

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TÉCNICA ASÉPTICA EN LAVADO DE ZONA OPERATORIA- SALA DE  
OPERACIONES DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL HOSPITAL  
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL  
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**MARILU GONZALES TICONA**

**Callao, 2016  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA       | SECRETARIA |
| ➤ MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO  | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI**

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 153

Fecha de Aprobación de tesis: 19 de Septiembre del 2016

Resolución Decanato N° 428-2016-D/FCS Jurado Examinador de la sustentación para optar título de segunda especialidad profesional de fecha 09 de setiembre del 2016

## ÍNDICE

	Pág
A. RESUMEN	02
B. INTRODUCCIÓN	04
C. MARCO REFERENCIAL	06
• INSTITUCIÓN	08
• VISIÓN	14
• MISIÓN	14
• FUNCIONES	15
D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS	21
• TIPO DE SERVICIO	21
• METODOLOGÍA	61
• HERRAMIENTAS	62
E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL	64
F. RECOMENDACIONES	76
REFERENCIALES	77
ANEXOS	78

## **A. RESUMEN**

El presente **informe profesional titulado TÉCNICA ASÉPTICA EN LAVADO DE ZONA OPERATORIA - SALA DE OPERACIONES DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO, 2015** tiene por objetivo: describir la técnica aséptica del área quirúrgica de los pacientes que ingresan a sala de operaciones antes de la realización de cualquier tipo de cirugía.

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

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

La técnica aséptica se refiere a las prácticas que reducen la posibilidad de que los microorganismos entren en el cuerpo durante procedimientos quirúrgicos, reduciendo así a su vez el riesgo de que los usuarios se infecten más tarde. Algunas de estas prácticas también disminuyen la posibilidad de que los profesionales de salud tengan contacto con Sangre y tejidos infecciosos durante los procedimientos

La preparación de la piel se realiza con el objeto de prevenir las infecciones Producidas por la flora normal que se encuentra colonizando nuestra piel. Esta preparación se realiza removiendo la suciedad, la grasa, y microorganismos transitorios que se encuentran en la piel y controlando mediante soluciones antisépticas los microorganismos residentes (población bacteriana que se encuentra en los folículos 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. INTRODUCCIÓN

El hospital nacional Daniel Alcides Carrión es una institución de alta complejidad en la red de establecimientos en la provincia constitucional del Callao con dependencia administrativa de la dirección regional I; 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 asépticas y estériles utilizadas en áreas quirúrgicas están 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 estéril 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 asépticas y estériles, 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 estadía prolongada.

Presencia de focos distales.

Flora exógena •

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

Ambiental, aire. Instrumental. Campo quirúrgico.

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 m<sup>2</sup>, área construida 50, 947,76 m<sup>2</sup>, área de espacios libres 29, 379, 55 m<sup>2</sup>.

Es el establecimiento de salud de mayor complejidad en la Provincia Constitucional del Callao. Categoría de nivel de atención es III 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 Carrión 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 Carrión"**. 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 Belaúnde Terry, Ministro de Salud Pública el Dr. 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 Carrión 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 R.M N°00189-71-SA/DS, el Ministerio designa a este conjunto de hospitales **Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión**.

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

- **INSTITUCIÓN**

El Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” del Callao. Brinda servicios de atención integral ambulatoria, y hospitalaria altamente especializada, a través de unidades productoras de servicios de salud medico quirúrgicos 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 Carrión” 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 Orgánica 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 RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°003-2009/MINSA, 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 Ordenanza 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 Carrión” del Callao esta bajo su administración.

El haber sido trasferido 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 está 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 cáncer, Instituto especializado, Enfermedades Neoplásicas, Capital technology Services, Inc. y ADAINEN, creado como un programa de prevención y detección precoz del cáncer, cuyo objetivo es promover una cultura de prevención en salud y mejor calidad de vida, actualmente es el servicio de Preventorio y salud pública y es parte del Departamento de atención Ambulatoria y Hospitalización.

### **CONSULTA EXTERNA**

En las especialidades de Medicina General: Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología, Cardiología, Gastroenterología, Cirugía General Odontoestomatología, Hematología, Oftalmología, Neumología. Medicina Física, Medicina Pediátrica, Urología, Ginecología, Cirugía Pediátrica, Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Oncología, Psicología, Psiquiatría.

**HOSPITALIZACIÓN.** Tanto en el Sector San Juan como en el Sector Carrión.

### **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 Obstétrica. Unidad de Trauma Shock. Unidad de Reposo.

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

2do B: 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 se 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 (multidrogo).

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 Pediátricos, 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 (multidrogo), 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 CARRIÓN

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

Nutrición

Quimioterapia

## PREVENTORIO.

(Centro de Prevención y Detección del cáncer y otras Enfermedades).

## HOSPITAL DE CIRUGÍA DE DÍA.

Brinda servicio de Sala de Operaciones de Día 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 física y Rehabilitación

Programa de VIH

Programa de Vacunaciones

## BASE LEGAL

Ley 26842 Ley General de Salud.

Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud.

Ley 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.

Ley 28522 del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento estratégico (CEPLAN).

Ordenanza Regional No 003. Crea la Gerencia Regional de Salud en la Estructura Orgánica del 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 Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- **MISIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”**

Somos un Hospital Nacional categoría III-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 Perú 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.

- **VISIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”**

El Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” es una institución acreditada y socialmente prestigiado. Líder 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 ESTRATÉGICOS**

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 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.

## **ESTRUCTURA 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.- ÓRGANOS DE LÍNEA

### 1.-DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALIZACIÓN

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 DÍA

### 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 Psiquiatra

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 Oncológica 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 Obstetrias. •

## 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 REHABILITACIÓN

Servicio de Medicina Rehabilitación Niños.

Servicio de Medicina Rehabilitación Adultos.

## 10.- DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

## 11.- DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Servicio de Patología Clínica

Servicio de Banco de Sangre y Hemoterapia.

Servicio de Anatomía Patológica.

12.- DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

13.- DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Servicio de Farmacotecnia y Almacén  
Servicio de Dispensación en Hospitalización.  
Servicio de Dosis Únicas.

14.- DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Servicio de Enfermería de Consulta Externa.  
Servicio de Enfermería en hospitalización de Medicina y por Especialidades Médicas.  
Servicio de Enfermería en Hospitalización de Cirugía General y por Especialidades Quirúrgicas.  
Servicio de Enfermería en hospitalización de Ginecología y por Especialidades Ginecológicas.  
Servicio de Enfermería en hospitalización de Neonatología.  
Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos.  
Servicio de Enfermería en Sala de Operaciones y Recuperación.  
Servicio de Enfermería en Central de Esterilización.  
Servicio de Enfermería en Oncología

15.- DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

16.- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

17.- DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.

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 CARRIÓN**

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 continúa funcionando con 4 quirófanos.

En 1986 se nombra al primer Jefe del Centro Quirúrgico Dr. Eduardo Soria quien desempeño 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. María Elena León Meléndez hasta diciembre del 2010, fecha en que por segunda vez asume el cargo la Dra. Haydee Gonzales Capuñay hasta el 2012. El 2013 la Dra. Laura Grados Miñano asume la jefatura hasta la fecha. La jefatura del servicio de enfermería de sala de operaciones de cirugías electivas está a cargo de la Lic. 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 Carrión y del Hospital San Juan. Ambos funcionaban en forma independiente hasta que en 1986 este último es cerrado por restructuración arquitectónica, pasando el centro quirúrgico a funcionar en el espacio físico del llamado en ese momento sector Carrión. En agosto de 1996, se reabre nuevamente el edificio del actualmente llamado Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" 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

**ORGÁNICAMENTE.** 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**

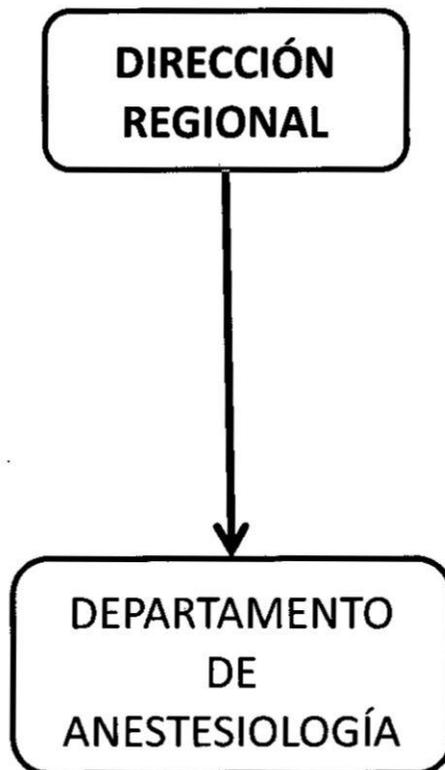
1. Realizar la evaluación y atención especializada de pacientes a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia, coordinando de manera estrecha sus acciones, con las unidades orgánicas de cirugía, emergencia y los equipos multidisciplinarios correspondientes.
2. Realizar la evaluación 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 medios 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 ESTRATÉGICOS

1. Proporcionar al paciente y al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente, en Condiciones de máxima seguridad, en ambientes libres de riesgos físicos, Químicos y microbiológicos.
2. Brindar al paciente cuidado integral en todo el proceso quirúrgico, con Profesionales y personal técnico calificado.
3. Organizar, dirigir, controlar y evaluar los procesos de atención al paciente Quirúrgico, así como la prestación de equipos especiales en el ámbito de su Competencia, con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.
4. 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.

**Cuadro No 1**

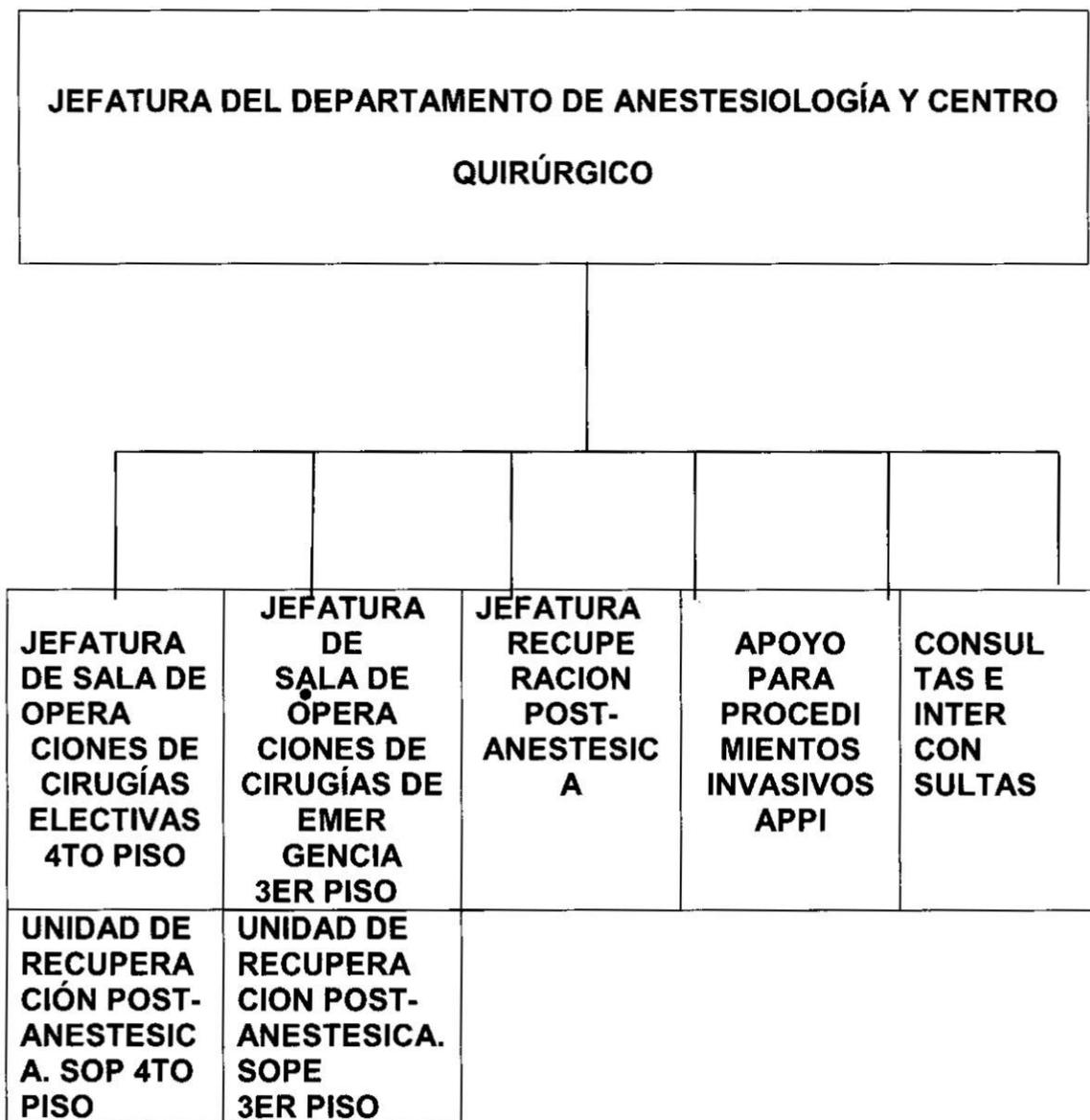
**ESTRUCTURA ORGÁNICA ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y  
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE  
ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO**



**Fuente: MOF del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico**

**Cuadro No 2**

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE  
ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO  
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"**



**Fuente: MOF del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"**

## **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 secretaria, 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 (cotonos, sedas, hilos, conexiones de aspiración, disectores, jeringas asepto, conexiones en Y, lápiz de electrocauterio, yankawuer, 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 ÁREA 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.)

## **CIRUGÍA**

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

Ambroise Paré, 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 QUIRÚRGICAS - ETAPA PRE-OPERATORIA**

Momento 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.

### **PREPARACIÓN 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: Diéresis, exéresis 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 clónicos, 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 mediato.

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 mediato.- Período 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 período se controlan signos vitales de forma más espaciada, deber 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, catéteres, 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 de 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 "líder"** 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 definiré algunos términos que usamos a diario, pero que no comprendemos bien, no aplicamos ni usamos correctamente: Función, actividad, tarea, circular, instrumentar.

### **EI 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

**FUNCIÓN.** 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 *circulāris* 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 junto 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 bioéticas 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 estéril, 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 estéril 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 quirúrgico, 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 biomédicos, saneamiento ambiental y administración, asistir la cirugía con responsabilidad, oportunidad y contribuir a disminuir el riesgo de infección post-operatoria, los tiempos quirúrgicos y con el éxito de la cirugía, colaborando en la mejora y restablecimiento de la salud del paciente.

## **FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”**

Según 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 quirúrgico.

### **FUNCIÓN BÁSICA**

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 quirúrgicamente, 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 Funciona 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 quirúrgica.
3. Revisar la historia clínica y cumplir con indicaciones medicas pre anestésicas (premeditación o lo que se le haya indicado por el anesthesiólogo 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 audifono y los lentes se deben conservar hasta el mismo quirófano por si hay que darle alguna instrucción o aclaración al paciente.
8. Disfunciones psíquicas: alzhéimer, 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 intimas, 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 tomografías.
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 anesthesiólogo 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 intra operatorio, sobre todo en cirugías muy agresivas,

Colocación de sonda Foley si lo requiere

## **POSICIÓN 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 anesthesiólogo 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 éxtasis (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 quirúrgico
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 quirúrgica
6. Preparación de mesa de mayo.
7. entrega de solución y gasas para aseptizarían
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 quirúrgica según la técnica operatoria en forma secuencial.
12. mantiene materiales y técnicas asépticas, se prepara ante cualquier complicación y necesidad de continuar la cirugía.
13. pasa los drenes y/o frascos de drenaje según requiera la cirugía
14. suturas. Cierre por planos y conteo de gasas
15. limpieza y colocación de apósitos.
16. Paciente es llevado a recuperación.

## **PROCEDIMIENTO PARA PREPARACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA 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%.

## ANTISÉPTICO

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.

## ESTÉRIL

Libre de todo microorganismo

## TÉCNICA ASÉPTICA

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

## PROCEDIMIENTO

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

## ANATOMÍA QUIRÚRGICA: 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 más 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 estériles
- Campos
- Gasa para la preparación
- Pinzas para gasas
- Preparación antiséptica
- Jabón antiséptico para lavado
- Agua estéril
- 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 está 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 bañarse 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.- Triclosán

La solución de triclosán 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 esta 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. Colóquese los 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 nueva 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 área que este muy colonizada con microorganismos (es decir, un área muy contaminada), como una colostomía, úlceras cutáneas o cuerpo extraño, se prepara con gasas nuevas después de haber pintado el área circundante.
10. Después de la preparación con fregado, use una compresa o una gasa grande para eliminar el jabón de la piel.
11. Preparación en 2 tiempos: se aplica una solución de preparación antiséptica en el sitio quirúrgico después de la preparación con fregado. Sumerja gasas nuevas en la solución de pintura y escúrrelas comience con el sitio de incisión, pinte el área con movimiento circular desde el centro hacia la periferia. Aplique la solución de preparación sin que la gasa a un área que ya fue pintada. Cuando alcanza la periferia deseche la gasa.
12. Deje secar la solución de preparación. Esto aumenta su efecto bactericida.
13. Documente la preparación de la piel en la historia clínica del paciente, incluyendo la evaluación de la piel, el área preparada, las soluciones y el nombre de la persona que realizó la preparación.

#### Preparación de sitios específicos

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

#### Ojos

##### Elementos especiales

- Esparadrapo o tela adhesiva de barrea
- Torundas de algodón sin hilachas
- Cubetas pequeñas con solución salina tibia y solución de preparación.

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

## Procedimiento

Explique el procedimiento al paciente. Indíquelo 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 povidona 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. Tracciones 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.

## **OÍDOS**

### **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 estériles).
- 

#### Procedimiento

1. Aplique gel en el cabello si es necesario antes de peinarlo hacia atrás, alejándolo de la cara. Puede usar horquillas para mantener el cabello alejado de la cara y los oídos.
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 línea del cabello. Las orejas deben incluirse en la preparación
4. Los hisopitos se utilizan para limpiar los pliegues de las orejas. Evite que la solución de preparación se derrame en el conducto auditivo.
5. Prepare la cara desde el área de la incisión hacia afuera. Prepare nuevamente el área de la incisión con hisopos nuevos. Ningún hisopo que haya tocado la línea del cabello debe volver a tocar la piel. Enjuague la piel con las torundas de algodón embebidas en solución fisiológica tibia.

#### Cuello

El área de cuello y la garganta se prepara para la cirugía tiroidea, las traqueotomías, la cirugía de la arteria carótida etc. Si se ha programado una operación radical, la preparación del área se extiende desde la barbilla hasta la línea 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.

#### Hombros

La preparación del hombro se extiende del cuello y el hombro, el brazo y la escapula del lado afectado. Un ayudante debe elevar el brazo del paciente. Las zonas subescapular y de la espalda también pueden ser elevado 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 escapula. 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 extiéndela 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 área de preparación este seca, retire la lámina impermeable y los campos absorbentes.
6. Mantenga el miembro elevado mientras se colocan los campos quirúrgicos.

## Manos

En la mano se presentan grandes colonias de bacterias residentes y no residentes. El área subungueal (debajo de las uñas) puede contener detritos y bacterias no residentes, que requieren una limpieza más minuciosa. La preparación habitual de la mano comienza en las uñas. Se puede usar un cepillo para limpiar el área subungueal. Una vez limpiada la mano, se aplica la solución de la forma habitual, comenzando en el sitio de la incisión y moviéndose hacia afuera y circunferencialmente. El límite superior se encuentra algunos centímetros por encima del codo.

## Elementos especiales

- Limpiador de uñas
- Cepillo
- Lamina impermeable
- Guantes estériles

## Procedimiento

1. Eleve la mano con cuidado, manteniendo su alineación anatómica.
2. Coloque la lámina impermeable bajo el brazo y la mano
3. Limpie las áreas subungueales con un limpiador o un cepillo de uñas
4. Aplique la solución de preparación de la manera habitual, desde el área de la incisión hacia afuera. Incluya los espacios interdigitales, las puntas de los dedos y sus 4 caras.
5. Extiende la preparación 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 desgarró, 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 pelviana 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. Límpielo 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 iliacas.
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 lamina 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 periné, el ano y los muslos se preparan en una etapa, en tanto que la cavidad vaginal se prepara en una etapa independiente. Se usan pinzas para gasas para preparar la cúpula vaginal. El fundamento del procedimiento en 2 pasos es asegurar que no se introduzcan bacterias provenientes de los genitales externos y el periné 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 área 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 periné y ano. Deseche el hisopo una vez que se preparo 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 último término. 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 líquido de la cavidad vaginal y el resto del área de preparación.

## Área perineal

La preparación perineal se realiza con el paciente colocado en decúbito prono, en posición navaja sevillana o genupectoral (rodilla pecho) sobre la mesa de operaciones. Dado que el ano es un área contaminada, primero se debe preparar la región 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 preparación por fuera de la mucosa anal y extienda el área de preparación hacia afuera unos 30 cm en todas direcciones.
3. Prepare el ano, sin penetrar en él. En algunas instituciones la preparación anal se omite.
4. Nota: para la resección abdominoperineal, se coloca al paciente en posición de litotomía. La técnica requiere preparación abdominal y perineal separada.

## Miembros inferiores

La preparación de los miembros inferiores es similar a la de los superiores. Los límites de la preparación 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 precaución, 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 cirugía de rodilla se prepara el miembro completamente, pero se envuelve el pie con un vendaje oclusivo antes de la cirugía. Si se

coloca un manguito neumático, 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 iliaca, 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 plaque del muslo.
3. Eleve el miembro
4. Coloque una lámina 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 más 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.

#### • METODOLOGÍA

**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 porqué 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 porqué de la situación del presente.

- **HERRAMIENTA**

- Guantes estériles
- Campos
- Gasa para la preparación
- Pinzas para gasas
- Preparación antiséptica
- Jabón antiséptico para lavado
- Agua estéril
- 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 estéril, procurando que los guantes no toquen ningún 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 puño (zona interior del guante no estéril) para ajustarlo.

Riñonera o bolo estéril:

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 estéril:

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

Solución:

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

## **E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL**

### **PROBLEMÁTICA**

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 Carrión 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

planos operatorios, el instrumental quirúrgico, los procesos de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización, funcionamiento de los equipos biomédicos.

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

La preparación quirúrgica de la piel se realiza antes del comienzo de la operación y una vez que el paciente ha sido anestesiado y colocado en su posición.

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

- Protocolos y/o guías de procedimiento:
- Técnica correcta de lavado de zona operatoria
- Insumos: gasas, compresas campos hisopos estériles guantes estériles.
- Antisépticos
- 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: ¿Cómo 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: ¿Qué se ha de hacer? Ej.: Protocolo de

prevención de úlceras por presión (problema). Protocolo pre quirúrgico (actividad).

Observación:

Actualmente en la institución no contamos con una guía de procedimiento para realizar la técnica de lavado de zona operatoria.

### **Técnica de lavado de zona operatoria del área abdominal**

1. Lavarse las manos, antes y después 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 está envuelto y dejar al descubierto el riñón con las gasas.
4. Vierte en el riñón solución antiséptica.
5. Coloca campos laterales para proteger al usuario del excedente del antiséptico.
6. Descubre la región operatoria.
7. Colocarse los guantes, o en su caso, el guante derecho, para que con la mano izquierda se ayude a servir la solución antiséptica.
8. Lava el área 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 región operatoria indicada para realizar el lavado mecánico con el fin evitar que el derechohabiente o usuario permanezca húmedo durante el acto quirúrgico.
12. Al efectuar la preparación de la región operatoria evitar lesionar la piel.
13. Usar soluciones antisépticas químicamente similares, ya que la mezcla de agentes químicos puede causar reacciones dermatológicas o la disminución de la efectividad del lavado mecánico.
14. Verificar en el expediente clínico, que no haya antecedentes de alergias a la yodopovidona.
15. Nunca permita la colección de soluciones antisépticas debajo del paciente, éstas pueden causar irritación o quemaduras.
16. Nunca utilice gasas radiopacas para efectuar la preparación, ya que podría causar confusión en el recuento de gasas.
17. Nunca utilice soluciones a base de alcohol o tinturas, sobre las membranas mucosas o alrededor de ellas.

Observación:

- ❖ En la técnica que se aplica, al momento del secado, realizan de 3 maneras diferentes en región 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 línea media del abdomen y por arrastre al lado derecho y elimina y la otra gasa en la línea media y contrario a la primera gasa y elimina.

- ❖ **En el área del oído** solo se lava las zonas circundantes y no los pliegues de la oreja
- ❖ **En el área de la cara** muchas veces no se protege los ojos el antiséptico que se utiliza es el yodo povidona en espuma
- ❖ **En el área del cuello** se observó que realizan empezando el lavado lado a lado y no en forma circular.
  
- ❖ **En el área de hombros, brazos, manos, miembros inferiores** en su mayoría la especialidad de traumatología. Responsable de este procedimiento el médico especialista o médico residente. El lavado lo realizan lado a lado horizontal y no en forma circular.
- ❖ **En el área de ginecología:** muchas veces el lavado no se realiza dentro de la vagina.
- ❖ **En la especialidad de neurocirugía** 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 solución al 10%.
  
- ❖ **En la especialidad de quemados** el lavado de zona operatoria lo realiza el médico o residente especialista, primero realiza el  
 Lavado de manos quirúrgico se coloca el mandil estéril realiza el lavado y la aseptización de la zona operatoria con antisépticos de yodo en espuma y solución siguiendo con el acto quirúrgico.

# **APLICACIÓN 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 FUERZA ARMADAS No. 1 QUITO 2013**

(Trabajo de investigación 2013)

## **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 líder 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, núm. 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. Lascuráin de Retana no. 5, Centro, C.P. 36000, Guanajuato, Gto., México. Página web: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/>, correo jovenesenlaciencia@gmail.com. Editor responsable: Gloria Eugenia Magaña Cota.

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

#### **En comparación con el triclosán 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 mas, 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 División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Es aquí donde desarrolla su definición de la práctica enfermera

En 1957 trabajo 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 influyo en su modelo, pero si 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 cuándo 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 incompleto. 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 qué 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. cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas 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.<sup>(13)</sup>

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 le 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 del 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 del paciente:* Cumple con el autocuidado.

También 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 él 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 estos 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 Nursing Core Curriculum, by Rosemary Ann Roth, AORN, 1995, Chapter Nine: Surgical Wound Management.
2. Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988. CON -63 (12/88) (Courtesy of Braden and Bergstrom. Reprinted by permission)
3. Instrumentación quirúrgica, principios y prácticas Jaenra R. Fuller 2 edición 1998.
4. Manual de Normas de Prevención y Control de I.I.H. Ministerio de Salud, Chile 1993.
5. Manual de Normas prevención y control de I.I.H. Hospital Las Higueras Thno Revisado en Junio de 2002.
6. <https://sites.google.com/site/enfermeriaasepsiayantisepsia/conceptos>
7. Instrumentación quirúrgica principios y practica a. Edición Joana Ruth fuller 2006
8. [www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl](http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl)
9. <http://www.definicionabc.com/general/procedimientos.php>
10. García G. Amparo (2005) Enfermería de Quirófano. Editorial Madrid Valencia. Primera Edición.
11. P. Swearingen, D. G. Ross. (2000) Manual de Enfermería Médico-Quirúrgico. Editorial Harcout, Cuarta Edición, España.
12. Instrumentación Quirúrgica Principios Y Practica Quinta Edición Fuller 2012
13. Modelos y Teorías De Enfermería Séptima Edición Martha Raile Alligood 2011

# **ANEXOS**

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE SALA DE OPERACIONES ELECTIVAS HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN**

Es una intervención que realiza la enfermera circulante en condiciones de asepsia quirúrgica, que consiste en la remoción mecánica de la flora transitoria y permanente de la piel mediante el uso de solución de povidona yodada 8.5% (espuma microbiana) por tres minutos.

### **OBJETIVOS**

Reducir el número de microorganismos en la zona operatoria.  
Disminuir el riesgo de infección en el post-operatorio.

### **INDICACIONES**

Pacientes sometidos a actos quirúrgicos o cirugías que no comprometan o causen irritabilidad a mucosas y/o tejidos orgánicos.

### **COMPLICACIONES**

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

### **MATERIAL Y EQUIPO**

Bolo, riñonera , pinza larga según sea el caso, gasas estériles, guantes estériles, hisopos estériles y antiséptico

### **RESPONSABILIDAD**

La Enfermera Instrumentista y/o Circulante

### **BASE CIENTÍFICA**

La piel se encuentra cubierta por microorganismo tanto saprófito como patógeno. Estos pueden ser fuente de infección dentro del acto operatorio. Estos gérmenes pueden ser suprimidos o inhibir su crecimiento mediante una técnica aséptica. La piel no se puede esterilizar pero si se puede eliminar el riesgo de infección a través de dicha técnica.

PROCEDIMIENTOS	FUNDAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente en lenguaje comprensible del procedimiento y objetivo del mismo según se presente el caso.</li> </ul>	<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 está sucediendo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición de la zona operatoria previo posicionamiento adecuado y colocación de campos limpios alrededor de la misma</li> </ul>	<p>Descubre adecuadamente la zona operatoria, visualizándose mejor; los campos alrededor de la zona a operar protegerán de los residuos de antisépticos que se queden en todo el acto operatorio evitando así irritabilidad de la piel</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación del equipo : apertura del bote estéril y colocación de antisépticos a utilizar, apertura del paquete de gasa y otro material a utilizar ( hisopo, pinza)</li> </ul>	<p>Disminuye el tiempo de la asepsia de la zona operatoria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera circulante, quien realiza el lavado de la zona operatoria, se coloca los guantes estériles.</li> </ul>	<p>La utilización de guantes estériles permite una técnica aséptica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lavado de la zona se realiza por medio de frotos firmes y vigorosos de la piel, avanzando en forma concéntrica y circular a partir del sitio de la incisión hacia afuera. Luego se lavan los cuatro extremos de la zona en forma paralela.</li> </ul>	<p>El desprendimiento y eliminación de los microorganismos se facilita con los frotos firmes y vigorosos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La extensión de la preparación será siempre más amplia que el lugar donde se pretende hacer la incisión.</li> </ul>	<p>El lavado desde el sitio de la incisión hacia afuera impide que se vuelva a contaminar la zona limpia. Las circunstancias podrían exigir extender la incisión en cualquier dirección.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza utilizando yodopovidona y/o el antiséptico adecuado para el paciente.</li> </ul>	<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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de una preparación abdominal, se debe dar más énfasis al lavado de la cicatriz umbilical.</li> </ul>	<p>Proteger la zona limpia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se coloca una gasa sobre la zona operatoria.</li> </ul>	<p>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.

## TÉCNICA ASÉPTICA EN LAVADO DE ZONA OPERATORIA- SALA DE OPERACIONES



Fuente: Elaboración propia, 2015