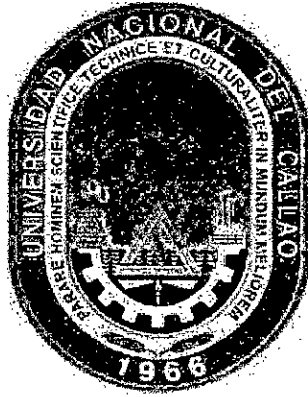


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL
INTRAOPERATORIO A PACIENTES SOMETIDAS A
CESÁREA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL
HOSPITAL DE TINGO MARÍA. HUÀNUCO. 2015-2017**

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

JOEL ACOSTA MALPARTIDA

CALLAO, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joel Acosta Malpartida', is written over a large, stylized circular flourish.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 042

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°430-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. JOEL ACOSTA MALPARTIDA

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la situación problemática.....	4
1.2 Objetivo.....	6
1.3 Justificación.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Marco referencial.....	12
2.3 Definición de términos.....	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	20
3.1 Recolección de datos.....	20
3.2 Experiencia profesional.....	21
3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería durante el intraoperatorio a pacientes sometidas a cesáreas.....	24
IV. RESULTADOS.....	26
V. CONCLUSIONES.....	31
VI. RECOMENDACIONES.....	32
VII. REFERENCIALES.....	33
ANEXOS.....	36

INTRODUCCIÓN

El presente informe de trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería en el intraoperatorio a pacientes sometidas a cesárea en el centro quirúrgico del Hospital de Tingo María. Huánuco. 2015 – 2017”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes sometidas a cesárea; asimismo contribuirá a identificar oportunamente los riesgos. lo cual es muy importante para prevenir complicaciones, y disminuir la estancia hospitalaria.

Las cesáreas son intervenciones quirúrgicas realizadas por el cirujano especialista el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) en el útero de la madre ,para extraer uno o más bebés, las cesáreas suelen realizarse con anestesia, en las que es necesario la labor de un anestesiólogo; ya que el papel primordial del anestesiólogo dentro del quirófano va mucho más allá de dormir a los pacientes que consiste en proteger y regular sus funciones vitales de forma que la intervención quirúrgica le ocasione las menores alteraciones posibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: el capítulo I describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos y justificación; el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de

términos; el III considera la presentación de la experiencia profesional, recolección de datos, experiencia profesional y procesos realizados, el IV expone los resultados; el V las conclusiones; el VI las recomendaciones y el VII las referencias; finalmente un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

La Organización Mundial de la salud, sostiene desde 1985 los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de la cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, comparado con cerca de 20% de Reino Unido y 23% en los Estados Unidos en el 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21 % con variaciones regionales, desde entonces las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (1).

La Organización Panamericana de La Salud (OPS) resulta preocupante 4 de cada 10 partos sean por cesárea sostuvo Suzanna Serruya Directora de Centro Latinoamericano de la salud (2).

La realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la "inserción anormal de placenta, que en la segunda cesárea alcance el 40% de los casos y a partir de la tercera supera el 60% representando un riesgo de muerte materna por hemorragia" (2).

Según el MINSA (2016) de 417 nacimientos registrados en forma virtual el 69.3% fueron financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS), el 20% en ESSALUD, los usuarios y exonerados de los

establecimientos del MINSA el 8% de los nacimientos financiados por el Seguro Integral de Salud llegan a más de 289 mil siendo la provincia de Lima lo que más registran por éste sistema con el 26.4% las demás regiones están por debajo del 6% (3).

El servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Tingo María está comprendido por la unidad de Recuperación y la Central de esterilización, cuenta con 3 salas operativas: 2 para operaciones programadas y 1 para las emergencias, en el servicio de Centro Quirúrgico se brinda atención médico quirúrgico a pacientes cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre algunas posibles razones son: Parto complicado o distócico, pelvis anormal, agotamiento materno malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis estrecha, sufrimiento fetal, complicaciones como pre eclampsia y eclampsia, nacimientos múltiples, inducción de trabajo de parto fallido, macrosomía fetal, placenta previa.

La atención se realizará a pacientes asegurados al SIS y no asegurados y libre demanda.

Días de Operación, todos los días de la semana en el turno diurno y nocturno, las programaciones las realiza el cirujano de turno se realiza un promedio de 70 por mes y 750 por año.

La experiencia como enfermero en éste servicio permitirá realizar el desempeño como profesional, mejorando la calidad del servicio, desarrollando las funciones asistenciales preventivas y administrativas que me competen, los enfermeros por nuestra constante relación con los pacientes, nos sentimos inmersos de constante carga emocional de la confrontación repetida y dolorosa y con el sufrimiento humano y la muerte de nuestros pacientes.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en el intraoperatorio a pacientes sometidas a cesárea en el centro quirúrgico del Hospital de Tingo María – Huánuco, periodo 2015 – 2017.

1.3 Justificación

El presente estudio tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se debe brindar a los pacientes sometidos a Cesárea en el Servicio de Centro Quirúrgico del hospital de Tingo María 2015-2017. Con el propósito de disminuir múltiples complicaciones del paciente asimismo el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben brindar a los pacientes en el intraoperatorio a pacientes sometidas a cesárea ,sobre el masaje uterino a fin de evitar hemorragias , en el

Centro Quirúrgico Hospital de Tingo María de acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y a la contribución de autores basados en la materia y constituyen base importante para futuros trabajos académicos vinculados al tema:

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico, ya que lograra precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados sobre el masaje uterino y una adecuada educación al paciente y a su familia, y por el tiempo que lo requiera para su pronta recuperación.

Nivel Social: A nivel social el informe enfocado a los pacientes que se atienden en la Unidad de Centro Quirúrgico Asimismo, los resultados que se obtengan será de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de centro Quirúrgico y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre el control y manejo en su estancia hospitalaria de su enfermedad, estilos de vida saludable, hábitos de higiene y prevenir para evitar complicaciones.

Nivel Económico: los pacientes en el intra operatorio representan una alta prevalencia en la salud pública, generando gran coste para la familia.

Son frecuentes las complicaciones que conllevan a la prolongación y su estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios ocasionando la pérdida de autonomía independencia y autoestima en el paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Según MOZO VALDIVIEZO (2014) en su tesis "Riesgo de la cesárea Electiva" en España, afirma que debido a que la cesárea implica una cirugía mayor y el uso de la anestesia hay algunas desventajas en comparación con el parto vaginal, el parto por cesárea se asocia a una tasa más alta de lesiones de los órganos abdominales (vejiga, intestino, vasos sanguíneos) presencia de infecciones de la herida quirúrgica ,del útero o del tracto urinario y aumento de complicaciones tromboembolítico y hemorrágicas, la cirugía puede interferir en la interacción madre-hijo retrasando el inicio del vínculo materno filial, al ser una cirugía mayor, la recuperación de la cesárea es más larga y complicada que la de un parto vaginal, el parto por cesárea se asocia con mayor riesgo de que la placenta se adhiera al útero anormalmente en embarazos posteriores hechos que se pueda producir complicaciones graves ,la herida quirúrgica que se produce a las cesárea debilita el útero lo que aumenta el riesgo de ruptura uterina en un embarazo futuro (4).

GALVEZ LIÑAN EM (2014) en su tesis titulada "Tasa de incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao periodo Enero Diciembre – 2013" realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal ,de diseño cuantitativo en el Hospital San José del

Callo en el periodo Enero – Diciembre donde la población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo con un espacio muestral correspondiente a 160 pacientes, la información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones; cuyos resultados indican que al analizar las 160 historias se encontró que 32% de los pacientes tenían entre 20 y 24 años, el 52% han sido nulíparas, el 69% de los pacientes no habían sido intervenidos quirúrgicamente para cesárea, el 81% se encuentra entre 37 y 40 semanas de gestación, el 95% de los nacidos tuvieron un peso mayor de 2500g, el 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las indicaciones principales fueron desproporción fetopélvica y macrosomía fetal 12%; preeclampsia 9%; sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%; insuficiencia útero placentario, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%; feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%; pelvis estrecha, periodo intergenésico corto, no trabajo de parto 2%; y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1% (5).

Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013 fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40% registrados en el año 2012; de este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas

emergencia y el 24% son de tipo electivas. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: desproporción céfalo pélvica y macrosomia fetal (12%), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).

LAZO y TORRES (2017) realizaron la investigación “Experiencia en la aplicación de la hoja de cirugía segura de enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2017” durante los meses Noviembre 2016 a Junio 2017 la población estuvo conformado por 54 enfermeras (os) de los (as) cuales 45 cumplieron con los criterios de inclusión. El estudio fue cualitativo de tipo fenomenológico que tuvo como objetivo: identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras (os) quirúrgicas en la **aplicación de la hoja de Cirugía Segura**. Para la recolección de datos se empleó como método la encuesta, como técnica la entrevista –observación y como instrumento una guía de entrevista conformado por datos generales y preguntas abiertas, obteniendo los siguientes resultados: como resultado de la caracterización de la población se encontró que la mayoría de enfermeras(os) (33.33%) tienen edades entre 58 a 67 años y son de sexo femenino. En relación a los años de servicio se encontró que la mayoría tiene entre 21 y 30 años de servicio, representando el 28.89% y un 68.89% de las enfermeras cuentan

con segunda especialidad. Tras realizar la trayectoria fenomenológica para el análisis de información, se obtuvieron 112 definiciones interpretadas. Estas últimas fueron agrupadas en 5 categorías que describen las experiencias de las enfermeras al aplicar la hoja de Cirugía Segura y son las siguientes: A. Categoría I: Conocimientos de las enfermeras sobre seguridad del paciente y la hoja de Cirugía Segura. Categoría II Utilidad y Aspectos Positivos de la aplicación de la hoja de Cirugía Segura en el quehacer diario de la Enfermera Quirúrgica. C. Categoría III: Limitaciones y aspectos negativos que reconocen las enfermeras en la aplicación de la hoja de Cirugía Segura. D. Categoría IV: Rol de la Enfermera Instrumentista en el uso de la Hoja de Cirugía Segura E. Categoría V: La Enfermera Instrumentista identifica posibilidades de mejora para la aplicación de la Hoja de Cirugía Segura (6).

2.2 Marco referencial

2.2.1 Cesárea

a) Definición. La cesárea es una técnica quirúrgica que se practica para extraer al bebé y la placenta del útero materno cuando por alguna razón el parto vaginal no es posible. Ocurre con bastante frecuencia, ya que uno de cada cuatro bebés nace por cesárea (7).

b) Indicaciones. Son las indicaciones en las cuales la operación cesárea es el único medio para utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar al binomio entre estas se mencionan: situación transversa, placenta previa, ruptura prematura de membranas, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, cesareada anterior, cáncer cérvico uterino (8).

c) complicaciones. Las complicaciones de éste procedimiento pueden ser las mismas de una cirugía de esa misma dimensión. Por ejemplo, puede haber infecciones, hemorragias, dolor y algunos casos lesiones de otros órganos como vejiga o el intestino. Sin embargo quizá la mayor complicación es que cada cesárea aumenta el riesgo de embarazos futuros (9).

d) Procedimiento Quirúrgico. Abordando la cavidad peritoneal con una incisión transversa en la parte baja del abdomen o incisión pfannestiel o por medio de una laparotomía media.

2.2.2 Cuidados de enfermería en cesárea (10)

a) Pre Operatorio. La asistencia de enfermería en éste periodo influye valoración completa, valoración física,

enfermedades previas, tratamiento del riesgo, instrucción al paciente, asimismo:

- **Enfermedades Previas.** Algunas enfermedades previas aumentan el riesgo de la cirugía y la anestesia, el reconocimiento crónico y agudo ayuda al personal de enfermería a prever los posibles problemas y a reconocer las necesidades especiales.
- **Valoración Mental y Psicosocial.** El personal de enfermería debe determinar las percepciones, emociones, conductas y sistema de apoyo que pueden ayudar a interferir en la capacidad del paciente para progresar durante el periodo quirúrgico.
- **Nutrición.** Los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica no pueden ni comer ni beber desde 6 horas antes de la intervención.
- **Eliminación.** Se debe instruir al paciente para que vacíen sus vejigas inmediatamente antes de ser trasladada al quirófano o de recibir la medicación preoperatoria.
- **Higiene.** Los objetivos de la preparación cutánea son eliminar suciedad y microorganismos de la piel, afeitado del campo operatorio sólo debe hacerse cuando sea necesario, y solo antes de la llegada del paciente al quirófano.

- **Consentimiento Informado.** La decisión del paciente debe ser voluntaria, el paciente ha de estar informado, el paciente debe ser competente para comprender la información y las alternativas.

b) En el Intra Operatorio. Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano y termina cuando se le pasa al paciente a la Unidad de Recuperación, durante éste periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente dicha, el objetivo es establecer la metodología a seguir para el adecuado manejo del paciente durante la intervención quirúrgica.

Acciones de enfermería que se debe llevar acabo. Uso del uniforme quirúrgico, Lavado de manos quirúrgico, colocación de guantes estériles duración del acto quirúrgico y técnica quirúrgica.

c) En el Post Operatorio. Es el periodo que transcurre entre el final de la operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, en el post operatorio se divide en cuanto al tiempo que ha transcurrido desde la operación en. Inmediato, Mediato y tardío. En el periodo **Inmediato.** Se controla se controla vigilancia de posibles signos de alerta a nivel cardiovascular, respiratorio,

neurológico, gastrointestinal, control del dolor, náuseas, vómitos, saturación de oxígeno, diuresis y posición del paciente.

Mediato. Eliminación urinaria, para checar la función renal, balance hidroelectrolítico, diuresis, valoración de la función renal. **Tardío.** En éste periodo se prioriza el control de la evolución de la cicatrización la evolución de la enfermedad tratada

2.2.3 Teoría de la Adaptación: Callista Roy

Como modelo de enfermería el MAR tiene unas premisas filosóficas y científicas que relacionan específicamente a la persona y al mundo en el cual interactúan. Los avances científicos del siglo xx, particularmente la teoría de lo cuantos y las exploraciones de los universos, han abierto el camino para nuevas visiones de la persona y de su medio ambiente en el nuevo milenio basándose en nuevos avances, trabajo en las premisas de modelo de Roy para el siglo XXI. Las premisas para el siglo XXI están basadas en las de los sistemas previos y en las relacionadas con la adaptación, aun así se han añadido ideas para la comprensión del lugar de las personas en el universo (11) (12).

Estas premisas son:

1°. Los sistemas de materia y energía progresan a niveles superiores de auto organización compleja.

2°. La conciencia y el significado son constitutivos de la integración de la persona y del medio ambiente.

3°. Reconocimiento de sí mismo y del medio está enraizado en el pensamiento y en los sentidos.

4°. Las decisiones humanas son básicas para la integración de los procesos creativos.

5°. El pensamiento y los sentimientos mediatizan las acciones humanas.

6°. Los sistemas de inter-relación incluyen aceptación protección y promoción de las relaciones inter-dependencia.

7°. Las personas y la tierra tienen caminos comunes y relaciones integrales.

8°. Las transformaciones de las personas y del medio ambiente son creadas por la conciencia humana.

9°. La integración de los significados de ser humano y medio ambiente tiene como resultado la adaptación.

Las dos premisas básicas que usó en 1988 fueron:

1° Humanismo que es el movimiento filosófico y psicológico que reconoce a la persona y a la dimensión subjetiva de la experiencia humana.

2. Verificabilidad que es un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común de la existencia humana.

A partir de aquí y de más experiencias recientes y comunidades escolares de fundaciones religiosas, se empieza a desarrollar las premisas filosóficas para el siglo XXI.

2.3 Definición de términos

a) Cesárea: Intervención quirúrgica que consiste en una incisión en la pared abdominal y uterina para extraer una o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

b) Preeclampsia: Es un trastorno que se caracteriza por la elevación de la presión arterial durante el embarazo, lo cual puede traer complicaciones que pueden afectar tanto al feto como a la madre.

c) Iatrogenia. Es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico involuntario puede ser producido por una droga, procedimiento médico o quirúrgico, realizado por un profesional vinculado a las ciencias de la salud ya sea médico, terapeuta, psicólogo, farmacéutico, enfermero, dentista, etc.

d) Placenta Previa. Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero); y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de ésta.

e) Sepsis. Es una enfermedad grave. Ocurre cuando una infección tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana. Las personas con sepsis suelen ser tratadas en unidades de cuidados intensivos del hospital

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para la cual se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio, como las historias clínicas, de las cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo para la obtención de los datos que contiene el presente trabajo académico se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros necesarios.
- **Recolección de Datos:** Los datos se obtuvieron del libro de registro de pacientes post operados de cesárea.
- **Procesamiento de datos:** se realizó empleando la hoja de cálculo de OFFICE para lograr precisión, eficacia y eficiencia.
- **Resultados:** los resultados se presentan plasmados en gráficos.
- **Análisis e Interpretación de resultados**

3.2 Experiencia profesional

3.2.1 Recuento de la Experiencia Profesional.

Mi experiencia como profesional de enfermería en el Hospital de Tingo María, se inicia en el año 2013 realizando mi labor asistencial en el servicio de Centro Quirúrgico. Cuenta con tres quirófanos distribuidos en las siguientes especialidades como traumatología, cirugía general, cirugía pediátrica, ginecología, oftalmología cada especialidad tiene los días de intervención programada durante la semana, un quirófano exclusivamente para las emergencias. En el año 2015 me desempeñe tanto en la parte administrativa en el servicio de Centro Quirúrgico asumiendo el cargo de Subcoordinador y a la vez desempeñando la labor asistencial de quirófano durante un año. 2016 al 2017 me desempeñé como enfermero quirúrgico sólo en la parte asistencial, **función asistencial** en quirófano revisión de los equipos biomédicos su funcionalidad (quirófano operativo) ropa e instrumental estéril según la especialidad o tipo de intervención, **en el intraoperatorio** traslado del paciente al quirófano confirmando que sea el paciente correcto, según programación e Historia Clínica) con resultados de laboratorio completo, insumos y fármacos a usarse durante la intervención, consentimientos firmados por el paciente

(familiar o responsable del paciente) brindar comodidad y confort en el quirófano aplicando los cuidados de enfermería a fin de prevenir complicaciones en el post operatorias.

3.2.2 Descripción del Área Laboral.

El servicio de centro quirúrgico es la unidad orgánica encargada de brindar atención a los pacientes que requieren de una atención quirúrgica especializada.

Según la organización del quirófano (personal asistencial); las responsabilidades y funciones de cada miembro del servicio de centro quirúrgico están claramente establecidos en las normas del quirófano o el manual de procedimiento del Hospital. La cantidad y tipo de personal que completa el plantel de quirófano, contamos con 12 enfermeros 10 técnicos y 4 anesthesiólogos todos nombrados.

Entre las principales funciones, indicamos las siguientes:

- Brindar atención integral y especializada en el tratamiento de pacientes por medios quirúrgicos, en coordinación con las unidades orgánicas competentes y según los protocolos y normas vigentes.
- Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad

- Programar y evaluar la atención quirúrgica para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.
- Promover la salud, prevenir los riesgos y daños proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en la atención médica quirúrgica según las normas y protocolos vigentes

3.2.3 Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Como profesional de enfermería me ha permitido desarrollarme profesional como personalmente.

Dentro de mi experiencia como enfermero quirúrgico tanto en la parte asistencial como en la parte administrativa. Durante éste año Enero 2018 se me da el cargo de Coordinador del servicio de Centro Quirúrgico, este cargo motiva y exige poner en práctica mis conocimientos, habilidades, destrezas, responsabilidad y ética profesional en el área administrativa.

En la actualidad el servicio de centro quirúrgico no cuenta con instrumentos y Guías de procedimientos de enfermería al favor del paciente. Esto motiva a poner en práctica e iniciar la elaboración de dichos instrumentos con todo el personal de enfermería involucradas en dicho servicio.

3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería durante el intraoperatorio a pacientes sometidas a cesáreas.

Durante el turno programado según rol y actividades se nos designa un quirófano a dos licenciados quedando responsable durante el turno el 27 de diciembre 2016 de una paciente de 24 años con Dx gestante de 38 semanas tercigesta sufrimiento fetal, al ingreso no cuenta con programación ni con fármacos ni insumos por lo que se informa al anesthesiólogo del quirófano quien solicita la inmediata realización de programación al ginecólogo responsable de la paciente, al control del latido fetal estaba entre 80 y 96 latidos por minuto considerando su inmediato traslado al quirófano previa coordinación con el personal responsable del servicio de emergencia para su devolución de fármacos y insumos prestados y personal de laboratorio para poder tomar su muestra en el quirófano a fin de que la atención sea oportuna y evitar morbimortalidad del binomio.

Toda paciente que llegue a la emergencia obstétrica que se sospecha que será intervenida quirúrgicamente ya sea mediante la clínica o mediante resultados de ecografía o laboratorio debe contar con programación de anticipación y así evitar las demoras donde el la vida de la paciente está en peligro.

Una de las limitaciones para el desempeño profesional, es la falta de insumos en el servicio y la deficiencia de recursos humanos en el turno nocturno.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE CESÁREAS EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA. HUÀNUCO 2015-2017

Grupo etario	2015	2016	2017	total
14-17	54	106	85	245
18-25	282	330	328	940
26-30	109	146	159	414
31-35	95	90	142	327
36 a +	82	92	125	299
Total	622	764	839	2225

Fuente: registros del Servicio de Centro Quirúrgico (2015,2016, 2017)

En el cuadro 4.1 en el año 2015 vemos que la mayor cantidad de cesáreas es entre las edades de 18 a 25 teniendo una de las tasas de mayor atención quirúrgica, con un total de 285 cesáreas por diversas causas.

Durante el periodo 2016 continúa liderando el grupo etario de 18 a 25 años, haciendo un total de 330 cirugías por cesárea.

En el periodo 2017 el grupo etario de 18 a 25 años haciendo un total de 328, y vemos que cada año las cesáreas va de aumento evitando riesgos de complicaciones materno neonatal.

CUADRO 4.2

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN LOS MESES DEL AÑO EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA. HUÀNUCO 2015-2017

meses del año	2015	2016	2017	Total
Enero	44	66	65	175
Febrero	63	65	81	209
Marzo	49	67	82	198
Abril	45	75	77	197
Mayo	68	56	64	188
Junio	38	66	54	158
Julio	28	64	74	166
Agosto	42	63	75	180
Setiembre	59	56	65	180
Octubre	81	69	86	236
Noviembre	56	57	65	178
Diciembre	49	60	51	160
Total	622	764	839	2225

Fuente: registros del Servicio de Centro Quirúrgico

En el cuadro 4.2 se observa que en el mes de octubre del año 2015 hay una mayor cantidad de intervenciones quirúrgicas por cesárea con un total de 81 atenciones. En el año 2016 la mayor cantidad de intervenciones quirúrgicas por cesáreas es el mes de Abril con 75 atenciones y en el año 2017 la mayor cantidad de Cesáreas es en el mes de Octubre con 86 atenciones. vemos que el incremento por mes y por año las intervenciones quirúrgicas va en aumento.

CUADRO 4.3

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CESÁREA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA. HUÀNUCO 2015

Causas	2015	%
Desproporción Céfalo pélvica	120	19.3
Cesareáda Anterior	117	18.9
Pre eclampsia Severa	55	8.8
Sufrimiento fetal agudo	51	8.2
Presentación Podálico	48	7.7
Insuficiencia útero placentaria	47	7.6
Feto Oblicuo	39	6.3
Bradicardia fetal	30	4.8
Ruptura Prematura Membranas	25	4
Oligohidramnios	23	3.6
Otros	67	10.8
Total	622	100%

Fuente: registros del Servicio de Centro Quirúrgico

En el cuadro 4.3 se puede apreciar en el año 2015 la primera causa para una cesárea es por Desproporción Céfalo Pélvica con 120 intervenciones por cesárea seguido por Cesareada anterior con 117 intervenciones y Preeclampsia severa con 55 cesáreas.

CUADRO 4.4

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CESÁREA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA. HUÁNUCO 2016

Causas	2016	%
Desproporción Céfalo pélvica	187	24.5
Cesareada Anterior	112	14.6
Sufrimiento fetal agudo	99	13
Preeclampsia severa	67	8.8
Presentación Podálico	60	7.9
Inducción Fallida	41	5.4
Ruptura Prematura Membranas	34	4.5
Insuficiencia placentaria	28	3.7
Bradycardia fetal	28	3.7
Otros	108	14.1
Total	764	100%

Fuente: registros del Servicio de Centro Quirúrgico

En el cuadro 4.4 se puede apreciar en el año 2016 la primera causa para una cesárea es por desproporción céfalo pélvica con 187 cesareadas con un 24% seguido de la causa, cesareada anterior con 112 cesareadas con un 14.6% y sufrimiento fetal agudo con con 99 cesareadas con un 13% del total de cesáreas durante el presente año.

CUADRO 4.5

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CESÁREA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA. HUÁNUCO 2017

Causas	2017	%
Desproporción Céfalo pélvica	198	23.7
Cesareada Anterior	170	20.3
Preeclampsia	75	8.9
Sufrimiento fetal agudo	73	8.7
Presentación Podálico	68	8.1
Insuficiencia placentaria	55	6.6
Ruptura Prematura Membranas	49	5.8
Feto oblicuo	42	5
Bradycardia fetal	23	2.7
Otros	86	10.3
Total	839	100 %

Fuente: registros del Servicio de Centro Quirúrgico

En el cuadro 4.5 se puede apreciar en el año 2017 la primera causa para una cesárea es por desproporción céfalo pélvica con 198 cesareadas con un 23.7 seguido de la causa, cesareada anterior con 170 cesareadas con un 20.3% y preeclampsia con 75 cesareadas con un 8.9% del total de cesáreas durante el presente año.

V. CONCLUSIONES

- a) En los 3 últimos años se ha incrementado la tasa de incidencia de las cesáreas hasta un 13% anual. principalmente en mujeres entre los 18 a 25 años; poniendo en riesgo inminente la vida materno-fetal, así como los múltiples riesgos de infección por heridas causadas a tejidos y órganos propios de la exposición a procedimientos invasivos en la cirugía.

- b) Los cuidados de enfermería que se debe de brindar a las pacientes que serán sometidas a intervenciones quirúrgicas son las de preparación psicológica, confianza y tranquilidad, brindar espacio de escucha, verificar los consentimientos informados, ayunos de 6 a 8 horas en cesáreas programadas, monitoreo de signos vitales, vigilar intensidad del dolor, realizar procedimientos de enfermería y brindar la atención con calidad y calidez.

- c) La experiencia profesional y la preparación adecuada del profesional de enfermería desarrolla las capacidades procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado a la paciente en el intraoperatorio con calidad y eficiencia.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Para el Servicio. Brindar mejor calidad de atención del servicio de centro quirúrgico, Recuperación y Central de esterilización lugares que comprenden y están a cargo de una misma jefatura. Así mismo, implementar el programa de capacitación continua al personal de enfermería sobre los cuidados a los pacientes durante el transoperatorio.
- b) A los Profesionales. Reuniones mensuales con el personal de enfermería del servicio los 30 de cada mes, con la finalidad de tomar acuerdos, evaluar actividades del servicio, recibir sugerencias y así mejorar las actividades en el ámbito laboral.
- c) Aplicación de instrumentos (guías de procedimientos de enfermería).
- d) Asignar funciones al personal técnico para el buen cuidado y buena desinfección de los equipos biomédicos.
- e) La entrega de turno debe ser más detallada a fin de brindar una buena información (equipos biomédicos, instrumental, insumos del quirófano). Todos los problemas que ocurran durante la permanencia en el servicio, se solucionará en dicho servicio con mucha discreción y cordura.

VII. REFERENCIALES

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2016. Disponible en: goo.gl/bWN2SM
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2015. Disponible en: goo.gl/Gf6frL
3. MINISTERIO DE SALUD. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
4. MOZO VALDIVIEZO EG. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. España: Universidad Complutense de Madrid. [Tesis Doctoral]. 2014. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/29014/1/T35877.pdf>
5. GALVEZ LIÑAN EM. Tasa de incidencias de cesárea en el Hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis de titulación]. 2014. Disponible en: goo.gl/z1FxKv
6. LAZO VALER HF, TORRES PAUCAR YS. Experiencia en la aplicación de la hoja de cirugía segura de enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2017. Arequipa: Universidad

Nacional San Agustín de Arequipa. [Tesis de segunda especialidad] 2017. Disponible en: goo.gl/h5bDsS

7. NATALBEN. El parto por cesárea [Internet]. [citado 17 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea>
8. CONTRERAS SIERRA CV, MATUS TORRES AS. Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el servicio de Labor y Parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio del 2007. Facultad de Ciencias Médicas: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. [Tesis de titulación]. 2007 [citado 15 Nov 2017]. Disponible en: goo.gl/DtQv5t
9. EL TIEMPO. La cesárea: todo lo que debes saber. 2017 Ago [citado 15 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.abcdelbebe.com/embarazo/riesgos-y-complicaciones-de-la-cesarea-13229>
10. VICTOR VACC. Cuidados de enfermería en pacientes post cesareadas. [Presentación]. SlideShare. 2015 Ene [citado 20 Nov 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/VICTORABAN/cuidados-postcesarea-en-sala-de-recuperacion-y-alta>
11. CICATNET. Teorías y modelos de enfermería. CICAT Salud [Internet], 2015 Jun [citado 16 Set 2017]. Disponible en: <http://cicatnet.com/web/2015/06/15/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>

12. CHAVARRY YSLA P. Introducción a los modelos y teorías en enfermería. 2013 Jun [citado 20 Nov 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/azanero33/modelos-y-teorias-de-enfermeria>

ANEXOS

- Catgut Crómico 2/0 MR 25
- Vicryl 1 MR 30
- Nylon 3/0 o 4/0 MC 15

Instrumental y Equipos:

- Caja de Cesárea.
- Servo cuna
- Equipo de aspiración
- Set de ropa cirugía mayor
- Set ropa para (RN)
- electrocauterio (*)

Soluciones:

- Yodopovidona 7.5 % y 10%
- Clorhexidina al 4%
- Cloruro de sodio 0.9 %.
- Alcohol yodado
- Alcohol 70% (RN)

Formatos:

- Lista de verificación de cirugía segura.
- Hoja de anotaciones de enfermería
- Hoja de Emergencia (*)
- Hoja de consentimiento informado de Cirugía.
- Hoja de consentimiento informado de anestesiología.

ATENCIÓN DE ENFERMERIA - INSTRUMENTISTA II:

PROCEDIMIENTOS	FUNDAMENTOS
<p>DURANTE EL PREOPERATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verificar el programa operatorio. - Verificar el funcionamiento de los equipos biomédicos. - Trasladar al paciente del ambiente de recepción al quirófano, luego a la 	<ul style="list-style-type: none"> - La identificación del paciente, procedimiento y el número de quirófano, evitan confusiones; siendo aspectos fundamentales en la seguridad del paciente que implican responsabilidad legal y moral del ejercicio profesional. - Evita exponer al paciente a lesiones lo cual garantiza la seguridad del mismo. - El traslado lento, coordinado y en

<p>mesa quirúrgica con movimientos lentos y coordinados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la primera parte de lista de verificación de cirugía segura. 	<p>equipo evita causar lesiones circulatorias, músculo esqueléticos y accidentes en el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es un instrumento que permiten mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos.
<p>DURANTE EL TRANSOPERATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aperturar los paquetes de ropa quirúrgica en la mesa auxiliar. - Colaborar con el anestesiólogo. - Colocar en posición decúbito dorsal. - Proporcionar las soluciones antisépticas, para la aseptización de zona operatoria - Cateterizar la vejiga con sonda Nelaton (en pacientes eclámpticas colocar sonda foley N° 12 o 14 con bolsa colectora), con las medidas de asepsia. - Asistir en la vestimenta final del equipo quirúrgico. - Proveer el instrumental e insumos confirmando su esterilidad junto a la instrumentista I. - Participar el conteo inicial de gasas y compresas junto a la instrumentista I. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los bordes de los envoltorios o paquetes se consideran no estériles hasta 2.5 cm. del perímetro del envoltorio. - El anestesiólogo necesita asistencia durante la colocación de la anestesia regional. - Esta posición busca darle al cirujano un acceso directo al sitio quirúrgico. - Las soluciones antisépticas evitan la transmisión de microorganismos potencialmente patógenos. - La sonda permite evacuar la orina y mantener la vejiga vacía para evitar lesiones intraoperatorios; cuidando las normas de asepsia para evitar infecciones cruzadas. - Protege la continuidad del campo estéril. - Esta técnica aséptica minimizan los riesgos de infección y el viraje de los indicadores internos y externos garantizan el proceso de esterilización.

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la segunda parte de la lista de verificación de cirugía segura. - Realizar las anotaciones respectivas en , la hoja de enfermería y hoja de emergencia. Tener en cuenta el nombre del Medico Neonatólogo que asistió al R.N. - Estar atenta a los requerimientos de la Instrumentista I y cirujanos durante la intervención quirúrgica. - Una vez que nace el bebe estar atenta a datos como: hora de nacimiento, sexo y Apgar de R.N. - Participar el recuento final de gasas, compresas e instrumental junto a la instrumentista I. - Realizar la tercera parte de la lista de verificación de cirugía segura. - Finalmente alcanzar solución estéril, cubrir la herida operatoria con una gasa esteril y esparadrapo. -Culminar los registros, anotaciones de enfermería y adjuntar a la historia Clínica. - Archivar en la oficina la lista de verificación de la cirugía segura. DURANTE EL POS OPERATORIO - Colaborar en el traslado del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - El registro de gasas y compresas con el que inicia la cirugía ayuda a un buen control en el intraoperatorio. - Es un instrumento que permiten mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos. - Los registros de enfermería es un documento legal son una representación más exacta y útil de la práctica profesional, donde se registra el estado del paciente y los cambios de este. - Esta evita perdida de tiempo en el intraoperatorio que conlleva a riesgos del paciente. - Para tener un registro de identificación del recién nacido. - Para constatar que el número de gasas y compresas de inicio sea igual al del término, evitando iatrogenias en el paciente. - Permite verificar la seguridad de la intervención quirúrgica y reducir los eventos adversos. - Ayuda a retirar los restos de yodopovidona y sangre de la piel. La gasa esteril protege a la herida operatoria de infecciones. -Colabora en la parte administrativa del paciente y del hospital. - Ayuda a tener un buen registro de todas las intervenciones realizadas.
---	--

<p>de la mesa a la camilla post anestésica, en forma continua y en bloque.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entregar la historia clínica y los insumos del paciente al personal de la URPA. - Desconectar equipos eléctricos que se emplearon en la cirugía y desequipar la sala. 	<ul style="list-style-type: none"> - El traslado lento, coordinado y en equipo evita causar lesiones circulatorios, músculo esqueléticos y accidentes en el paciente. - Permite continuar con la atención del paciente en la unidad de recuperación post anestésica. - Evita el deterioro del equipo biomédico, y previene de accidentes eléctricos, se debe tener la sala quirúrgica preparada para recibir la siguiente cirugía.
---	---

ATENCIÓN DE ENFERMERIA - INSTRUMENTISTA I:

PROCEDIMIENTOS	FUNDAMENTOS
<p>DURANTE EL PRE OPERATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar el Programa operatorio y equipar con instrumental, insumos y ropas quirúrgicas de acuerdo a la cirugía programada. - En quirófano verificar paciente, cirugía e historia clínica. <p>DURANTE EL TRANSOPERATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar lavado de manos, vestirse y calzarse los guantes según técnica quirúrgica, 15 minutos antes de la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de iniciar la intervención se debe seleccionar y prever lo necesario para la cirugía programada, para evitar el retraso del mismo. - Para conocer la historia de la patología del paciente y la cirugía a realizarse. - El lavado de manos quirúrgico se utiliza para remover y reducir el número de microorganismos transitorios en la piel.

<ul style="list-style-type: none"> - Preparar la mesa de mayo y la mesa auxiliar para la cirugía. - Recepcionar el instrumental, verificando los indicadores de esterilidad y el listado del instrumental. - Realizar junto a la instrumentista II el conteo inicial de gasas y compresas. - Vestir y calzarles los guantes a los cirujanos. - Proporcionar al cirujano una pinza con gasa para finalizar la aseptización de zona operatoria. - Proporcionar al cirujano y ayudante los campos quirúrgicos y las pinzas de campo,(opcional). - Fijar el set de aspiración en el campo operatorio. - Ubicarse frente al cirujano. Inicio de cirugía propiamente dicha: -Alcanzar dos compresas y una pinza de disección con uña. -Entregar mango de Bisturí con hoja N° 	<ul style="list-style-type: none"> -Facilita las funciones durante la instrumentación de la cirugía de acuerdo a la secuencia del procedimiento quirúrgico y mantiene la técnica aséptica segura , evitando contaminación del material e instrumental. - Verificar el viraje de los indicadores internos que garantiza la esterilidad del instrumental e insumos a utilizarse en la cirugía, lo cual minimiza los riesgos de infección. Comprobar el número de instrumental de acuerdo al listado sobre todo los de menor tamaño que se usaran en cavidad para evitar iatrogénica. - El registro de gasas y compresas con el que inicia la cirugía ayuda a un buen control en el intraoperatorio. - Garantiza la adecuada técnica aséptica, previene y protege de los riesgos de transmisión. - Con este procedimiento la piel queda libre de microorganismos. - Permite establecer un campo estéril que sirva de barrera de protección contra la contaminación y la humedad de la herida quirúrgica. - Ayuda a tener listo para la aspiración de líquido amniótico que evitara la contaminación de la zona operatoria. - Facilita la instrumentación de forma adecuada y tener accesibilidad para entregar los instrumentos al cirujano. -Permite probar el efecto de la
--	--

<p>21 y disección con uña.</p> <p>-Alcanzar separadores farabeuf y tijera de mayo curva. (*)</p> <p>-Entregar tijera metzembraum y disección sin uña.</p> <p>-Alcanzar la valva suprapúbica.</p> <p>-Luego entregar mango de Bisturí con hoja Nº 21 y una pinza Kelly (*)</p> <p>-Disponer de forma inmediata de la cánula de aspiración y extraer la valva suprapúbica.</p> <p>-Una vez se divide al feto y se procede a su extracción tener a mano una compresa(*)</p> <p>-Inmediatamente pasar dos pinzas oshner curvas o pinzas de mayo recto y tijera de mayo curva.</p> <p>-Alcanzar compresas extendidas a la mano del cirujano y alcanzar la pinza foester.</p> <p>-Alcanzar porta aguja con catgut crómico 1, al terminar e introducir el útero a la cavidad alcanzar gasas en pinzas foester. (*)</p> <p>-Antes del cierre de la cavidad abdominal realizar junto a la instrumentista II el conteo de gasas y compresas.</p>	<p>anestesia regional y marcar la zona para la incisión.</p> <p>-Para incisión de piel en zona infraumbilical e ingreso a cavidad hasta el plano aponeurótico.</p> <p>-Permite la exposición y corte del plano aponeurótico respectivamente, para luego separarlo manualmente.</p> <p>-Ayuda a la apertura del peritoneo.</p> <p>-Para separar la vejiga y exponer útero.</p> <p>-Que apertura de cavidad uterina para luego ser disecado manualmente hasta que se observe la cabeza del feto.</p> <p>-Para aspirar el líquido amniótico y/o sangre procedente de la bolsa amniótica y de la placenta.</p> <p>-Para que el cirujano realice la limpieza de la boca del RN. (*)</p> <p>-Con el que se secciona el cordón umbilical. El mismo procedimiento se realizara si hubiese un segundo RN.</p> <p>Para la exteriorización del útero y limpiar la cavidad uterina retirando los residuos.</p> <p>-Para iniciar el cierre del útero, una vez cerrado se debe retirar los residuos como los coágulos.</p> <p>-Para constatar que el número de gasas y compresas de inicio sea igual al del término, evitando iatrogénias en</p>
--	--

<p>-Cierre de herida operatoria de acuerdo a los planos siguiente: catgut crómico 1 ,para utero y 2/0 (plano muscular), vycril 1 (aponeurosis), crómico 2/0 (tejido subcutáneo) y nylon 3/0 (piel) con porta aguja y disección con uña, sin olvidar la tijera de hilos.</p> <p>-Limpiar los alrededores de la herida operatoria con suero fisiológico, luego pasar una gasa con antiséptico y cubrir la herida, secando los bordes y avisando a la enfermera instrumentista II para que fije con esparadrapo.</p> <p>-Limpiar la piel de la solución antiséptica, sangre y otros.</p>	<p>el paciente.</p> <p>-Permite el cierre de las capas de la pared abdominal que antes fueron abiertas manteniendo los planos anatómicos.</p> <p>-Para remover de la piel los residuos como sangre coagulada que puedan quedar sobre esta, se cubre la herida para evitar la contaminación.</p> <p>-Para evitar quemaduras químicas y mantener la piel del paciente libre de residuos.</p>
<p>DURANTE EL POST OPERATORIO</p> <p>- Realizar el control del instrumental con el listado antes de salir del Quirófano.</p> <p>- Retirar las hojas de bisturí, agujas y demás objetos punzo cortantes y eliminarlos en el contenedor de bioseguridad.</p> <p>- Entregar el instrumental al personal técnico encargado contabilizando la cantidad de pinzas.</p> <p>- Realizar la preparación del instrumental, verificando la adecuada</p>	<p>- Para prevenir la retención de cuerpo extraño y la subsiguiente lesión al paciente. Así como es la responsabilidad de la instrumentista devolver todos los instrumentos verificando de modo que sea capaz de afirmar categóricamente que todos los instrumentos han sido devueltos.</p> <p>- Previene los accidentes de trabajo con riesgos biológicos y evitar el desarrollo de enfermedades infecciosas ocupacionales.</p> <p>- Para realizar el proceso de lavado y desinfección del instrumental para remoción de toda materia residual</p>

limpieza del instrumental.	como sangre o tejido orgánico. - Que garantiza su posterior proceso de esterilización.
----------------------------	---

COMPLICACIONES

Hipotonía o atonía uterina, hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, entre otros.

ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CENTRO QUIRURGICO

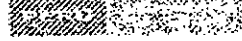
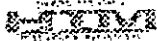
HOSPITAL TINGO MARIA
OPTO. DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

SEMANA del: al de del 2016

FECHA	URPA	C.E	EQUIPAR	DESINFEC.	EQUIP.	AREA	SALA 1	SALA 2	SALA 3	DESINFEC.
LUNES	Enfermera LIC	Enfermero LIC	QUIROFANO LIC	CONCUR.OX TEC	ROPA TEC	TRATAM TEC	INSTI	INSTI	3 INSTI	TERMINAL ALMACEN Tec.
MARTES	LIC	LIC	LIC			TEC	INSTI	INSTI	INSTI	V.DAMAS Tec.
MIERCOLES	LIC	LIC	LIC			TEC	INSTI	INSTI	INSTI	UTILITY Tec.
JUEVES	LIC	LIC	LIC			TEC	INSTI	INSTI	INSTI	ZIRRESTRIC Tec.
VIERNES	LIC	LIC	LIC			TEC	INSTI	INSTI	INSTI	URPA Tec.
SABADO	LIC	LIC	LIC			TEC	INSTI	INSTI	INSTI	UTILITY Tec.
DOMINGO	LIC	LIC	LIC			TEC	INSTI	INSTI	INSTI	V.CABALLERO Tec.

TRAMITES ADMINISTRATIVOS : 7.30 AM

ANEXO 4: DESIGNACIÓN DE JEFE DEL SERVICIO



Dirección Regional de Salud
Hospital de Tingo María



"Año de la Igualdad y la no violencia contra las mujeres"

MEMORANDUM N° 002 -2018-GRH-DRSH -IDE.

DE : Lic. Enf. Sonia D. VIVAS FERNANDEZ
Jefe Dpto. de Enfermería - Hospital Tingo María

A :

Lic. Enf. Joel Acosta Malpartida	Jefe del Servicio de S.O.P.
Lic. Enf. Luis A. Castillo Aliaga	Sub Jefe del Servicio de S.O.P.
Lic. Enf. María Jiménez Alberca	Jefe del Servicio de Ginecología
Lic. Enf. Ida Duran Bravo	Sub Jefe del Servicio de Ginecología
Lic. Enf. Edwin Vásquez Berastein	Jefe del Servicio de Medicina
Lic. Enf. Dalinda Céspedes Sobrado	Sub Jefe del Servicio de Medicina
Lic. Enf. Yolanda Martínez Falcón	Jefe del Servicio de Cirugía
Lic. Enf. Lolita Perea Hidalgo	Sub Jefe del Servicio de Cirugía
Lic. Enf. Martha Ramírez López	Jefe del Servicio de Neonatología
Lic. Enf. Milca Barreto Pascual	Sub Jefe del Servicio de Neonatología
Lic. Enf. Mirella Astuquipan Urrelo	Jefe del Área de A.I.R.N.
Lic. Enf. Edith Morales Mariñas	Sub Jefe del Área de A.I.R.N.
Lic. Enf. Tania Cipriano Baltazar	Jefe del Servicio de Emergencia
Lic. Enf. Violeta Urrelo García	Sub Jefe del Servicio de Emergencia
Lic. Enf. R. Peggí Fano Almerco	Jefe del Servicio de Pediatría
Lic. Enf. R. Nery Benancio y Rivera	Sub Jefe del Servicio de Pediatría

ASUNTO : Reunión de Coordinación de Trabajo

FECHA : Tingo María, 03 de Enero del 2018.

Por medio de la presente se cita a Ud., a una reunión, que se realizara el día 10 de Enero del presente año, a horas 7:30 am, en Sala de Reuniones. Bajo Responsabilidad.

AGENDA:

- Plan de Trabajo 2018.
- Avance de Programación de Recursos Humanos, Nivel II - 2
- Otros

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE TINGO MARÍA
Sonia D. Vivas Fernández
Jefe Dpto. de Enfermería
C.I. 07204

SDF/jeer
C.C. Acuña

Hospital de Tingo María: Av. Cayalti 114 Tingo María Teléfono: (062) 562018 - (062) 562019 Telefax: (062) 561999
www.htm.gob.pe - Email: htm@htm.gob.pe

ANEXO 5: REGISTRO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO



REGISTRO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Sala () turno: (M) (T) (N) FECHA..... HORA DE INGRESO:.....

Nombres y apellidos:..... edad..... sexo..... H.Cl..... Servicio.....
 Cama..... Nº de días preoperatorios..... programado () emergencia () hora de ingreso SOP.....
 Hora efectiva..... Intervención quirúrgica..... Dx. Posoperatorio.....
 Operación programada..... operación realizada.....
 Cirugía mayor () cirugía menor () hora de inicio de operación..... hora de término de operación.....
 Tipo de anestesia: general () epidural () raquídea () local () otros.....
 Complicaciones: sí () no () especificar.....
 Antecedes patológicos: HA () D.B. () TBC () ASMA () HIV () interv. qx, anteriores no () sí () especificar.....
 Alergias no () sí () especificar..... otros.....
 Riesgo quirúrgico completo sí () no () Especificar.....
 Profesionales y personal que intervino en la operación:

 Procedimientos invasivos.....
 F.V. Pre operatorio..... F.V. Trans operatorio.....
 Hora..... Nº de gasas y pinzas antes de la operación.....
 Hora..... Nº de gasas y pinzas después de la de la operación.....
 Motivo de suspensión de operación.....
 Se coloca brazaletes de identificación sí () no () Se evidencia consentimiento informado con la firma del paciente sí () no ()
 Observaciones:.....

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

S Datos subjetivos

HORA	PRE OPERATORIO	HORA	TRANS OPERATORIO

O Datos objetivos (hora de trans en el recuadro)

Hora	DOMINIO 1	Pre	Trans op.
	Tomó su pastilla para la presión / sí, no		
	Tomó su pastilla para la diabetes/ sí, no		
	Sistema de defensa bajo/Si, No		
	DOMINIO 2		
	Anomalías congénita		
	Piel Ictericia		
	Regurgitación, nauseas		
	Glicemia normal/ sí, no		
	Calambre abdominales		
	Vómitos		
	Piel Hídric / Desh.		
	Sudoración / sí, no		
	Valor de HGT		

Hora	DOMINIO 3	Pre	Trans-op.
	Cianosis		
	Saturación de oxígeno		
	Ruidos hidroaéreos		
	Orina/incont. retención		
	Dist. Vesical		
	Diarrea		
	DOMINIO 4		
	Ventilación. asistida		
	Disnea		
	agitación		
	fatiga		
	Tiraje sub costal		
	Polipnea		
	Apnea		
	Bradipnea		
	Bradicardia		
	Soplo		
	Llenado capilar		
	Dist. Abdominal		

hora	DOMINIO 5	Pre	Trans
	Alteración de la conciencia		
	desorientación		
	Soporoso		
	Alteración verbal		
	DOMINIO 6		
	Sentimientos de vergüenza por imagen corporal		
	DOMINIO 9		
	Ansiedad		
	Temor		
	DOMINIO 11		
	Secreciones oro faríngeas		
	Secreción Endotraqueal		
	prurito		
	Alteración de la coagulación		
	Signos de alarma (shock)		
	Desorientación		

H	Pre	Trans
	Convulsiones	
	Sangrado/ si, no - leve, moderado, - profuso	
	escalofríos	
	Alteración de los labios y tejidos	
	Lesiones en la piel	
	Tomó aspirina o algún tto. para la irrigación/ si, no	
	Ruidos pulmonares	
	Sibilante, roncante, Estertores	
	Hipotermia	
	hipertermia	
	alteración de la circulación	
	debilidad	
	Riesgo de caídas si/no	
	DOMINIO 12	
	Dolor	
	nauseas	
	Disconfor	

A: Análisis Diagnostico

Cod.	ETIQUETAS NANDA	P	T
00043	Protección inefectiva relacionado alteración orgánica preoperatoria (tomo pastilla para no tomo pastilla para E/P.....)		
00147	Riesgo del nivel de nivel de glicemia inestable r/c trastorno metabólico secundario a diabetes		
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c con pérdida activa de volumen de líquidos sangrado, sudoración		
00029	Disminución del gasto cardíaco r/c reducción del volumen sanguíneo secundario a intervención quirúrgica evidenciado por.....		
00030	Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por cianosis y alteración de la saturación de oxígeno		
00032	Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación, síndrome de hiperventilación evidenciado por disnea, aleteo nasal.....		
00029	Disminución del gasto cardíaco relacionado con deterioro cardiovascular secundario a evidenciado por bradicardia o taquicardia, disminución de la presión venosa.		
00202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz r/c		
00033	Deterioro de la ventilación espontánea		
00203	Riesgo de perfusión renal ineficaz		
00204	Perfusión tisular periférica ineficaz		
00200	Riesgo de la disminución perfusión tisular cardíaca		
00201	Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz		
00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz		
00128	Confusión aguda		
00018	Incontinencia urinaria refleja		
00146	Ansiedad		
00148	Temor		
00004	Riesgo de infección		
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas		
00039	Riesgo de aspiración		
00206	Riesgo de sangrado		
00045	Deterioro de la mucosa oral		
00205	Riesgo de shock r/c trastorno cardiovascular secundario a hipertensión (no tomo pastilla para la presión)		
00206	Riesgo de sangrado r/c con alteración de la coagulación secundario a consumo de aspirina		
00036	Riesgo de asfixia		
00218	Riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados r/c		
00217	Riesgo de respuesta alérgica		

00254	Riesgo de hipotermia peri operatorio r/c exposición prolongada al medio ambiente		
00006	Hipotermia r/c		
00134	Nauseas r/c		
00132	Dolor agudo		
00250	Riesgo de lesión del tracto urinario r/c		
00248	Riesgo de deterioro de la integridad tisular r/c		
00245	Riesgo de lesión corneal r/c		
00023	Retención urinaria R/C		

Planeamiento: (Colocar el valor del Likert: Suma total de los valores dividir entre el número de indicadores evaluados)

código	ETIKETAS NOC	INDICADORES escala del 1 al 5 (antes de la intervención)	Puntaje
2300	Nivel de glucemia	Concent. sang.() glucosa en orina() hemog. glucosilada ()	
1211	Nivel de ansiedad	impaciencia () manos húmedas() inquietud () ataque de pánico fatiga()	
0601	Equilibrio hídrico	ausencia de ojos hundidos() humedad de la mucosa() Presión arterial()	
0410	Est. Resp.Permeabilidad de las vías respiratorias	Capacidad de eliminar secreciones () ausencia de ruidos respiratorios patológicos() Asfixia ()	
1918	Estado circulatorio	Respiración con los labios fruncidos () somnolencia () diaforesis() presión arterial sistólica () ritmo cardíaco ()	
0409	Coagulación sanguínea	formación coágulo() tiempo protrombina () sangrado ()	
04400	Efectividad de la bomba cardíaca	índice cardíaco () ausencia de ruidos cardíacos anormales() ausencia de diaforesis profusa() ausencia de arritmia ()	
0415	Estado respiratorio	Frecuencia resp.() ritmo respiratorio () profundidad de la inspiración()	
2102	Nivel del dolor	Dolor referido() agitación() irritabilidad() diaforesis () (muecas de dolor ()	
0800	termorregulación	Tiritona con el frío () hipotermia () disminución de la temperatura()	

INTERVENCIONES (Intervenciones y actividades de enfermería NIC)

HORA	ACTIVIDADES	Pre	Trans
	Coordinación pre operatoria		
	Administración de anestesia		
	Asistencia quirúrgica		
	Autotransfusión		
	Cambios de posición intraoperatorio		
	Control de infecciones intraoperatorio		
	Preparación quirúrgica		
	Cuidados de la circuncisión		
	Enseñanza pre quirúrgica		
	Manejo de la instrumentación quirúrgica		
	Regulación de la temperatura perioperatoria		
	Disminución de la ansiedad		
	Prevención de caídas		
	Manejo de la alergia		
	Colocación de campos quirúrgicos		
	Manejo de la glicemia		
	Manejo de venoclisis		
	Prevención de hemorragia		
	Irrigación de heridas		
	Cuidado del sitio de incisión		
	Cuidados del drenaje		
	Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía lumbar		
	Precauciones para evitar aspiración		
	Monitorización de signos vitales		
	Sondaje vesical		
	Manejo de presiones		

	Cuidados de los ojos		
	Cuidado de los oídos		
	Realiza 11 correctos en administración de medicamentos		
K A R D E X	Medicamentos Administrados:	Procedimientos invasivos:	
	
	
	
	Lavado gástrico		
	Prevención de UPP		
	Precauciones con torniquete neumático		
	Precauciones con láser		
	Manejo de muestras		
	Cuidados cardiacos agudos		
	Prevención del shock		
	Manejo del código de urgencias		
	Manejo del desfibrilador externo		
	Manejo de desfibrilador interno		
	Resucitación		
	Monitorización de líquidos		
	Monitorización respiratoria		
	Oxigenoterapia		
	Manejo del dolor		
	Realiza verificación de cirugía segura en ENTRADA		
	Realiza verificación de cirugía segura en PAUSA QUIRURGICA		
	Realiza verificación de cirugía segura en SALIDA		
	Aplica Las 11 correctas en la administración de fármacos		

EVALUACIÓN:

código	ETIKETAS NOC	INDICADORES escala del 1 al 5 (después de la intervención)	Puntaje
2300	Nivel de glucemia	Concent. sang.() glucosa en orina() hemog. glucosilada ()	
1211	Nivel de ansiedad	impaciencia () manos húmedas() inquietud () ataque de pánico fatiga()	
0601	Equilibrio hídrico	ausencia de ojos hundidos() humedad de la mucosa() Presión arterial()	
0410	Est. Resp.Permeabilidad de las vías respiratorias	Capacidad de eliminar secreciones () ausencia de ruidos respiratorios patológicos() Asfixia ()	
1918	Estado circulatorio	Respiración con os labios fruncidos () somnolencia () diaforesis() presión arterial sistólica () ritmo cardiaco ()	
0409	Coagulación sanguínea	formación coagulo() tiempo protrombina () sangrado ()	
04400	Efectividad de la bomba cardiaca	índice cardiaco ()ausencia de ruidos cardiacos anormales() ausencia de diaforesis profusa() ausencia de arritmia ()	
0415	Estado respiratorio	Frecuencia resp.() ritmo respiratorio () profundidad de la inspiración()	
2102	Nivel del dolor	Dolor referido() agitación() irritabilidad() diaforesis.() (muecas de dolor ()	
0800	termorregulación	Tiritona con el frío () hipotermia () disminución de la temperatura()	

Fecha	Hora	OBSERVACIONES Y/O EVOLUCIÓN DE DATOS ALTERADOS			
hora	INFORME	Firma y sello	hora	INFORME	Firma y sello