

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TECNICA ASEPTICA EN LAVADO DE ZONA OPERATORIA-SALA DE
OPERACIONES DE CIRUGIAS PROGRAMADAS _DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO 2015

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL- ESPECIALISTA
EN: ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO

MARILU GONZALES TICONA

Callao, 2016
PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

•
MIEMBROS DEL JURADO;

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ▶ ORA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIOENTE |
| ▶ ORA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ▶ MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | VOCAL |

ASESORA: ORA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

N° de Libro: 02

N° de Acta: 153

Fecha de Aprobaci6n de tesis: 19 de Septiembre del 2016

Resoluci6n Decanato N° 428-2016-D/FCS Jurado Examinador de la sustentaci6n para ptar ttulo de segunda especialidad profesional de fecha 09 de setiembre del 2016

[NOICE

	Pág
A. RESUMEN	02
B. INTRODUCCI6N	04
C. MARCO REFERENCIAL	06
• INSTITUCI6N	08
• VISI6N	14
• MISI6N	14
• FUNCIONES	15
D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES	21
ESPECIFICAS	
• TIPO DE SERVICIO	21
• METODOLOGIA	61
• HERRAMIENTAS	62
E. PROBLEMATICA Y EXPERIENCIA LABORAL	64
F. RECOMENDACIONES	76
REFERENCIALES	77
ANEXOS	78

A. RESUMEN

El presente **informe profesional titulado TECNICA ASEPTICA EN LAVADO DE ZONA OPERATORIA • SALA DE OPERACIONES DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIEN DEL CALLAO, 2015** tiene por objetivo: describir la tecnica aseptica del area quirurgica de los pacientes que ingresan a sala de operaciones antes de la realizaci6n de cualquier tipo de cirugia.

El personal de enfermeria que labora en sala de operaciones, realiza una serie de procedimientos y tecnicas con el objetivo de disminuir complicaciones pos operatoria y obtener resultados satisfactorios.

En el presente informe describiremos la intervenci6n del medico especialista y enfermera en el lavado de zona operatoria de las diferentes especialidades.

La tecnica aseptica se refiere a las practicas que reducen la posibilidad de que los microorganismos entren en el cuerpo durante procedimientos quirurgicos, reduciendo asi a su vez el riesgo de que los usuarios se infecten mas tarde. Algunas de estas practicas tambien disminuyen la posibilidad de que los profesionales de salud tengan contacto con Sangre y tejidos infecciosos durante los procedimientos

La preparaci6n de la piel se realiza con el objeto de prevenir las infecciones Producidas por la flora normal que se encuentra colonizando nuestra piel. Esta preparaci6n se realiza removiendo la suciedad, la grasa, y microorganismos transitorios que se encuentran en la piel y controlando mediante soluciones antisepicas los microorganismos residentes (poblaci6n bacteriana que se encuentra en los foliculos pilosos y que no

son removidos con el lavado habitual). La preparación adecuada de la piel permite reducir la incidencia de infecciones de la herida operatoria asociadas a procedimientos invasivos, mejorando como consecuencia, la calidad de la atención de los pacientes.

Los antisépticos son sustancias químicas que se aplican sobre la piel y las mucosas y destruyen a los microorganismos (acción biocida) o impiden su proliferación (acción biostática). El antiséptico ideal no existe. Para ser considerado ideal, un antiséptico debe ser de amplio espectro (activo frente a flora autóctona y transitoria de la piel), tener acción biocida rápida y un efecto residual prolongado. Además, su actividad no debe disminuir o desaparecer en presencia de materia orgánica. No debe ser tóxico para la piel y mucosas y sus características organolépticas deben ser agradables. Una buena relación efectividad/costo también es importante.

Para realizar este tipo de procedimiento, es importante conocer la técnica y preparación específicas del cuerpo, se deben reunir todos los elementos necesarios y colocarlos sobre una mesa de preparación cerca del paciente. Se usan guantes y materiales estériles. Cuando se planea realizar más de un procedimiento durante una operación, el circulante debe preparar cada sitio por separado usando un equipo diferente para cada sitio.

B. INTRODUCCION

El hospital nacional Daniel Alcides Carrion es una institución de alta complejidad en la red de establecimientos en la provincia constitucional del Callao con dependencia administrativa de la dirección regional 1: es un hospital de referencia nacional y sede docente, cuenta con diversas especialidades, cuenta con sala de operaciones emergencia y electivas en el cual se desarrollan las intervenciones quirúrgicas de todas las especialidades médicas.

Las técnicas asepticas y esteriles utilizadas en áreas quirúrgicas estan basadas en principios científicos y se utilizan, especialmente, para prevenir la transmisión de agentes biológicos que puedan originar infecciones. La prevención se sustenta en medidas para crear y mantener un ambiente esteril favorable para el paciente.

La infección que se adquiere durante la permanencia en el hospital se denomina Infección nosocomial o intrahospitalaria. Puede localizarse en la herida operatoria o como una complicación no relacionada con la zona que se ha intervenido. La infección postoperatoria es una complicación grave, potencialmente **fatal** puede ser consecuencia de un error en la técnica por lo que es imprescindible conocer los agentes etiológicos y su control, además del adecuado manejo de técnicas asepticas y esteriles, como medida de prevención.

Infección de herida operatoria según fuentes de patógenos

Se resume la flora endógena y exógena como agentes biológicos

Causales de heridas quirúrgicas.

Factores de riesgo de infección de heridas quirúrgicas según tipo de flora bacteriana.

Flora endógena

Propia del paciente.

Colonización durante la hospitalización, por estadia prolongada.

Presencia de focos distales.

Flora exógena •

Presente en manos del personal que examina y manipula al paciente.

Ambiental, aire. Instrumental. Campo quirurgico.

El cuidado de enfermería implica la aplicación del método científico al proceso de cuidados de enfermería partiendo de las necesidades de cuidados del paciente quirúrgico. Por ello es necesario desarrollar actividades, técnicas y procedimientos de acuerdo con los principios de protocolos de la normatividad asistencial, con actitud correcta, técnica y científica

La enfermera quirúrgica profesional implica la atención total del enfermo, cuya continuidad comprenden las tareas peri operatoria de la enfermera de quirófano. Esta tarea posee componentes técnicos y profesionales para la ejecución del proceso de enfermería preoperatorio, trans operatorio y postoperatorio. La fase preoperatoria se inicia en el momento en que se recepciona y se traslada al paciente a la mesa de operaciones. La fase trans operatoria, transcurre desde ese momento hasta que se traslada al paciente a la sala de recuperación. La atención pos operatoria continua hasta el periodo de entrega del paciente al área de recuperación post anestésica.

La enfermera quirúrgica realiza procedimientos y actividades dinámicas con cambios constantes en la que los cuidados que se brindan al paciente, constituyen un factor decisivo para su supervivencia pos operatorio.

C. MARCO REFERENCIAL

NATURALEZA



El Hospital nacional "Daniel Alcides Carrión" del Callao es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud I del Callao.

Se ubica en el Distrito de Bellavista. Avda. Guardia Chalaca 2179. Tiene un área de terreno de 49,427, 94 m², área construida 50, 947,76 m², área de espacios libres 29, 379, 55 m².

Es el establecimiento de salud de mayor complejidad en la Provincia Constitucional del Callao. Categoría de nivel de atención es 111. Nivel. Depende administrativamente de la Dirección Regional de Salud I. Es Hospital de Referencia a nivel Nacional, Hospital Docente de Universidades Nacionales y Privadas. Hospital con Programas Sonrisa, de la especialidad de Cirugía Plástica y Programa de Neurocirugía

Actualmente cuenta con dos sectores bien diferenciados, el Sector Carrion colinda con el Jirón Colina y el Sector San Juan colinda con la Avenida Guardia Chalaca.

HISTORIA

Durante el gobierno del Presidente de la República el Mariscal Oscar R. Benavides siendo Ministro de la Salud Pública el Dr. Guillermo Almenara Irigoyen y Presidente de la Beneficencia el Dr. Rufino Aspiazu Vascones. **El 30 de Diciembre de 1941** se inauguró en la Provincia Constitucional del Callao el **Hospital de Varones ..Daniel Alcides Carrion**". Destinada a la atención de la clase trabajadora de la Provincia. La construcción de esta

importante institución de Salud, estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao.

Durante el gobierno del Presidente de la República el Arquitecto. Fernando Belaunde Terry, Ministro de Salud Pública el Or. Javier Arias Stella y Presidente de la Sociedad de Beneficencia Pública del Callao el Dr. Humberto Rafael Del Pino. El **Hospital San Juan de Dios**, abrió sus puertas el **15 de ..Junio de 1968**, para la atención exclusiva de mujeres, convirtiéndose posteriormente en **Hospital General**. Su construcción también estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao con la contribución de la Junta de Obras Públicas, el Fondo Nacional de Desarrollo Económico y el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

La Provincia Constitucional del Callao, con ambas Instituciones, se convertía en uno de los núcleos hospitalarios más importantes del país.

La Beneficencia Pública del Callao, tenía a su cargo la administración de los Hospitales San Juan de Dios, Daniel Alcides Carrion y la Maternidad de Bellavista; el Ministerio de Salud tenía a su cargo el Hospital Materno Infantil.

A partir del 01 de Enero de 1970, mediante D.S. N°0016-69.SA (del 23.10.1969), los **Hospitales de la Beneficencia Pública del Callao** pasaron a ser administrados directamente por el Ministerio de Salud, portafolio que designó una Comisión para proyectar su nueva Organización y otra para ejecutar el proyecto presentado por la Beneficencia, la misma que se conformó en Enero de 1970.

A partir del análisis y estudio de la Comisión se decidió la integración organizativa y administrativa de los hospitales. En Octubre de 1971, mediante RM N°00189-71-SA/DS, el Ministerio designa a este conjunto de hospitales **Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrion**.

El 15 de Marzo de 1991, mediante R.M N° 0269-91-SA/DM, el Complejo Hospitalario "Daniel Alcides Carrion" es designado **HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION**, categoria de las Instituciones de Salud que brindan atención especializada, con capacidad para resolver problemas de mayor complejidad. •

• INSTITUCION

El Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion" del Callao. Brinda servicios de atención integral ambulatoria, y hospitalaria altamente especializada, a través de unidades productoras de servicios de salud medico quirurgicos de alta complejidad. Tiene población de referencia regional y nacional, conforma con otros 54 establecimientos de salud, la Red de Servicios Hospitalarios de la Dirección Regional de Salud callao. Hasta el año 2007 EL Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion" dependía del Ministerio de salud, mediante el D.S N° 036-2007-PCM aprueba el "Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007". En conformidad con la Ley 27867 Ley Organica de los Gobiernos Regionales establece entre otras, las funciones en materia de salud pública y cuya competencia es compartida por el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales. LA RESOLUCION MINISTERIAL N°003-2009/MINSJ\ Publicada en el Peruano el 10 de Enero 2009. Declara que el Gobierno Regional del Callao ha culminado el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud. El Gobierno Regional del Callao emite la Ordehanza Regional N° 003 el 5 de febrero de 2009. Que crea la Gerencia Regional de Salud en el Gobierno Regional del Callao. Fecha a partir de la cual el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion" del Callao esta bajo su administración.

El haber sido transferido del Ministerio de Salud al Gobierno Regional ha resultado totalmente desfavorable para el hospital, porque la agenda del GRC resulta totalmente diferente a la del MINSA, hecho que se repite en muchas regiones del país, donde los propósitos e intereses de estos, pasan por la utilización de la institución para fines ajenos a la misión del Hospital, sin que el **MINSA** logre efectivizar su rol Rector; porque la politización de la salud ha llevado al uso de los hospitales a una óptica política electorera, diferente de los fines históricos de los hospitales en el contexto del fortalecimiento de la salud pública.

Hecho que hoy lamentamos todos los trabajadores del Hospital, ya que desde que esta bajo la dependencia del Gobierno Regional del Callao, el hospital se ha venido a menos, se evidencia un deterioro físico de su infraestructura y carencia de insumos en los servicios que brinda y un deterioro moral y ético en los que lo dirigen, lo que está llevando a nuestro querido hospital al borde del Colapso Institucional. 'La Ley de Descentralización ha perjudicado a los hospitales del **MINSA** porque los Gobiernos Regionales destinan el presupuesto para otros fines.

SERVICIOS QUE BRINDA

Cuenta con 03 Salas de Emergencia, 01 Unidad de Quemados, 01 Unidad Oncológica, 01 Servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades), un moderno servicio de Gineco Obstetricia y un nuevo sistema de atención denominado Hospital de día, además de contar con equipos de última generación como Tomógrafo Helicoidal Multicorte (128 cortes), Arco en C, Resonador Magnético, Cámara Gamma, Densitómetro óseo, Tomógrafo Axial Computarizado, Mamógrafo, Angiografía Digital.

A partir del año 2005 cuenta con el servicio de **PREVENTORIO** proyecto conjunto entre Sociedad Americana del cancer, Institute especializado, Enfermedades Neoplasicas, Capital technology Services, Inc. y ADAINEN, creado como un programa de prevención y detección precoz def cancer, cuyo objetivo es promover na cultura de prevención en salud y mejor calidad de vida, actualmente es el servicio de Preventorio y salud publica y es parte del Departamento de atención Ambulatoria y Hospitalización.

CONSULTA EXTERNA

En las especialidades de Medicina General: Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología, Cardiología, Gastroenterología, Cirugia General Odontoestomatología, Hematología, Oftalmología, Neumología. Medicina Fisica, Medicina Pediátrica, Urología, Ginecología, Cirugia Pediátrica, Traumatología, Neurocirugia, Cirugia Plastica, Oncología, Psicología, Psiquiatria.

HOSPITALIZACION. Tanto en el Sector San Juan como en el Sector Carrion.

SECTOR SAN JUAN

•

El Sector San Juan se divide en sector A y sector B

A partir del 1er piso hasta el 8vo piso cuenta con ambientes de hospitalización:

1er piso: Unidad de Quemados. Unidad de Oncología. Emergencia Adultos. Emergencia Pediátrica. Emergencia Obstetrica. Unidad de Trauma Shock. Unidad de Reposo.

2do A: Ginecología, gineco obstetricia, gestantes parto patológico, cesarea, Unidad de Cuidados Intensivos Pediatricos, Unidad de Cuidados Intermedios de Adultos.

2do 8: Puerperio, Oncología, Medicina General, neumología, servicio de camas extendidas, al centro se ubica el Servicio de Central de Esterilización.

3ro A: Neonatología UCI pediátrica en el sector A se ubica el servicio de Centro Obstétrico, al centro se ubica el servicio de Sala de Operaciones de Emergencia.

3ro B: Puerperio mediato, UEPA

4to A: Cirugía General, Cirugía de Abdomen, Oncología, Cirugía Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica, Otorrino, Neumología (multidrogas).

4to B: Cirugía General, Cirugía Plástica, Medicina, Oncología, Neumología, servicio de camas extendidas, al centro se ubica el Servicio de Sala de Operaciones de Cirugías Electivas.

5to A: Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Intensivos
• Pediatricos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

5toB: Urología, Cardiología, Cirugía de Tórax, al centro se ubica la Unidad de Cuidados Intensivos.

6to A: Medicina Especialidades: Cardiología, Endocrinología, Oncología, Reumatología, Gastroenterología, infectología, Neumología (multidrogas), Neurología, Hematología

6toB: Medicina Especialidades.

7mo A: Medicina General, mujeres

7mo B: Medicina General, varones

8vo A: Traumatología y Ortopedia, Cirugía Plástica.

8vo B: Neurocirugía.

SECTOR CARRION

2do piso: Medicina Pediátrica, Cirugía Pediátrica, y el servicio de Sala de Operaciones de Oftalmología, XENEX. Servicio para pacientes con tuberculosis multidrogo resistente.

SERVICIO DE EMERGENCIA

Servicio de Emergencia adultos, que cuenta con una Unidad de Shock Trauma.

Servicio de Emergencia Pediátrica.

Servicio de Emergencia Obstétrica.

Sala de Operaciones de Emergencia.

CUIDADOS CRÍTICOS

Unidad de cuidados intensivos

Unidad de Cuidados intermedios

Unidad de Cuidados intensivos pediátricos

Unidad de cuidados intensivos neonatales

APOYO AL DIAGNOSTICO

Diagnóstico por Imágenes

Patología Clínica y Anatomía Patológica

Banco de Sangre

APOYO AL TRATAMIENTO

Farmacia

Nutrici6n

Quimioterapia

PREVENTORIO.

(Centro de Prevenci6n y Detecci6n del cancer y otras Enfermedades).

HOSPITAL DE CIRUGIA DE DIA.

Brinda servicio de Sala de Operaciones de Dia de 08:00 a 20:00 horas.

SERVICIOS A LA COMUNIDAD

Programa de TBC

Programa de Crecimiento y Desarrollo

Programa del adulto mayor

Programa de Salud mental

Medicina fisica y Rehabilitaci6n

Programa de VIH

Programa de Vacunaciones

BASE LEGAL

Ley 26842 Ley Ge ral de Salud.

Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud.

Ley 27658 Ley Marco de Modernizaci6n de la Gesti6n del Estado.

Ley 28522 del Sistema Nacional d Planeamiento Estrategico y del Centro Nacional de Planeamiento estrategico (CEPLAN).

Ordenanza Regional No 003. Crea la Gerencia Regional de Salud en la Estructura Organica def Gobierno Regional.

Decreto Supremo N° 005-90-SA. Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.

Decreto Supremo N° 002-92-SA. Aprueba el Reglamento de Organizaci6n y Funciones del Ministerio de Salud.

- **MISION DEL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRION"**

Somos un Hospital Nacional categoria 111-1 del Ministerio de la salud, comprometidos con la salud de la población, que brinda atención integral especializada, con trato digno solidario y respetuoso de la interculturalidad e igualdad de género, con equipos multidisciplinarios altamente capacitado y tecnología moderna. Apoyamos el desarrollo de actividades docentes de formación y especialización de los profesionales de la Salud.

Un Peru al año 2016 donde sus habitantes pueden gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida.

- **VISION DEL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRION"**

El Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion" es una institución acreditada y socialmente prestigiado. Lidera en el ámbito de la atención médica **hospitalaria**, docencia e investigación. Reconocido por su excelencia en el manejo especializado de la salud, con talento humano capacitado y recertificado, con una cultura organizacional proactiva, gestión eficiente e innovadora, desarrollando procesos de mejora continua y que ha logrado la satisfacción de nuestros pacientes y trabajadores.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Incrementar la atención integral de salud de nivel especializado y de alta calidad.
2. Lograr alta satisfacción de los usuarios por calidad y sentido social de nuestros servicios.
3. Fortalecer el desarrollo del potencial humano, promoviendo el desarrollo de la cultura organizacional.
4. Instituir una gestión moderna eficiente y de calidad en todos los niveles de la organización, caracterizado por la ética y responsabilidad social.
5. Alcanzar un importante nivel de calificación y posicionamiento como hospital que apoya el desarrollo de actividades docentes y de investigación aplicada a salud.

OBJETIVOS FUNCIONALES

1. Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
 -
2. Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
3. Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
4. Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y personal para la docencia e investigación, bajo la responsabilidad de universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos.

5. Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.



6. Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia, eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y parámetros necesarios, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno.

E-STRUCTURA ORGANIZACIONAL

1- ÓRGANO DE DIRECCIÓN

1.- Dirección General.

2 - ÓRGANO DE CONTROL

1.- Órgano de Control Institucional.

3 - ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

1.- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

2.- Oficina de Asesoría Jurídica.

3.- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

4.- Oficina de Gestión de la Calidad.

4.- ÓRGANOS DE APOYO

1.- Oficina Ejecutiva de Administración

1.- Oficina de Administración de Recursos Humanos.

2.- Oficina de Logística.

3.- Oficina de Contabilidad y Finanzas.

4.- Oficina de Infraestructura, Ingeniería Biomédica, Servicios Generales.

5.- Oficina de Control Patrimonial.

2.- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos.

3.- Oficina de Imagen Institucional.

4.- Oficina de Seguros.

5.- Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

5.- ORGANOS DE LINEA

1.-DEPARTAMENTO DE ATENCION AMBULATORIA Y
HOSPITALIZACION

1.- Servicio de Consulta Externa.

2.- Servicio de Hospitalización.

3.- Servicio de Emergencia

4.- Servicio de Preventorio y Salud Pública.

•

2.- DEPARTAMENTO DE HOSPITAL DE DIA

3.- DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Servicio de Medicina I

Servicio de Medicina II

Servicio de Cardiología

Servicio de Endocrinología

Servicio de Dermatología.

Servicio de Gastroenterología.

Servicio de Reumatología.

Servicio de Enfermedades infecciosas y tropicales.

Servicio de Neumología.

Servicio de Neurología.

Servicio de Psiquiatría

Servicio de Nefrología.

Servicio de Geriatria.

4.- DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Servicio de Cirugía general I

Servicio de Cirugía General II

Servicio de Cirugía Pediátrica

Servicio de Cirugía Plástica y Quemados.

Servicio de Neurocirugía.

Servicio de Oftalmología

Servicio de Otorrinolaringología, cabeza y cuello

Servicio de Urología

Servicio de Ortopedia y Traumatología.

Servicio de Cirugía de Tórax y cardiovascular.

5.- DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA

Servicio de Oncología Quirúrgica

Servicio de Ginecología oncológica

Servicio de medicina oncológica

Servicio de Hematología.

Unidad de Quimioterapia

6. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Servicio de Ginecología.

Servicio Médico Quirúrgica de Obstetricia.

Servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Servicio de Obstétricas. •

7. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Servicio de Pediatría I.

Servicio de Pediatría II.

Servicio de Neonatología.

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos

8. DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS

Servicio de Emergencia.

Servicio de Cuidados Intensivos Adultos.

Servicio de Cuidados Intermedios Adultos

Servicio de Gestión del Riesgo de Desastres

9. DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y REHABILITACION

Servicio de Medicina Rehabilitación Niños.

Servicio de Medicina Rehabilitación Adultos.

10. DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

11. DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA
PATOLOGICA

Servicio de Patología Clínica

Servicio de Banco de Sangre y Hemoterapia.

Servicio de Anatomía Patológica.

12.- DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

13.- DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Servicio de Farmacotecnia y Almacen

Servicio de Dispensaci6n en-Hospitalizaci6n.

Servicie de Dosis Unicas.

14.- DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Servicio de Enfermerfa de Consulta Externa.

Servicio de Enfermeria en hospitalizaci6n de Medicina y por Especialidades Medicas.

Servicio de Enfermeria en Hospitalizaci6n de Cirugia General y per Especialidades Quirurgicas.

Servicio de Enfermeria en hespitalizaci6n de Ginecologia y per Especialidades Ginecol6gicas.

Servicie de Enfermeria en hespitalizaci6n de Neonatologia.

Servicie de Enfermeria en Emergencia y Cuidados Criticos.

Servicie de Enfermerfa en Sala de Operaciones y Recuperaci6n.

Servicio de Enfermerfa en Central de Esterilizaci6n.

Servicio de Enfermeria en Oncelogia

15.- DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

16.- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

17.- DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA.

18.- DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL.

D.- DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS

- **TIPO DE SERVICIO**

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRERÓN

El Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, es la Unidad orgánica responsable de realizar la atención especializada de anestesia y analgesia a los pacientes en las etapas pre-operatoria, intra-operatoria y post-operatoria, procedimientos de emergencia, terapia del dolor, reanimación cardiovascular y gasoterapia, así como de la organización y funcionamiento del Centro Quirúrgico y de las unidades de recuperación post-anestésica.

CENTRO QUIRÚRGICO

Es el conjunto de ambientes hospitalarios integrados funcional y físicamente, diseñados alrededor de las salas de operaciones, proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente, en condiciones de máxima seguridad y libre de riesgos de infección y contaminación. En su diseño deben intervenir anestesiólogos, cirujanos y enfermeras jefes de quirófano.

FINALIDAD

1. Brindar al paciente cuidado integral en todo el proceso quirúrgico, con Profesionales y personal técnico calificados.
2. Proporcionar al paciente y al equipo quirúrgico, ambientes libres de Riesgos físicos, químicos y microbiológicos.

3. Favorecer la atención rápida e inmediata del paciente quirúrgico, con Desplazamientos cortos y el ahorro de tiempo y energía y el máximo Rendimiento del equipo quirúrgico.

HISTORIA

El Centro Quirúrgico nace en el año 1986, después de su rehabilitación y equipamiento por Cordelica, ubicado en el cuarto piso ala C, del edificio de 5 pisos; constituido por 8 quirófanos, inicia su funcionamiento con 4 quirófanos y el respectivo servicio de recuperación, atendiendo exclusivamente operaciones programadas, en la actualidad continua funcionando con 4 quirófanos.

En 1986 se nombra al primer Jefe del Centro Quirúrgico Dr. Eduardo Soria quien desempeña sus funciones hasta el momento de su retiro en agosto de 1997, asume cargo el Dr. Virgilio Yanqui Taquari hasta 1999, luego es asumido por la Dra. Haydee hasta el año 2007 fecha en que asume el cargo la Dra. Maria Elena Leon Melendez hasta diciembre del 2010, fecha en que por segunda vez asume el cargo la Dra. Haydee Gonzales Capufiay hasta el 2012. El 2013 la Dra. Laura Grades Mifiano asume la jefatura hasta la fecha. La jefatura del servicio de enfermería de **salas** de operaciones de cirugías electivas esta a cargo de la Dra. Irma Arancibia Huanca desde el año 1986 hasta la actualidad.

Cabe mencionar que el actual Centro quirúrgico se deriva de la fusión de los centros quirúrgicos del Hospital Carrion y del Hospital San Juan. Ambos funcionaban en forma independiente hasta que en 1986 este último es cerrado por reestructuración arquitectónica, pasando el centro quirúrgico a funcionar en el espacio físico del llamado en ese momento sector Carrion. En agosto de 1996, se reabre nuevamente el edificio del actualmente llamado Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion" con el consiguiente funcionamiento de un único centro quirúrgico de

operaciones programadas, el mismo que abre sus puertas a la colectividad con 8 quirófanos para atender cirugías de todas las especialidades.

El MOF del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, fue aprobado por el Director General Carlos Gualberto Salcedo Espinoza, mediante Resolución Directoral No 097-2011 el 23 de febrero del 2011. Define su estructura orgánica y su organigrama funcional. El Hospital de Cirugía de Día, La Central de Esterilización no dependen del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

INFRAESTRUCTURA. Ubicación en el 4to piso del Sector San Juan

ORGANICAMENTE. Es un órgano de línea, depende de la Dirección General.

FUNCIONALMENTE.

1. Jefatura del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
2. Servicio de Sala de Operaciones de Cirugías Electivas.
3. Unidad de Recuperación Post-Anestésica. (4to piso sector San Juan).
4. Servicio de Sala de Operaciones de Cirugías de Emergencia.
5. Unidad de Recuperación post-Anestésica. (3er piso sector San Juan).
6. Consultorio Externo de Anestesiología. Servicio de Consultas e
7. Interconsultas. Evaluación pre-anestésica a los pacientes que van a ser sometidos a cirugías programadas.
8. Servicio de apoyo a Procedimientos Invasivos fuera de quirófano. (APPi).

OBJETIVOS FUNCIONALES

1. Realizar la evaluación y atención especializada de pacientes a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia, coordinando de manera estrecha sus acciones, con las unidades orgánicas de cirugía, emergencia y los equipos multidisciplinarios correspondientes.
2. Realizar la evaluación anestesiológica, preparación pre-anestésica y Administración del anestésico, así como el control anestésico intra y post-Operatorio.
3. Elaborar la Programación Operatoria de acuerdo a las solicitudes de Operación.
4. Realizar atenciones de la especialidad en consultorio externo, terapia del dolor y atenciones en cirugía de día.
5. Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención anestesiológica, orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz.
6. Velar por el buen uso de los equipos biomédicos e instrumental quirúrgico, así como del mantenimiento en condiciones de seguridad, higiene y asepsia de las salas quirúrgicas.
7. Asegurar el cumplimiento de Bioseguridad.
8. Organizar y preparar equipos multidisciplinarios calificados en acciones Reanimación cardiorespiratoria post-anestésica, así como en el tratamiento de soporte correspondiente, según la disponibilidad de médicos y recursos existentes y de la magnitud del problema de salud.
9. Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su Competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
10. Programar y evaluar la atención especializada en anestesiología, para el cumplimiento.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Proporcionar al paciente y al equipo quirurgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirurgicos en forma eficaz, eficiente, en Condiciones de maxima seguridad, en ambientes libres de riesgos fisicos, Quimicos y microbiol6gicos.
2. Brindar al paciente cuidado integral en todo el proceso quirurgico, con Profesionales y personal tecnico calificado.
3. Organizar, dirigir, controlar y evaluar los procesos de atención al paciente Quirurgico, asi como la prestación de equipos especiales en el ambito de su Competencia, con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.
4. Favorecer la atención rapida e inmediata del paciente quirurgico, con Desplazamientos cortos y el ahorro de tiempo y energia y el maxima Rendimiento del equipo quirurgico.

Cuadro No 1

ESTRUCTURA ORGANICA ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE
ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

DIRECCION
REGIONAL

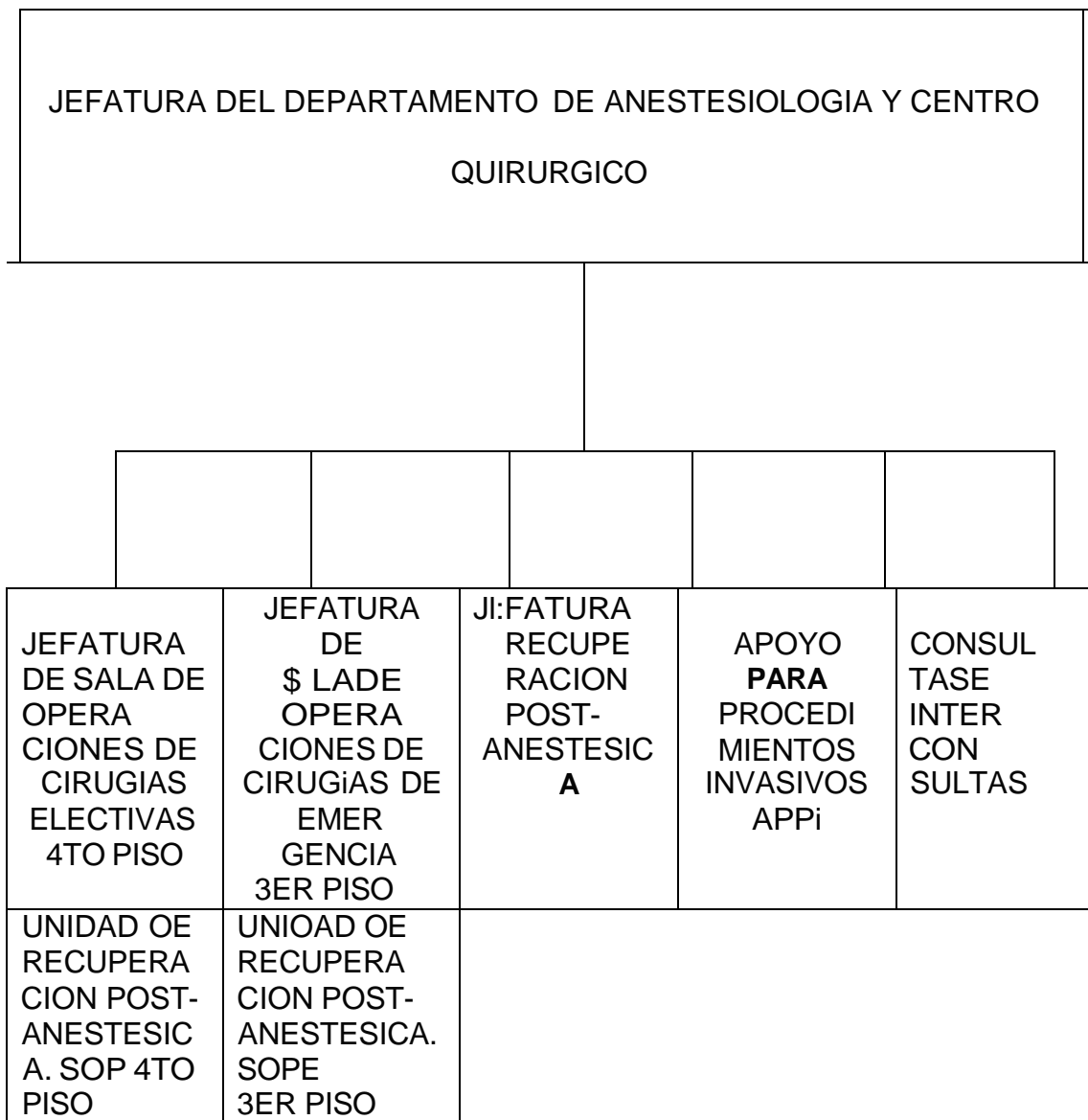
,

DEPARTAMENTO
DE
ANESTESIOLOGIA

Fuente: MOF del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

Cuadro No 2

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE
ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARR16N"



Fuente: MOF del Oeartamento de Anestesiologia y Centro Quirurgico del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carri6n"

ZONAS DIFERENCIADAS DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

ZONA NO RESTRINGIDA O ZONA NEGRA

Hall de acceso, zona de recepción del paciente, área administrativa secreta ía, oficina de jefatura de anestesia, oficina de enfermera jefe del servicio de sala de operaciones de cirugías electivas, vestuario y baño de hombres, vestuario y baño de mujeres, sala de reuniones, ambiente de limpieza y depósito de artículos de aseo.

ZONA SEMIRESTRINGIDA O ZONA GRIS

Zona intermedia entre el Hall de acceso y las salas de operaciones, unidad de recuperación post-anestésica, ambiente para las camillas, zona de trabajo (preparación de cajas de instrumental quirúrgico), ambiente para guardar insumos, materiales y equipos necesarios para las intervenciones quirúrgicas programadas, ambiente para guardar las cajas de instrumental estéril de las diferentes especialidades, ambiente para preparar insumos para las cirugías (cotonetes, sedas, hilos, conexiones de aspiración, disectores, jeringas aseptadas, conexiones en Y, lápiz de electrocauterio, yankauer, mangas de video, etc.), almacén de anestesia, salida de los materiales, y equipos usados en las cirugías y los desechos orgánicos que resulten de ella.

ZONA RESTRINGIDA O AREA BLANCA

Ambiente de pre-anestesia, lavaderos de manos, lavaderos de instrumental quirúrgico, 4 quirófanos y 1 lavadero sector A y 4 quirófanos y 1 lavadero en el sector B. cada quirófano tiene en su interior equipos biomédicos propios de la especialidad (módulos de artroscopia, de video laparoscopia, de urología, microscopio quirúrgico, Arco en C, etc.)

CIRUGIA

Es una rama de la Medicina Humana. Etimológicamente proviene del griego: cheiros quiro: manos-y ergon: trabajo, al juntarse "trabajo manual" consist• en: la manipulación física del cuerpo con fines: diagnósticos, preventivos o curativos.

Ambroise Pare, cirujano francés del siglo XVI le atribuye cinco funciones: "Eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido y reparar los defectos de la naturaleza"

El hombre ha usado su ingenio para fabricar y manejar herramientas para sobrevivir y tratar sus dolencias, desarrollando técnicas quirúrgicas cada vez más sofisticadas.

Al inicio la cirugía enfrentó tres grandes problemas: Hemorragia, Dolor, Infección, mitigados con la revolución industrial, los avances en estos campos transforman la cirugía de un arte arriesgado y menospreciado, en una disciplina científica capaz de los más asombrosos resultados.

Hoy la anestesiología se ocupa de controlar y mitigar estos problemas eliminando de plano el dolor en el - intraoperatorio y manejo especializado en el post operatorio, realizándose cirugías que serían imposibles de realizar sin su ayuda. Primera cirugía exitosa fue realizada en 1846.

MOMENTOS O ETAPAS QUIRURGICAS - ETAPA PRE-OPERATORIA

Memento previo a la cirugía, se inicia con la toma de decisión del paciente de reconocer la necesidad de la cirugía y aceptar que se le practique, termina con la transferencia del paciente a sala de operaciones y el inicio del segundo momento intra operatorio.

Requiere de planificación y organización, supone una decisión planificada, continua, con metas y objetivos específicos, implica poner en marcha el plan preoperatorio con el fin de preparar adecuadamente al paciente para la cirugía programada.

PREPARACION PREOPERATORIA

Es la puesta en marcha del plan preoperatorio, consiste en realizar un conjunto de acciones con objetivos definidos previos al acto quirúrgico orientadas a valorar las condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el estrés quirúrgico, prevenir complicaciones postoperatorias y preparar al paciente para la intervención y anestesia del mismo.

La preparación preoperatoria es una responsabilidad compartida: entre el cirujano responsable, anestesiólogo y enfermera del servicio de hospitalización. Etapa por excelencia de educación, prevención y preparación, con la finalidad de poner al paciente física y psicológica en condiciones óptimas y favorables, que garanticen éxito de la intervención.

ETAPA INTRA-OPERATORIA

La cirugía es una experiencia única, personal e intransferible, implica una amenaza a la integridad del organismo y a veces a la vida misma.

El dolor, es un signo frecuente en las cirugías, la enfermera tiene la responsabilidad de ayudar a los pacientes a comprender los factores de estrés, brindar apoyo emocional buscar alivio para su dolor y ponerlo en condiciones de regresar a su vida cotidiana.

Segundo momento de la cirugía, comienza con el ingreso del paciente a sala de operaciones, y termina con el traslado del paciente post-operado inmediato a la unidad de recuperación post-anestésica. Etapa propiamente quirúrgica en la que inicia y finaliza la cirugía, tienen importancia fundamental el equipo quirúrgico: anestesiólogo, cirujano, ayudantes del cirujano, enfermera instrumentista, enfermera circulante, técnica de enfermería, personal de limpieza; así como también el estado y calidad de los equipos biomédicos, instrumental quirúrgico y materiales utilizados en la cirugía.

Inicia con el ingreso del paciente al quirófano indicado.

- Inducción anestésica. Inicia con la administración del anestésico, termina con la pérdida de la conciencia.
- Posicionamiento del paciente.
- Antisepsia de la zona operatoria.
- Cateterismo vesical.
- Apertura de campos quirúrgicos
- Lavado de manos quirúrgico.
- Preparación de la mesa de media luna y de la mesa de mayo
- Vestimenta de instrumentista, cirujanos, ayudantes.
- Vestimenta del paciente.
- Desarrollo de la cirugía: Dieresis, exeresis y síntesis.

ETAPA POST-OPERATORIA

Etapa en la que el paciente requiere cuidados especiales, valoración clínica y hemodinámica continua, inicia cuando termina la cirugía y el paciente una vez recuperado de la anestesia y estabilizado su estado post-quirúrgico despierto, es trasladado a la unidad de recuperación post-anestésica, con el propósito de evaluar y atender el despertar anestésico del paciente, que la mayoría de veces es normal, algunas veces suele ser

aparatosas, acompañada de sensaciones dolorosas, movimientos tónico clínicos, de acuerdo al tipo de anestesia utilizada y condiciones físicas del paciente.

Termina con el alta del paciente de URPA y pase a hospitalización.

El posoperatorio se divide en dos momentos

1.- El post operatorio inmediato.

2.- El post operatorio mediate.

El postoperatorio inmediato. Se inicia una vez concluida la intervención quirúrgica abarca las seis horas siguientes, si bien puede prolongarse hasta 36 horas. El paciente es trasladado a la Unidad de recuperación postquirúrgica, es recibido por la enfermera quien brinda cuidados integrales, realiza la valoración hemodinámica del paciente post operado inmediato, a través del control de los signos vitales y la valoración del despertar anestésico a través de la aplicación de la escala Aldrete, la valoración neurológica con la escala de Glasgow, valoración del dolor con las escalas de dolor, para diagnosticar alteraciones y actuar en forma inmediata y oportuna.

El postoperatorio mediate.- Periodo que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a sala de hospitalización (24 o 48 horas después de la operación) hasta el día en que es dado de alta. En este periodo se controlan signos vitales de forma más espaciada, debe establecerse el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

Recepción de paciente quirúrgico.

1. Verificar identidad del paciente, tipo de anestesia, cirugía realizada, antecedentes, soluciones per fundidas, medicamentos administrados, problemas presentados durante la cirugía.
2. Oxigenoterapia
3. Comodidad y confort.
4. Seguridad física
5. Valoración clínica, física y psicológica del paciente: control de signos vitales cada media hora durante las primeras horas.
6. Valorar permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración.
7. Valorar patrón respiratorio: frecuencia, profundidad, ritmo y alteraciones
8. Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.
9. Valorar el apósito quirúrgico, vendajes, drenajes, cateteres, si los hay.
10. Valorar pérdidas hemáticas si las hay.
11. Valoración neurológica cada 15 minutos, para comprobar las repuestas sensoriales y motoras y el nivel de consciencia..
12. Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.
13. Controlar la diuresis, al menos cada media hora.
14. Valorar la necesidad de sondar al paciente si la vejiga está distendida y sino orina en las 6-8 horas de la cirugía.
15. Valorar y paliar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.
16. Controlar los efectos de la medicación administrada.
17. Cumplir órdenes postoperatorias del cirujano y anestesista.

FUNCIONES ACTIVIDADES Y TAREAS DE LAS ENFERMERAS

Como bien sabemos las funciones de las enfermeras reconocidas a nivel mundial son: administrativa, asistencial, docencia e investigación, en relación a la realización las mismas puedo afirmar que realizamos funciones en el campo:

Asistencial: Brindamos cuidados integrales directamente a los pacientes.

Docencia: Muchas de las que laboramos en el servicio de sala de operaciones de cirugías electivas ejercemos la docencia en universidades nacionales y privadas, tenemos a nuestro cargo alumnos del pre-grado y del post grado especialidad..

Administrativa: Tenemos una Enfermera Jefe del Servicio, realizamos la función administrativa cuando nos desempeñamos como **coordinadoras del servicio "lider"** en ausencia de la Enfermera Jefe.

Investigación: La función de investigación es casi nula.

Las enfermeras que laboramos en el servicio de Sala de Operaciones de Cirugías Programadas, para cumplir con nuestras funciones y labores realizamos un sinnúmero de actividades y tareas.

Para mejor entendimiento definiremos algunos términos que usamos a diario, pero que no comprendemos bien, no aplicamos ni usamos correctamente: Función, actividad, tarea, circular, instrumentar.

EL TERMINO FUNCIÓN

Se refiere a la actividad o al conjunto de actividades que pueden desempeñar uno o varios elementos a la vez, obviamente de manera complementaria, en orden a la consecución de un objetivo definido.

Esta actividad y objetivo se pueden presentar en distintos contextos, por lo cual el término de función se aplica indistintamente en ámbitos diversos.

Se utilizan los términos «función», «actividad» y «tarea», definidas, a efectos operativos, de la siguiente manera

FUNCION. Grupo de actividades que tienen un objetivo común.

ACTIVIDAD. Ejecución de un trabajo concreto, son en sí las tareas.

TAREA. Trabajos concretos que constituyen en sí mismo una unidad.

La enfermera en quirófano realiza para cumplir con su desempeño y brindar cuidados integrales al paciente una serie de funciones, actividades y tareas.

CIRCULAR

Circular tiene su origen en el vocablo latino *circularis* y permite nombrar a aquello perteneciente o relativo al círculo.

El verbo circular también hace mención a andar o moverse en derredor, ir y venir o pasar de un lado a otro.

La acción y efecto de mover se conoce como movimiento.

Andar, moverse dentro de un circuito: Salir alguna cosa por una vía y regresar al punto de partida por otra.

El verbo mover refiere al estado del cuerpo mientras cambia de posición o de lugar. Mover, por lo tanto, es hacer que un cuerpo pase de un lugar a otro, o agitar una parte de él o de una cosa con un movimiento uniforme.

CIRCULANTE

Es aquello que circula. El concepto deriva del verbo circular, que hace referencia a andar o moverse en derredor, correr o pasar de unas personas a otras o ir y venir.

INSTRUMENTAR

- 1.- Preparar las partituras de una composición musical para cada uno de Instrumentos que la ejecutan.
- 2.- Crear, constituir, organizar.
- 3.- Medicina. Disponer o preparar el instrumental.

INSTRUMENTACIÓN

Acto de disponer o preparar, organizar, adecuar el instrumental necesario y adecuado para el propósito propuesto.

ENFERMERA CIRCULANTE

Es una Licenciada en enfermería, especialista en centro quirúrgico, enfermera instrumentista, que trabaja en sala de operaciones, cumple funciones, actividades y tareas importantes durante la recepción del paciente quirúrgico, durante la intervención quirúrgica y al final de la misma. Tiene la responsabilidad de permanecer, circular en el quirófano, estar alerta a situaciones que ponen en riesgo el éxito de la cirugía, la vida del paciente (anomalías, desperfectos, carencias) y buscar una solución viable, proveer los insumos, materiales, equipos, e instrumental necesario requeridos durante la cirugía, realizar coordinaciones al interior y exterior del quirófano.

Asistir, controlar, supervisar y evaluar, en lo que atañe a su tarea específica, el proceso de atención del paciente desde su ingreso al quirófano hasta su ingreso a la sala de recuperación post-anestésica. Es la responsable de la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en la

entrada junta con el anestesiólogo, en la pausa quirúrgica antes del inicio del acto quirúrgico y al final de misma. Basa su desempeño en los principios éticos y bioéticos y en el ejercicio de la moral, Integra activamente el equipo técnico-profesional del centro quirúrgico.

INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

Es el acto de: Instrumentar una intervención quirúrgica (operación), implica: preparar, organizar el instrumental quirúrgico, los materiales e instrumentos especiales requeridos para la cirugía, según la especialidad quirúrgica sobre la mesa de media luna y la mesa de mayo, previo aprovisionamiento de los insumos necesarios para la cirugía, verificación y funcionamiento de equipos biomédicos requeridos para la intervención, posicionamiento del paciente, apertura del paquete de ropa esteril, del paquete de mandiles esteriles, de la caja de instrumental quirúrgico, lavado de manos quirúrgico, (no sin antes haberse colocado previamente las barreras protectoras necesarias: gorro, mascarilla, anteojos), vestimenta esteril y calzado de guantes quirúrgicos el equipo quirúrgico y vestimenta del paciente.

ENFERMERA INSTRUMENTISTA

Es una Licenciada en enfermería, especialista en centro quirúrgico, que trabaja en sala de operaciones, y durante una intervención quirúrgica, tiene la responsabilidad de instrumentar la cirugía, con un nivel de conocimiento científico y técnico, una conducta ética y moral, que le permita ofrecer un servicio de calidad en la atención al paciente quirúrgico mediante la aplicación de conocimientos biológicos, fisiológicos de los subsistemas humanos, de los planos quirúrgicos, momentos de la cirugía, técnicas quirúrgicas, del instrumental quirúrgico, de los principios de asepsia médica y quirúrgica, bioseguridad, de los procesos de limpieza, descontaminación,

desinfección y esterilización, manejo de los equipos biomedicos, saneamiento ambiental y administración, asistir la cirugía con responsabilidad, oportunidad y contribuir a disminuir el riesgo de infección post-operatoria, los tiempos quirurgicos y con el éxito de la cirugía, colaborando en la mejora y establecimiento de la salud del paciente.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRION"

Segun el MOF del Departamento de Enfermería la enfermera (o) que labora en el Servicio de Sala de Operaciones ya sea en el servicio de cirugías electivas y de emergencia tiene una función básica y funciones específicas, relaciones del cargo, atribuciones del cargo y tiene que cumplir con requisitos mínimos para su ingreso al centro quirurgico.

FUNCION BASICA

La enfermera instrumentista y circulante de la sala de operaciones electivas y de emergencia es responsables de la atención integral del paciente que va a ser intervenido quirurgicamente, mediante el uso del instrumento metodológico de la disciplina: El proceso de atención de Enfermería.

RELACIONES DE CARGO

Relaciones de Dependencia.

Depende y reporta a la Enfermera Jefe de Servicio.

Relaciones de Autoridad.

Tiene autoridad directa sobre los técnicos, auxiliares de enfermería, internos y estudiantes de enfermería de pre y post-grado.

Relación de Coordinación:

Coordina con la jefa de servicio, anestesiólogo jefe de centro quirúrgico, médicos asistenciales.

- Coordina con enfermeras jefes y enfermeras (os) asistenciales de otros servicios.
- Coordina con otros profesionales de la salud para la atención del paciente crítico estable e in estable.
- Coordina con el personal de las diferentes áreas funcionales. Área Funcional de consulta externa y preventiva profesional, Área Funcional de Hospitalización, Área Funcional de Urgencias y Cuidados Críticos y Área Funcional de Servicios Generales.

Atribuciones del cargo

- Implementa, dirige, coordina, ejecuta las actividades de enfermería programadas para la atención integral del paciente y la familia en el servicio, así como supervisar y evaluar al personal no profesional en la ejecución de las actividades asignadas.
- Emite opinión técnica del área de su competencia.
- Lidera las actividades del servicio en ausencia de la Jefatura de Enfermería.

Actividades específicas

Realizar el proceso de enfermería en todos los pacientes teniendo en cuenta la especialidad quirúrgica.

Elaborar, ejecutar y evaluar el plan de atención de enfermería.

Observar, evaluar y registrar la situación del paciente que ingresa sala de operaciones,

Revisar la programación diaria y tomar nota del número de cirugías por Quirófano, especialidad quirúrgica, equipo quirúrgico.

ENFERMERA CIRCULANTE

1. Estando en la recepción de paciente, el enfermero debe presentarse (saludo amable y por su nombre)..
2. Identificar al paciente y corroborar que se halle en la programación **f.quirúrgica.**
3. Revisar la historia clínica y cumplir con indicaciones médicas pre anestésicas (premedicación o lo que se le haya indicado por el anestesiólogo del área.
4. Verificar consentimiento de anestesiología y cirugía.
5. Preguntar al paciente si sufre de alguna enfermedad.
6. Preguntar al paciente si es alérgico a algún medicamento. Antiséptico, contraste, esparadrapo. Etc.
7. Discapacidades: el audífono y los lentes se deben conservar hasta el mismo quirófano por si hay que darle alguna instrucción o aclaración al paciente.
8. Disfunciones psíquicas: Alzheimer, síndrome Down, esquizofrénicos etc. Presencia de familiar.
9. Verificar presencia y buen funcionamiento de vías de acceso venoso periférico. Sondas y fecha respectivamente (si tuviera).
10. Retirar prótesis dentales lentes de contacto, prendas íntimas, etc. En caso de llevarlos colocados todavía. (respetando siempre el pudor del paciente).
11. Ubicar al paciente en camilla con barandas
12. Así mismo, vigilar que el grado de sedación alcanzado por el paciente, no comprometa su ventilación y condición general.
13. Verificación de las medicinas y/o material especial
 - a. Verificación de placas tomográficas.
14. Paciente es llevado a la zona de pre anestesia.
15. Los niños deben permanecer con sus padres hasta ingresar a quirófano

Paciente es trasladado a pre anestesia y posteriormente a quirófano y la mesa quirúrgica

EL INTRAOPERATORIO: consiste en la inducción de la anestesia, en su mantenimiento y en el despertar al finalizar la intervención. Asimismo, el anestesiólogo se ocupa del control y mantenimiento de las constantes: ECG (electrocardiograma) continuo, presión arterial, saturación de oxígeno (pulsioximetría) y capnografía como monitorización estándar. En casos de cirugías de alto riesgo o enfermos con patología de base grave, puede ser necesario una monitorización más cruenta como catéteres de presión venosa central, monitorización de la presión de la arteria pulmonar. Al mismo tiempo puede ser necesario prescribir análisis urgentes intraoperatorio, sobre todo en cirugías muy agresivas,

Colocación de sonda Foley si lo requiere

POSICION DEL PACIENTE

Para realizar una intervención quirúrgica en la cirugía colocamos al paciente sobre la mesa de sala de operaciones. Con previa coordinación con el cirujano y el anestesiólogo se debe definir la posición, preparando los campos y protectores adecuados los cuales deben de ser colocados entre las superficies de contacto o apoyo para evitar la compresión de vasos o nervios y lesiones en la piel por extasis (se utiliza campos almohadillas). Acto seguido se realiza la fijación del paciente con esparadrapo o correas apropiadas que impidan que el paciente se desplace de la ubicación requerida.

Pre operatorio

RESPONSABLE: ENF. INSTRUMENTISTA

1. Evaluación del ambiente quirurgico
2. Limpieza y desinfección del quirófano
3. Verificar el funcionamiento de los equipos desfibrilador electrocauterio, cialítica, aspirador, aire acondicionado, etc.
4. Caja de instrumental, adicionales
5. Lavado de manos quirurgica
6. Preparación de mesa de niayo.
7. entrega de solución y gasas para aseptizarian
8. Preparación y distribución del instrumental en forma secuencial.
9. Realizar el conteo de gasas conjuntamente con la circulante
10. Entrega de campos operatorio
11. realiza la instrumentación quirurgica segun la tecnica operatoria en forma secuencial.
12. mantiene materiales y tecnicas asepticas, se prepara ante cualquier complicación y necesidad de continuar la cirugia.
13. pasa los drenes y/o frascos de drenaje seg(m requiera la cirugia
14. suturas. Cierre por pianos y conteo de gasas
15. limpieza y colocación de apósitos.
16. Paciente es llevado a recuperación.

PROCEDIMIENTO PARA PREPARACION DEL AREA QUIRURGICA DE LA PIEL

ASEPSIA

Es la ausencia total de microorganismos, patógenos, no patógenos y sus esporas

ANTISEPSIA

Conjunto de procedimientos que se utilizan para lograr la asepsia .Ej.: limpieza, desinfección, esterilización, lavado de manos, etc.

LIMPIEZA

Remoción mecánica de toda materia orgánica, polvo, suciedad en general en las superficies de objetos inanimados. Se logra utilizando agua y detergente o jabón.

DESINFECCIÓN

Proceso que consiste en la remoción de microorganismos patógenos y no patógenos (no elimina esporas) que se encuentran en superficies inanimadas, se obtiene por medio de agentes químicos

DESINFECTANTE

Agente químico que elimina microorganismos, no esporulados. Se aplica en superficies y objetos. Ej. Hipoclorito de Sodio (cloro), glutaraldehído al 2%.

ANTISEPTICO

Sustancia química que aplicada en tejidos vivos (piel) actúa eliminando o inhibiendo la reproducción de microorganismos.

ESTERILIZACIÓN

Proceso mediante el cual se destruye o elimina toda forma de vida, microorganismos patógenos y no patógenos, incluyendo esporas.

ESTERIL

Libre de todo microorganismo

TECNICA ASEPTICA

Conjunto de medidas o practicas que se debe cumplir continuamente para mantener la esterilidad durante los procedimientos medico-quirurgicos con el propósito de prevenir la transmisión de infección.

PROCEDIMIENTO

Es el modo de proceder o el metodo que se implementa para llevar a cabo ciertas cosas, tareas o ejecutar determinadas acciones.

ANATOMIA QUIRURGICA: LA PIEL

La piel cubre casi la totalidad de la superficie externa del cuerpo y constituye un elemento de fundamental importancia en la regulación de la temperatura, así como una barrera contra infecciones y lesiones de la superficie interna del organismo. La piel se compone de dos capas: la epidermis y la dermis.

EPIDERMIS

La epidermis forma la capa mas externa de la piel. Esta capa contiene a su vez 5 subcapas: el estrato corneo, el estrato lucido, el estrato granuloso, el estrato luminoso y el estrato germinativo

DERMIS

La dermis (a veces llamada corion) se ubica directamente por debajo de la epidermis. Esta es la capa que contiene vasos sanguíneos, terminaciones nerviosas, folículos pilosos y glándulas.

Preparación de la piel (lavado de zona operatoria)

Es el proceso que busca eliminar el mayor número de microorganismos patógenos en la zona operatoria, por medio del lavado mecánico y la desinfección con productos químicos (clorhexidina espuma y solución - isodine-espuma y solución) antes de practicar un procedimiento invasivo en el paciente.

Antes de comenzar la preparación de la piel, se deben reunir todos los elementos necesarios.

Materiales

- Guantes esteriles
- Campos
- Gasa para la preparación
- Pinzas para gasas
- Preparación antiséptica
- Jabón antiséptico para lavado
- Agua esteril
- Varias cubetas pequeñas
- Hisopos cuando sean necesarios (para la preparación abdominal).
- Agentes para la asepsia quirúrgica de la piel

Para la preparación de la piel solo pueden usarse agentes aprobados. Hay 5 antisépticos aprobados

- Alcohol
- Gluconato de clorhexidina
- Yodoformo (yodopovidona).
- Triclosan
- Paraclorometaxilenol.

1.-Alcohol

La solución de alcohol contiene alcohol isopropílico. A la concentración de 70%, el alcohol isopropílico es eficaz contra el 95% de las bacterias gramnegativas y grampositivas, micobacterias. Hongos y virus, pero no tanto contra las esporas bacterianas. Es extremadamente inflamable y volátil. Puede incendiarse en un ambiente rico en oxígeno cuando se usa laser o electrocirugía. Todos los restos de alcohol deben secarse completamente de la superficie de la piel antes de colocar los campos.

El alcohol destruye los microorganismos por desecación de las proteínas celulares. Por esta razón, nunca debe usarse sobre las mucosas o los ojos ni sobre las heridas abiertas, las soluciones alcohólicas están disponibles en forma líquida y en gel, y se combinan con otros antisépticos.

2.- Gluconato de clorhexidina

El gluconato de clorhexidina es un antiséptico de amplio espectro con acción microbicida superior a la de la yodopovidona. Tiene actividad residual, lo que significa que sigue destruyendo microorganismos después de su aplicación. No se absorbe por la piel. Una desventaja es que no es eficaz en presencia de jabón y restos orgánicos, como aceites de la piel, sangre y líquidos corporales. Si se usa para el baño preoperatorio, el paciente debe primero lavarse normalmente y luego enjuagarse para eliminar todos los restos del jabón de la piel y el cabello; la clorhexidina se usa como lavado final.

Se ha informado la pérdida de audición si accidentalmente se introduce clorhexidina en el oído medio. Por lo tanto, nunca debe usarse en la preparación del oído o el rostro. No se recomienda para las heridas abiertas y extensas, como las producidas por quemaduras.

3.- Yodoforo

El yodo solo es irritante para los tejidos, pero cuando se combina con povidona (agente dispersante sintético) se convierte en el yodoforo yodopovidona, de uso habitual como solución para la preparación quirúrgica. Los yodoforos se combinan con detergentes para la limpieza de las manos. Es eficaz contra las bacterias grampositivas, pero su acción es menor a las gramnegativas, las micobacterias, los hongos y los virus. Tiene cierta actividad residual y tiene su acción microbicida en presencia de sustancias orgánicas.

Se absorbe por la piel y puede causar toxicidad. Después de usarse en la piel debe secarse. Si bien normalmente no es irritante para los tejidos, pueden producirse quemaduras de primero y segundo grado si se usan técnicas de preparación inadecuadas o el paciente es alérgico al yodo. Las formas detergentes no se usan sobre las mucosas o cerca de los ojos. En ciertos sitios se obtiene en el comercio como solución preparada con 70% de alcohol. También está disponible en forma de gel y aerosol.

4.- Triclosan

La solución de triclosan al 1% es un antiséptico que se encuentra habitualmente en desodorantes, jabones antibacterianos y otros cosméticos comerciales. Su uso en cirugía está limitado porque su efecto microbicida total aparece solo con aplicaciones repetidas es seguro para uso oftálmico y en la cara.

5.- Paraclorometaxilenol o PCMX tiene uso limitado en cirugía en la actualidad. No es tóxico y puede usarse en el área de los ojos y los oídos sus propiedades bactericidas, tuberculicidas, virucidas y fungicidas son limitadas.

Procedimiento para asepsia de la zona quirúrgica:

1. Se debe evaluar el sitio de la preparación antes de iniciarla.
2. Cualquier lesión o alteración de la piel debe documentarse en la historia clínica del paciente.
3. Cuando el área de la preparación está evidentemente contaminada con suciedad, residuos, se limpia el sitio como un procedimiento separado antes de la preparación quirúrgica de la piel.
4. Coloque los materiales de la preparación en una mesa pequeña cerca del paciente. Si se planea un fregado, se agrega agua estéril al jabón antiséptico como el jabón betadine, en una cubeta pequeña. La proporción entre agua y jabón antiséptico es determinada por la política de la institución y por las recomendaciones del fabricante. No modifique esta proporción. Se viene una pequeña cantidad de solución de preparación en otra cubeta. Luego se pinta con ella la piel después del fregado.
5. Coloque las guantes estériles mediante la técnica de enguantado abierto.
6. Coloque dos o más campos estériles a cada lado del paciente para recoger la solución que se derrame. Cuando coloque los campos, dóblelos de manera de proteger sus manos enguantadas de la contaminación.
7. Sumerja una gasa en la solución antiséptica y escurra el exceso de líquido.
8. La preparación se realiza de forma circular, comenzando en el sitio de la incisión y moviéndose hacia afuera. A medida que se va alejando del área de la incisión, no vuelva a llevar la gasa hacia un área ya pintada. Use unas gasas nuevas para ampliar el círculo cada vez que sea necesario o para repetir el patrón. Una vez que una gasa alcanza la periferia del sitio de preparación, debe desecharse.

9. Cualquier area que este muy colonizada con microorganismos (es decir, un area muy contaminada), como una colostomia, ulceras cutaneas o cuerpo extraño, se prepara con gasas nuevas despues de haber pintado el area circundante.
10. Despues de la preparaci6n con fregado, use una compresa o una asa grande para eliminar el jab6n de la piel.
11. Preparaci6n en 2 tiempos: se aplica una soluci6n de preparaci6n antiséptica en el sitio quirurgico despues de la preparaci6n con fregado. Sumerja gasas nuevas en la soluci6n de pintura y escurrelas comience con el sitio de incision, pinte el area con movimiento circular desde el centre hacia la periferia. Aplique la soluci6n de preparaci6n sin que la gasa a un area que ya fue pintada. Cuando alcanza la periferia deseche la gasa.
12. Deje secar la soluci6n de preparaci6n. Esto aumenta su efecto bactericida.
13. Documente la preparaci6n de la piel en la historia clinica del paciente, incluyendo la evaluaci6n de la piel, el area preparada, las soluciones y el nombre de la persona que realizo la preparaci6n.

Preparaci6n de sitios especificos

En ciertos sitios particulares del cuerpo se necesita procedimientos y precauciones especiales. Algunos de estos procedimientos y precauciones requieren elementos que no estan incluidos en un equipo de preparaci6n de rutina.

Ojos

Elementos especiales

- ▶ Esparadrapo o tela adhesiva de barrea
- ▶ Torundas de algod6n sin hilachas
- ▶ Cubetas pequenas con soluci6n salina tibia y soluci6n de preparaci6n.

- ▶ Gasas
- ▶ Perilla de gomas
- ▶ Nota: las soluciones para la preparación ocular deben diluirse según las indicaciones del cirujano.

Procedimiento

Explique el procedimiento al paciente. Indíquele que mantenga sus manos alejadas de la cara durante y después de la preparación.

Mueva suavemente la cabeza del paciente hacia el lado quirúrgico.

Comience la preparación en el párpado. Realice la preparación con un patrón circular alrededor del ojo hasta 2,5 cm de la línea de implante del cabello, incluidas la nariz, la mejilla y la mandíbula del mismo lado. Si el procedimiento incluye ambos ojos, deben prepararse ambos lados de la cara.

No permita que las soluciones de preparación se derramen en el oído. Las soluciones de yodo povidón y clorhexidina pueden causar graves daños en el oído medio. Aunque el tímpano separa el canal auditivo externo del oído medio, las soluciones pueden ingresar a través de alguna rotura o desgarro de la membrana. Puede usarse un algodón para obturar el canal externo o un esparadrapo o cinta adhesiva de barrera del mismo lado de la cara para evitar que la solución drene en el oído.

Deseche el hisopo después de llegar a la periferia del área de preparación.

Repita la preparación con hisopos nuevos al menos 3 veces.

Enjuague el área preparada con solución salina tibia y torundas de algodón. Deseche cada algodón usado y reemplácelo por uno nuevo. Efectúe este procedimiento al menos 2 veces.

Use una jeringa o una perilla y un pequeño recipiente para lavar la conjuntiva. Traccione el saco conjuntival suavemente hacia abajo con un

dedo, mientras lava la conjuntiva. Traccione el saco conjuntival suavemente hacia abajo con un dedo, mientras lava la conjuntiva con solución salina normal o con la solución que haya indicado el cirujano.

oios.

Elementos especiales

- ▶ Solución de preparación suave, como triclosan o PCMX.
- ▶ Solución salina normal
- ▶ Campo plástico con borde adhesivo.
- ▶ Aplicadores con punta de algodón (hisopitos).

Procedimiento

1. Coloque el campo plástico estéril para excluir el ojo del lado afectado.
2. No use soluciones de alcohol, yodoformo o clorhexidina alrededor del oído. Respete las instrucciones escritas del cirujano para la preparación correcta de las soluciones.
3. Lave y enjuague los pliegues de las orejas con los hisopitos.
4. Extienda el área de preparación con gasas húmedas hasta el borde de la línea de nacimiento del cabello, la cara y la mandíbula.

Cara

En la cara aplique exclusivamente soluciones no alcohólicas. El triclosan es un antiséptico suave de uso habitual en esta área. El cabello contiene una alta concentración de bacterias y se sigue considerando un área contaminada.

- ▶ Elementos especiales
- ▶ Solución de preparación no alcohólica, como triclosan.
- ▶ Solución fisiológica tibia.

- ▶ Torundas de algodón.
- ▶ Aplicadores con punta de algodón. (hisopitos).
- ▶ Campos de tela absorbente
- ▶ Peine y gel de cabello soluble en agua (elementos no esteriles).
- ▶

Procedtmiento

1. Aplique gel en el cabello si es necesario antes de peinarlo hacia atras, alejandolo de la cara. Puede usar horquillas para mantener el cabello alejado de la cara y los oidos.
2. Coloque campos absorbentes a cada lado del cuello para evita que el liquido se derrame sobre la tela de la mesa de operaciones.
3. Prepare la cara desde el cuello o la barbilla hasta la Hnea del cabello. Las orejas deben incluirse en la preparaci6n
4. Los hisopitos se utilizan para limpiar los pliegues de las orejas. Evite que la soluci6n de preparaci6n se derrame en el conducto auditive.
5. Prepare la cara desde el area de la incision hacia afuera. Prepare nuevamente el area de la incision con hisopos nuevos. Ning(m hisopo que haya tocado la Hnea del cabello debe volver a tocar la piel. Enjuague la piel con las torundas de algod6n embebidas en soluci6n fisiol6gica tibia.

Cuello

El area de cuello y la garganta se prepara para la cirugia tiroidea, las traqueotomias, la cirugia de la arteria car6tida etc. Si se ha programado una operaci6n radical, la prepataci6n del area se extiende desde la barbilla hasta la linea de las mamilas o el busto y alrededor del cuerpo hasta la mesa de operaciones a cada lado.

Procedimiento

1. Baje la bata del paciente varios centímetros debajo del área de la preparación.
2. Coloque campos absorbentes en la periferia del sitio de preparación.
3. Comience la preparación en la línea media del cuello, aplicando la solución antiséptica en forma circular hacia la periferia.

Áreas mamaria y torácica

Los límites del área de preparación para los procedimientos mamario y torácico dependen de la magnitud de la cirugía y de la posición de la paciente. El área de preparación para la cirugía mamaria radical o torácica es desde la barbilla hasta el ombligo e incluye la cara externa o lateral del tórax de cada lado.

Cuando la preparación se realiza para la extirpación de un tumor sin la posibilidad de una cirugía más extensa, la mama se prepara desde la clavícula hasta el borde de la parrilla costal y desde la línea media hasta la mesa de operaciones del lado afectado. La zona de preparación se extiende a la axila para las lesiones en el cuadrante superior lateral de la mama.

La cirugía que incluye una biopsia y la posibilidad de una mastectomía requiere un área de preparación mucho más amplia. En la mastectomía radical los límites de la preparación incluyen el cuello, el hombro del lado afectado, el tórax hasta la superficie de la mesa de operaciones y el abdomen.

Si se sospecha un cáncer, los tejidos deben ser preparados los tejidos deben ser preparados con delicadeza. El área debe pintarse con la menor fricción y presión posibles. Esto es para evitar que las células tumorales migren a los tejidos vecinos. La preparación de la piel para la cirugía de la

cavidad torácica implica la extensión bilateral de los límites señalados para la cirugía radical de mama.

Procedimiento

1. Rodee los límites del área de preparación con campos estériles.
2. Si el ombligo está incluido en el área de preparación, límpielo con los hisopos.
3. Realice la preparación del área, comenzando con el sitio de la incisión.
4. Si debe incluirse el hombro en la preparación, un ayudante debe abducir el brazo para que pueda aplicar la solución de preparación en forma circunferencial.

Hombres

La preparación del hombro se extiende del cuello y el hombro, el brazo y la escápula del lado afectado. Un ayudante debe elevar el brazo del paciente. Las zonas subescapular y de la espalda también pueden ser elevadas con un cojín.

Procedimiento

Retire la bata del paciente hasta el ombligo

Coloque los campos absorbentes en la periferia de la zona de preparación.

Coloque la lámina impermeable entre la mesa de operaciones y el área subescapular.

Pida que un ayudante (con guantes) eleve el brazo.

La mano debe ser excluida de la preparación. Algunos cirujanos la envuelven en un campo oclusivo después de la preparación.

No tire el hombro del paciente hacia afuera para exponer la escápula. Esto puede causar una lesión. Respete las instrucciones del cirujano acerca de

la naturaleza exacta de la lesión a tratar o de la reparación a realizar para evitar daños.

Comience la preparación desde el sitio de la incisión y extienda hacia la periferia.

Brazos

Según el sitio de la incisión, se prepara el brazo en su totalidad o en una sección. Si se va a realizar un bloqueo nervioso, en general se prepara todo el brazo. Normalmente la mano es portadora de bacterias transitorias y permanentes. Debe ser preparada y luego excluida del sitio quirúrgico mediante un vendaje oclusivo. Si el sitio quirúrgico corresponde al brazo, la preparación debe extenderse hasta el hombro y la región axilar.

En todos los casos, el miembro superior debe ser preparado en forma circunferencial. Un ayudante debe sostener el miembro y la mano lejos de la mesa de operaciones mientras otra persona realiza la preparación. Si se utiliza un torniquete neumático, es importante evitar que las soluciones queden atrapadas entre el torniquete y la piel del paciente.

Procedimiento

1. Eleve el miembro con cuidado, manteniendo su alineación anatómica.
2. Coloque una lámina impermeable bajo el brazo, cubriendo la mesa de operaciones y el torso del paciente.
3. Coloque campos estériles en la periferia del sitio de la preparación y debajo del hombro. Los campos no son necesarios en la preparación de la mano.
4. Comience la preparación desde el lugar de la incisión con movimientos hacia afuera.

5. Cuando el area de preparaci6n este seca, retire la lamina impermeable y los campos absorbentes.
6. Mantenga el miembro elevado mientras se colocan los campos quirurgicos.

Manos

En la mano se presentan grandes colonias de bacterias residentes y no residentes. El area subungueal (debajo de las unas) puede contener detritos y bacterias no residentes, que requieren una limpieza mas minuciosa. La preparaci6n habitual de la mano comienza en las unas. Se puede usar un cepillo para limpiar el area subungueal. Una vez limpiada la mano, se aplica la soluci6n de la forma habitual, comenzando en el sitio de la incision y moviendose hacia afuera y circunferencialmente. El limite superior se encuentra algunos centimetros por encima del codo.

Elementos especiales

- ▶ Limpiador de unas
- ▶ Cepillo
- ▶ Lamina impermeable
- ▶ Guantes esteriles

Procedimiento

1. Eleve la mano con cuidado, manteniendo su alineaci6n anatomica.
2. Coloque la lamina impermeable bajo el brazo y la mano
3. Limpie las areas subungueales con un limpiador o un cepillo de unas
4. Aplique la soluci6n de preparacion de la manera habitual, desde el area de la incision hacia afuera. Incluya los espacios interdigitales, las puntas de los dedos y sus 4 caras.
5. Extiende la preparaci6n a todo el brazo, en todas sus caras.

6. Seque el exceso de jabón antiséptico y pinte con solución antiséptica.
7. Retire la lámina impermeable usada para la preparación.
8. Sostenga la mano hasta que comience la colocación de campos y el cirujano tome el **control**.

Nota: si hay un traumatismo extenso de la mano que involucra una lesión por aplastamiento o desgarro, es el cirujano quien debe realizar la preparación.

Abdomen

La preparación abdominal se extiende desde la línea mamilar hasta la mitad del muslo y a los lados hasta la mesa de operaciones. Si está programada una laparoscopia pélvica debe pintarse también vaginal y se requieren 2 equipos de preparación separados.

Procedimiento.

1. Rodee el abdomen con campos absorbentes estériles. El campo superior se coloca en la línea del pezón y el inferior en el pubis.
2. Comience la preparación en el ombligo. Limpíelo utilizando aplicadores con punta de algodón embebidos en una solución para eliminar restos (esfacelos, piel muerta).
3. Prepare el abdomen usando jabón antiséptico o solución, desde el lugar de la incisión hacia afuera con movimientos circulares.
4. Si se usa solución jabonosa, seque y aplique la solución.
5. Deje secar la solución antes de aplicar los campos.

Flancos o espalda

Las áreas de los flancos y la espalda se preparan de la misma forma que el abdomen, desde el lugar de la incisión con movimientos hacia afuera hasta la camilla de cirugía de cada lado, la preparación de la espalda se extiende desde el cuello hasta el sacro.

Procedimiento

1. Retire la bata y la sabana del paciente hasta las crestas ilíacas.
2. Rodee el área de preparación con campos absorbentes estériles.
3. Comience a aplicar la solución de preparación desde el área de la incisión con un patrón circular hasta la periferia. Complete este procedimiento al menos 2 veces, comenzando otra vez desde el lugar de la incisión y desplazándose hacia afuera, hasta la superficie de la mesa de operaciones.

Vagina y genitales externos

La preparación vaginal se realiza con la paciente en posición de litotomía. Una vez colocada la paciente en posición, la parte inferior de la camilla se quiebra hacia abajo. Antes de iniciar la preparación coloque la cubeta para desechar las gasas al pie de la mesa de operaciones.

Puede colocar una bolsa de material impermeable bajo las nalgas para evitar que la solución de preparación se deslice entre el coxis y la mesa de operaciones. Si se usa una sola lámina impermeable, su extremo inferior debe ubicarse dentro de la cubeta para desechar gasas para que drene el exceso de solución.

Coloque un campo absorbente encima del pubis.

La preparación vaginal se realiza en 2 etapas. La pelvis, los labios, el perine, el ano y los muslos se preparan en una etapa, en tanto que la cavidad vaginal se prepara en una etapa, en tanto que la cavidad vaginal se prepara en una etapa independiente. Se usan pinzas para gasas para preparar la cupula vaginal. El fundamento del procedimiento en 2 pasos es asegurar que no se introduzcan bacterias provenientes de los genitales externos y el perine en la vagina.

Para los procedimientos abdominovaginales combinados, como laparoscopia pelviana, se realiza primero la preparación vaginal luego la preparación abdominal.

Procedimiento

1. Comience la preparación en el pubis usando movimientos de lado a lado. Esta area se prepara hasta el nivel de las crestas iliacas.
2. Aplique la solución de preparación en la zona de los labios mayores con movimientos hacia abajo solamente y que incluyan el perine y ano. Deseche el hisopo una vez que se prepare el ano. No regrese a la zona ya preparada.
3. Con gasas nuevas, prepare las caras internas de los muslos. Comience desde los labios mayores y desplace en forma lateral con movimientos de ida y vuelta. Deseche las gasas una vez alcance la periferia.
4. Prepare la cavidad vaginal en ultimo termino. Use gasas montadas en pinzas con suficiente solución de preparación para ingresar en los pliegues vaginales. Deseche la gasa y repita el procedimiento.
5. Use una gasa seca montada en una pinza para retirar el exceso de liquido de la cavidad vaginal y el resto del area de preparación.

Area perinea!

La preparaci6n perinea! se realiza con el paciente colocado en decubito prono, en posici6n navaja sevillana o genupectoral (rodilla pecho) sobre la mesa de operaciones. Dado que el ano es un area contaminada, primero se debe preparar la region circundante. El ano se expone separando las nalgas con esparadrapo o cinta adhesiva.

Procedimiento

1. Retire la bata y las sabanas del paciente para exponer la zona, mantenga cubiertos los miembros inferiores y la parte superior del cuerpo.
2. Comience la preparaci6n por fuera de la mucosa anal y extienda el area de preparaci6n hacia afuera unos 30 cm en todas direcciones.
3. Prepare el ano, sin penetrar en el. En algunas instituciones la preparaci6n anal se omite.
4. Nota: para la resecci6n abdominoperineal, se coloca al paciente en posici6n de litotomia. La tecnica requiere preparaci6n abdominal y perinea! separada.

Miembros inferiores

La preparaci6n de los miembros inferiores es similar a la de los superiores. Los limites de la preparaci6n son los tobillos y las ingles. El miembro debe ser elevado por un ayudante alternativamente, puede colocarse en un soporte especial para el miembro inferior llamado pernera, que es un accesorio vertical de la mesa de operaciones con un segmento. La pernera debe usarse con extrema precauci6n, porque puede producir lesiones graves. Si la pernera no es lo suficientemente fuerte para sostener el miembro de un paciente, la pierna puede rotarse o deslizarse y provocar lesiones. Para la cirugfa de rodilla se prepara el miembro completamente, pero se envuelve el pie con un vendaje oclusivo antes de la cirugfa. Si se

coloca un manguito neumatico, evite que las soluciones se filtren por debajo del manguito del torniquete.

La cirugía de cadera requiere la preparación circunferencial desde la mitad de la pierna hasta la cresta ilíaca, con exclusión de la zona inguinal.

Procedimiento

1. Retire la sabana del paciente hasta las ingles, dejando cubierta la parte superior del cuerpo.
2. Coloque un campo absorbente en la ingle y el pliegue del muslo.
3. Eleve el miembro
4. Coloque una lamina impermeable sobre la mesa de operaciones que cubra el otro miembro.
5. Si debe incluirse el pie en la preparación, este debe prepararse como en el caso de la mano. Recuerde que, como el miembro esta elevado la preparación debe comenzar en el nivel mas alto y descender en forma circunferencial.
6. Si se excluye el pie de la preparación, esta debe realizarse en forma amplia alrededor de la zona operatoria.

- **METODOLOGIA**

Descriptivo. Parte de la observación sistemática de la realidad laboral en el servicio de sala de operaciones de cirugías programadas 4to piso Sector San Juan.

Es un estudio en el cual se describen características y se generalizan varios fenómenos similares, mediante la exploración y descripción de situaciones de la vida real, son de gran ayuda para identificar nuevos significados, problemas y determinar la frecuencia de fenómenos y categorizar la información

Retrospectivo. Es un enfoque descriptivo que revisa acciones pasadas, con el objetivo de llegar a conclusiones veraces y entender el porque de algunas situaciones. Es una recopilación de datos que nos permiten viabilizar una solución a los problemas, la descomposición de hechos, sucesos o acciones del pasado en sus partes para saber el cómo o porque de la situación del presente.

- **HERRAMIENTA**

- Guantes esteriles
- Campos
- Gasa para la preparación
- Pinzas para gasas
- Preparación antiséptica
- Jabón antiséptico para lavado
- Agua esteril
- Varias cubetas pequeñas
- Hisopos cuando sean necesarios (para la preparación abdominal).
- Agentes para la asepsia quirúrgica de la piel

Lavado de zona operatoria es el acto de remover los microorganismos de la higiene de la piel del paciente que va ser sometido a una intervención quirúrgica. Se utiliza:

Guantes: técnica abierta

Se abre el paquete esteril, procurando que los guantes no toquen ninguna área contaminada. Si vamos a ponernos el guante de la mano derecha, el puño es agarrado por su parte interior (la que va a estar en contacto con nuestra piel) por la mano izquierda. Se introduce la mano derecha en el

guante, al mismo tiempo que la mano izquierda tira del pufio (zona interior del guante no esteril) para ajustarlo.

Riionera o bolo esteril:

El material se encuentra generalmente con dos envolturas primeramente retirar las tiras de la cinta (indicador) jalar las puntas del campo o papel exponer el material.

Gasa esteril:

Se utiliza gasa sin cinta radiopaca el cual se coloca en campo esteril para realizar el lavado de zona operatoria

Soluci6n:

Yodopovidona espuma es una soluci6n microbicida de acci6n inmediata y prolongada contra bacterias, virus, hongos y protozoarios para uso de piel y mucosas. Espectro y actividad

E. PROBLEMATICA Y EXPERIENCIA LABORAL

PROBLEMATICA

Los problemas encontrados en el Servicio de sala de Operaciones de Cirugías Electivas del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" de la Provincia Constitucional del Callao.

- 1.- Cajas de Instrumental antiguos, deteriorados, con pinzas faltantes.
- 2.- Falta de actualización de guías de procedimientos y elaboración de registros de Enfermería.
- 3.- Insuficientes Equipos Biomédicos para atender el total de Quirófanos Existentes y deficiente servicio mantenimiento preventivo y correctivo
- 4.- Falta de trabajo en equipo

EXPERIENCIA LABORAL

En el año 2005 inicio mis actividades profesionales como enfermera en el ámbito rural a través de servicio de Serums. En el departamento de Puno

En el año 2006 desempeño funciones profesionales de enfermera en el sector privado en la ciudad de Juliaca .

En el año 2007 ingreso al sector estatal laborando en el Hospital Daniel Alcides Carrion del Callao en el área de sala de operaciones electivas hasta la actualidad.

Me desempeño como enfermera asistencial circulante y/o enfermera instrumentista de acuerdo a la programación diaria realizada por la Enfermera Jefe del Servicio. Trabajar en Sala de Operaciones me ha permitido conocer todo lo relacionado con la cirugía, los tipos de cirugía, según las diversas especialidades quirúrgicas, los tiempos operatorios, los

pianos operatorios, el instrumental quirurgico, las procesos de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización, funcionamiento de los equipos biomedicos.

A lo largo de mi experiencia laboral en el servicio indicado, he podido observar las diferentes tecnicas y procedimientos que realiza el profesional medico, enfermera especialista, en el pre- operatorio intra operatorio y pos operatorio. Enfatizando en la preparaci6n de la piel, asepsia de la zona quirurgica.

La preparaci6n quirurgica de la piel se realiza antes del comienzo de la operaci6n y una vez que el paciente ha sido anestesiado y colocado en su posici6n.

Para la realizaci6n correcta de este procedimiento, he podido observar factores que influyen, que la tecnica no sea adecuada. Entre ellos tenemos

- ▶ Protocolos y/o guias de procedimiento:
- ▶ Tecnica correcta de lavado de zona operatoria
- ▶ Insumos: gasas, compresas campos hisopos esteriles guantes esteriles.
- ▶ Antisepticos
- ▶ Tiempo que realiza el procedimiento.

Procedimiento: Es un instrumento de trabajo que describe como realizar Secuencialmente cada uno de los pasos necesarios para llevar a cabo una determinada actividad. Responden a la pregunta: IC6mo se ha de hacer?

Protocolo: Conjunto de actividades y procedimientos a realizar relacionados con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes. Responde a la pregunta: IOue se ha de hacer? Ej.: Protocolo de

pre nci6n de ulceras por presi6n (problema). Protocolo pre quirurgico (activ1dad).

Observaci6n:

Actualmente en la instituci6n no contamos con una guia de procedimiento para realizar la tecnica de lavado de zona operatoria.

Tecnica de lavado de zona operatoria del area abdominal

1. Lavarse las ma nos, antes y despues del procedimiento.
2. Prepara y traslada el equipo de lavado y colocarlo en la mesa Pasteur.
3. Abrir el equipo tomando como referencia el campo en que esta envuelto y dejar al descubierto el riri6n con las gasas.
4. Vierte en el riri6n soluci6n antisepctica.
5. Caloca campos laterales para proteger al usuario del excedente del antisepctico.
6. Descubre la region operatoria.
7. Colocarse los guantes, o en su caso, el guante derecho, para que con la mano izquierda se ayude a servir la soluci6n antisepctica.
8. Lava el area con movimientos firmes y rotatorios siguiendo las reglas de antisepsia; de lo limpio a lo sucio; de arriba Hacia abajo; del centro a la periferia y de lo distal a lo proximal, durante cinco o diez minutos aproximadamente.
9. Retira el equipo y darle los cuidados necesarios.
10. La enfermera circulante retira los campos que se encuentran protegiendo de posible humedad al usuario. (Campos que fueron colocados en el inicio del procedimiento)

11. Delimitar la region operatoria indicada para realizar el lavado mecanico con el fin evitar que el derechohabiente o usuario permanezca humedo durante el acto quirurgico.
12. Al efectuar la preparaci6n de la regi6n operatoria evitar lesionar la piel.
13. **Usar** soluciones antisepticas quimicamente similares, ya que la mezcla de agentes quimicos puede causar reacciones dermatol6gicas o la disminuci6n de la efectividad del lavado mecanico.
14. Verificar en el expediente clinico, que no haya antecedentes de alergias a la yodopovidona.
15. Nunca permita la colecci6n de soluciones antisepticas debajo del paciente, estas pueden causar irritaci6n o quemaduras.
16. Nunca utilice gasas radiopacas para efectuar la preparaci6n, ya que podria causar confusion en el recuento de gasas.
17. Nunca utilice soluciones a base de alcohol o tinturas, sobre las membranas mucosas o alrededor de ellas.

Observaci6n:

En la tecnica que se aplica, al momento del secado, realizan de 3 maneras diferentes en regi6n abdominal.

01 gasa extendida y con la palma de la mano frota y lo descarta.

Secado con 01 gasa en forma circular.

Con 02 gasas con la primera en la Hnea media del abdomen y por arrastre al lado derecho y elimina y la otra gasa en la linea media y contrario a la primera gasa y elimina.

En el area del oido solo se lava las zonas circundantes y no los pliegues de la oreja

En el area de la cara muchas veces no se protege las idos el antiseptico que se utiliza es el yodo povidona en espuma

En el area del•cuello se observ6 que realizan empezando el lavado lado a lado y no en forma circular.

En el area de hombros, brazos, manos, miembros inferiores en su mayorfa la especialidad de traumatologia. Responsable de este procedimiento el medico especialista o medico residente. El lavado lo realizan lado a lado horizontal y no en forma circular.

En el area de ginecologia: muchas veces el lavado no se realiza dentro de la vagina.

En la especialidad de neurocirugia el lavado lo realiza el residente o el asistente de la especialidad utiliza primero yodo povidona espuma procede a secar el yodo utiliza alcohol lo seca y posteriormente utiliza yodo povidona soluci6n al 10%.

En la especialidad de quemados el lavado de zona operatoria lo realiza el medico o residente especialista, primer • realiza el

Lavado de manos quirurgico se coloca el mandil esteril realiza el lavado y la aseptizacion de la zona operatoria con antisepticos de yodo en espuma y soluci6n siguiendo con el acto quirurgico.

APLICACION DE LAS NORMAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL QUIROFANO DE LAS CIRUGIAS DE PROTESIS TOTAL DE CADERA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZA ARMADAS No. 1 QUITO 2013

(Trabajo de investigación 20,3)

Resultados finales obtenidos

Todo el personal de enfermería del área quirúrgica conoce de manera clara, fiable y actualizada los protocolos de asepsia y antisepsia que se debe aplicar en el quirófano.

La propuesta desarrollada permitió garantizar el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia del personal de enfermería del quirófano de las cirugías de prótesis total de cadera en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No. 1 Quito, y que sea el adecuado para así garantizar la salud del paciente y la del personal quirúrgico que participan en estas cirugías. Igualmente disminuye el número de infecciones postquirúrgicas en cirugías de cadera para que el paciente tenga una recuperación rápida.

La capacitación sirvió para que se tenga las normas actualizadas y el conocimiento total de cada una para su aplicación, a esto se suma el control por parte de la Hder del grupo y una evaluación semestral.

Insumos

Para realizar el procedimiento, muchas veces las gasas que se utilizan son con cinta radiopaca

Antisépticos

Hospital para el lavado de zona operatoria trabaja con yodopovidona espuma y solución.

Trabajo de investigación

JÓVENES EN LA CIENCIA, vol 1, num. 2, diciembre 2015, es una publicación bianual editada por la Universidad de Guanajuato a través de la Dirección de Apoyo a la Investigación y al Posgrado. Lascurain de Retana no. 5, Centro, C.P. 3600t, Guanajuato, Gto., Mexico. Pagina web: <http://vAlw.jovenesenlaciencia.ugto.mx/>, correo jovenesenlaciencia@gmail.com. Editor responsable: Gloria Eugenia Magana Cota.

Efecto residual de la clorhexidina alcohol al 2% / 70%

En comparación con el triclosim alcohol al 1% / 70%

Se llevó a cabo un estudio experimental analítico longitudinal controlado y comparativo, cegado a la medición para determinar el efecto residual de dos antisépticos mediante la técnica de copas de tallado con policías de caucho, en voluntarios adultos sanos sin historia de alergias o atopia cutánea.

CONCLUSIONES

Toda aplicación de antisépticos debe de ir acompañado con un buen tallado de la superficie cutánea, lo que agrega un buen método de aplicación de antisépticos: Del centro a la periferia con movimientos circulares, o bien, en un solo movimiento del interior al exterior de la zona a tratar, ejerciendo una presión firme y constante.

En el presente trabajo se encontró que a las 0, 3 y 24 horas ambos antisépticos reducen

Significativamente las unidades formadoras de colonias con respecto al control. Se recomienda el uso de clorhexidina en aquellas intervenciones en las que se necesite mantener un efecto antiséptico por más de tres horas en la zona quirúrgica.

Tiempo: El procedimiento de lavado de zona operatoria demora de 5 minutos a más, dependiendo del estado de la piel y el tipo de intervención a realizar.

TEORÍA DE ENFERMERÍA APLICADAS A MI EXPERIENCIA PROFESIONAL

Dorothea Orem

Nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad. Su padre era un constructor y su madre una dueña de casa.

Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe como una en el año 1930. Luego en Catholic University of America recibió un B.S.N.E (Bachelor of Science in Nursing Education). En 1939 y en 1946 obtuvo un M.S.N.E.(Master of Science in Nursing Education)

La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias.

Fue directora en la escuela de Enfermería y del departamento de de Enfermería del hospital de Province Hospital Detroit.

Entre 1949-1957 trabajó en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Es aquí donde desarrolla su definición de la práctica enfermera

En 1957 trabajó como asesora de programas de estudio.

De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras .En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera.

En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

Sus Experiencias laborales fueron:

- **Enfermería** quirúrgica
- Enfermera de servicio privado
- Unidades pediátricas y de adultos
- Supervisora del turno noche
- Profesora de ciencias biológicas

Sus teorías:

Dorothea no tuvo un autor que influyó en su modelo, pero sí se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado*

Teoría de déficit de autocuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuando y por qué se necesita de la intervención de la enfermera

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado

sea ineficaz o incompleta. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado

. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen que requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. cuadriplejico. Pero también valora a aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. el baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. la atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.⁽¹³⁾

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una **persona** o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Teoría de los sistemas de Enfermería

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y lo protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción de/ paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción de/ paciente: Cumple con el autocuidado.

Tambi es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en el mismo.

Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

F.- RECOMENDACIONES

1. Elaborar guías de procedimiento actualizados
2. Capacitar al personal para la correcta aplicación de lavado de zona operatoria
3. verificar que los antisépticos no queden acumulados debajo del paciente pues pueden provocar irritación o quemaduras.
4. Considerar si el paciente es alérgico a alguna sustancia usada en la preparación de la piel.
5. Verificar que los antisépticos no queden acumulados debajo del paciente pues pueden provocar irritación o quemadura.

REFERENCIALES

1. "Standars for preoperative skin preparation of patients." Revised November 1992
Perioperative **Nursin@J'** Core Curriculum, by Rosemary Ann Roth, ORN, 1995, Chapter Nine: Surgical Wound Management.
2. Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988. CON .,53 (12/88) (Courtesy of Braden and Bergstrom. Reprinted by permission)
3. Instrumentaci6n quirurgica, principios y practicas Jaenra R. Fuller 2 edici6n 1998.
4. Manual de Normas de Prevenci6n y Control de I.1.H. Ministerio de Salud, Chile 1993.
5. Manual de Normas prevenci6n y control de 1.1.H. Hospital Las Higueras Thno Revisado en Junia de 2002.
6. <https://sites.google.com/site/enfermeriaasepsiyantiseptia/conceptos>
7. Instrumentaci6n quirurgica principios y practica a. Edici6n Joana Ruth fuller 2006
8. www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl
9. <http://www.definicionabc.com/general/procedimientos.php>
10. Garcia G. Amparo (2005) Enfermeria de Quir6fano. Editorial Madrid Valencia. Primera Edici6n.
11. P. Swearingen, D. G. Ross. (2000) Manual de Enfermeria Medico-Quirurgico. Editorial Harcout, Cuarta Edici6n, Espana.
12. Instrumentaci6n Quirurgica Principios Y Practica Quinta Edici6n Fuller 2012
13. Modelos y Teorias De Enfermeria Septima Edici6n Martha Raile Alligood 2011

ANEXOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE SALA DE OPERACIONES ELECTIVAS HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRI6N

Es una intervenci6n que realiza la enfermera circulante en condiciones de asepsia quirurgica, que consiste en la remoci6n mecanica de la flora transitoria y permanente de la piel **mediaJill6e** el uso de soluci6n de povidona yodada 8.5% (espuma microbiana) por tres minutos.

OBJETIVOS

Reducir el numero de microorganismos en la zona operatoria.

Disminuir el riesgo de infecci6n en el post-operatorio.

INDICACIONES

Pacientes sometidos a actos quirurgicos o cirugfas que no comprometan o causen irritabilidad a mucosas y/o tejidos organicos.

COMPLICACIONES

irritabilidad y/o reacciones adversas a ciertos componentes del antisepfico a utilizar

MATERIAL Y EQUIPO

Bolo, ririonera , pinza larga segun sea el caso, gasas esteriles, guantes esteriles, hisopos esteriles y antisepfico

RESPONSABILIDAD

La Enfermera Instrumentista y/o Circulante

BASE CIENTIFICA

La piel se encuentra cubierta por microorganismo tanto sapr6fito como pat6geno. Estos pueden ser fuente de infecci6n dentro del acto operatorio. Estos germenes pueden ser suprimidos o inhibir su crecimiento mediante una tecnica aseptica. La piel no se puede esterilizar pero si se puede eliminar el riesgo de infecci6n a traves de dicha tecnica.

PROCEDIMIENTOS	FUNDAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente en lenguaje comprensible de/ procedimiento Y objetivo del mismo según se presente el caso. • Exposición de la zona operatoria previo posicionamiento adecuado y colocación de campos limpios alrededor de la misma • Preparación del equipo : apertura del bote esteril y colocación de antisépticos a utilizar, apertura del paquete de gasa y otro material a utilizar (hisopo, pinza) • La enfermera circulante, quien realiza el lavado de la zona operatoria, se coloca los guantes esteriles. • El lavado de la zona se realiza por medio de frotos firmes y vigorosos de la piel, avanzando en forma concentrica y circular a partir del sitio de la incisión hacia afuera. Luego se lavan los cuatro extremos de la zona en forma paralela. • La extensión de la preparación sera siempre mas amplia que el lugar donde se pretende hacer la incisión.. • Se realiza utilizando yodopovidona y/o el antiséptico adecuado para el paciente. • En el caso de una preparación abdominal, se debe dar mas énfasis al lavado de la cicatriz umbilical. • Se coloca una gasa sobre la zona operatoria. 	<p>El paciente orientado aceptara mejor y/o ayudara en la realización del procedimiento, Los antisépticos tienen una temperatura mas baja que el cuerpo por lo tanto el paciente maneja mejor dichas sensaciones sabrá lo que esta sucediendo.</p> <p>Descubre adecuadamente la zona operatoria, visualizandose mejor, los campos alrededor de la zona a operar protegen de los residuos de antisépticos que se quedan en todo el acto operatorio evitando así irritabilidad de la piel</p> <p>Disminuye el tiempo de la asepsia de la zona operatoria.</p> <p>La utilización de guantes esteriles permite una técnica aseptica.</p> <p>El desprendimiento y eliminación de los microorganismos se facilita con los frotos firmes y vigorosos.</p> <p>El lavado desde el sitio de la incisión hacia afuera impide que se vuelva a contaminar la zona limpia. Las circunstancias podrian exigir extender la incisión en cualquier dirección.</p> <p>El yodopovidona es un antiséptico que aplicado destruye o hace inocuo el crecimiento de los microorganismos. Hay otros antisépticos que cumplen la misma función. Los pliegues, cavidades, etc. Son zonas de fácil acumulo de microorganismos</p> <p style="text-align: center;">Proteger la zona limpia.</p>

I. PRECAUCIONES:

- Tener mucho cuidado cuando se realiza la asepsia de la piel cerca a tejidos irritables o mucosas (tejido con herida abierta e inflamado, ojos) puede ocasionar el desmejoramiento del mismo.

TECNICA ASEPTICA EN LAVADO DE ZONA OPERATORIA- SALA DE OPERACIONES



Fuente: Elaboración propia, 2015