postoperatorio inmediato, ingresan a hospitalización de cirugía, donde el paciente recibe los cuidados y la educación respectiva por parte de un personal enfermero cualificado para tal labor; las pacientes cesareadas, luego de las dos horas de monitoreo pasan inmediatamente al centro obstétrico y después de

48 horas son dadas de alta, lo que podría ser un indicador de deficiencias del cuidado adecuado de enfermería, pues no se cuenta con este profesional en el área.

La incidencia de infección en este tipo de pacientes es un problema que no solo afecta a la madre físicamente, sino también su situación emocional y su relación con el recién nacido, incrementando el estrés posparto. Por lo que se requiere un abordaje inmediato a través de una propuesta factible y viable, como la sensibilización y educación en el postoperatorio inmediato antes de su pase al centro obstétrico.

1.2 OBJETIVO

Describir el cuidado de enfermería en la prevención de infecciones de la herida operatoria en pacientes cesareadas en el postoperatorio inmediato - Hospital I Octavio Mongrut Muñoz.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo permitirá evidenciar los cuidados de enfermería que se realizan en la prevención de infecciones de la herida operatoria, como labor del profesional de enfermería en el posoperatorio inmediato, como una acción que favorecerá disminuir la tasa de

reingresos por infecciones de herida operatoria en las pacientes cesareadas.

Además, contribuirá con una guía educativa para la prevención de infecciones de la herida operatoria en la puérpera, a ser aplicada en el posoperatorio inmediato para facilitar su posterior autocuidado y disminuir las complicaciones asociadas a la infección post quirúrgica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

RAMÍREZ Y, ZAYAS A, INFANTE S, RAMÍREZ YM, MESA I, MONTOTO V. (2016) **“Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea”**.

Objetivo: caracterizar microbiológica y epidemiológicamente las pacientes con cesárea con infección de herida quirúrgica y cultivo bacteriológico positivo. Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" desde el 2013 hasta el 2014. El universo estuvo constituido por 69 puérperas con cesárea, heridas infectadas y estudios bacteriológicos realizados; y la muestra por 62 pacientes en las que se aisló el agente infeccioso. Resultados: Se halló infección de la herida en 4,9% del total de participantes. Prevalcieron infecciones monomicrobianas (88,7%) por bacterias grampositivas (59,4%). La anemia (87,1%), estadía preoperatoria mayor de tres días (82,3%), ganancia insuficiente de peso (33,9%) y diabetes mellitus (27,4%) fueron los principales factores de riesgo identificados. Predominaron las cesáreas urgentes (91,9%), con heridas limpias contaminadas (93,5%) e infecciones incisionales superficiales (53,2%). La dehiscencia de la herida se observó en 74,2% de las pacientes. Conclusiones: la presencia de factores de riesgos modificables y controlables en gestantes condicionan la aparición de infecciones, lo que impone un adecuado control prenatal, el

cumplimiento de protocolos de prevención de infecciones y una vigilancia epidemiológica permanente, que permita realizar un diagnóstico certero e instauración precoz del tratamiento. (6)

PACHECO L. (2015) "Atención de enfermería en el periodo post cesárea inmediato en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante Marzo a Julio del 2015". Objetivo: diseñar una guía de atención de enfermería para prevenir complicaciones en el periodo post cesárea inmediata en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Metodología: observacional, descriptivo, retrospectivo; con una muestra de 238 mujeres, más el personal de enfermería de la URPA. Resultados: el 43.7% de cesárea tipo interactiva, relacionándose con la prevalencia en edades de 13 a 25 años con el 45,8%; destacando que el 51,3% es de procedencia y residencia rural, y con el 12,6% que nunca se ha realizado el control en su embarazo; en antecedentes obstétricos se indica que el 19,3% presento preclamsia, el 18,9% presento Distocia Cérvico Pélvico, el 10,9% presento sufrimiento fetal, el 9,2% presento síndrome de HELLP, y como consecuencia a estos antecedentes el 72% presentaron complicaciones inmediatas, como; hipertensión arterial con el 17%, hipotonía uterina transitoria con el 14,7%, y el 12,2% hemorragia. En las acciones inmediatas de enfermería, como medida de prevención, fue el masaje uterino con el 97%. Conclusiones: la atención de enfermería no es totalmente de calidad debido a la ausencia de instrumentos o guías

eficientes para brindar atención integral y sobre todo por la falta de personal en el área de la URPA. (7)

GARCÍA C. (2013) “Elaboración de una guía de atención de enfermería para prevenir complicaciones trans y post quirúrgicas en pacientes adolescentes sometidas a cesárea en el periodo Enero-Junio del 2013 en el área de centro quirúrgico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito”. Objetivo: Elaborar una guía de atención de enfermería para prevenir complicaciones trans y post quirúrgicas en pacientes adolescentes sometidas a cesárea en el área de centro quirúrgico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Metodología: Investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo; la población estuvo representada por el personal de enfermería y médico, a quienes se aplicó una encuesta de 14 preguntas cerradas. Resultados: las principales complicaciones en el transquirúrgico han sido la hipertensión arterial (47,1%) y las hemorragias (35,3%), y las principales complicaciones de la madre la hipotonía uterina y la hemorragia (23.1% en ambos casos). En el post quirúrgico las principales complicaciones fueron la Anemia (38,5%), la infección de la herida (30,8%) y la dificultad para la lactancia (30,8%); entre las alteraciones psicoemocionales se evidenció que el 23,1% pareció de depresión postparto. Conclusiones: Valorar la posibilidad de aplicación de la estrategia educativa, como propuesta en

los consultorios, para mejorar la atención a los adolescentes y disminuir la incidencia de embarazos en esta etapa de vida. Así mismo capacitar al personal de enfermería de centro quirúrgico para brindar calidad y calidez en las atenciones prestadas. (8)

MOLINA R., LEIVA V. (2010) “Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto”. El objetivo fue realizar un diagnóstico para determinar las necesidades educativas de las madres adolescentes y luego se desarrolló un programa educativo de Enfermería (durante la etapa de posparto). Entre los resultados del total de 13 adolescentes madres, acerca del cuidado del/a bebé las jóvenes tienen bastante desconocimiento al respecto y la información que poseen les ha sido transmitida por sus madres. Esta información está cargada de mitos populares que evidencian que el cuidado que brinden a sus bebés podría no ser ni suficiente ni adecuado. Igualmente, todas las participantes aseveran sentir temor por la nueva etapa en la que se encuentran. Se concluye que las necesidades educativas encontradas en el diagnóstico se relacionaron con los siguientes temas: cambios físicos y psicológicos en la etapa posparto, estilo de vida en la etapa posparto, planificación familiar, lactancia materna y cuidados y estimulación del recién nacido o la recién nacida. (9)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Infecciones de la herida operatoria en pacientes cesareadas

La Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) se trata de infecciones de tejidos, órganos o espacios expuestos por los cirujanos durante la ejecución de una intervención quirúrgica, como consecuencia de la ruptura de la función de barrera creada por la herida, asociada con la invasión de microorganismos a un compartimiento corporal estéril (10).

Considerándose como ISQ a todo proceso infeccioso que se produce en el sitio de la cirugía en los 30 días de una operación o en el plazo de 1 año si un cuerpo extraño (por ejemplo, una válvula cardíaca) se implanta como parte de la cirugía, requiriendo una interpretación clínica y de laboratorio (10).

a) Definición

La infección puerperal que surge como resultado de la contaminación de las vías del parto, es definida como la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales durante o después del parto, y se ve favorecida por los cambios generales y locales del organismo en esta etapa. Constituye una de las tres causas principales de mortalidad materna. Su incidencia depende de factores como el estado general de la paciente,

anemia, desnutrición, obesidad, factores relacionados con el trabajo de parto y otros que se involucran con la cesárea (11).

b) Factores de riesgo

- Cesárea urgente.
- Corioamnionitis.
- Obesidad, Diabetes Mellitus, malnutrición, inmunosupresión.
- Tiempo quirúrgico aumentado.
- Perdida hemática intensa.
- Exámenes vaginales repetidos

c) Etiología

La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Estafilococo Aureus* y *Estreptococo* de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por *Clostridium* es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco) (12).

d) Profilaxis antibiótica en la cesárea

Se ha demostrado que la administración sistemática de la profilaxis antibiótica disminuye la morbilidad febril, endometritis, infecciones de pared y complicaciones infecciosas graves; no existiendo diferencia entre la irrigación peritoneal y la administración sistémica del antibiótico (12). Sin embargo no está claro cuál es el tratamiento de elección, por lo que cada médico maneja sus propios protocolos.

Esguerra (1994) promueve el autocuidado materno y neonatal a través de la educación participativa en salud.

2.2.2 Modelo de Promoción de la salud

Nola pender (1975) a través de su "Modelo de Promoción de la Salud" determina la importancia de promover la salud, manteniendo un nivel óptimo de la misma. Así mismo, sugiere que la salud óptima, consecuentemente previene la enfermedad innecesaria (12).

a) Metaparadigmas (13)

- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

b) Postulados (14)

- Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos- preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.
- Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

- El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.
- "hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro"

Aplicaciones a la práctica

A pesar que el concepto de promoción de la salud es muy popular dentro del área comunitaria, más que el clínico; la práctica clínica actual debe ejecutar la educación al paciente sobre la patología que lo aqueja y las mejores opciones de disminuir complicaciones y llevar una mejor calidad de vida.

Es así como las puérperas pueden incrementar sus conocimientos sobre el cuidado que deben tener consigo mismas, para poder posteriormente dar un cuidado adecuado a sus hijos, favoreciendo el binomio madre-hijo. Evitando los reingresos hospitalarios, que laceran la unión familiar y el correcto desarrollo del recién nacido.

Una buena educación además, previene las complicaciones, y recude enormemente los costes hospitalarios de tratamiento, cuidado y muchas veces, nueva intervención quirúrgica.

2.2.3 Cuidado de enfermería en el postoperatorio inmediato

a) Cuidado de enfermería en la prevención de la infección

Generalmente las puérperas que no presentan complicaciones durante la cesárea, son dadas de alta en periodos no superiores a las 48 horas. Por lo que los profesionales de enfermería deben aplicar estrategias de cuidado que garanticen la continuidad del autocuidado, siendo la educación y el material didáctico, una de las principales herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero que bien utilizadas pueden prevenir complicaciones, como infecciones, hemorragias y reingresos hospitalarios (11).

b) Pautas de educación a la mujer y su familia en el posparto

La enfermera debe dar indicaciones a la mujer y su familia relacionada con los siguientes aspectos (11):

- Los posibles signos y síntomas que, en caso de presentarlos, obliguen a la puérpera a asistir a consulta con el médico de su EPS para valorar su remisión al hospital; estos son: fiebre, fetidez de los loquios, palpitaciones, anorexia, malestar general, decaimiento, mareos, aumento de volumen de las mamas y otros.

- Cómo realizar el aseo de la vulva (de adelante hacia atrás, de forma que no arrastre materia fecal hacia la zona quirúrgica).
- Colocación de la toalla higiénica sin tocar la herida y cambio de esta las veces que sea necesario.
- Baño diario.
- Mantener el cabello recogido.
- Usar ropa cómoda que facilite la lactancia materna.
- Cuidado de las mamas.
- Ubicación correcta del bebé en relación con el pecho y técnica de succión adecuada.
- Exclusión absoluta de lavados vaginales.
- Proscripción del coito hasta finalizado el puerperio.
- Realización de ejercicios físicos apropiados para restablecer la tonicidad.
- Planificación familiar.
- Alimentación adecuada.
- Necesidad de reposo y sueño.
- Cuidados del recién nacido.

- Importancia de las relaciones afectivas del contacto madre-padre-hijo.
- Asistir a la consulta de puericultura y puerperio.
- Al momento del alta, la mujer debe estar informada de todo lo relacionado con su autocuidado:
 - Puérpera asintomática.
 - Hemoglobina y hematocrito dentro de límites aceptables.
 - Los signos vitales deben estar normales.
 - Buena involución uterina.
 - Los loquios deben estar normales en relación con los días del puerperio.
 - Estado normal de las mamas.
 - Lactancia materna eficaz.
 - Reconocimiento de signos y síntomas de infección en la zona operatoria: zona enrojecida, calor en la zona, presencia de secreciones purulentas con olor fétido, presencia de fiebre.
 - Cumplir con la antibioticoterapia indicada por el médico.
 - Planificación familiar.
 - Ausencia de dolor en mamas y periné.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la extracción del producto de la concepción vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal (15).
- **Cuidado de enfermería:** proceso complejo que delimita las intervenciones necesarias para resolver o mitigar el problema. Estas intervenciones se encuentran en la categoría de promoción de la salud o prevención y manejo de la enfermedad (16).
- **Prevención:** preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo
- **Infección de la herida operatoria:** Ocurre en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo, son generalmente conocidas como infección del sitio quirúrgico (15).
- **Paciente cesareada:** persona que es sometida a una intervención quirúrgica cuyo objetivo principal es la extracción del bebé del útero de su madre para preservarlo, cuando por vía vaginal esto se torna riesgoso o la finalización del embarazo se da de manera intempestiva por una obstrucción del canal de parto

- **Postoperatorio inmediato:** Periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización o domicilio. Habitualmente tiene lugar en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de información para la presentación de los datos en tablas de frecuencia, fueron facilitadas por la Jefatura de Planeamiento y Calidad del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, específicamente por la Unidad de epidemiología de la Institución

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Inicié labora profesionales en el área quirúrgica en el Hospital Santa Rosa, desempeñando la función de enfermera asistencia durante un años, desde octubre del 2008 hasta Octubre del 2009.

En Noviembre del año 2009 fue contratada por el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz para laborar como enfermera asistencial en el servicio de sala de operaciones, donde vengo desempeñando funciones hasta la actualidad.

▪ Funciones desarrolladas en la actualidad

Asistencial

- Instrumentación quirúrgica
- Cubro al función de enfermera circulante
- Recepción del paciente pre-operatorio

- Preparación al paciente y apoyo emocional

Administrativa

- Registros de enfermería.
- Guías de procedimiento.
- Llenado de los diversos registros del servicio: check list, hoja de costos, verificación de esterilización de equipos.

Docente

- Docente de teoría y práctica clínica de Adulto I en la Universidad Cesar vallejo.
- Ejercicio de la docencia en el hospital durante la rotación de centro quirúrgico.

Investigación

- Realicé un estudio titulado "Vivencias de madres adolescente en el pueblo joven Toribio Castro Chiriños 2016" en la universidad Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque.

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:

En mi desempeño profesional durante los años de labor en el Hospital I Octavio Mongrut Moñuz, tuve la oportunidad de evidenciar un caso de suma relevancia para el tema del informe, el mismo que describiré a continuación:

A una paciente de sexo femenino captada en tópico de curaciones, quien tenía una apertura de herida operatoria hasta la aponeurosis (todo el tejido subcutáneo) con más de 45 días en ese estado, estaba imposibilitada para el cuidado de su bebe. Le realizan curaciones periódicas, además que recibía por antibioticoterapia indicación, pero no mostraba signos de mejoría.

Fue derivada al Hospital Sabogal para la realización de un injerto, siendo uno de sus mayores temores, el que se le produjera una *faceitis* (Infección del tejido que compromete a la piel, la grasa subcutánea, la vaina del músculo (fascia) y el músculo, y produce cambios gangrenosos, muerte tisular, enfermedad sistémica y con frecuencia, la muerte).

Por ello se le brindó la educación respectiva en:

- Forma correcta del lavado en casa de la herida operatoria (enseñando la forma correcta), y periodicidad del mismo.
- Forma correcta de cubrirse la herida
- Periodicidad de curaciones
- No estar tanto tiempo en reposo, y caminar moderadamente.
- Se le brindaba apoyo psicológico (interconsulta)
- Apoyo en los trámites para una derivación al hospital sabogal.

▪ **Innovaciones – Aportes**

Desarrolle durante mis años de servicio de sala de operaciones del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, diversas Guías de procedimiento (anexos) como:

- Lavado de zona operatoria
- Lavado de manos
- Armado de mesa de mayo
- Instrumentación quirúrgica en cesárea y apendicectomía

▪ **Limitaciones para el Desempeño Profesional**

Una de las principales limitaciones para el desempeño profesional que tenemos los profesional en el servicio de sala de operaciones es la Infraestructura, que la institución fue inicialmente un colegio, que posteriormente fue adaptado para funcionar como Hospital, por lo que la distribución de los diversos ambientes no favorece la labor profesional.

Así mismo, la alta demanda de atención de pacientes es muy superior a los profesionales que laboramos en la institución, por lo que la sobrecarga de trabajo, limita el cuidado requerido para una mejor calidad de atención.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

**TASA DE INFECCIONES EN PACIENTES CESAREADAS EN EL
HOSPITAL I OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ – 2015/2017**

	2015		2016		2017	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INFECCIONES	140	12%	232	18%	136	10%
SIN INFECCIÓN	1028	88%	1055	82%	1222	90%
Total	1168	100%	1287	100%	1358	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4.1 se puede evidenciar que la tasa de infecciones en pacientes cesareadas se ha incrementado a través de los años. Y aunque menos del 20% de las pacientes sufren infecciones, éstas se incrementaron en el 2016, por lo que a fines de ese mismo año, y con intervención de la unidad de epidemiología, se dio énfasis en la prevención de las infecciones. Evidenciándose para el 2017 una disminución en 8 puntos porcentuales su incidencia.

V. CONCLUSIONES

- a) La tasa de infecciones se ha reducido en el último año, debido a las medidas institucionales adoptadas para controlar el riesgo; sin embargo, aún la tasa de infecciones en las mujeres cesareadas es alta.

- b) El cuidado, a través de la promoción de la salud, permite extenderse y traspasar las barreras del hospital, para mantener la salud de la mujer, y prevenir las complicaciones de la intervención quirúrgica después del parto; es fundamental por ello, hacer énfasis en su ejecución en el personal profesional de enfermería.

- c) La educación a la mujer cesareada en la prevención de infecciones, debe poner énfasis en el cuidado de la herida quirúrgica, lo que incluye: la higiene de la herida, el cumplimiento de la antibioticoterapia indicada, los cuidados en la vida sexual, el ejercicio, el peso que debe cargar y las posturas a adoptar principalmente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Continuar con el seguimiento de la paciente intervenidas quirúrgicamente en el parto, y garantizar la seguridad en sala de operaciones en el control de infecciones.

- b) Validar un protocolo de educación en los cuidados de la herida quirúrgica en el servicio, junto al equipo multidisciplinario, que permita a la paciente mantener su salud y velar por el bienestar de su recién nacido.

- c) Realizar una ficha informativa sobre los principales cuidados a tener en cuenta en la prevención de la infección de la herida quirúrgica, que las pacientes puedan llevar a su domicilio y realizarlo siguiendo las indicaciones, sin olvidar algún punto que sea necesario, y que refuerce la educación brindada en el hospital.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes. [Internet].; 2016 [citado 14 de Enero del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/recommendations-surgical-infections/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto Ginebra: OMS; 2015.
3. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. [Internet].; 2015 [citado 2018 Ene 1]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3A2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Comportamiento de los principales indicadores de la Salud Materno Infantil. Principales resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2016. [Internet].; 2016 [citado 2018 Ene 05]. Disponible en: [http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03.03_Indicadores%20de%20PPR-ENDES%202016%20proyectar%20\(2\).pdf](http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03.03_Indicadores%20de%20PPR-ENDES%202016%20proyectar%20(2).pdf)
5. Pozo Morillo ML. Plan integral de cuidados sobre medidas generales para la prevención de infección de heridas quirúrgicas en pacientes sometidos a cirugía abdominal, en el post operatorio tardío en el Hospital Regional Luis Gabriel Dávila provincia del Carchi-cantón Tulcá. Proyecto de investigación. Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Programa de Maestría en Enfermería Quirúrgica; 2017.

6. Ramírez Salinas Y, Zayas Illas A, Infante del Rey S, Ramírez Salinas YM, Mesa Castellanos I, Montoto Mayor V. Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 Ene 05]; 42(1): p. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100005&lng=es.
7. Pacheco Mora LDLN. atención de enfermería en el periodo post cesarea inmediato en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante Marzo a Julio. Tesis de Maestría. Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Maestría en Enfermería Quirúrgica; 2015.
8. García Veloz CdR. Guía de atención de enfermería para prevenir complicaciones trans y post quirúrgicas en pacientes adolescentes cesáreas en el periodo Enero-Junio del 2013 en el área de centro quirúrgico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Tesis. AMBato: Universidad Nacional Autónoma de Los Andes, Maestría en Enfermería Quirúrgica; 2013.
9. Molina C R, Leiva D V. Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2010 [citado 04 Nov 2018]; 18: p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44817860005>.
10. Quinde Nuñez R. Factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en pacientes operadas de cesárea atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2013. Tesis de Grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2014.

11. Acosta S, et al.. Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el posparto (EBE) Bogotá; 2015.
12. Lascano C, Santos S, Carrera A, Suárez P. Prevención, conocimiento y actitudes: infección del humano de papiloma en adolescentes. 2014-2015. Revista de Energía Química y Física [Internet]. 2015 Jun [citado 15 Ene 2018]; 2(3): p. 319-329. Disponible en: http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Energia_Quimica_y_Fisica/vol2num3/Revista%20de%20Energ%C3%ADa%20Qu%C3%ADmica%20y%20F%C3%ADsica%20V2%20N3_3.pdf.
13. Teorías Enfermeras. Teoría de la enfermería Modelo de Promoción de la Salud. [Internet].; 2013 [citado 2017 Julio 29]. Disponible en: <http://teoriasenfermeras.blogspot.pe/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>
14. Meiriño JL, Vásquez M, Simonetti C, Palacio M. El cuidado. [Internet].; 2012 [citado 2017 Jul 28]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
15. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección en herida quirúrgica post cesárea en los tres niveles de atención México: Secretaría de Salud; 2011.
16. Perea Canchares O. La enfermería frente a la salud y la enfermedad. Rev enferm Herediana. 2013; 6(1): p. 1.

ANEXOS

ANEXO N° 01

GUIAS DE ENFERMERIA PARA ROTACION DE CENTRO QUIRÚRGICO

LIC. SOFIA DAMIAN EFFIO

HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT – SALA DE OPERACIONES

GUÍA N° 01: LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

Definición: Es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria y remueve las residentes presentes en la piel. Este proceso durará como mínimo 5 minutos.

Objetivos: Eliminar los microorganismos transeúntes y reducir la flora residente

Indicaciones:

- Antes de cualquier intervención quirúrgica.
- Antes de realizar técnicas que requieran una extremada asepsia como colocación de catéter venoso central.

Precauciones:

- Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj
- Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte
- Usa ropa quirúrgica, gorro, botas y mascarilla antes de iniciar el lavado.
- No usar debajo de la ropa quirúrgica ropa de calle
- No debe presentar infecciones respiratorias, enfermedades infectocontagiosas o heridas en las manos.

Procedimiento:

1. Aperture la llave del caño de codo o pedal hasta obtener agua a chorro.
2. Humedezca sus manos y antebrazos.
3. Deposite una cantidad suficiente de clorhexidina al 4% en la superficie de sus manos.
4. Frote sus manos y antebrazos hasta obtener espuma en toda la superficie.
5. Frote las palmas de sus manos entre sí.
6. Frote la palma de su mano derecha contra el dorso de su mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Frote las palmas de sus manos entre sí con los dedos entrelazados.
8. Frote su pulgar izquierdo con un movimiento de rotación atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
9. Frote la punta de los dedos de su mano derecha contra la palma de su mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
10. Con movimientos rotatorios descienda su mano izquierda por el antebrazo derecho hasta debajo del codo y viceversa.
11. Enjuague sus manos manteniéndolas levantadas sobre los codos.
12. Cierre la espita de codo o pedal de acuerdo al tipo de lavamanos.
13. Mantenga las manos en alto dirigiéndose hacia SOP y proceda a la apertura de la puerta de espalda para no contaminar sus manos y antebrazos.

ANEXO 02

GUÍA N° 02: GUÍA CALZADO DE GUANTES QUIRÚRGICOS

Introducción: El uso de guantes estériles forma parte de un conjunto de medidas que previenen y controlan las infecciones intrahospitalarias que tienen como objetivo disminuir la transmisión de microorganismos de las manos, del personal al paciente durante los procedimientos invasivos que necesitan de técnica estéril, por lo tanto la correcta colocación y manipulación aseguran la técnica aséptica y la calidad de atención del paciente.

Objetivos: Al finalizar el taller el alumno será capaz de:

1. Identificar mediante la observación los pasos de la colocación de los guantes estériles
2. Reconocer la importancia de cada paso involucrado en dicho procedimiento en el éxito de la técnica aséptica
3. Realizar el procedimiento con técnica aséptica dirigido a actividades específicas.
4. Señalar la importancia de la técnica aséptica en la colocación de los guantes asociado a los procedimientos que ellos harán realizado por:
Enfermera

Insumos y equipos necesarios para el taller:

- Sala de simulación con lavamanos y mesones Jabón líquido antiséptico.
- Clinic (compresas estériles).
- Escobilla para uñas.
- 1 par de guantes estériles por alumno.
- 1 par de guantes estériles para el docente.

- Para taller de Técnico de Enfermería.
- Dos gasas de curación.
- Dos pinzas de curación.
- 1 ampolla de suero fisiológico Para taller de Técnico de Laboratorio
- 1 jeringa de 10cc.
- Liquido amarillo (reactivo) en frascos de reactivo.
- Tubo de examen rojo. Para taller de técnico De Radiodiagnóstico Y Radioterapia
- 1 jeringa de 20cc.
- Liquido café (reactivo) en frasco de reactivo.

Descripción del procedimiento:

a) Iniciar con el lavado de manos con jabón antiséptico según las normas y recuerde que:

- Debe usar uñas cortas, limpias no debe usar uñas artificiales ni pintura de uñas.
- Retire todo tipo de joyas (anillos, pulseras y reloj).
- Levante sus mangas a la altura del codo.
- El lavado de manos clínico es la medida más importante y la más simple para prevenir infecciones Intrahospitalarias

b) Tome el paquete de guantes.

c) Verifique indemnidad del envoltorio, correcto viraje del control químico externo y observe fecha de vencimiento. Recuerde que cualquier alteración significa que el usted no puede usar esos guantes ya que estos no se encuentran estériles.

d) Abra el paquete de guantes por donde se indica en el envoltorio
Mostrar foto

e) Saque el sobre con los guantes y colóquelo sobre un lugar plano, limpio seco y seguro. Diríjase a la línea media en la parte inferior y proceda a tomar los bordes y abrílos hacia el exterior con la precaución de no tocar los guantes que se encuentran en el interior.

f) Abra el primer dobléz.

g) Deje bien extendido el papel donde vienen los guantes, tomando el papel solo desde el borde.

h) Observe que los guantes están rotulados de la siguiente manera: "R" que significa Right para el guante que irá en la mano derecha "L" que significa Left para el guante que irá en la mano izquierda

i) Ahora haciendo pinza con el dedo índice y pulgar de la mano dominante, tome el guante por la base, introduciendo aproximadamente 1 cm. el dedo pulgar dentro del guante, levántelo alejado del cuerpo y de objetos que pudiesen ponerse en contacto con ellos e introduzca la mano en forma de pala con el dedo pulgar sobre la palma mirando hacia arriba y ajuste el guante a su mano.

j) Con la mano (que tiene el guante puesto) en forma de pala, introdúzcala en el dobléz del guante con los dedos mirando hacia usted.

k) Coloque su mano derecha en forma de pala mirando hacia arriba e introduzca el guante en su mano. Ajústelo calzando los dedos de su mano con el guante. Si en el proceso del colocado de guantes estos quedan mal puestos, deben ser ajustados una vez que ambas manos estén enguantadas. "Recuerde que ahora sus manos con guantes se encuentran estériles por lo tanto usted no debe tocar ningún objeto que no se encuentre estéril"

l) Para el retiro de guantes: Para retirar el primer guante, tome el borde por la cara externa dé vuelta completamente el guante. Para retirar el segundo guante, tómelo del puño dé vuelta completamente el guante y

deseche según norma. Lave y seque sus manos. Guía: Manipulación, colocación y retiro de guantes estéril.

Recuerde que debe retirar todo objeto de las manos, incluso argolla de matrimonio. Nota: Sus manos están limpias pero no estériles, por lo que durante el proceso de colocación de los guantes usted no debe tocarlos con sus manos, cuerpo u otros objetos. Para lograr esto debe seguir cuidadosamente cada una de las instrucciones.

Bibliografía:

1. Control de infecciones intrahospitalarias, Productos Farmacéuticos y Normas Transfusionales. Ministerio de salud de la República de Chile. Vigilancia. 2001.
2. Prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias y Normas del Programa Nacional de I.I.H. 1998.

ANEXO 03

GUÍA N° 03: COLOCACIÓN DE BATA Y GUANTE

Procedimiento para la colocación. Colocación de la bata:

- 1) Alcanzar el paquete estéril y levantar la bata doblada directamente hacia arriba.
- 2) Separarse de la mesa, hacia una zona donde no estorbe, para tener un margen de seguridad durante la colocación.
- 3) Manteniendo la bata doblada, localizar la cinta del cuello.
- 4) Manteniendo la parte interna del frontal de la bata inmediatamente por debajo de la cinta del cuello con las dos manos, dejar desplegar la bata, manteniendo la parte interna de la misma hacia el cuerpo. No tocar la parte externa con las manos desnudas.
- 5) Manteniendo las manos a nivel de los hombros, introducir ambos brazos en las mangas simultáneamente.
- 6) La enfermera circulante coloca la bata sobre los hombros, cogiéndola por la costura interior del hombro y brazo. Se fracciona de la bata, dejando los puños para ocultar las manos, para utilizar el método cerrado de colocación de guantes y en el caso que la enfermera instrumentista utilice el método abierto para colocación de guante, la enfermera circulante traicionará hasta dejar las manos descubiertas. Se ata o sujeta firmemente la parte posterior a nivel del cuello y cintura, tocando el exterior de la bata a nivel de las cintas o sujeciones, sólo en la espalda.

Los guantes estériles pueden colocarse de dos formas: mediante una técnica cerrada o mediante una técnica abierta. Si se realiza adecuadamente, los guantes se pueden colocar con seguridad con

ANEXO 04

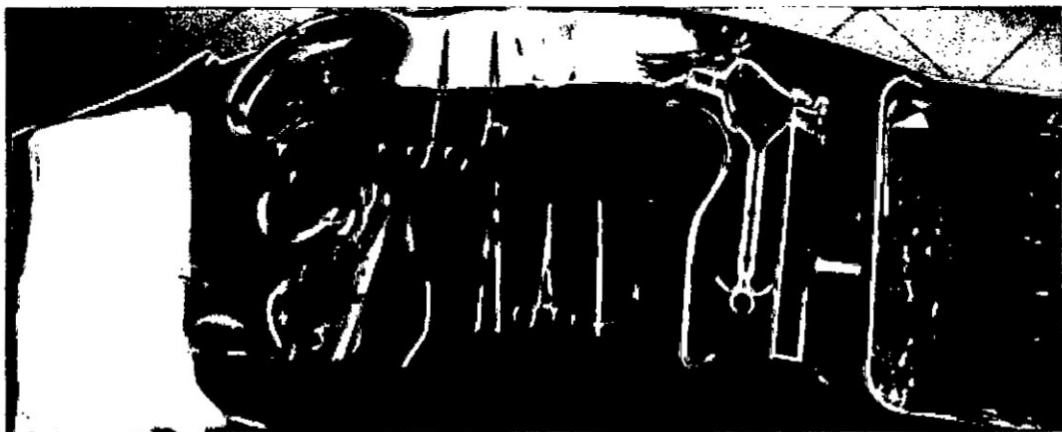
GUÍA N° 04: ARMADO DE MESA QUIRURGICA Y MESA RIÑÓN

Definición: Son las maniobras que se realizan para vestir y colocar el equipo e instrumental en la mesa quirúrgica.

Objetivo: Mantener una constante asepsia en el campo operatorio facilitando a su vez la fluidez de las maniobras quirúrgicas.

Material y equipo:

- Mesa quirúrgica
- Mesa de riñón.
- Mesa de mayo.
- Bulto de ropa estéril.
- Pinza de traslado.



Mesa quirúrgica

Procedimiento:

- Colocar el bulto de ropa en el centro de la mesa de riñón.

- Con la sábana que cubre el bulto de ropa toma la pinza de traslado separando la sábana a la izquierda y a la derecha cubriendo totalmente su mesa.
- Dividir la mesa en cuatro áreas para su mejor funcionalidad. En el área lateral izquierda se coloca el instrumental básico, acomodándolo de acuerdo al tiempo quirúrgico.
- Área media izquierda el instrumental de especialidad y del lado izquierdo derecha las suturas.
- Área media colocar catéteres, suturas y agujas porta-agujas, tijeras y un riñón.
- Área lateral derecha, colocar un campo de retorno y sobre el mismo la ropa en la parte inferior del campo, colocar los guantes después de utilizar la ropa y guantes se colocan el instrumental usado.

Medidas de control y seguridad

- 1.- Mantener invariablemente aseada y ordenada la mesa de mayo.
- 2.- Proteger la mesa correctamente para evitar contaminación.



Medidas de control y seguridad

ANEXO 05

GUÍA N° 05: PREPARACIÓN DE LA MESA DE MAYO

Concepto: Son las maniobras que se realizan para colocación y preparación del material activo.

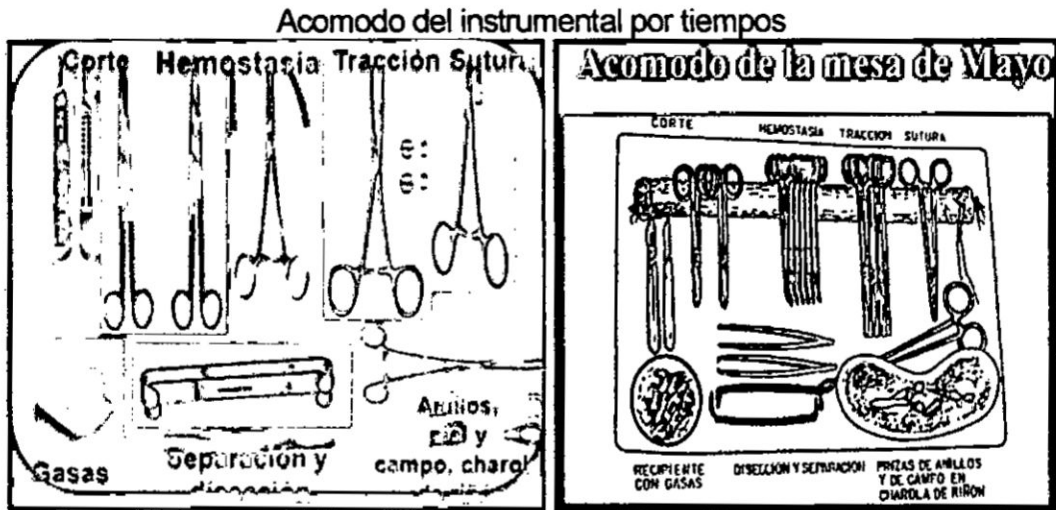
Objetivos: Seguir los tiempos específicos de la intervención quirúrgica de acuerdo a las maniobras del cirujano, material y equipo.

1. Mesa de mayo con charola
2. Funda de mesa de mayo estéril

Procedimiento

1. Se coloca la funda de mesa de mayo puede ayudarse fijando la mesa con el pié.
2. Tirar el doble hacia la base de soporte hasta instalar completamente la funda, colocar un campo sencillo doblado a lo largo de la mesa de mayo y dentro de esta los hilos de suturas como sedas libres.

3. Preparar el instrumental próximo a utilizar por el cirujano
4. Acomodo del instrumental por tiempos



Acomodo del instrumental quirúrgico

5. Parte distal: Corte, Disección, Hemostasia.
6. En la parte lateral izquierda, separación

MESA DE MAYO 2



Vestir mesa de mayo

ANEXO 06

GUÍA N° 06: PREPARACIÓN DE LA MESA DE RIÑÓN

Concepto:

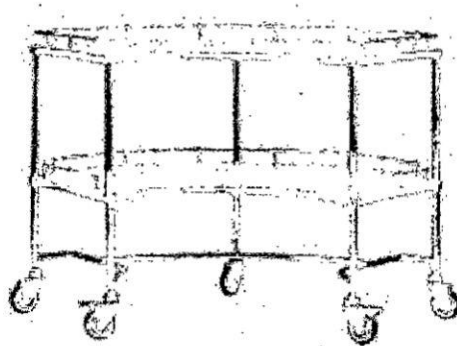
Son las maniobras requeridas para acercar el circuito operativo y ver sus materiales estériles que se requieren para la intervención quirúrgica.

Objetivos:

Facilitar la función del instrumentista planificando sus necesidades en base a la cirugía programada, conservando su esterilización.

Material y equipo:

- Mesa Riñón.
- Campos estériles.
- Material requerido según el caso. (suturas, campos, etc.)
- Compresas

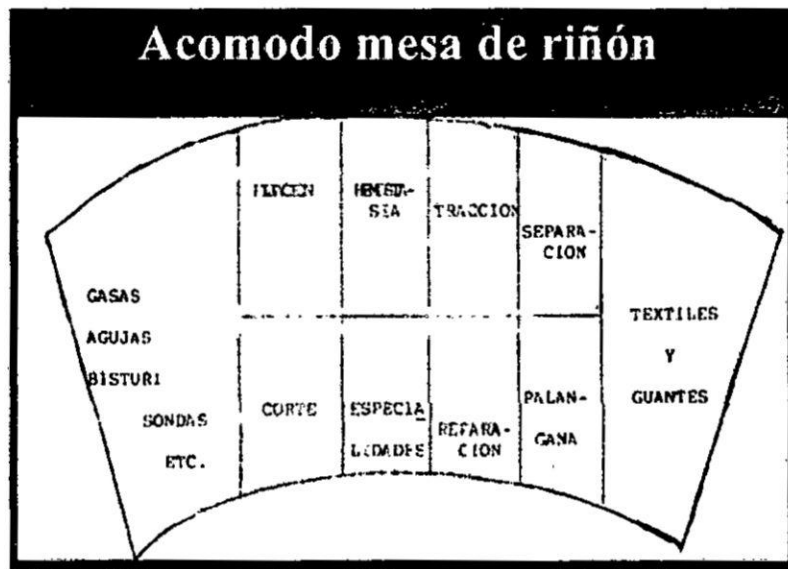


Mesa de riñón

Procedimiento:

1. Cubrir la superficie de la mesa de riñón con un campo estéril acomodar el material requerido para la intervención quirúrgica.
2. Medidas de control y seguridad:

- Colocar la mesa de riñón en un lugar funcional, proteger la mesa evitando.
- contaminación cuidando de no contaminar el material que en ella es depositado.



Mesa de mayo acomodado

Bibliografía:

Martínez Hernández, Andrea. Manual de técnicas quirúrgicas. Tepatitlán de Morelos Jalisco.

ANEXO 07

GUÍA N° 07: PREPARACIÓN DEL ÁREA OPERATORIA DEL PACIENTE

Concepto: Son los pasos a seguir para asear la piel del paciente y lograr una asepsia adecuada, utilizando guantes estériles y soluciones antisépticas.

Objetivo: Remover las grasas existentes en la piel del paciente, reducir la cantidad de microorganismos y dejar una capa antimicrobiana que prevenga el crecimiento de microorganismos durante el tiempo que dure la intervención quirúrgica.

Material y equipo:

- Riñón o palangana
- Gasa estéril, benzal o isodine
- Jabón
- Solución fisiológica

Procedimiento del lavado mecánico:

1. Acercar el equipo necesario a la unidad donde se encuentre el paciente.
2. Colocar campos laterales a la región que se va a usar
3. Calzar guantes
4. Con movimientos circulares, inicie el aseo de la piel del paciente, conservando los principios de asepsia: del centro a la periferia, de arriba hacia abajo, de lo limpio a lo sucio y de lo distal a lo proximal tiene que ser mínimo 10 minutos.
5. Desechar la gasa en cada tiempo de lavado.
6. Quitar el excedente de jabón en el último tiempo de lavado, con solución fisiológica o alcohol, manteniendo un chorro continuo sobre la región operatoria.

Cirugía Retro auricular

Límites: Asepsia la región mastoidea hasta el borde externo de la órbita, hacia delante y debajo cara lateral del cuello.

Cirugía torácica abdominal

Límites: asepsia región anterior, desde parte inferior del cuello a la altura de la sínfisis púbica, por la región posterior, desde el cuello hasta donde inicia la línea interglútea, incluyendo el tercio medio de los brazos.

Cirugía renal y suprarrenal

Límites: asepsia región anterior del tórax desde la axila hasta la altura del pubis y región posterior, siguiendo la circunferencia del torso.

Cirugía unilateral de la cadera y pierna

Límites: asepsia desde la altura de la cicatriz umbilical cubriendo el lado del costado del abdomen y cadera, siguiendo la circunferencia del torso y del miembro inferior hasta la punta de los dedos incluyendo los genitales externos.

Cirugía de hombros y extremidad superior

Límites: asepsia cara derecha o izquierda del cuello y región antero posterior del tórax hasta la línea media al nivel inferior de la caja torácica, quedando incluidos el hombro, axila y circunferencia del brazo hasta la parte media del antebrazo.

Cirugía del antebrazo, codo y mano

Límites: asepsia en la axila circunferencia del brazo y antebrazo hasta la punta de los dedos.

Cirugía del conducto auditivo interno

Límites: asepsia únicamente el conducto auditivo externo, pabellón de la oreja y región retro auricular.

Cirugía del cuello y barba

Límites: asepsia en el lado derecho o izquierdo de la cara, desde la parte superior de la oreja hasta el nivel de la clavícula región posterior del cuello hasta la columna vertebral incluyendo área supraescapular.

Cirugía abdominal

Límites: asepsia desde la altura de los pezones hasta la parte superior de los muslos, incluyendo lateralmente ambos costados y genitales externos.

Cirugía ginecológica y genitourinaria

Límites: asepsia desde la altura de los pezones hasta el tercio superior de los muslos, incluyendo lateralmente ambos costados, genitales externos y región perianal.

Cirugía de miembro inferior

Límites: asepsia desde la punta de los dedos hasta el tercio medio del muslo en toda la circunferencia.

Cirugía del tobillo, pies y dedos

Límites: asepsia desde la rodilla hasta la punta de los dedos en toda su circunferencia.

Cirugía ano rectal

Límites: asepsia en la región anal, iniciando desde la altura de la espina iliaca antero superior, hasta el tercio superior de los muslos.

Cirugía vaginal

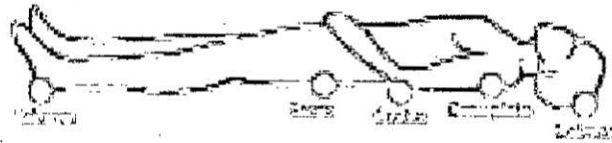
Límites: asepsia la región vulvar, iniciando desde la altura de la cicatriz umbilical hasta el tercio medio de la cara interna de los músculos y región anal.

Cirugía unilateral de cadera

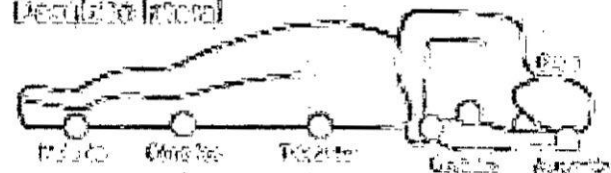
Límites: asepsia desde la altura de la cicatriz umbilical cubriendo el lado afectado del abdomen, cadera y circunferencia del torso y de la extremidad inferior hasta 10 cm por debajo del nivel de la rodilla.

DECÚBITO SUPINO O DORSAL

Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



Supina: Es la más utilizada. Sus indicaciones principales son: Cirugía abdominal, vascular, en cara, en cuello, así como para abordajes axilares e inguinales, entre otros.

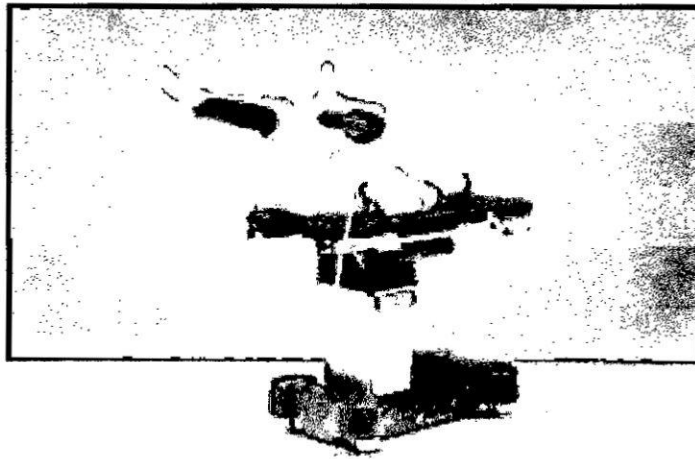
Los principales efectos fisiológicos de la misma en el enfermo son:

- Reducción de la ventilación por compresión abdominal sobre el diafragma.
- A nivel circulatorio, sólo se destacarían los efectos de la posición en decúbito supino en enfermos obesos, con ascitis, tumoración, abdominal o embarazadas.
- Cuando la cabeza no se almohadilla adecuadamente y el enfermo se hipotensa, hay riesgo de que sufra dolor, tumefacción y alopecia por la presión en la zona occipital.
- Dolor bajo de espalda al perderse la convexidad lumbar fisiológica tras la relajación de los músculos
- Riesgo de pie equino y úlcera de talón, en intervenciones largas.

Cuidados de Enfermería en la posición decúbito supino:

- Cuerpo perfectamente alineado, con las piernas paralelas (nunca cruzadas, por riesgo de compresiones).
- Brazo de la venoclisis: apoyado en su soporte correspondiente, pero cuidando que nunca la abducción sea superior a los 90°, por riesgo de lesionar el plexo braquial.
- El brazo contrario se intentará descansar en otro soporte igual, o en su defecto, sujeto al arco de anestesia perfectamente protegido y vigilando también la abducción.
- Almohadillas bajo la cabeza y zona lumbar. Si la intervención se prolonga, realizar cambios posturales de la cabeza.
- La faja de sujeción se ajusta pero no se aprieta; esta se coloca y ajusta por encima de las rodillas, dejando un espacio de tres veces de dedo por debajo de ella.
- Protección de talones de la presión sobre la mesa, con una almohadilla.
- Vendaje compresivo ascendente, para mejorar el retorno venoso.

LITOTÓMICA O GINECOLÓGICA

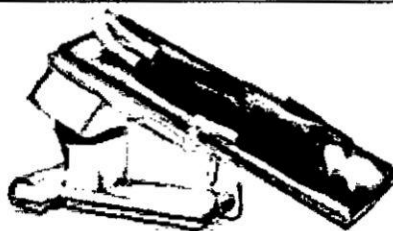


Se utiliza en cirugía perianal, rectal, vaginal y urológica. En ella se sitúa al enfermo en decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas y elevadas, para dejar accesibles al periné y el recto.

Cuidados de Enfermería en posición de litotomía:

- Colocar las piernas en las pierneras y a la vez para evitar luxaciones de la cadera, el enfermo habrá situado previamente la zona glútea en el extremo distal de la mesa, para prevenir tensión en músculos y ligamentos lumbosacros. Las nalgas deben sobresalir cerca de 3 cm del borde de la mesa. Insistimos en el adecuado almohadillado de las pierneras.
- Las piernas se fijan con las bandas de sujeción (las pierneras se pondrán a la misma altura y en relación con el tamaño de las piernas del paciente). Una regla: siempre las pierneras a las piernas, nunca las piernas a las pierneras.
- Se descansa el brazo de la venoclisis sobre un soporte en un ángulo de 90° y el contrario, se cruza sobre el tórax o bien bajo la zona lumbar con la palma de la mano mirando hacia abajo, para prevenir lesiones en la misma. La faja de sujeción para el brazo se ubica en la posición correcta.
- Importante: comprobar que la piñera no hace presión sobre el hueso poplíteo ni sobre el nervio ciático poplíteo externo.
- Al terminar la intervención, es importante bajar las dos piernas a la vez y lentamente.

TRENDELEMBRUG



TRENDELEMBRUG

En esta posición el enfermo en decúbito supino se inclina en la mesa, de forma que la cabeza esté más baja que el tronco, suele ser una inclinación de 45°.

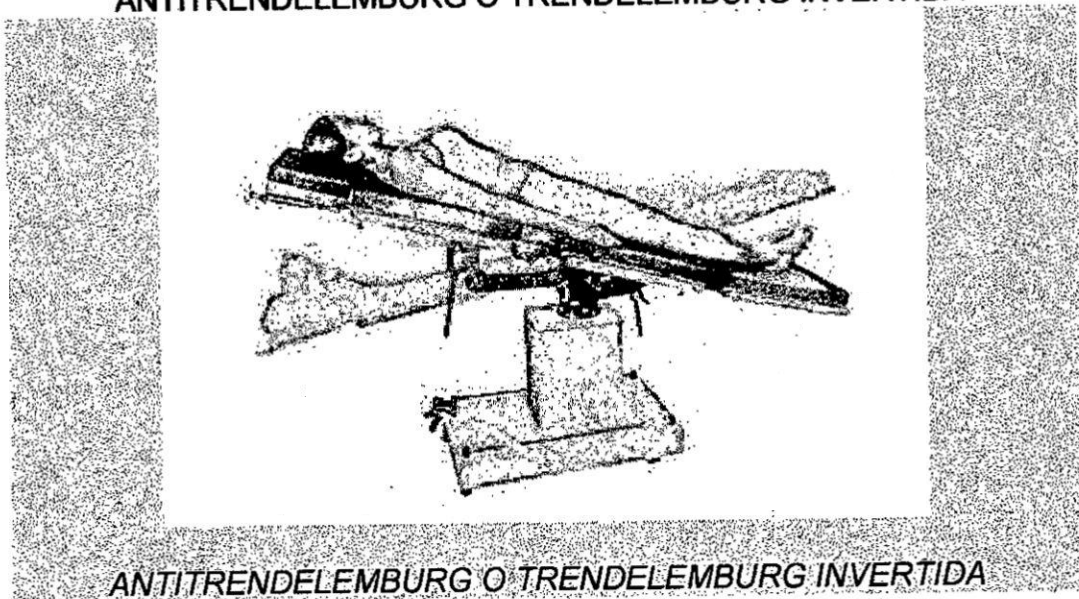
De todas formas, sería recomendable flexionar las rodillas a nivel de la articulación de la mesa para prevenir presión sobre nervios y vasos.

Las indicaciones principales son intervenciones en la parte inferior del abdomen o de la pelvis, gracias al desplazamiento cefálico del contenido abdominal.

Los efectos fisiológicos de este posicionamiento son:

- Limitar la movilidad diafragmática, y restringir la respiración. Por lo tanto el paciente no debe permanecer así por períodos prolongados.
- Descenso de la presión arterial en las extremidades inferiores.
- Ancianos y enfermos con arteriosclerosis generalizada pueden sufrir trastornos isquémicos severos postoperatorios.
- En pacientes cardiopatas, esta posición incrementa significativamente la P.A.M. (Presión arterial media) y la P.P.C. (presión pulmonar capilar), con mayor demanda de la oxigenación cardiaca. Si la reserva cardiaca previa está muy disminuida, puede desencadenar una cardiopatía congestiva aguda o isquemia miocárdica.
- Elevación de la presión venosa yugular y de la intracraneal, con el consiguiente descenso de la presión de perfusión cerebral.

ANTITRENDELEMBURG O TRENDELEMBURG INVERTIDA



ANTITRENDELEMBURG O TRENDELEMBURG INVERTIDA

Partiendo del decúbito supino, inclinamos la mesa en el sentido contrario del Trendelenburg, es decir, la cabeza del paciente queda más alta que los pies. Se utiliza para cirugía de cabeza y cuello.

También puede ser de ayuda en los procedimientos que comprometen el diafragma y la cavidad abdominal superior, ya que permite que el contenido abdominal descienda en dirección caudal (hacia los pies).

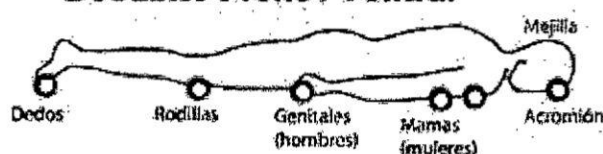
Las principales indicaciones son: cirugía del tiroides, vesícula y vías biliares. No obstante, se utiliza realmente en raras ocasiones en su estado puro, así, por ejemplo, para las tiroidectomías basta con situar un rodillo almohadado bajo los hombros para conseguir la hiperextensión del cuello.

Los cuidados de Enfermería fundamentales serían:

- Evitar un accidental deslizamiento del paciente, para lo cual utilizaríamos soportes almohadados en los pies (apoyapiés)
- Almohadillar la nuca, curvatura lumbar y las rodillas.
- Por último, indicar que a nivel fisiológico no existen grandes diferencias con la posición supina.

DECÚBITO PRONO O VENTRAL (CRANEOTOMIA)

Decúbito Prono / Ventral



Es la posición quirúrgica más problemática, tanto por su difícil colocación como por los efectos fisiológicos que conlleva, de hecho, algunos la califican como la posición menos fisiológica que existe, sin olvidar el manejo imposible de las vías respiratorias para el anestesista.

Las intervenciones principales en esta posición se realizan sobre el recto y columna vertebral.

Las principales repercusiones fisiológicas son:

- Dificultad para mover la caja torácica por su propio peso, con el consiguiente riesgo de insuficiencia respiratoria grave.
- Dificultad para mover el diafragma por el contenido abdominal y por el propio peso del tórax.
- Compresión de la vena cava inferior, disminuyendo el gasto cardíaco y aumentando la P.V.C.
- La rotación de la misma y el cuello puede producir isquemia por oclusión de la carótida o las arterias vertebrales. Una rotación de 80° de la cabeza, puede ocluir por completo la arteria vertebral.

Cuidados de Enfermería en la posición prona:

Es fundamental empezar reseñando que para adoptar esta posición es necesario voltear al enfermo una vez que ha sido anestesiado en posición supina. Para ello, son necesarias al menos 6 personas que deben efectuar esta maniobra de forma coordinada y cooperativa.

Es esencial evitar la torsión de los miembros y mantener la cabeza estrictamente alineada con el tronco durante el movimiento. Las manos del paciente deben protegerse del peso del cuerpo que cae sobre ellas.

Cabeza:

El posicionarla correctamente es un reto en esta posición. En el caso de pacientes con una anatomía vascular intacta, la cabeza se ladea descansándola en una almohada.

- Para craneotomía cuando el cirujano necesita que el paciente se encuentre con el rostro dirigido hacia abajo. El apoyo para la cabeza tiene forma de herradura y esta acolchada.
- La cabeza se encuentra alineada con el resto del cuerpo.

Tronco:

Para aliviar la presión sobre el tórax y abdomen pondremos dos rodillos almohadillados debajo del tórax a la altura de las axilas y otros dos a nivel de las alas ilíacas. El rodete debería formarse doblando paños no arrugados.

Brazos:

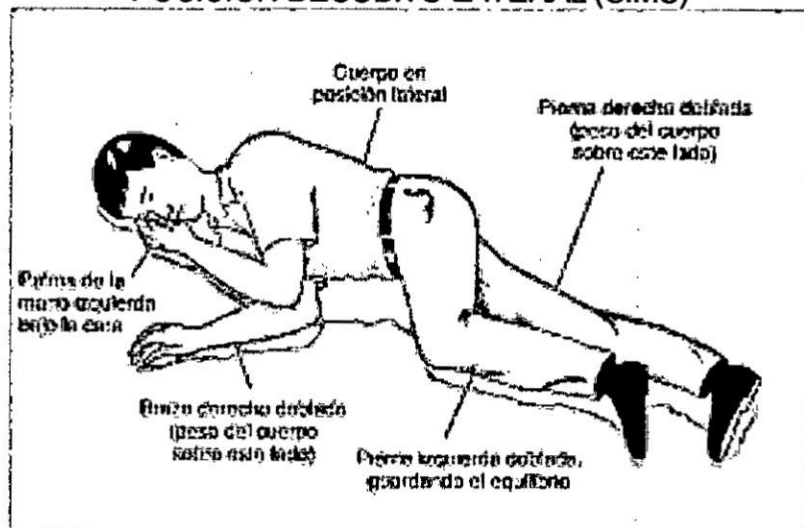
Se colocan sobre 2 apoya-brazos con máximo cuidado, evitando hiperextensiones y caídas o se mantienen a los lados a merced de la sábana doblada. Protección adecuada de los codos.

Miembros inferiores:

Se protegen las rodillas y los pies, evitando el roce de los dedos con la mesa. La faja de sujeción se ajusta por encima de las rodillas.

Se elevará la parte inferior de las piernas, favoreciendo el buen drenaje (siempre y cuando esto no moleste en la intervención).

- Evitar presiones en las mamas de las mujeres y en el aparato genital masculino.
- Antes de colocar los paños estériles revisaremos minuciosamente al paciente

POSICIÓN DECÚBITO LATERAL (SIMS)

Sus indicaciones son en cirugías de:

1. Cirugía torácica (toracotomías), renal y ortopédica.
2. Se denominará derecha o izquierda según el lado en el que esté apoyado el enfermo. Al igual que en las anteriores.
3. El cambio de posición se hará en equipo. De forma ideal y con el fin de prevenir lesiones medulares, una persona debería de supervisar que la rotación de cabeza, hombros, cadera, piernas y pies se produce simultáneamente.
4. Una vez situado y hasta que todos los soportes necesarios no estén perfectamente fijados, no se soltará al enfermo.
5. Una vez finalizada la colocación, debe comprobarse la existencia de pulso arterial de las extremidades.

Efectos fisiológicos:

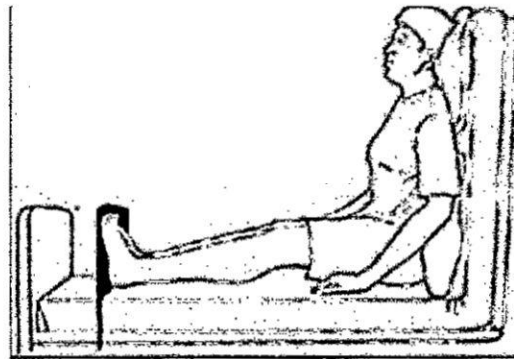
- Efectos respiratorios: son importantes. por el peso del tórax, menor capacidad de movimiento de diafragma hacia arriba, disminuye la capacidad vital del pulmón.
- Presión arterial: los valores dependerán de la ubicación del manguito o de la relación del transductor de presiones con el corazón; no obstante, podemos decir que no importa cual sea el brazo utilizado para tomar la presión arterial siempre y cuando se tenga en cuenta la diferencia de presión hidrostática, y aún mejor, usando un transductor que incorpore un sistema que permita "hacer el cero" a nivel del corazón.

Cuidados de Enfermería

- Soportes específicos protegidos en las zonas lumbar y abdominal.
- Cabeza y cuello colocados de forma neutra, es decir, alineados con el eje del cuerpo, apoyados sobre almohadas.
- Las extremidades superiores extendidas sobre un apoya brazos doble en un ángulo no mayor a 90°, el brazo se rota para prevenir el contacto del nervio cubital con la mesa.

- Para proteger el plexo braquial se acolcha el área axilar del brazo inferior con una toalla enrollada.
- La pierna más baja se flexiona.
- La faja de sujeción se coloca por encima de las rodillas.
- La pierna inferior flexionada está separada de las superior por una almohada grande que se extiende hasta la ingle.
- Cuidado con el ojo.
- La oreja que apoya la colocamos sobre una superficie blanda.
-

POSICIÓN DE FOWLER O SEDENTE

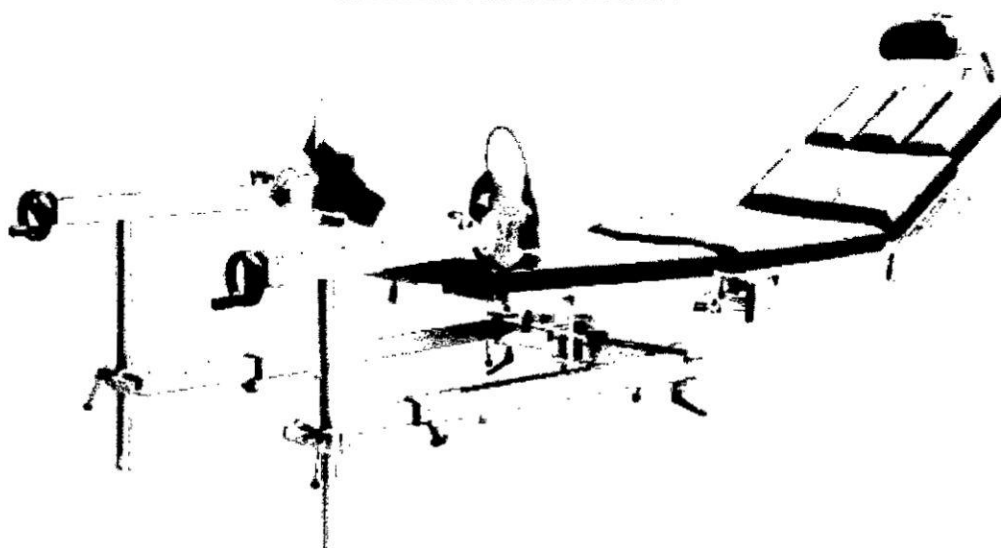


Colocación del paciente en posición inclinada, con la mitad superior del cuerpo levantada mediante elevación de la cabecera de la mesa. Se usa cuando se somete a un paciente a cirugía de la columna cervical posterior, craneotomía posterior y procedimientos en la cara y la boca.

- Cuando se utiliza esta posición para procedimientos sobre la columna posterior o craneotomía, se mantiene la posición a través de un soporte de cabeza que consiste en estribos estériles que rodean el cráneo y estabilizan la cabeza.
- Cuando se utiliza esta posición para procedimientos que no sean sobre la columna posterior o craneotomía, los estribos no se usan, sino un apoyo mullido para la cabeza.
- Los brazos se cruzan libremente sobre el abdomen y se sujetan con una cinta o descansan sobre una almohada en el regazo del paciente.

- Un apoya-pies ayuda a mantener firme la posición.
- Se alinea el cuello correctamente.
- La faja de sujeción se ubica por encima de las rodillas.
- La mesa se quiebra a nivel de las rodillas y las caderas, las rodillas se apoyan sobre una almohada.

LA MESA ORTOPÉDICA



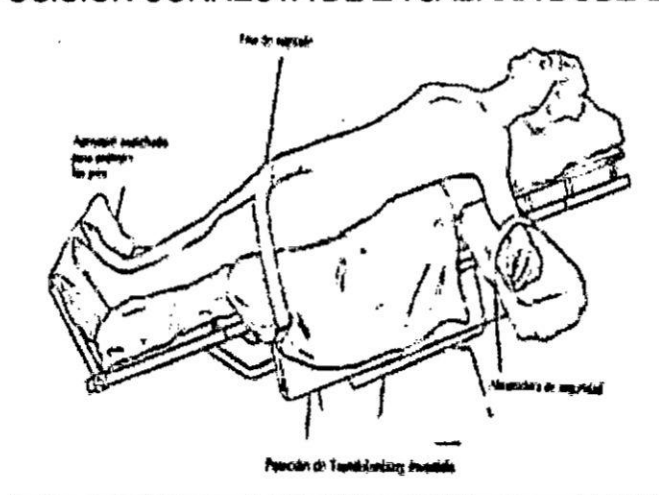
Mesa ortopédica

La mesa ortopédica o mesa para fracturas permite ubicar al paciente para enclavamientos de cadera y otros procedimientos ortopédicos.

- El paciente yace con la pierna lesionada sujeta con un dispositivo similar a una bota. La pierna puede ser rotada, traccionada o liberada, según los requerimientos de la cirugía.
- La pierna sana descansa sobre un soporte elevado; pueden tomarse las radiografías que sean necesarias durante el procedimiento, ya que la pierna sana se encuentra fuera del campo radiográfico.
- El periné se ubica en la parte central, bien mullido, para protección.
- La faja de sujeción se coloca sobre la pierna sana.

- Los brazos se ubican libremente sobre el abdomen, o bien pueden descansar sobre los apoya-brazos.

POSICIÓN CORRECTA DE LA SÁBANA DOBLADA

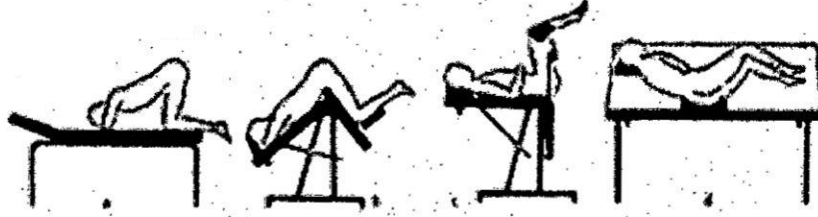


Posición de sabana correcta

En ocasiones para comodidad del cirujano es necesario mantener los dos brazos del paciente pegados a su cuerpo, esto generalmente es necesario cuando el **cirujano va a trabajar en tórax anterior** o mediastino y los brazos del paciente no permitirían un acercamiento al área quirúrgica, como en el caso de la cirugía de corazón o biopsias pulmonares por vía anterior.

- Previa al traslado del paciente a la mesa quirúrgica se coloca una sábana larga que sobresalga en los dos extremos de la mesa y que permita envolver los brazos del paciente.
- Una vez anestesiado el paciente y en posición de decúbito dorsal se procede a envolver los brazos y meter la sábana sobrante por debajo del cuerpo del paciente.
- Se debe tener cuidado de que la sábana introducida no tenga pliegues o arrugas que puedan causar daños tisulares en la piel del paciente.
- También se debe verificar que no quede muy apretada para no hacer compresión sobre los brazos del paciente.

POSICIÓN GENUPECTORAL



El paciente se arrodilla elevando los glúteos., es importante cubrir adecuadamente a quienes asumen esta posición en algunas instituciones tienen sabanas rectales especiales que cubren completamente los glúteos, excepto un orificio circular sobre el ano, esta posición es para buscar anomalías como **hemorroides y fisuras**.

COMPLICACIONES DEL MAL POSICIONAMIENTO

Son los que entendemos las “**lesiones por decúbito**” o “**traumatismos del posicionamiento**” y se clasifican en 2 grandes grupos:

Complicaciones neurológicas. Del sistema nervioso central:

- Cefalea occipital (secundarias a vasculitis isquémicas).
- Lesión del tronco cerebral (de origen isquémico).
- Hemorragia cerebral (hipercapnia).
- Del sistema nervioso periférico: dolor bajo de espalda. afección de nervio periférico (por orden de frecuencia): cubital, plexo braquial, radial, mediano, peroneal, femoral, tibial anterior, ciático, facial y supraorbitario.

Las **complicaciones neurológicas** son las que aparecen con mayor frecuencia. Su diagnóstico final necesitaría de estudios electromiográficos y neurográficos.

Retirada de los guantes



Retirada de los guantes

Notas para quitarse los guantes quirúrgicos

Mientras usted se vaya **quitando los guantes**, no deje que el exterior de los guantes le toque la piel, porque la superficie exterior se habrá contaminado de sangre y otros líquidos corporales.

No deje tampoco que los guantes salten de golpe al quitárselos, porque tal movimiento puede causar que las sustancias contaminantes le salpiquen los ojos, la boca, la piel o a otras personas alrededor suyo.

Antes de tocar cualquier otra cosa, quítese los guantes ya utilizados: se contaminan a menudo los mostradores, los grifos, y los lápices y bolígrafos porque los profesionales de salud acaban tocando otros objetos mientras todavía tienen puestos los guantes usados.

Paso 1

Enjuáguese las manos enguantadas para quitarles sangre u otros líquidos corporales, en una tarja que contenga solución descontaminante.

Pasó 2

Agarre uno de los guantes cerca del puño y jalándolo, quíteselo a medias. El guante empezará a volverse al revés. Antes de empezar a quitarse el segundo guante, es importante mantener el primero a la mano a medias para impedir que se toque el exterior de los guantes con las manos desnudas.

Pasó 3

Con los dedos todavía metidos en el primer guante, agarre el segundo guante cerca del puño y quíteselo. Se volverá al revés este guante mientras se lo vaya quitando.

Pasó 4

Quítese el primer guante jalándolo con cuidado, tocando únicamente el interior del guante con la mano desnuda.

Pasó 5

Si son desechables los guantes o si se han roto, tírelos según las normas establecidas. Si son para tratar y volver a utilizar, póngalos en un recipiente que contenga solución antiséptica. Lávese las manos inmediatamente después de quitarse los guantes; es posible que los pequeños agujeros o rupturas que haya en los guantes puedan dejarle a usted en riesgo de infectarse por la sangre y otros líquidos contaminantes.

Bibliografía:

Martínez Hernández, Andrea. Manual de técnicas quirúrgicas. Tepatitlán de Morelos Jalisco. Agosto de 07 al enero del 08.

ANEXO 08

GUÍA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE LA HERIDA OPERATORIA EN PACIENTES CESAREADAS

1. ¿Cómo es la recuperación después de la cesárea?

Por ser la cesárea es una operación, requiere de una recuperación postoperatoria y de una internación más prolongada, generalmente entre 2 y 4 días.

Se recomienda caminar lenta y progresivamente para mejorar y acortar la recuperación.

Los puntos de la cirugía se retiran entre los 10 y 15 días de realizada la cesárea.

2. ¿Qué calmantes recibirá para aliviar el dolor?

Luego de la cesárea, y en el caso de sentir dolor, el médico indicará analgésicos que se pueden tomar aún amamantando.

- **Morfina:** si la cirugía fue con peridural o bloqueo espinal, el anestesiólogo puede agregar morfina, que hace efecto durante 24hs, evitando los calmantes que adormecen todo el cuerpo. Hay casos en los que se deja la epidural entre 12 a 24 horas después de la cesárea para poder introducir más medicación si es necesario.
- **Analgésicos inyectables o "analgesia controlada por el paciente":** otra opción es, inmediatamente después del parto, la medicación intravenosa que puede ser a través de inyecciones o de una sonda controlada por el paciente, que cuando siente dolor aprieta

un botón. En este último caso, las dosis son contraladas a través de un aparato para no recibir por demás.

- **Medicación para aliviar el dolor en los días posteriores:** el médico puede indicar calmantes o analgésicos en forma de pastillas para aliviar el dolor el día de la cesárea y hasta una semana después. Y también es posible que junto con los medicamentos recete algo para evitar la constipación que estos suelen producir.

3. ¿Cómo higienizar la herida?

- La herida se debe lavar con agua y jabón neutro, se puede poner antiséptico iodado.
- Secar bien y finalmente colocar una gasa estéril sobre ella.
- Cubrirla con una faja abdominal (al colocar la faja la cicatriz debe quedar justo en medio así lo bordes de la misma no la rozan), especialmente para colaborar ante movimientos que requieran utilizar los músculos abdominales, como al incorporarse.
- Estos cuidados ayudarán a la cicatrización y a que cierren bien todos los tejidos.
- De observarse secreciones, hinchazón, enrojecimiento, es importante que lo haga saber a su médico.

4. ¿Cuándo consultar al médico?

- Si la zona de la cicatriz está caliente, roja, hinchada o supura.
- Si se hincha una o ambas piernas.
- Si el dolor en la zona de la cirugía empeora o aparece de forma repentina.
- Si se tiene fiebre (aunque la zona de la cicatriz esté bien).
- Si hay algún cambio en el flujo vaginal o este huele mal.

- Si al orinar se siente ardor o si la orina es oscura.
- Si se sienten muchas ganas de orinar, constantemente, aunque solo salgan unas gotitas.

¿Puede amamantar?

La lactancia materna es posible siempre, pero en el caso de la cesárea, hay ciertos factores que pueden hacer que el comienzo sea más difícil. Esto se debe a que la cesárea es una cirugía mayor, por lo que el contacto madre e hijo puede demorarse, lo que depende muchas veces del tipo de anestesia que haya recibido la mamá.

Debe tener en cuenta que necesita ayuda para el cuidado del bebé, para ponerlo al pecho y para cambiarlo, debido a las molestias posoperatorias.

Por eso es importante contar con toda la colaboración en este momento, saber que la lactancia materna es posible, que la leche no tarda más en bajar luego de una cesárea, como suele creerse, y que poner al bebé al pecho lo antes posible es la manera de estimular el amamantamiento.

Por tanto, una vez que puedas regresar a casa después del nacimiento de tu bebé, es importante que te organices bien y pidas algo de ayuda ya que posiblemente estés un poco dolorida y además tiene un bebé para cuidar, por eso es aconsejable aceptar toda la ayuda que puedas necesitar.

Debe tener en cuenta que puede cargar a su bebé para amamantarlo o demás quehaceres, pero no un peso superior de ningún tipo, al menos los primeros 15 días.

¿Cómo será su vida sexual?

Luego de una cesárea deben pasar entre 30 y 40 días para reiniciar las relaciones sexuales; sin embargo, cada mujer tiene sus tiempos, y es posible hacerlo una vez que las pérdidas sanguíneas (loquios) hayan cedido (algo que sucede, habitualmente, 20 días después de la cesárea).

Además debe tomar en cuenta que Durante la lactancia hay anticonceptivos orales que son muy efectivos y que además son inocuos para el bebé. Otra buena opción anticonceptiva es el DIU.

¿Qué debe tener en cuenta en cuanto a la actividad física?

Luego de un parto es importante comenzar con ejercicios que ayuden a ajustar el abdomen y a recuperar la tonicidad perdida, favoreciendo la vuelta de la musculatura a su lugar original y la involución del útero, que ayuda a que los loquios, pérdidas normales luego del parto, disminuyan con más rapidez.

En el caso de una cesárea, sucede que en el postparto pueden costar cosas tan básicas como sentarse en la cama, pues al sentarse se hace fuerza con el abdomen y duele, por eso la mamá debe incorporarse yendo hacia un costado y desde allí levantarse. Como hay una herida que está en proceso de cicatrización y como eso genera dolor y molestias físicas, se debe postergar el inicio de los movimientos hasta que la mamá deje de sentir dolor en la herida. Una vez que la herida está cicatrizada y no se sienten molestias, se puede empezar con ejercicios suaves para la pared abdominal, teniendo en cuenta que como hubo un corte se pierde mucho la sensibilidad de la zona y la fuerza de la panza.

Debe evitar hacer ejercicios o actividades fuertes durante el primer mes.